

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**PERSONALIDADE E AJUSTAMENTO EMOCIONAL
NA INFERTILIDADE**

Vânia Margarida Silva Lopes

Dissertação orientada pela Professora Doutora Isabel Leal

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, conforme a Portaria n.º 842/05, de 19 de Setembro para dar satisfação à alínea b) do n.º 2 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 216/92, de 13 de Outubro.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Isabel Leal pelo incentivo, apoio, disponibilidade e sentido pragmático que sempre soube transmitir.

À Dr.^a Maria de Jesus Correia pelo encorajamento perante tudo o que se mostrou mais adverso.

Às colegas que se mostraram disponíveis e empenhadas em colaborar na recolha de dados desta investigação.

Ao Sr. Luís Venâncio pela excelente revisão de texto efectuada.

À Carla, à Filipa e à Susana pela amizade, por poder sempre contar convosco e pela vossa enorme disponibilidade na verificação crítica do trabalho.

Aos meus pais pelo carinho, excelente suporte emocional e incentivo em todos os momentos.

Ao Marco, por me fazer acreditar no melhor de mim, em momentos em que os sentimentos querem a todo o custo demonstrar o contrário.

A todos aqueles que sabem o quanto foram fundamentais em todo este percurso.

RESUMO

A infertilidade é geralmente associada a uma vivência de elevado mal-estar psicológico. Este estudo procurou explorar a relação entre os factores que podem mediar o stresse relacionado com a infertilidade, como as dimensões de personalidade, a ansiedade, depressão e stresse gerais, analisando ainda a relação entre o stresse inerente à infertilidade e o desajustamento à fertilidade. Os participantes eram 35 casais de mulheres e homens inférteis que se encontravam num serviço de saúde com consulta de infertilidade. Eles preencheram individualmente o Inventário de Personalidade NEO (NEO-FFI-20), uma Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS), o Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI) e a Escala de Ajustamento à Fertilidade (EAF).

Nas mulheres era observada uma associação entre o neuroticismo e um maior stresse relacionado com a infertilidade, sendo o neuroticismo e a depressão capazes de explicar uma maior vulnerabilidade aos comentários acerca da infertilidade, um menor prazer no relacionamento sexual e no relacionamento com o companheiro. A dificuldade em enfrentar o exterior e a necessidade de parentalidade explicavam o desajustamento à fertilidade.

Nos homens não existia uma dimensão de personalidade capaz de explicar o stresse específico da infertilidade, sendo a depressão a explicar a perda de prazer no relacionamento sexual e com a companheira. O desajustamento à fertilidade era apenas explicado pela centralidade do projecto de parentalidade.

A maioria das mulheres e homens inférteis eram pessoas emocionalmente ajustadas, determinadas em alcançar os seus objectivos e sem elevados índices de ansiedade, depressão ou stresse, o que sugere a existência de uma enorme variabilidade na resposta a uma situação de infertilidade. Desta forma, embora seja relevante a identificação dos aspectos susceptíveis de induzir desajustamento, nem sempre é necessária uma intervenção psicológica.

Palavras-Chave: Infertilidade; Personalidade; Stresse na Infertilidade; Ansiedade; Depressão; Stresse

ABSTRACT

The infertility is frequently associated to an experience of great psychological distress. This study attempted to explore the relation between factors that can mediate the stress related with infertility, like personality dimensions, anxiety, depression and general stress. It also analyzed the relation between specific infertility stress and the fertility inadaptation. The participants were 35 infertile couples (women and men) on infertility consultation on the health service. They filled individually the NEO Personality Inventory (NEO-FFI-20), the Depression, Anxiety, and Stress Scale (EADS), the Fertility Problem Inventory (FPI), and the Fertility Adjustment Scale (EAF).

In women was observed an association between neuroticism and a greater stress related with infertility. Neuroticism and depression was able to explain a bigger vulnerability about infertility comments, a minor sexual enjoyment and difficulty in the partner relationship. The difficulties in face the others and the parenthood explains the fertility inadaptation.

In men not even one personality dimension was able to explain the specific infertility stress. Depression explains the loss of pleasure on the sexual relation and on the partner relationship. The fertility inadaptation is only explained by the parenthood main project.

The majority of this infertile men and women were emotionally adjusted and determined to achieve their objectives without elevated anxiety, depression or stress. This suggests a huge variability in the response to an infertility situation. Although it is relevant to identify the possible aspects that can take to inadaptation, not always is necessary a psychological intervention.

Key Words: Infertility; Personality; Infertility Stress Related; Anxiety; Depression; Stress

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
Infertilidade.....	4
<i>Referenciais Teóricos para o Estudo dos Aspectos Psicológicos da Infertilidade</i>	<i>7</i>
<i>Teoria Psicogénica.....</i>	<i>7</i>
<i>Teoria das Consequências Psicológicas da Infertilidade</i>	<i>9</i>
<i>Infertilidade e Género</i>	<i>10</i>
<i>A Infertilidade e a Mulher</i>	<i>10</i>
<i>A Infertilidade e o Homem.....</i>	<i>14</i>
<i>A Infertilidade no Casal</i>	<i>16</i>
Personalidade.....	18
<i>Personalidade e Infertilidade</i>	<i>19</i>
Ansiedade, Depressão e Stresse	23
<i>Ansiedade e Depressão na Infertilidade.....</i>	<i>25</i>
<i>Stresse na Infertilidade.....</i>	<i>26</i>
Personalidade, Ansiedade, Depressão e Stresse no Ajustamento à Infertilidade	29
Objectivos da Investigação	33
MÉTODO	34
Participantes.....	34
<i>Caracterização da Amostra.....</i>	<i>34</i>
Material	41
<i>Questionário Sócio-Demográfico (QSD)</i>	<i>41</i>
<i>Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R, Costa & McCrae, 1992)</i>	<i>41</i>
<i>Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (DASS, Lovibond & Lovibond, 1995)</i>	<i>42</i>
<i>Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI, Newton, Sherrard & Glavac, 1999)</i>	<i>42</i>
<i>Escala de Ajustamento à Fertilidade (FAS, Glover, Hunter, Richards, Katz & Abel, 1999).....</i>	<i>43</i>
Procedimento	45
RESULTADOS	46
Perfil da Amostra.....	46
Relação entre o Stresse Inerente à Infertilidade e os Traços de Personalidade	57

Relação entre o Stresse Inerente à Infertilidade e a Ansiedade, Depressão e Stresse Gerais.....	59
Relação entre o Stresse Inerente à Infertilidade e o Desajustamento à Fertilidade.....	61
Capacidade das Dimensões de Personalidade Explicarem o Stresse Percebido Relacionado com a Infertilidade	63
Capacidade da Ansiedade, Depressão e Stresse Gerais Explicarem o Stresse Percebido Relacionado com a Infertilidade	65
Capacidade do Stresse Percebido Relacionado com a Infertilidade Explicar o Desajustamento à Fertilidade.....	68
DISCUSSÃO	70
A Idade e a Infertilidade	74
As Gravidezes e os Tratamentos Mal Sucedidos	75
Duração da Infertilidade e Mal-Estar Psicológico.....	76
A Causa da Infertilidade e o Mal-Estar Psicológico.....	78
A Personalidade e a Infertilidade.....	79
Ansiedade, Depressão e Stress na Infertilidade	81
Infertilidade e Desajustamento à Fertilidade.....	82
CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS	86
ANEXOS	94
Anexo A: Legislação Portuguesa para Procriação Medicamente Assistida.....	95
Anexo B: Análise Factorial da Escala de Ajustamento à Fertilidade (EAF)	101
Anexo C: Teste à Normalidade das Pontuações Obtidas na Escala de Ajustamento à Fertilidade.....	102
Anexo D: Sensibilidade dos Itens da Escala de Ajustamento à Fertilidade.....	103
Anexo E: Análise da Validade da Escala de Ajustamento à Fertilidade	104
Anexo F: Protocolo de Avaliação	105
Anexo G: Questionário Sócio-Demográfico.....	109
Anexo H: <i>Outputs</i> de Caracterização da Amostra	110
Anexo I: <i>Outputs</i> das Características Psicométricas da Escala de Ajustamento à Fertilidade.....	117
Anexo J: <i>Outputs</i> da Análise Estatística dos Resultados Acerca do Perfil da Amostra	123

Anexo K: <i>Outputs</i> das Correlações Entre as Dimensões do FPI e do NEO-FFI-20, EADS e EAF.....	143
Anexo L: <i>Outputs</i> das Análises de Regressão das Dimensões de Personalidade como Variáveis Predictoras do Stresse Específico da Infertilidade	148
Anexo M: <i>Outputs</i> das Análises de Regressão da Ansiedade, Depressão e Stresse como Variáveis Predictoras do Stresse Específico da Infertilidade	158
Anexo N: <i>Outputs</i> das Análises de Regressão do Stresse Específico da Infertilidade como Predictor do Desajustamento à Fertilidade.....	165

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Frequências e percentagens relativas à profissão

Tabela 2: Médias e desvios padrão para os traços de personalidade, ansiedade, depressão e stresse gerais, stresse percebido relacionado com a infertilidade e desajustamento à fertilidade em mulheres e homens

Tabela 3: Correlações entre as dimensões do NEO-FFI-20, EADS, FPI e EAF com algumas variáveis de mulheres em casais inférteis

Tabela 4: Correlações entre as dimensões do NEO-FFI-20, EADS, FPI e EAF com algumas variáveis de homens em casais inférteis

Tabela 5: Médias e influência da causa da infertilidade nas dimensões do NEO-FFI-20 em mulheres inférteis

Tabela 6: Médias e influência da causa da infertilidade nas dimensões do NEO-FFI-20 em homens inférteis

Tabela 7: Médias e influência da causa da infertilidade nas dimensões do FPI e da EAF em mulheres inférteis

Tabela 8: Médias e influência da causa da infertilidade nas dimensões do FPI e da EAF em homens inférteis

Tabela 9: Médias e influência da fase do processo nas dimensões da EADS, FPI e EAF em mulheres e homens inférteis

Tabela 10: Correlação entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e os traços de personalidade para o total da amostra

Tabela 11: Correlação entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e os traços de personalidade na mulher e no homem

Tabela 12: Correlação entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e a ansiedade, depressão e stresse gerais para o total da amostra

Tabela 13: Correlação entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e a ansiedade, depressão e stresse gerais na mulher e no homem

Tabela 14: Correlação entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e o desajustamento à fertilidade para o total da amostra

Tabela 15: Correlação entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e o desajustamento à fertilidade em homens e mulheres

Tabela 16: Regressão linear das variáveis predictoras dos aspectos sexuais em mulheres

Tabela 17: Regressão linear das variáveis predictoras dos aspectos relacionais em mulheres

Tabela 18: Regressão linear das variáveis predictoras dos aspectos sociais em mulheres

Tabela 19: Regressão linear das variáveis predictoras, ansiedade, depressão e stresse, da variável aspectos sexuais em mulheres

Tabela 20: Regressão linear das variáveis predictoras, ansiedade, depressão e stresse, da variável aspectos relacionais em mulheres

Tabela 21: Regressão linear das variáveis predictoras, ansiedade, depressão e stresse, da variável aspectos sociais em mulheres

Tabela 22: Regressão linear das variáveis predictoras, ansiedade, depressão e stresse, da variável aspectos sexuais em homens

Tabela 23: Regressão linear das variáveis predictoras, ansiedade, depressão e stresse, da variável aspectos relacionais em homens

Tabela 24: Regressão linear das variáveis predictoras da variável desajustamento à fertilidade em mulheres

Tabela 25: Regressão linear das variáveis predictoras da variável desajustamento à fertilidade em homens

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Frequências relativas das habilitações literárias

Figura 2: Frequências relativas à duração da infertilidade

Figura 3: Frequências relativas do tempo do pedido de ajuda pelos casais

Figura 4: Frequência relativas do tempo da consulta de infertilidade

Figura 5: Frequências relativas da fase do processo

Figura 6: Frequências relativas da causa da infertilidade

Figura 7: Frequências absolutas de mulheres e homens com índices elevados nas dimensões do FPI

Figura 8: Média de stresse em mulheres e homens segundo a causa da infertilidade

Figura 9: Média de ansiedade em mulheres e homens segundo a causa da infertilidade

Figura 10: Média da depressão em mulheres e homens segundo a causa da infertilidade

INTRODUÇÃO

Os padrões familiares têm sofrido grandes mudanças nas últimas décadas. Cada vez mais os casais tendem a adiar a parentalidade em virtude de uma maior estabilidade. O confronto com a infertilidade afecta, actualmente, muitos casais em Portugal à semelhança do que acontece em todo o mundo. As razões para o aumento da infertilidade são multifactoriais, havendo também uma maior disponibilidade de respostas para ajudar estes casais a conseguirem conceber. Contudo, será sensato afirmar que um casal que consegue engravidar espontaneamente ou com recurso a tratamentos, após dificuldades conceptivas, resolve a sua infertilidade, ignorando o significado que esta circunstância pode ter na sua vida?

Desta interrogação, partiram os primeiros estudos acerca dos aspectos psicológicos da infertilidade no intuito de perceber, o sentido psicológico desta dificuldade através da tentativa de associação entre as características de personalidade das mulheres e a sua infertilidade. Mais tarde, estes estudos foram criticados por argumentos que sugeriam a tentativa de culpabilização às mulheres que não conseguiam ter filhos. Simultaneamente, começou a esboçar-se a possibilidade de que a incapacidade em ter filhos desencadeava consequências que confluíam para um mal-estar psicológico decorrente da infertilidade.

Os estudos acerca da infertilidade contemplaram durante muito tempo exclusivamente as mulheres, sendo que, actualmente, ainda são elas que se situam como alvo preferencial de investigação, como se os homens desempenhassem um papel secundário na reprodução. Enfatizando-se, no entanto, que a infertilidade se inscreve na história de vida de um casal, determinando a mobilização de recursos perante algo que potencialmente se contrapõe ao desejo de parentalidade.

A trajectória da infertilidade efectua-se essencialmente em torno de cinco fases distintas. Numa primeira fase, caracterizada pela tristeza, há um aumento da consciência da dificuldade conceptiva confirmada pela vinda de cada menstruação. No final desta fase, os casais tendem a procurar ajuda médica, entram numa fase da mobilização, na qual sentem a necessidade de confirmar o diagnóstico de infertilidade, podendo surgir também alguma dificuldade no relacionamento do casal. A fase seguinte, designada imersão, caracterizada pela sua exigência, reveste-se da necessidade de inúmeros exames e tratamentos médicos, deixando os casais em suspenso, face a um objectivo de vida que pretendem alcançar, com pensamentos que os fazem oscilar entre a esperança de virem a ter um filho e o desespero de não o

conseguirem ter. Paralelamente, enfrentam a dureza dos procedimentos médicos, a perda de privacidade e controlo sobre o próprio corpo e o sofrimento por um desfecho incerto, o que pode conduzir a alguma indisponibilidade e desentendimento no relacionamento do casal. A ocorrência de tratamentos mal sucedidos pode conduzir ao desespero do casal em ter filhos, encaminhando o mesmo para uma fase de resolução, que envolve o fim dos tratamentos médicos, a interiorização da impossibilidade e o luto por um filho geneticamente relacionado com o casal, originando uma reorientação de objectivos de vida. Numa fase final, situa-se o legado de todo o processo da infertilidade, que pode ditar melhorias no relacionamento do casal, decorrentes das dificuldades superadas ou desequilíbrios subsequentes às contrariedades na gestão das perdas sofridas (Diamond, Kezur, Meyers, Scharf & Weinshel, 1999).

A infertilidade, apesar de ser uma temática cada vez mais estudada, é também uma matéria que conta com múltiplos hiatos que contribuem apenas para uma compreensão parcial, sendo predominante a obtenção de resultados inconclusivos e, por vezes, contraditórios, sendo por isso um campo que continua a necessitar de investigações que possam progressivamente colmatar dúvidas existentes.

No presente estudo procurou analisar-se as dimensões de personalidade em homens e mulheres inférteis, com o objectivo de perceber as características individuais desta população, os seus índices de ansiedade, depressão e stresse gerais, e o stresse específico da infertilidade, bem como o desajustamento à fertilidade. Investigou-se a possível influência de um conjunto de dados sócio-demográficos e clínicos como sejam: a idade, a existência de gravidezes mal sucedidas, a existência de tratamentos anteriores, a duração da infertilidade, a duração do pedido de ajuda, a fase do processo e a causa da infertilidade.

Explorou-se ainda, quer as dimensões de personalidade, quer os índices de ansiedade, depressão e stresse gerais e a sua relação com o stresse inerente à infertilidade. Numa tentativa de compreensão do funcionamento habitual destes homens e mulheres e da forma como gerem uma dificuldade em particular, antevendo-se a reacção à infertilidade em função de características gerais.

Este estudo pretende proporcionar um contributo ao conhecimento aprofundado de homens e mulheres com problemas de fertilidade, permitindo posteriormente o ajuste de procedimentos e intervenções psicológicas na prática clínica.

Numa primeira parte deste trabalho procurou fazer-se um enquadramento teórico da infertilidade, das diferenças de género e da vivência da infertilidade no casal, enfatizando-se os referenciais teóricos que sustentam o estudo dos aspectos psicológicos na infertilidade. Posteriormente, explicitou-se a relação entre a personalidade e a infertilidade, referindo-se, quer a influência de determinadas características de personalidade na infertilidade, quer a forma como estas ditam diferentes formas de sentir, pensar e agir perante essa situação em particular. Referenciou-se ainda, a interacção entre a infertilidade e a ansiedade, depressão e stresse. A parte final do enquadramento teórico confluuiu na interligação entre as dimensões de personalidade, ansiedade, depressão e stresse e o ajustamento à infertilidade, destacando-se por fim os objectivos principais desta investigação e as hipóteses colocadas.

Numa segunda parte enfatizaram-se as questões metodológicas, fazendo-se uma caracterização dos participantes, descrevendo-se os instrumentos utilizados bem como o procedimento aplicado.

Posteriormente, apresentaram-se os resultados, descritos com alguma minúcia dada a importância de se constituir uma perspectiva menos fragmentada, conseguindo-se que fossem considerados os aspectos detentores de potencial relevância. Apresentaram-se primeiramente os aspectos mais gerais, prosseguindo-se em direcção aos dados mais específicos que permitiram testar as principais hipóteses levantadas.

Seguidamente, apresentou-se a discussão dos resultados obtidos, articulando-se os mesmos com as hipóteses colocadas, possibilitando a análise da significação dos dados à luz do que já se conhecia através da literatura.

Na parte final sintetizaram-se os aspectos mais relevantes, reflectindo-se sobre a investigação efectuada e criticando-se alguns passos do percurso realizado, salientando as limitações do estudo. Através dos principais resultados obtidos e tendo em conta as limitações inerentes ao estudo, foram ainda tecidas as apreciações finais em torno de sugestões para investigações futuras.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Infertilidade

Sinónimo de uma falha conceptiva, devendo apenas proceder-se à sua investigação quando a mesma se arrasta há doze meses ou mais, a não ser que exista história médica ou aspectos físicos que ditem uma avaliação e tratamento mais precoces. É considerada uma doença, dado que consiste num desvio ou interrupção de uma função ou estrutura normal de qualquer parte, órgão ou sistema do corpo, que se manifesta através de um característico conjunto de sintomas ou sinais, cuja etiologia, patologia ou prognóstico podem ser ou não conhecidos (ASRM, 2004).

O recurso a uma delimitação temporal na definição da infertilidade é meramente indicadora de que se deve acautelar a urgência na procura de ajuda técnica, dado que pode ser prematuro submeter o casal a uma multiplicidade de exames invasivos, se não se despistarem factores básicos, nomeadamente os que respeitam ao relacionamento sexual do casal.

Numa perspectiva psicológica será pouco razoável ponderar que o desejo de parentalidade se coadune com uma impossibilidade de ter um filho quando se planeou, ou se tenha de esperar algum tempo até ser possível receber ajuda. O sofrimento emocional por não se conseguir ter um filho, pode ser superior ao sofrimento físico que a realização precoce de exames e tratamentos poderia ter, embora estes possam também comportar um acrescido risco psicológico (Charvet & Chevret, 1983).

A infertilidade parece continuar a ter apenas uma definição associada à prevenção de um sofrimento físico, eventualmente por este ser o lado mais visível, ficando obscurecido o sofrimento psíquico, não se conseguindo ainda uma visão unificadora de todos os componentes envolvidos.

A infertilidade admite apenas uma subdivisão consoante se deva a uma causa orgânica detectável, uma causa funcional, ou não apresente uma causa orgânica conhecida, sendo designada causa desconhecida ou idiopática. Nesta última categoria insere-se a infertilidade psicogénica, que considera os aspectos psicológicos como bloqueadores da ocorrência de uma gravidez. Actualmente sabe-se que esta seria uma visão redutora e que existe ainda muito por explicar no que concerne à infertilidade, sendo necessário considerar que, seja qual for o

motivo principal ao qual se atribua a infertilidade, esta está sempre dependente do impacto das múltiplas valências das quais resultará um melhor ou pior prognóstico da infertilidade.

Nos casos em que é possível detectar uma causa, sabe-se que a distribuição da infertilidade por género não admite diferenças significativas, e que em 40% dos casos fica a dever-se a factores femininos e em igual percentagem a factores masculinos, em 20% dos casos deve-se a uma combinação de factores femininos e masculinos, 10 % dos quais remetem para uma causa desconhecida (Faria, 2001).

Em países industrializados estima-se que a prevalência da infertilidade se situe entre os 17 e os 26%. Embora, apenas cerca de metade destes casais procurem ajuda médica (Schmidt, 2006).

A prevalência da infertilidade não apresenta sinais de decréscimo e, de entre as razões mais fortes para que esta situação aconteça, encontra-se o adiar da maternidade. Com a ascensão da mulher a empregos mais qualificados e com o conseqüente prolongamento da instrução académica, a construção de uma família e nomeadamente dos filhos tende a protelar-se. Os casais planeiam ter filhos numa fase em que o potencial fértil se encontra claramente a decair, sendo esta a razão que mais contribui para a manutenção da prevalência da infertilidade.

Havendo simultaneamente um recurso a métodos contraceptivos, nomeadamente a pílula, por períodos longos de tempo, que podem efectivamente disfarçar quadros de infertilidade. Existindo um excesso de confiança, ponderando-se que basta suspender a toma do contraceptivo para que uma gravidez ocorra, sendo de salientar que muitas vezes só se suspende essa contracepção tardiamente, em fases em que naturalmente as possibilidades de engravidar já não se encontram optimizadas (Leal & Pereira, 2005).

A fertilidade parece ainda ser prejudicada pelo stresse associado às exigências da vida quotidiana, que, para além do seu efeito pouco benéfico na reprodução, pode levar a alterações no funcionamento do sistema reprodutor quer feminino quer masculino, tendo também conseqüências práticas, nomeadamente em torno das relações sexuais que tendem a ficar limitadas a períodos de maior descontração, diminuindo a frequência da relação sexual, levando a uma sistemática descoincidência relativamente ao período fértil da mulher (Faria, 2001).

O incremento de doenças sexualmente transmissíveis, potenciais causadoras de danos no aparelho reprodutor, nomeadamente na mulher, é outro aspecto que contribui para o aumento da infertilidade (Passos, Almeida & Fagundes, 2007).

Relativamente aos homens, tem-se verificado que o aumento da temperatura global do planeta contribui para a diminuição da qualidade dos espermatozóides, bastante sensíveis ao calor. Sabe-se que a qualidade dos espermatozóides também fica afectada pela exposição a substâncias tóxicas.

A mudança dos estilos de vida tem um contributo marcante para os padrões reprodutivos em toda a população, sendo a sua expressão mais evidente em todos aqueles que necessitam de recorrer a Técnicas de Procriação Medicamente Assistidas (TPMA). Se existem factores perante os quais não é possível qualquer intervenção, como é o caso da idade, outras variáveis como o peso, o consumo de cafeína, tabaco e álcool, dietas alimentares, exercício físico, exposição a poluentes ambientais e stresse psicológico, permitem uma intervenção com vista ao incremento das concepções espontâneas ou à optimização das taxas de sucesso em TPMA (Homan, Davies & Norman, 2007).

A par com as necessidades dos casais inférteis, têm também surgido tratamentos e técnicas altamente especializadas. Actualmente, contam-se não só com os mais comuns tratamentos hormonais e com as inseminações artificiais (IA), mas também com técnicas de topo como a fertilização *in vitro* (FIV) e a injeção intracitoplasmática de espermatozóides (ICSI). Para além da possibilidade crescente no recurso a material genético de dador e barrigas de aluguer, que manifestam ainda uma reduzida expressão em Portugal, apesar de serem técnicas bastante divulgadas noutros países. Sem aprofundar demasiado esta matéria, dado que este estudo contempla apenas casais que utilizam o seu próprio material genético, importa referir que o recurso a ovócitos, espermatozóides ou embriões já se encontra contemplado pela recente legislação portuguesa para os casos em que não existe possibilidade de gravidez através da utilização do material genético dos elementos do casal. Pelo contrário, o recurso às barrigas de aluguer ou maternidade de substituição não é legalmente permitida em Portugal, sendo que nos serviços públicos de saúde, pretendendo salvaguardar o desconhecimento face a novos procedimentos, não existe como prática instalada a utilização de material genético de dador em TPMA, mesmo que não exista viabilidade pelo recurso ao material genético do casal.

Grande parte das pessoas confronta-se com as dificuldades conceptivas quando ainda não existem filhos, designando-se infertilidade primária, mas também podem surgir estas

complicações quando já existem filhos do actual relacionamento, designando-se assim infertilidade secundária. Em alguns casais, os elementos têm filhos de relações anteriores, surgindo a dificuldade numa união em particular.

Referenciais Teóricos para o Estudo dos Aspectos Psicológicos da Infertilidade

A literatura que se direcciona para os aspectos psicológicos da infertilidade teve o seu início em meados da década de 30 do século XX, assentando basicamente sobre dois referenciais teóricos. A Teoria Psicogénica que considera a infertilidade como um sintoma, sendo a mesma uma manifestação de algum conflito psicológico. Por outro lado, a Teoria das Consequências Psicológicas que situa a infertilidade na origem das posteriores manifestações psicológicas.

Para além destes referenciais teóricos principais, têm surgido ainda algumas ramificações dos mesmos, como é o caso do stress considerado como factor causal na infertilidade.

Estes referenciais teóricos possibilitam um enquadramento dos estudos que, ao longo do tempo, têm dado lugar a resultados bastante contraditórios no que concerne aos aspectos psicológicos da infertilidade. As limitações dos mesmos são apontadas como a principal causa para as enormes divergências estabelecidas. O baixo número de sujeitos amostrados, muitos mesmo estudos de caso, a utilização de metodologias diversas, sem utilização de grupos de controlo, ou grupos de controlo pouco adequados, encontram-se entre as limitações mais referenciadas (Greil, 1997).

Por outro lado, apesar de se conceber que os aspectos psicológicos influenciam a fertilidade, poucos são os estudos que sugerem que o tratamento dos factores psíquicos pode alterar a fertilidade, reinando desde há muito alguma confusão pela discórdia acerca da importância ou não do tratamento das perturbações psíquicas, no posterior aumento das possibilidades de gravidez (Noyes & Chapnick, 1964).

Teoria Psicogénica

A infertilidade começou por ser considerada uma problemática de ordem médica. No entanto, a ausência de explicação por parte da medicina para os casos em que não era possível identificar um factor orgânico subjacente à existência da dificuldade, foi dando azo ao aparecimento de hipóteses explicativas baseadas em novos pressupostos, essencialmente emocionais e psicológicos. O que conseqüentemente se traduz numa necessidade de

considerar novas valências no tratamento da infertilidade, nomeadamente a maturidade emocional da paciente ao nível da sua capacidade em perceber as exigências da gravidez e da maternidade (Kroger, 1952).

Na década de 40 e na década de 50 foram efectuados os primeiros estudos que atendiam à vertente psicológica e essencialmente psicodinâmica da infertilidade, prevalecendo claramente a proposição que os factores psicogénicos causavam infertilidade (Noyes & Chapnick, 1964).

Delineando-se na Europa as primeiras entrevistas psiquiátricas em utentes admitidos em clínicas de infertilidade, que tinham por objectivo uma anamnese associativa entre os factores inerentes ao desenvolvimento psicosexual e da vida das utentes, enfatizando-se a carga emocional dos conflitos emergentes durante a entrevista (Ford, Forman, Wilson, Char, Mixson & Scholz, 1953).

A teoria psicogénica foi bastante considerada até aos anos 80, tendo como base uma corrente psicodinâmica, concebendo genericamente que a infertilidade de causa desconhecida se encontrava associada a resistências inconscientes por parte das mulheres inférteis à maternidade (Greil, 1997). Representando a infertilidade uma manifestação de um processo adaptativo, uma defesa somática, dado que os conflitos internos poderiam ser reduzidos através da formação do sintoma, permitindo a manutenção do equilíbrio (Benedek, 1952).

A infertilidade foi, de início, unicamente atribuída às mulheres, que, ao integrarem um sistema de valores consoante a sociedade em que se inseriam, poderiam desenvolver uma personalidade com defesas rígidas do ego contra as suas necessidades biológicas. Benedek (1952) considerou que a infertilidade, quando não é causada por uma patologia orgânica, funciona como uma defesa contra o perigo que pode representar a função procriativa, permanecendo alguma ambivalência no desejo de ter um filho. Conscientemente pode existir um profundo desejo de maternidade, inconscientemente esse desejo pode não estar amadurecido (Kroger, 1952).

Os primeiros estudos referentes aos aspectos psicológicos da infertilidade contemplaram sobretudo as mulheres com infertilidade que se julgava psicogénica, pretendendo-se através dos mesmos uma caracterização desta população. Percebendo-se que as mulheres com infertilidade psicogénica apresentavam traços de personalidade característicos, embora não apresentassem um padrão respeitante à sintomatologia psicopatológica (Kroger, 1952).

Entre as causas da infertilidade situava-se a personalidade tipicamente masculina, agressiva ou, por seu turno, uma personalidade imatura, com perturbações funcionais resultantes de distúrbios psíquicos, identificação hostil e dependência materna, rejeição da gravidez e da maternidade (Rubenstein, 1951), frigidez, ansiedade devido ao conflito com o papel feminino, bem como uma tendência para assumir um papel materno perante um companheiro dependente. Outros aspectos considerados na origem da infertilidade direccionavam-se para a dificuldade no relacionamento sexual, vaginismo, rejeição do companheiro, culpabilidade, depressão, tensão, uso de sedativos e empobrecimento social. Considerando-se que a infância desempenha um papel preponderante no desenvolvimento da posterior infertilidade, nomeadamente os traumas psíquicos do passado, sobre protecção parental, pais severos e exigentes, pouco afecto e desinvestimento parental. Mulheres com este tipo de dificuldades na infância poderiam vir a ser esposas que sentem que falham com os maridos, detestam ser mães, querem continuar a ser filhas, têm relações sexuais somente com vista à procriação, têm abortos frequentes. Quadros que só poderiam ser invertidos pela adopção, pela psicoterapia superficial ou pela psicanálise (Noyes & Chapnick, 1964).

Embora estas características nem sempre permitissem a diferenciação relativamente a mulheres inférteis devido a uma causa orgânica identificável (Kipper, Zigler-Shani, Serr & Insler, 1977).

Teoria das Consequências Psicológicas da Infertilidade

Após os anos 80, os estudos predominantemente privilegiavam os efeitos psicológicos da infertilidade, sendo esta uma condição que poderia desencadear mal-estar psicológico, não se reconhecendo a preponderância de uma dificuldade psicológica na sua etiologia.

A percepção das dificuldades conceptivas é provavelmente o primeiro momento de confronto com a infertilidade e, por seu turno, pode desencadear uma vivência disruptiva ao casal, iniciando-se um longo percurso que pode contar com um menor ou maior sofrimento emocional, interpelado por diversas perdas. Após a constatação da dificuldade, para algo que habitualmente se tem como adquirido, surge a procura de ajuda e a verificação que a dificuldade pode não compreender uma resolução fácil, estando sujeita a investigação, exames, muitas vezes invasivos, tratamentos para certas patologias e técnicas de reprodução que, por vezes, contam com uma enorme medicalização e cujas taxas de sucesso são ainda

relativamente baixas. Havendo uma forte vulnerabilidade ao insucesso e à repetição de todo o processo, com a incerteza de resultados que se encontra subjacente. Ao longo de todas estas etapas existem períodos mais sinuosos, que não acontecem da mesma forma em todos os casais, embora existam aspectos comuns nessa vivência emocional.

A infertilidade apresenta-se sob um leque de perdas, um corpo que se julgava funcional, um bebé imaginário, um projecto, um potencial de futuro e um estatuto. Todas elas constituem danos que podem ser exacerbados pelo não reconhecimento dos mesmos, o que leva a que muitos casais quando questionados refiram o seu adiar da parentalidade pela indisponibilidade imediata e não pela dificuldade em si.

Podem desta forma surgir, nas pessoas que se debatem com a infertilidade, efeitos emocionais como o sofrimento, a depressão, a ansiedade, a ira, o choque, a negação, a frustração, os sentimentos de culpa, numa procura incessante de uma resposta acerca de uma possível causa que possa tranquilizar e pertencer ao foro racional, ao que pode ser controlado, dado que a infertilidade se associa a uma perda de controlo sobre o corpo, sobre o que se faz, sobre as emoções, imperando uma enorme falta de certeza e incapacidade de prever e planear o futuro. A infertilidade pode ainda ter efeitos ao nível da perda de auto-estima, sentimentos de inadequação, problemas de identidade e mudanças na visão do mundo. Podendo ter consequências na interacção e satisfação com o companheiro, efeitos ao nível do funcionamento sexual, verificando-se também alterações e dificuldades nas interacções sociais (Dunkel-Schetter & Lobel, 1991; Greil, 1997).

A literatura referente aos aspectos psicológicos da infertilidade situou-se essencialmente em torno de dois referenciais teóricos que se pretendiam excluir mutuamente. Contudo, o mais sensato parece ter sido esboçado logo nos primeiros estudos nesta área, quando se reconhece que o factor psicogénico está presente na maioria dos utentes inférteis, enquanto que a patologia orgânica pode estar presente ou não (Ford, Forman, Wilson, Char, Mixson & Scholz, 1953).

Infertilidade e Género

A Infertilidade e a Mulher

O aspecto que mais distingue a mulher do homem é a sua capacidade de poder dar à luz uma criança, pelo que não será de estranhar que se continue a conceber como indissociável,

feminino e materno. Apesar das mudanças sociais terem aproximado os desempenhos femininos e masculinos a diversos níveis, a maternidade continua a ser um aspecto inerente à identidade da mulher. Pelo que o mal-estar psicológico pode ser elevado quando as mulheres não conseguem ter filhos (McQuillan, Greil, White & Jacob, 2003; Guerra, Llobera, Veiga & Barri, 1998).

Muitas mulheres sofrem uma infertilidade relacionada com a idade devido às tendências sociais que levam ao diferir da maternidade. Consequentemente o factor idade pode contribuir para uma maior pressão quando estas mulheres sentem o aproximar do limite em que lhes é possível engravidar, dado que, mesmo quando recorrem a TPMA, as taxas de gravidez decrescem, pelo que se torna urgente a avaliação e intervenção na infertilidade em mulheres com mais de 35 anos (ASRM, 2006).

Não terá sido por acaso que, quando se começou a estudar a infertilidade, se considerava a sua exclusividade feminina. Estabelecendo-se, quer perfis de personalidade associados a mulheres inférteis, quer sentimentos subjacentes à dificuldade conceptiva.

Antes de partir para qualquer outro argumento que justifique a elevada incidência de estudos sobre a mulher infértil, importa referir que o sistema reprodutor da mulher é extremamente complexo, sendo fundamental o funcionamento combinado de vários factores para que se dê a fecundação e a posterior manutenção da gravidez. Não pretendendo apresentar o ciclo reprodutivo exaustivamente, importa salientar que para que uma gravidez ocorra é necessário haver um ciclo menstrual em equilíbrio, no qual exista uma fase em que se dê a ovulação, que por sua vez, possa permitir a fecundação, sendo para isso necessário que o percurso que o óvulo tem de percorrer do ovário, passando pela trompa de Falópio, até ao útero, se encontre desobstruído. Nessa fase, se existir um espermatozóide que encontre o óvulo, fundindo-se com ele, formando um zigoto, o mesmo se possa vir a alojar no útero e assim dar origem a uma gravidez.

São múltiplas as doenças que podem atingir o aparelho reprodutor, dificultando ou impedindo a ocorrência de uma gravidez, nomeadamente as desordens menstruais, num espectro que contempla as comuns irregularidades até quadros de amenorreia. Estes desequilíbrios menstruais podem ainda fazer-se acompanhar de disfunções ovulatórias, acrescidas pelas obstruções tubárias, que impedem a passagem do óvulo em direcção ao útero, de entre outras designações médicas significativas. Contudo, o que importa salientar no âmbito desta investigação prende-se com a etiologia destas patologias. Poderá afirmar-se que

estas patologias ocorrem somente devido a uma disfunção orgânica, ou poderão elas ser também uma manifestação de influências psíquicas e emocionais? A delimitação destes dois eixos parece, desde há muito, pouco racional, sugerindo-se uma visão integradora como algo que pode de facto beneficiar os casais com dificuldades conceptivas (Ford, Forman, Wilson, Char, Mixson & Scholz, 1953).

Num dos primeiros estudos a ser realizado na área da infertilidade por Ford e colaboradores (1953), contemplando uma amostra de 38 mulheres inférteis, verificou-se que apenas 7 tinham um diagnóstico normativo quando se analisavam aspectos psicológicos. As mulheres com infertilidade funcional, às quais não era diagnosticado qualquer factor orgânico, explicavam as suas motivações para engravidar, através de diversos argumentos, entre os quais, a satisfação de uma exigência do marido, para salvarem um casamento fragilizado, assemelharem-se a outras mulheres, terem algo seu ou mostrar às suas próprias mães que conseguiam cuidar de uma criança, o que parece indicar a existência de uma razão secundária que antecipa problemas neuróticos. Este estudo verificou que estas mulheres casavam pela culpa decorrente de relações sexuais ilícitas, acreditando que estavam grávidas, sendo frequente a divergência entre o casal, ameaçado pela separação, havendo habitualmente um fraco ajustamento sexual. A história menstrual e reprodutiva destas mulheres era marcada por disfunções menstruais, havendo referência a situações em que se acreditava ter havido aborto, havendo uma culpa inconsciente por isso, sendo a gravidez vista como um acto hostil relativamente às suas mães ou uma aventura incestuosa com os seus pais. Estas mulheres enquadravam-se em famílias marcadas pelo pouco afecto e rigidez maternal, eram habitualmente responsáveis desde cedo pelos irmãos mais novos, verificando-se ainda a morte ou abandono de um dos pais, imperando um clima familiar deteriorado (Charvet & Chevret, 1983). Aquando da maternidade, estas mulheres mostravam-se ambivalentes, pelo intenso desejo bloqueado de vingança da própria mãe, por isso negavam esse papel. Estas mulheres eram dominantes e agressivas, rivalizando com o marido e consideravam a gravidez como inevitável. Tinham aprendido a rejeitar com as suas mães, consideravam que dar de mamar a um filho era um aborrecimento, a menarca era algo extremamente desagradável, a sexualidade uma imposição e o parto inevitável. As mulheres com infertilidade funcional eram mulheres que conscientemente verbalizavam o desejo de ter um filho, mas que inconscientemente rejeitavam a gravidez, o parto e a maternidade.

Neste mesmo estudo, das mulheres com infertilidade orgânica, cinco eram diagnosticadas como normais e dez ostentavam dinâmicas emocionais características da infertilidade funcional, apresentando disfunções menstruais, podendo esta patologia constituir a somatização de um conflito neurótico (Ford et al., 1953).

Para além da vertente somática que pode confluir em infertilidade, não se devem negligenciar os diversos aspectos aos quais a mulher fica exposta quando não consegue ter filhos. Benyamini, Gozlan e Kokia (2005) sistematizaram as dificuldades que as mulheres atravessam aquando da infertilidade e dos tratamentos, nomeadamente no que respeita à incerteza e falta de controlo, pressões familiares e sociais, impacto pessoal ou no companheiro, problemas induzidos pelos tratamentos e problemas relacionados com os tratamentos, percebendo-se que as mulheres que obtinham índices elevados nestes aspectos apresentavam mais stresse e um menor bem-estar. Descrevendo as dificuldades mais apontadas pelas mulheres por ordem decrescente de significância, apesar da grande variabilidade, pode referir-se que o mais penoso é a antecipação mensal dos resultados do tratamento, seguindo-se a falta de espontaneidade no relacionamento sexual, incerteza quanto ao futuro, sentimentos negativos em torno do problema de infertilidade, incapacidade de resolução do problema sem ajuda, pressão social e perguntas sobre a maternidade, alteração da rotina diária, sentimento de falta de controlo sobre a própria vida, dor e desconforto físico decorrente dos tratamentos e, por fim, o impacto da infertilidade no modo como sente vista pelo parceiro. Quando comparadas mulheres inférteis sem filhos, com um filho, ou com dois ou mais filhos, verifica-se que apenas estas últimas diferem dos outros dois grupos, por apresentarem uma menor incerteza e falta de controlo e sentirem uma menor pressão social e familiar comparativamente com as mulheres inférteis sem nenhum filho.

Apesar de se considerar que as mulheres inférteis são mais ansiosas, deprimidas e com mais problemas de personalidade do que as mulheres férteis (Ping-Ling & Xiao-Bo, 2006). De início, as mulheres inférteis que se submetem a uma FIV são apenas ligeiramente diferentes emocionalmente das mulheres férteis. Todavia, o insucesso nos tratamentos de fertilidade aumenta os índices de emoções negativas que, se agravam após insucessos em posteriores ciclos. Existem também muitas mulheres que apresentam um bom ajustamento perante uma FIV mal sucedida, embora grande parte das mulheres tenda a evidenciar problemas emocionais que, ainda assim, não se encontram na sua generalidade em patamares clínicos. Quando a FIV resulta em gravidez, as emoções negativas desaparecem, indicando que o

stress induzido pelo tratamento está relacionado com a ameaça de falha (Verhaak, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaimaat & Braat, 2006). O que não invalida que as mulheres que tiveram filhos com recurso a tratamentos para a infertilidade, refiram o processo como doloroso, causador de mal-estar psicológico, sem possibilidade de controlo ou de escolha e com custos emocionais e financeiros. As mulheres desejam ser tratadas com respeito e dignidade, privilegiando uma adequada informação e suporte, sendo o seu mal-estar psicológico reconhecido. Dado que, perante os resultados incertos deste tipo de tratamentos, os cuidados prestados e a confiança nos profissionais de saúde assumem um importância fulcral. Mesmo passando por tratamentos de infertilidade, após terem um filho, grande parte das mulheres sente-se completa, embora algumas refiram o processo como tendo elevados custos emocionais e financeiros (Redshaw, Hockley & Davidson, 2006).

A Infertilidade e o Homem

Durante muito tempo o homem desempenhava um papel secundário quando se considerava a infertilidade. As dificuldades conceptivas nunca eram consideradas como tendo por causa factores masculinos, pelo que nesta perspectiva também não faria sentido perceber a vivência da infertilidade no homem. Posteriormente, começou a implicar-se o homem nesta dificuldade, dado que não só ninguém faz um filho sozinho, embora actualmente não seja literalmente assim, como também o avanço dos meios diagnósticos permitiram verificar que a incapacidade em ter um filho se devia em igual percentagem a aspectos masculinos.

O aparelho reprodutor masculino apresenta uma menor complexidade comparativamente com o da mulher e teoricamente basta um espermatozóide para que uma gravidez ocorra, embora o baixo número de espermatozóides, oligozoospermia, seja uma das causas de infertilidade. A baixa mobilidade dos espermatozóides, astenozoospermia, e as formas atípicas, teratozoospermia, podem surgir isoladas ou combinadas dificultando a ocorrência de uma concepção. Além das causas mais comuns de infertilidade masculina provenientes dos défices na qualidade espermática, que podem estar relacionadas com uma fase de maior stress ou com o stress inerente a um quadro de infertilidade (Lenzi, Lombardo, Salacone, Gandini & Jannini, 2003), embora nem sempre se verifique esta interferência (Hjollund, Bonde, Henriksen, Giwercman & Olsen, 2004; Pook, Tuschen-Caffier & Krause, 2004), podem surgir outras dificuldades que impeçam desfecho pretendido, a concepção, interferindo desse modo com a vivência da infertilidade pelo homem. Os homens, tal como as mulheres,

não se encontram imunes à influência da idade no tempo que levam a engravidar uma mulher e no declínio das taxas de concepção, verificando-se que nos homens com mais de 45 anos é necessário cinco vezes mais tempo para conseguirem engravidar a companheira (Hassan & Killick, 2003).

Os primeiros estudos acerca da vivência masculina associada à infertilidade apontavam para que os homens com uma infertilidade de causa masculina estivessem sujeitos a um enorme sofrimento e stresse devido ao estigma social, fazendo com que mantivessem em segredo a sua dificuldade, havendo uma protecção do casal pelo assumir da culpa por parte da mulher. Estas vivências não se encontram longe do que actualmente acontece na experiência clínica com casais inférteis, sendo particularmente constrangedor para alguns homens falarem acerca da sua dificuldade em particular.

Contudo, existem estudos que indicam que os homens com infertilidade devida a factor masculino não se sentem mais estigmatizados, nem sofrem mais com este diagnóstico, do que os homens com outros diagnósticos. Verificando-se que todos os homens apresentam grande sofrimento após o insucesso dos tratamentos (Peronace, Boivin & Schmidt, 2007). Os que sentem um maior estigma tendem a não revelar a sua dificuldade (Slade, O'Neill, Simpson & Lashen, 2007).

O decorrer dos tratamentos parece ser um factor determinante no sentimento de mal-estar nos homens, dado que se verifica um aumento do stresse em homens cujo tratamento de fertilidade se arrasta por 17 ou mais meses, período ao longo do qual tendem a experienciar tratamentos mal sucedidos (Pook & Krause, 2004).

O ponto sensível nestes casos situa-se nas percepções que existem acerca da infertilidade e não na dificuldade em si, pelo que apenas alguns homens podem sentir ansiedade, depressão ou fobia social. Em situações mais graves, os problemas psicológicos podem afectar a masculinidade e identidade, circunstâncias passíveis de resolução com recurso a psicoterapia (Hunt & McHale, 2007).

Em termos de características de personalidade, os homens que tinham relações sexuais, regulares e desprotegidas, há pelo menos 12 meses, apresentavam maiores índices de conscienciosidade, amabilidade, alexitimia e somatização, valores baixos de neuroticismo e abertura à experiência, existindo uma correlação negativa entre os parâmetros seminais e a extroversão, ansiedade e psicoticismo. O que parece indicar que os homens inférteis tendem a ser sinceros, disponíveis para ajudar o outro, organizados, determinados, criativos e tendem a

apresentar baixos índices de psicopatologia, à exceção de alguma somatização, que pode estar associada à impossibilidade de expressão de certas emoções (Conrad, Schilling, Haidl, Geiser, Imbierowicz & Liedtke, 2002).

A Infertilidade no Casal

Independentemente da perspectiva individual da infertilidade, faz sentido que se aborde a infertilidade no casal, nomeadamente quando se considera a necessidade de recurso a TPMA, dado que, segundo a legislação portuguesa (Anexo A), apenas podem recorrer às mesmas pessoas com indicação clínica para este tipo de técnicas, maiores de idade e que estejam casadas ou que sendo de sexo diferente vivam em condições análogas às dos conjugues há pelo menos dois anos. A presente legislação não contempla nem casais com diferentes orientações sexuais, nem homens ou mulheres que, apesar de não terem um relacionamento, queiram ter filhos.

Segundo estas condicionantes legais, uma compreensão integral da infertilidade inscreve-se no seu enquadramento como uma dificuldade inerente a um casal e às suas especificidades. Sendo fundamental perceber a dinâmica de cada casal e a significação daquela infertilidade em particular. Considerando simultaneamente que a capacidade de engravidar ou de fecundar se encontra estritamente relacionada com a auto-imagem (Rosenthal, 1985).

Ter filhos parece ser um dado adquirido enquanto perspectiva de futuro, surgindo quase sempre de forma espontânea no seguimento de uma relação. Desta forma, para além da vivência individual, como poderá ser a vivência de um casal que, a pouco e pouco, se vai confrontando com a dificuldade em ter filhos?

A literatura apontava para um enorme sofrimento emocional vivido pela mulher, contudo através dos estudos realizados com homens percebeu-se que este sofrimento também existe no sexo masculino, podendo divergir na sua forma de expressão, apresentando por isso um delineamento diferente.

Na relação de casal, entram em jogo diversas valências, das quais podem resultar a infertilidade ou a fertilidade. O perfil de cada casal pode ditar a sua predisposição para a infertilidade. Um casal tipicamente feminino para o qual a infertilidade representa o seu desejo inconsciente de uma relação fusional, de dependência recíproca. O casal incestuoso, em que cada elemento representa a figura parental do sexo oposto. E o casal dependente em que um elemento é considerado como filho do outro (Cahen, 1978).

Quando um casal planeia ter filhos, habitualmente surge uma representação de uma fase de grande harmonia, havendo um tempo e um espaço na relação para a parentalidade, embora a constatação de não conseguir ter filhos quando se deseja, possa conduzir a um lacuna na trajectória desenvolvimental do adulto (Cousineau & Domar, 2007). Na perspectiva das mulheres, os casais propostos para técnicas de procriação, nomeadamente a FIV e ICSI, apresentam relacionamentos mais instáveis do que os casais que não se confrontam com problemas de fertilidade. Todavia, importa salientar que factores como a idade, o rendimento anual, a duração da infertilidade e a história de insucessos nos tratamentos, têm uma correlação negativa com a qualidade do relacionamento, o que sugere a existência de outras variáveis para o desconforto relacional independentemente do tratamento proposto (Wang, Li, Zhang, Zhang, Yu & Jiang, 2007).

As dificuldades na comunicação com o parceiro predizem um elevado stresse relacionado com a infertilidade. Mulheres que tinham estratégias de *coping* de evitamento activo, como o contacto com mulheres grávidas ou com crianças, tendiam a evidenciar elevados índices de stresse relacionado com a infertilidade. Relativamente aos homens o uso de estratégias de *coping* de confronto activo, como falar dos seus sentimentos, pedir a opinião dos outros ou procurar suporte social, prediziam um baixo stresse inerente à infertilidade no domínio do relacionamento (Schmidt, Holstein, Christensen & Boivin, 2005).

Segundo Peterson, Pirritano, Christensen e Schmidt (2008), o uso de estratégias de *coping* de evitamento activo por parte de um elemento do casal encontra-se relacionado com o aumento do desconforto emocional pessoal, conjugal e social no homem e na mulher. Deste modo, as estratégias de *coping* usadas podem fornecer importantes indicadores da forma como o casal lida com a situação de infertilidade.

Personalidade

As definições de personalidade são múltiplas, embora a consideração da personalidade como um agregado de características pessoais, consistentes e contínuas, que têm como pano de fundo uma coesão interna, seja a característica que mais unifica as diferentes perspectivas. Saindo do âmbito da presente investigação, um estudo exaustivo da personalidade será focada apenas a perspectiva dos traços de personalidade, por ser essa a forma com que se analisou a personalidade em homens e mulheres inférteis. Deste modo, não se pretende incidir na riqueza e individualidade da personalidade, mas no que caracteriza de forma geral as pessoas inférteis.

Sinteticamente, pode referir-se que traços são tendências ou predisposições gerais que influenciam as reacções específicas das pessoas em determinadas circunstâncias. É possível inferi-los através das situações preferenciais e de observações comportamentais. Estão sempre presentes, embora se manifestem de forma diferente em cada pessoa, o que permite assinalar as diferenças individuais. Essa forma de agir apresenta consistência e estabilidade ao longo do tempo, o que permite prever o comportamento a longo prazo (Lima, 1997).

Se os traços permitiam alguma sistematização da personalidade, a variabilidade de traços considerados levava à fraca coerência e comparabilidade dos estudos, pelo que apenas quando se começou a caminhar para uma confluência de traços foi possível o surgimento de um modelo de personalidade com uma organização hierárquica dos traços de personalidade em torno de cinco dimensões. O modelo dos cinco factores de personalidade contempla assim a organização da personalidade em cinco dimensões elementares, o neuroticismo, a extroversão, a abertura à experiência, a amabilidade e a conscienciosidade (McCrae & John, 1992).

O neuroticismo permite a qualificação dos sujeitos num contínuo entre a adaptação e a instabilidade emocional. As pessoas calmas, relaxadas, seguras, estáveis, são capazes de enfrentar situações de stresse sem se desajustarem, enquanto que as pessoas com possibilidades de descompensarem são excessivamente preocupadas, inseguras, hipocondríacas, com ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivas e respostas de *coping* desadequadas.

Uma outra dimensão, a extroversão, mede a quantidade e intensidade das interações sociais, a necessidade de estimulação, a disposição de alegria, a energia, o optimismo, o gosto pela diversão, sociabilidade, podendo assinalar posturas mais afirmativas e activas, ou posturas mais discretas, mais reservadas e orientadas para a tarefa.

A abertura à experiência centra-se na tolerância e exploração do que não é familiar, oscilando entre indivíduos criativos, curiosos perante o mundo interno e o mundo externo, dispostos a considerar novos desafios e valores menos convencionais, experienciando diversas emoções, e indivíduos mais convencionais, conservadores, que preferem o que é conhecido e possuem interesses muito limitados.

A amabilidade mede a orientação interpessoal, que pode variar entre o indivíduo amável, sentimental, bondoso, altruísta, que acredita nos outros e está disposto a perdoar e o indivíduo desagradável, cínico, desconfiado, pouco cooperativo e céptico.

Por fim, a conscienciosidade, que respeita ao grau de organização, persistência e orientação para os objectivos, salientando-se num dos pólos indivíduos motivados, determinados, perseverantes e no outro os mais preguiçosos e despreocupados e com fraca força de vontade (Lima & Simões, 2003; Lima & Simões, 1995).

No âmbito da psicologia da saúde, o modelo dos cinco factores de personalidade tem demonstrado uma forte relação com as doenças físicas e os comportamentos saudáveis (Lima & Simões, 1998). Desta forma, a sua aplicação num campo ainda pouco explorado é relevante.

Personalidade e Infertilidade

Kroger (1952), pretendendo compreender a relação entre personalidade e a competência para a maternidade, definiu a personalidade como a interacção de factores biológicos e culturais que determinam o status psicológico de um indivíduo.

A existência de determinadas características específicas pareciam indicar um funcionamento mental próprio das pessoas que não conseguiam ter filhos. A existência de traços de personalidade neuróticos pode influenciar a saúde, pelos comportamentos, pensamentos e sentimentos que lhe estão associados (Lancastle & Boivin, 2005). Contudo, estas diferenças nem sempre permitiram diferenciar pessoas férteis e pessoas inférteis (Mai & Rump, 1972).

Os estudos pioneiros consideravam que o perfil psicológico das mulheres inférteis tendia a subdividir-se em dois grupos. Por um lado, mulheres aparentemente femininas, mas imaturas física e emocionalmente, que pela sua forte dependência pretendiam recriar no seu casamento uma relação pai/filha. A infância destas mulheres era geralmente marcada pela timidez, passividade e indecisão. Estas características, ao suscitarem uma sobre protecção

parental, eram transpostas para o casamento, não capacitando estas mulheres para serem boas esposas e boas mães (Mandy, Scher, Farkas & Mandy, 1951; Wittkower & Wilson, 1940).

Por outro lado, enquadravam-se num perfil psicológico oposto as mulheres inférteis, agressivas, fortes, competitivas, ambiciosas e dominadoras, traços que claramente se inseriam no estereótipo masculino. Eram mulheres que tinham habitualmente sucesso profissional, casavam apenas por convenção social e encaravam a maternidade como uma ameaça (Mandy et al, 1951; Wittkower & Wilson, 1940).

Apesar destes perfis psicológicos, Kroger (1952) salientou a dificuldade de compreensão inerente à causalidade directa entre os factores de personalidade e infertilidade, dado que, características de personalidade análogas conduziam à infertilidade apenas em alguns casos, emergindo uma enorme variabilidade quer interpessoal quer pessoal. Salientando-se ainda que, apesar das características que as mulheres inférteis possam ter, elas poderão vir a ser mães, embora se possam salientar algumas dificuldades em torno da maternidade, que podem remeter, em alguns casos, para a pertinência de uma intervenção psicológica.

A teorização dos aspectos psicológicos da infertilidade associados a uma dimensão psicossomática, conduziram também ao estudo da alexitimia na infertilidade, ponderando-se a existência, nesta população, de um funcionamento mental caracterizado pela dificuldade na verbalização de emoções, alternado pelo recurso ao factual e ao pensamento lógico (Doron & Parot, 2001).

As mulheres inférteis tendem a apresentar maiores níveis de alexitimia comparativamente com mulheres férteis, independentemente da causa da infertilidade, o que parece indicar que a alexitimia representa uma estratégia de *coping* perante o diagnóstico, investigação e tratamento da infertilidade, podendo mesmo ser considerada um sinal de adaptação, dado que a incapacidade para identificar e exprimir afectos e sentimentos pode funcionar neste caso como um invólucro protector contra o sofrimento psíquico associado (Lamas, Chambry, Nicolas, Frydman, Jeammet & Corcos, 2006). Embora, quando se atende apenas à expressão da irritabilidade, se verifique que as mulheres com infertilidade sem uma causa orgânica detectável tendam a suprimir mais este sentimento (Fassino, Pierò, Boggio, Piccioni & Garzaro, 2002). Num estudo de Daini, Bernardini e Panetta, (2007), onde se pretendia analisar os aspectos psicológicos em mulheres inférteis através de uma prova projectiva, verificou-se que as mulheres com infertilidade orgânica apresentam menor capacidade de integração e adaptação e as mulheres com abortos sucessivos pareciam ser afectadas por fortes problemas

de identidade, levando a crer que estes dois grupos apresentam uma menor estabilidade afectiva comparativamente com as mulheres com infertilidade inexplicada ou com o grupo de mulheres férteis. Contudo, a infertilidade parece ter um impacto emocional no plano imaginário e no plano racional.

Também nos homens inférteis se destacam os índices de alexitimia, quando comparados com homens férteis, o que parece desempenhar um papel primordial na supressão de sentimentos e emoções, advindos da reacção a um diagnóstico de infertilidade e à sua forte estigmatização pessoal e social, não se tratando por isso de uma falha primária no processamento mental (Conrad, 2002).

Quando se avaliaram os traços de personalidade em casais inférteis com infertilidade orgânica e com infertilidade funcional, verificou-se que as mulheres inférteis evidenciavam uma menor cooperatividade de forma genérica e as mulheres com infertilidade funcional apresentavam índices mais baixos de cooperatividade e de auto-directividade que as mulheres com infertilidade orgânica. Relativamente aos homens, aqueles que apresentavam infertilidade funcional, evidenciavam índices mais baixos na procura de novas experiências comparativamente com os que tinham infertilidade orgânica. Tanto os homens como as mulheres com infertilidade funcional apresentaram índices mais elevados de evitamento de perigos, comparativamente com homens e mulheres com infertilidade orgânica (Fassino, Garzaro, Peris, Amianto, Pierò & Abbate Daga, 2002).

As mulheres com infertilidade de causa feminina tendem a ser mais dinâmicas, determinadas, empreendedoras, ambiciosas, perseverantes nos objectivos a alcançar, tendendo a encarar a vida de forma positiva (Cabral, 2001).

Segundo Weiss, Matejů e Urbánek (2004), homens e mulheres de casais inférteis diferem apenas moderadamente da população em geral, os homens tendem a ser mais neuróticos que os da população em geral e as mulheres apresentam mais ansiedade e desejabilidade social. O relacionamento destes casais não é significativamente abalado e são até menos conflituosos e mais consistentes que os da restante população. Contudo, os homens nestas relações vêem-se a si próprios e são percebidos pelas esposas como menos masculinos.

Para além de poderem existir traços de personalidade associados às pessoas inférteis, a própria estrutura de personalidade dita a forma de reacção à mesma. Goldfarb, Rosenthal e Utain (citados por Burns & Covington, 1999) sistematizaram a forma de perceber a infertilidade consoante as dimensões de personalidade mais vincadas, desta forma, os mais

obsessivos, organizados e rígidos, tendiam a considerar a infertilidade como uma punição pela impossibilidade de controlo. As pessoas com características de personalidade narcísicas, perfeccionistas encaravam a infertilidade como um ataque à autonomia e à auto-perfeição. Nas personalidades *borderline* a infertilidade constituía uma ameaça de abandono. Nas personalidades dependentes, deprimidas e submissas a infertilidade era encarada como uma punição por falta de valor próprio. Nas personalidades evitantes, pouco sociáveis, a infertilidade era concebida como um perigo de invasão à privacidade, e nas personalidades paranóides a infertilidade era considerada uma ameaça aniquiladora vinda de todas as partes exteriores ao eu.

Ansiiedade, Depressão e Stresse

A ansiedade, depressão e stresse são termos frequentemente utilizados, embora a sua excessiva banalização não signifique um conhecimento aprofundado. Existindo por vezes uma utilização indiscriminada e pouco fiável, sendo importante clarificar cada um destes aspectos.

A ansiedade é uma emoção que acompanha o ser humano ao longo de toda a sua vida, podendo, no entanto, ser mais localizada no tempo e surgir apenas em determinadas circunstâncias, designando-se nesse caso de ansiedade estado, ou constituir uma característica relativamente permanente no sujeito, ansiedade traço (Crespo, 2003). A ansiedade assemelha-se ao medo, desencadeando um estado de alerta, mas distingue-se do mesmo por antecipar uma vivência tida com algum receio, mas que não constituiu uma verdadeira ameaça (Abreu, 2002). Esta suposição de um potencial perigo pode desencadear modificações fisiológicas e hormonais, pensamentos irracionais e comportamentos de passividade ou fuga (Doron & Parot, 2001).

A depressão constitui uma perturbação do humor caracterizada por uma diminuição global do estado de ânimo (Crespo, 2003) e constitui a negação do sentimento de perda (Coimbra de Matos, 2001). As depressões podem ocorrer na sequência de um determinado acontecimento, embora um mesmo evento possa desencadear respostas diversas, que nem sempre conduzem à depressão, em diferentes pessoas e em diferentes fases da sua vida (Widlocher, 2001). Existem pessoas claramente mais propensas a esta perturbação quer por condicionantes biológicas, nomeadamente alterações hormonais, quer por aspectos psicológicos que podem contribuir para uma visão mais negativa quer interna quer externa, acarretando uma maior vulnerabilidade (Gleitman, 1999).

Da sintomatologia depressiva fazem parte o humor depressivo, a tristeza ou a diminuição do interesse ou prazer em quase todas as actividades, podendo ainda verificar-se alterações de peso na sequência de alterações de apetite, alterações de sono, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva, diminuição das capacidades de pensamento, concentração ou indecisão, podendo ainda surgir pensamentos de morte ou ideação suicida. Sendo importante salientar que, o diagnóstico de depressão depende da presença de diversos sintomas e da sua duração (American Psychiatric Association, 2002).

O stresse, por seu turno, é um estado no qual se encontra uma pessoa ameaçada de desequilíbrio pela acção de condições que põem em causa a sua homeostasia. O stresse acaba

por resultar do desajuste entre as exigências da situação e os recursos pessoais disponíveis para gerir essas perturbações, o que significa que não depende da situação em si mas da percepção do sujeito sobre ela (Doron & Parot, 2001).

O stresse, a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva, são aspectos que podem estar presentes na infertilidade, dado que se trata de um acontecimento de vida que apela à mobilização de recursos pessoais, que podem estar mais ou menos disponíveis, perante potenciais ameaças e perdas reais.

A incerteza na infertilidade é múltipla. Se a infertilidade pode ser considerada uma doença, o que é certo é que muitas vezes não produz sintomas detectáveis para além da dificuldade em engravidar, dificuldade essa que a qualquer momento pode prescrever e trazer de novo a fertilidade ao casal, mas que também pode ser arrastada no tempo e conduzir a tratamentos invasivos nos quais as garantias de sucesso não abundam. Perante um cenário em que as dúvidas, face ao diagnóstico e à doença, se colocam constantemente, é frequente a existência de uma maior ansiedade (Corney, 1996). A infertilidade por si só enquadra-se em diversas perdas, passíveis de ser incrementadas ao longo do avançar do processo. Segundo Coimbra de Matos (2001), as perdas contam com uma fase inicial de tristeza, uma fase seguinte de inibição, representando a desistência e uma fase final de angústia que abre caminho a novas possibilidades. Essas perdas encadeiam-se na continuidade da existência humana, pelo que a depressão se associa sempre à ansiedade, sendo esta o representante da possibilidade de novos investimentos.

Segundo Corney (1996), o período de maior stresse situa-se antes de um diagnóstico, ou seja enquanto se mantêm as incertezas, pois após esse conhecimento existe uma aceitação e uma planificação da vida de acordo com as novas perspectivas. Como reacção à doença pode surgir a depressão, com sentimentos de culpa associados, havendo a interiorização de que a dificuldade constituiu um castigo perante comportamentos anteriores, o que por sua vez pode conduzir a alguma apatia. Sendo de salientar que estes doentes apresentam pior prognóstico por não se encontrarem motivados para enfrentar a doença e participar empenhadamente no tratamento. Como foi inicialmente referido, também na infertilidade existem diversas etapas de maior vulnerabilidade, que podem mesmo carecer de intervenção psicológica.

Ansiedade e Depressão na Infertilidade

Os maiores índices de ansiedade e depressão tendem a distinguir homens e mulheres inférteis de homens e mulheres férteis, verificando-se mesmo diferenças entre elementos de casais inférteis nos índices de ansiedade e depressão. As mulheres tendem a ser caracterizadas por índices mais elevados de ansiedade e depressão (Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard & Verres, 2001; Wright, Duschene, Sabourin, Bissonnette, Benoit & Girard, 1991). A etiologia dessas diferenças centra-se muitas vezes na percepção da causa da infertilidade e na duração da mesma.

Entre os casais inférteis podem distinguir-se casais com uma delimitada evidência orgânica (infertilidade orgânica) e casais que não conseguem ter filhos, apesar de organicamente nada ser detectável (infertilidade funcional), verificando-se nestes últimos índices mais elevados de depressão e ansiedade. Percebendo-se também que a presença de traços ansiosos, constituem tanto nas mulheres como nos homens um importante predictor do tipo de infertilidade, concretamente a infertilidade funcional (Fassino, Pierò, Boggio, Piccioni & Garzaro, 2002). Embora nem sempre os casais com infertilidade idiopática se diferenciem significativamente na ansiedade e depressão quando comparados com casais que têm outros diagnósticos médicos (Wischmann et al., 2001). Quando se estudavam apenas as mulheres inférteis percebia-se que a depressão era mais comum quando a causa era desconhecida comparativamente com outras causas, enquanto que a ansiedade era mais frequente quando a causa se devia a um factor feminino, nomeadamente a endometriose (Ramezanzadeh et al., 2004). Embora nem sempre o desconhecimento ou ausência de diagnóstico seja menos tranquilizador, um estudo menos recente verificou que as mulheres que tinham indicação acerca da causa da infertilidade tinham maiores índices de depressão do que as que desconheciam o diagnóstico (Domar, Broome, Zuttermeister, Seibel & Friedman, 1992). Para as mulheres, a infertilidade devida a um factor feminino ou a um factor masculino não parece ter uma influência diferente em termos de resposta emocional, enquanto os homens experienciam mais emoções negativas quando a infertilidade é devida a um factor masculino do que quando se deve a um factor não masculino (Nachtigall, Becker & Wozny, 1992).

A duração da infertilidade também pode estar relacionada com um menor ou maior ajustamento, verificando-se que as mulheres que lidavam com a infertilidade entre dois e três anos eram aquelas que apresentavam maiores índices de depressão, comparativamente com aquelas cuja história de infertilidade se arrastava há menos de um ano ou há mais de seis anos

(Domar et al., 1992). Ramezanzadeh e colaboradores (2004) sugerem para que a ansiedade e a depressão são baixas entre o primeiro e o terceiro ano, mais comuns depois dos quatro a seis anos de infertilidade, sendo que a depressão atinge patamares mais graves em mulheres cuja infertilidade se arrasta de sete a nove anos.

Numa revisão de literatura, Golombok (1992) sugere que a ansiedade é a dificuldade que mais surge nos pacientes durante os tratamentos de fertilidade, enquanto a depressão surge preferencialmente nos casais cujos tratamentos são mal sucedidos.

O insucesso na ocorrência de gravidez após os tratamentos, uma fase em que tantas expectativas são depositadas, contribui para um aumento dos índices depressivo tanto nos homens como nas mulheres (Berghuis & Stanton, 2002).

O estado de ansiedade é também um importante predictor do sucesso das TPMA (Smeenk, Verhaak, Eugster, Minnen, Zielhuis & Braat, 2001). Merari, Chetrit e Modan (2002) estudaram as respostas e atitudes emocionais de casais com infertilidade de causa desconhecida ou infertilidade orgânica feminina, antes de um tratamento FIV, verificando que as respostas e atitudes emocionais incompatíveis dentro do casal habitualmente reflectiam um menor mal-estar e preocupação por parte do homem do que da mulher. As mulheres tinham ansiedade estado e traço e depressão acima dos valores normativos, independentemente do sucesso conceptivo. Os companheiros das mulheres que concebiam apresentavam maiores índices depressivos do que os companheiros das mulheres que não concebiam. Estes últimos, por sua vez, apresentavam até índices de depressão e ansiedade traço, mais baixos que os valores normativos. O que parecia indicar que, nos homens, respostas emocionais elevadas antes do tratamento se associavam com o sucesso do mesmo.

Jacob (2003) examinou os factores emocionais em casais que necessitavam de recorrer a TPMA, avaliando a ansiedade em homens e mulheres inférteis antes do início do tratamento propriamente dito, concretamente aquando da recolha de óvulos e da amostra de sémen, verificando que as mulheres apresentavam elevada ansiedade traço comparativamente com os homens e índices semelhantes no que concerne à ansiedade estado.

Stresse na Infertilidade

A infertilidade desencadeia nos casais, uma necessidade de fazer face a múltiplas dificuldades perante as quais se torna essencial a mobilização de recursos internos,

viabilizando-se perante um estímulo “stressor” uma resposta ao mesmo. As exigências da infertilidade colocam-se quer ao nível de todas as alterações de vida decorrentes desta dificuldade, quer de todo o processo de diagnóstico e tratamento. O stresse da infertilidade constitui-se pelos múltiplos stresses decorrentes das diversas etapas desta problemática.

A dificuldade conceptiva poderá remeter para uma reorganização da vida do casal, nomeadamente quanto aos projectos de vida definidos, a maior parte dos quais carece de sentido, ficando em suspenso, quando não é possível ter filhos quando se deseja.

Surgem nestes casais conflitos internos, capazes de afectar a saúde mental do próprio e consequentemente a relação com todos os que o rodeiam, principalmente o companheiro. Subitamente o relacionamento sexual do casal perde o seu lado espontâneo, sendo apenas visto pelo seu potencial procriativo e simultaneamente como uma via de frustrações. Quando comparadas com homens, as mulheres tendem a apresentar maior ansiedade e stresse relacionado com as questões sexuais inerentes à infertilidade (Peterson, Newton & Feingol, 2007).

As questões internas relativas à parentalidade fazem-se sentir, dado que muitas vezes o principal objectivo de vida fica comprometido, sendo difícil obter gratificações através de outros aspectos de vida, como se o futuro só fizesse sentido com a possibilidade de parentalidade.

A própria dificuldade pode levar ao isolamento e evitamento, salvaguardando-se desta forma o confronto com situações que acabam por remeter para uma área de grande sofrimento. O contacto com crianças começa a ser bastante penoso, todos conseguem ter filhos, todo o meio circundante constitui uma ameaça por ser povoado por seres férteis, havendo por isso uma enorme sensibilidade a todas estas situações e aos comentários de familiares ou amigos, que ainda que inofensivos são sentidos como inconvenientes.

A infertilidade acaba assim por ter também grandes repercussões em termos sociais. As técnicas de procriação medicamente assistidas, apesar de concederem uma nova esperança aos casais que desejam ter filhos, são extremamente invasivas, implicando um enorme desgaste pessoal e constrangimentos a nível social. A necessidade de recorrer a frequentes procedimentos clínicos torna difícil que o conhecimento da infertilidade se mantenha num domínio privado. Muitas mulheres revelam no seu local de trabalho que se encontram em consultas de infertilidade essencialmente pela necessidade de justificarem a razão pela qual faltam ao emprego. As mulheres que optam por não revelar fazem-no essencialmente para

manter a sua privacidade. Contudo, a decisão de revelar não representa um significativo impacto no stresse sentido (Finamore, Seifer, Ananth & Leiblum, 2007). Pelo contrário, a decisão de revelar a dificuldade conceptiva pode estar associada a um elevado mal-estar psicológico (Slade, O'Neill, Simpson & Lashen, 2007).

Os casais tendem a sentir-se estigmatizados, essencialmente quando existe um baixo suporte social, havendo simultaneamente um acréscimo de ansiedade, depressão e stresse inerente à infertilidade (Slade et al, 2007). Embora as mulheres tendam a sentir-se mais estigmatizadas quando atravessam dificuldades conceptivas, verifica-se igualmente um aumento do stresse relacionado com a infertilidade. Notando-se neste aspecto a interferência do nível de escolaridade, constata-se que as mulheres com maiores índices educacionais apresentam um menor stresse relacionado com a infertilidade (Donkor & Sandall, 2007).

A infertilidade encontra-se no cerne das problemáticas para as quais já se dispõem de múltiplas soluções, não invalidando, no entanto, que a impossibilidade de ter um filho quando se pretende, possa ter um enorme impacto psicológico. Acrescendo o facto de que técnicas, como a FIV, além de bastante invasivas, têm taxas de sucesso relativamente baixas, o que gera em alguns casais stresse psicológico. Sendo que, os insucessos aliados ao stresse psicológico desencadeado, têm por seu lado um importante papel para que alguns casais decidam descontinuar este tipo de tratamentos (Rajkhowa, McConnell & Thomas, 2006).

O recurso a métodos que permitam ajudar os casais com problemas de fertilidade a conseguirem ter um filho, como é o caso da IA, são bastante ansiados pelos casais, aguardados com grande expectativa, pelo que receber um resultado de gravidez negativo, após tanto investimento, induz um aumento significativo dos sintomas depressivos nestes casais. Embora as estratégias de *coping* constituam um importante predictor do mal-estar emocional sentido. Verifica-se que estratégias de *coping* orientadas para o problema, fomentando o processamento emocional e a expressão de emoções, promovem o ajustamento a um resultado de gravidez negativo na sequência de uma IA, enquanto estratégias de *coping* orientadas para o evitamento se associam a um maior mal-estar (Berghuis & Stanton, 2002).

Pelo que a redução do stresse pode não só diminuir o número de ciclos de tratamento necessários antes de alcançar uma gravidez, como preparar o casal para as potenciais falhas no tratamento ou fazer com que se parta para técnicas mais invasivas desnecessariamente. Acrescendo que, o tratamento psicológico para o traço e estado de stresse é menos invasivo relativamente às TPMA, podendo ser aplicado sempre que indicado (Campagne, 2006).

Personalidade, Ansiedade, Depressão e Stresse no Ajustamento à Infertilidade

Embora seja amplamente reconhecido que as perturbações psíquicas podem afectar severamente a reprodução, nomeadamente causando amenorreia e impotência, que impossibilitam a gravidez espontânea, também o enquadramento psíquico pode causar por si só infertilidade, embora através de mecanismos que permanecem desconhecidos (Noyes & Chapnick, 1964; Sanders & Bruce, 1997). No sentido, de fornecer uma resposta a esta lacuna, foi sugerida a existência de uma correlação positiva entre as concentrações de adrenalina, as taxas de gravidez e a depressão, evidenciando-se que esta hormona poderia ser o elo de ligação da complexa relação entre stresse psicossocial e resultados da FIV ou ICSI (Smeenk, Verhaak, Vingerhoets, Sweep, Merkus, Willemsen, Van Minnen, Straatman & Braat, 2005).

A infertilidade afecta mulheres e homens, e o que podem parecer diferenças de fundo, prendem-se frequentemente com as estratégias com que os elementos de cada género lidam com a situação. As mulheres tendem a utilizar mais estratégias de *coping* confrontativas, de aceitação da responsabilidade, procura de suporte social, evitamento e fuga quando comparadas com os homens, que tendem a recorrer ao distanciamento, ao auto-controlo, orientados para a resolução dos problemas. No entanto, em ambos os sexos o stresse inerente à infertilidade encontra-se positivamente associado com as estratégias de evitamento e fuga e com a aceitação da responsabilidade e encontra-se negativamente associado com a procura de suporte social, distanciamento e procura de resolução para a dificuldade (Peterson, Newton, Rosen & Skaggs, 2006). O evitamento e a fuga, a aceitação das responsabilidades e o auto-controlo, são estratégias de *coping* que se encontram fortemente relacionadas não só com o aumento do stresse, mas também da depressão e da diminuição do ajustamento marital tanto nos homens como nas mulheres (Peterson, 2006). As estratégias de *coping* orientadas para a expressão de emoções podem ser um factor de risco para as reduzidas taxas de sucesso em mulheres que recorrem a FIV (Panagopoulou, Vedhara, Gaintarzi & Tarlatzis, 2006).

A reacção emocional do casal relacionada com todo o processo de infertilidade encontra-se relacionada com a concretização de um objectivo, a gravidez, após os tratamentos. Se o casal não consegue engravidar, o seu bem-estar emocional piora, enquanto que, se conseguem engravidar sentem-se melhor do que antes do início do tratamento. Embora as mulheres apresentem uma maior reacção emocional que os maridos, esta diferença tende a dissuadir-se nos casos em que a gravidez não sucede. Contudo, os casais que iniciam um primeiro

tratamento FIV são um grupo bem ajustado e conseguem gerir adequadamente a tensão implícita ao tratamento (Holter, Andersheim, Bergh & Moller, 2006).

No entanto, a resposta emocional do casal perante um insucesso de tratamento pode ser prevista através da vulnerabilidade a alguns factores avaliados antes do início do mesmo. O neuroticismo apresenta-se como um factor predisponente na resposta emocional perante um “stressor” severo. A falta de suporte e a insatisfação conjugal constituem factores de risco adicionais, enquanto o amparo e o suporte social percebido funcionam como factores protectores, relativamente ao desenvolvimento de ansiedade e depressão na sequência de um tratamento de fertilidade mal sucedido (Verhaak, Smeenk, Evers, Van Minner, Kremer & Kraaimaat, 2005). As mulheres apresentam índices mais elevados de ansiedade e depressão depois de um tratamento mal sucedido e índices mais baixos depois de um tratamento bem sucedido, enquanto nos homens não se registam estas diferenças. Mesmo seis meses após o tratamento, as mulheres ainda não recuperaram e mais de 20% apresenta formas não clínicas de ansiedade e depressão. As características de personalidade, o significado dos problemas de fertilidade e o suporte social, acabam por determinar o decurso da resposta emocional (Verhaak, Smeenk, Van Minner, Kremer & Kraaimaat, 2005).

Apesar de se conceber que o stresse inerente à infertilidade afecta homens e mulheres, para além de lidarem com ele de forma diferente, também existem particularidades no modo como cada vertente do stresse tende a afectar homens e mulheres. As mulheres diferem significativamente dos homens, apresentando índices mais elevados no que concerne ao stresse global inerente à infertilidade, bem como um maior stresse relacionado com a infertilidade na sua dimensão social, sexual e necessidade de parentalidade (Newton, Sherrard & Glavac, 1999).

O estudo de Cooper, Gerber, McGettrick e Johnson (2007) pretendeu determinar a relação entre o stresse percebido relacionado com a infertilidade e os resultados de um primeiro ciclo FIV, verificando que os casais que conseguiam conceber apresentavam índices significativamente superiores nas escalas de necessidade de parentalidade e perda de gratificação sexual, comparativamente com os casais que não concebiam. Uma análise independente de mulheres e homens, verificou que as mulheres que conseguiam engravidar apresentavam índices mais elevados quanto à necessidade de parentalidade, aspectos sexuais, visão negativa da vida sem filhos e stresse global inerente à infertilidade, embora estas diferenças não fossem estatisticamente significativas relativamente às mulheres que não

conseguiam engravidar. Relativamente aos homens, não se registaram quaisquer diferenças entre aqueles cujas companheiras conseguiam ou não engravidar. Os casais que conseguiram prosseguir a gravidez obtiveram índices mais elevados relativamente à visão negativa de uma vida sem filhos, necessidade de parentalidade e stresse total comparativamente com os que não tinham conseguido. Quando as mulheres eram analisadas separadamente, verificava-se que aquelas que conseguiam manter a gravidez tinham índices mais elevados na visão negativa da vida sem filhos e na necessidade de parentalidade. Relativamente aos homens, verificou-se que aqueles cujas companheiras mantinham a gravidez apenas tinham índices mais elevados na necessidade de parentalidade. Verificando-se que nas diferenças registadas as mulheres têm um papel determinante e um stresse moderado parece ser benéfico para o sucesso da FIV.

Os índices mais baixos de ansiedade e depressão parecem ditar um melhor prognóstico quanto ao alcançar de uma gravidez em mulheres inférteis. Em contrário, a ansiedade, a idade, a tentativa de resolver a infertilidade através de soluções não médicas e a pressão familiar encontram-se entre as variáveis que predizem negativamente a taxa de gravidez (Gulseren, Cetinay, Tokatlioglu, Sarikaya, Gulseren & Kurt, 2006).

Deste modo, os factores psicológicos e a probabilidade de gravidez após um tratamento FIV/ICSI, parecem ter uma relação significativa. Notando-se que o estado de ansiedade apresenta uma relação ligeiramente mais forte com os resultados do tratamento que a depressão (Smeenk, Verhaak, Eugster, Minnen, Zielhuis & Braat, 2001). O stresse específico da infertilidade medido no início do tratamento encontra-se desta forma associado a piores resultados no mesmo, quer em mulheres quer em homens, embora tenha uma expressão mais ampla nas mulheres. Um maior stresse específico da infertilidade nos seus domínios pessoal e do relacionamento apresenta uma associação negativa com os resultados do tratamento, em detrimento do stresse social inerente à infertilidade. Pelo que as mulheres com mais stresse no seu relacionamento necessitam de mais ciclos para conseguir engravidar (Boivin & Schmidt, 2005).

Contudo, nem sempre o stresse percebido ou o bem-estar psicológico antes ou durante a FIV se encontram relacionados com o sucesso da mesma (Anderheim, Holter, Bergh & Moller, 2005).

A ansiedade, quando é medida de uma forma genérica, parece afectar mais as mulheres do que os homens com problemas de fertilidade. Chegando a atingir níveis moderados a severos

em 24% dos casos, enquanto que os homens só apresentam esta intensidade de sintomatologia em 7% dos casos. Quando se mede stresse sexual associado à infertilidade verifica-se que é mais elevado nas mulheres que nos homens, embora 21% dos homens apresentem índices elevados comparativamente com 17% das mulheres. Quando se relaciona a ansiedade com o stresse sexual inerente à infertilidade verifica-se que existe uma associação positiva entre estas variáveis tanto nos homens como nas mulheres, sendo mais forte nos homens, principalmente no que concerne à sintomatologia ansiosa subjectiva (como a incapacidade de relaxar, sentir-se nervoso) e autonómica (como sentir calor, transpirar, sentimento de indigestão) que pode ser intensificada como resultado da infertilidade, em detrimento dos sintomas neurofisiológicos da ansiedade e sintomas de pânico (Peterson, Newton & Feingol, 2007).

No sentido de explorar o impacto da congruência no casal entre o stresse percebido relacionado com a infertilidade e o seu efeito na depressão e ajustamento conjugal em homens e mulheres inférteis, Peterson, Newton e Rosen (2003) verificaram que os homens e mulheres do casal que percepcionavam níveis análogos de stresse social inerente à infertilidade, revelavam elevados índices de ajustamento conjugal quando comparados com homens e mulheres que percepcionavam o stresse de forma diferente. As mulheres que sentiam uma semelhante necessidade de parentalidade revelavam índices mais elevados na satisfação conjugal comparativamente com mulheres dos casais em que os homens referiam uma elevada necessidade de parentalidade. Embora a incongruência no casal não se encontrasse relacionada com depressão nos homens, nas mulheres a incongruência nos aspectos relacionais e na necessidade de parentalidade encontrava-se relacionada com a depressão.

Objectivos da Investigação

Esta investigação pretende analisar a vivência de stresse associado a uma situação específica, a infertilidade, procurando delimitar factores que possam mediar essa vivência, como é o caso dos traços de personalidade e de uma eventual sintomatologia de stresse, ansiedade ou depressão mais generalizados. Por outro lado, pretende ainda verificar a relação entre o stresse na infertilidade e o índice de ajustamento à mesma, dado que, apesar da existência de uma vasta literatura relevante na área que estuda estes factores em particular, é importante conhecer as relações que podem interligar as diferentes variáveis.

Pelo que o objectivo do presente estudo incide na clarificação da relação entre personalidade, ansiedade, depressão e stresse gerais, stresse inerente à infertilidade e ajustamento à fertilidade, em homens e mulheres que procuram ajuda perante a infertilidade.

Sendo este o objectivo central, não fará sentido desatender às diferenças que podem existir consoante factores sócio-demográficos e clínicos como: a idade, a causa da infertilidade, a duração da mesma, a fase do processo e a realização de tratamentos e de gravidezes anteriores mal sucedidas.

Desta forma colocam-se as seguintes hipóteses de investigação: (1) Espera-se que a idade influencie o mal-estar em mulheres inférteis, (2) Espera-se que a causa da infertilidade influencie o desajustamento emocional sentido por homens e mulheres, (3) Espera-se que a duração da infertilidade se relacione com o mal-estar psicológico em homens e mulheres, (4) Espera-se que a fase do processo se associe com o mal-estar sentido por homens e mulheres, (5) Espera-se que as gravidezes anteriores mal sucedidas ou os tratamentos anteriores influenciem o mal-estar sentido por homens e mulheres, (6) Espera-se que existam diferenças entre as dimensões de personalidade entre homens e mulheres inférteis, esperando-se que as mulheres apresentem maiores índices de neuroticismo comparativamente com os homens, (7) Espera-se que o perfil de personalidade de homens e mulheres inférteis se relacione e permita explicar o stresse inerente à infertilidade, (8) Espera-se que os homens e mulheres inférteis com maiores índices de ansiedade, depressão e stresse em sentido lato, apresentem maiores índices de stresse inerente à infertilidade, (9) Esperando-se ainda que um menor stresse relacionado com a infertilidade se encontre associado a um maior ajustamento à fertilidade em homens e mulheres inférteis.

MÉTODO

Participantes

Foram incluídos neste estudo 70 sujeitos, 35 (50%) mulheres e 35 (50%) homens, que constituíam 35 casais que recorreram a consultas de infertilidade num serviço de saúde, sendo por isso uma amostra de conveniência.

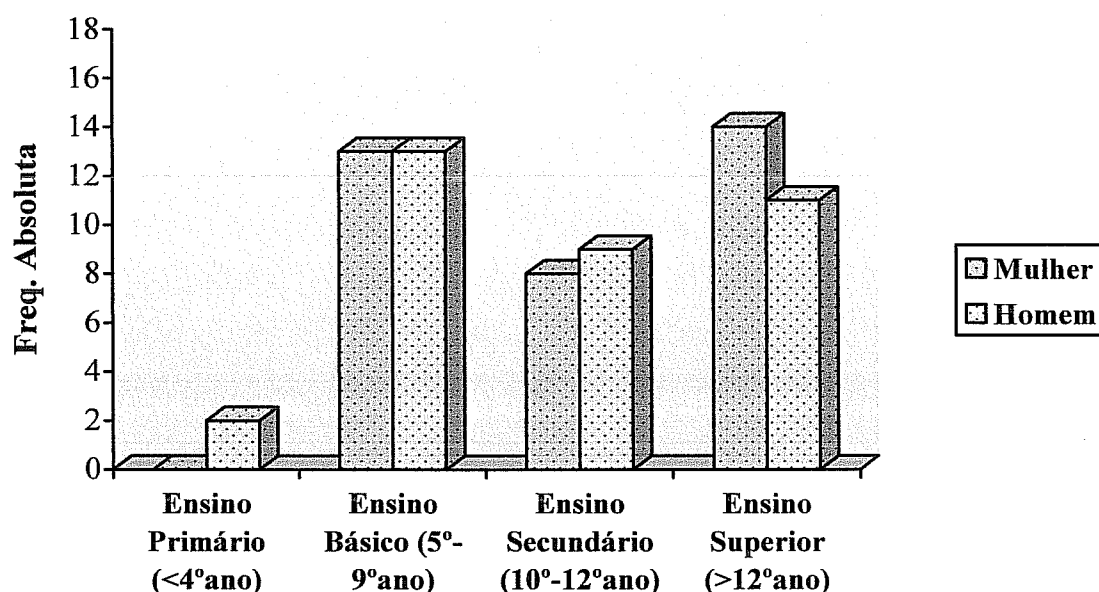
Os sujeitos eram incluídos na amostra, por estarem em idade fértil e pretenderem ter filhos e simultaneamente por se encontrarem com problemas de infertilidade e terem recorrido a uma consulta da especialidade.

Caracterização da Amostra

Relativamente à caracterização dos participantes da amostra verifica-se que a idade média das mulheres era de 31.77 anos (DP = 3.15) e a idade média dos homens era superior, 33.60 anos (DP = 6.22), não se verificando no entanto diferenças significativas ($t(68) = -1.55$; $p = 0.125$).

Usando o teste exacto de Fisher verificou-se que as habilitações literárias não diferiam significativamente entre homens e mulheres ($p = 0.637$), ainda que não existisse nenhuma mulher apenas com a instrução primária e existissem mais mulheres com habilitações literárias ao nível do ensino superior, conforme é possível verificar no gráfico seguinte:

Figura 1 – Frequências relativas às habilitações literárias



No que concerne à profissão subdivida segundo as grandes categorias da Classificação Nacional das Profissões do Instituto de Emprego e Formação Profissional foi possível constatar a seguinte distribuição conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Frequências e percentagens relativas à profissão

Categoria Profissional	Mulheres (N=35)		Homens (N=35)	
	n	%	n	%
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas	—	—	1	2.9
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	7	20.0	7	20.0
Técnicos Profissionais de Nível Intermédio	3	8.6	7	20.0
Pessoal Administrativo e Similares	6	17.1	1	2.9
Pessoal dos Serviços e Vendedores	11	31.4	5	14.3
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	—	—	10	28.6
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	—	—	3	8.6
Trabalhadores Não Qualificados	2	5.7	1	2.9
Domésticas	1	2.9	—	—
Desempregados	5	14.3	—	—

Verificou-se que a maioria das mulheres (31.4%) se inseria na categoria de pessoal dos serviços e vendedores, seguindo-se o grupo profissional dos especialistas das profissões intelectuais e científicas (20.0%). No caso dos homens, a maioria enquadrava-se no grupo dos operários, artífices e trabalhadores similares (28.6%), seguindo-se os especialistas das profissões intelectuais e científicas (20.0%) e os técnicos profissionais de nível intermédio (20.0%). Nenhuma das mulheres pertencentes à amostra fazia parte de quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas, nem do grupo dos operários, artífices e trabalhadores similares, bem como da categoria dos operadores de

instalações e máquinas e trabalhadores da montagem, profissões que nesta amostra eram exclusivamente representadas por homens, 2.9%, 28.6% e 8.6%, respectivamente. Verificou-se igualmente nesta amostra que os desempregados e domésticas são exclusivamente mulheres, 14.3% e 2.9%, respectivamente. Estes dados reflectiram algumas desigualdades de estatuto profissional entre homens e mulheres, bem como profissões claramente dominadas por um único género ($p < 0.001$).

Nesta amostra predominava a nacionalidade portuguesa, 91.4% das mulheres da amostra eram de nacionalidade portuguesa, sendo as restantes guineenses (5.7%) e brasileiras (2.9%). No que concerne aos homens, 85.7 % eram de nacionalidade portuguesa, os restantes dividiam-se entre brasileiros (2.9%), guineenses (5.7%), cabo-verdianos (2.9%) e italianos (2.9%). Não existiam diferenças significativas entre homens e mulheres ($p = 0.900$).

A grande maioria desta amostra era constituída por sujeitos de etnia caucasiana (90%), os restantes eram negros (10%). Não se verificaram diferenças significativas entre homens e mulheres ($p = 1.000$), 88.6% das mulheres e 91.4% dos homens eram caucasianos, sendo que os restantes negros (11.4 e 8.6%, respectivamente).

Importa salientar, que como os dados recolhidos reportam a casais, grande parte da informação era comum entre homens e mulheres pelo que não carece de análise independente, uma vez que não existiam quaisquer diferenças entre os dados. Como era o caso do estado civil, existência de anteriores gravidezes no casal, causa da infertilidade, entre outros.

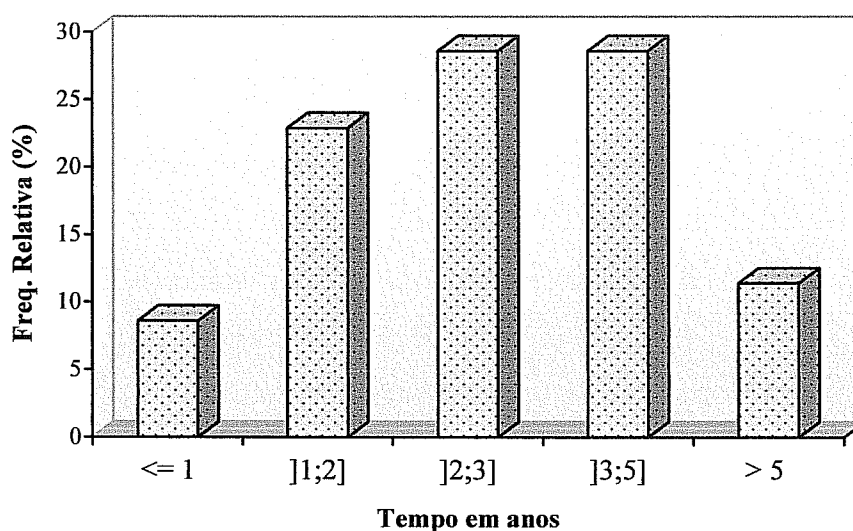
Começando pelo estado civil, verificou-se que 24 (68.6%) eram casados e 11 (31.4%) viviam maritalmente. A duração média do relacionamento conjunto era de cerca de cinco anos ($M = 63.43$ meses), com um desvio padrão de dois anos e meio ($DP = 30.22$ meses). A maioria dos sujeitos da amostra não tinha filhos (90%). Dos restantes apenas um tinha um filho, fruto do relacionamento actual, sendo que três mulheres e dois homens tinham pelo menos um filho de relacionamentos anteriores.

No presente relacionamento, em 14.3% dos casais já tinha ocorrido pelo menos uma gravidez sem sucesso, todas gravidezes espontâneas, à excepção de um casal em que a mesma havia resultado de tratamentos. Apesar de 77.1% dos casais nunca ter recorrido a tratamentos, quatro (11.4%) já tinham realizado um tratamento, dois (5.7%) já tinham realizado dois, havendo um casal (2.9%) que havia efectuado três tratamentos e ainda outro que chegou mesmo a realizar quatro tratamentos (2.9%). Tratamentos esses que se distribuíam entre estimulações de ovulação, IA, FIV e transferência de embriões, todos eles sem sucesso. Sendo

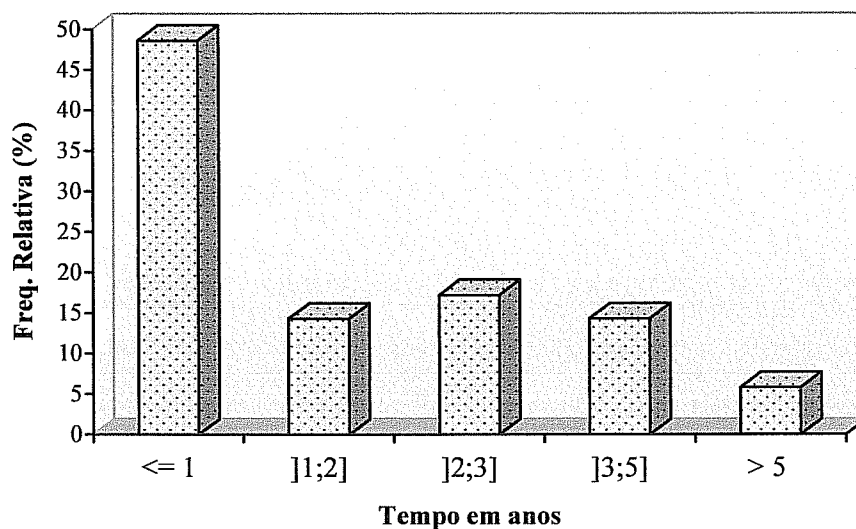
o procedimento mais comum em casais que já tinham recorrido a tratamentos anteriores a estimulação da ovulação, seguido pela FIV e por último a IA e a transferência de embriões no mesmo patamar. Importa, no entanto, salientar que apenas uma pequena percentagem de casais tinha recorrido a tratamentos anteriores, pelo que esta distribuição poderia ser pouco representativa da realidade.

Embora em média os casais tentassem engravidar há mais de três anos ($M = 41.06$ meses), com um desvio padrão de pouco mais de um ano e meio ($M = 20.85$ meses), sendo que a amplitude varia entre três meses e oito anos a tentar engravidar, verificou-se a distribuição do seguinte gráfico.

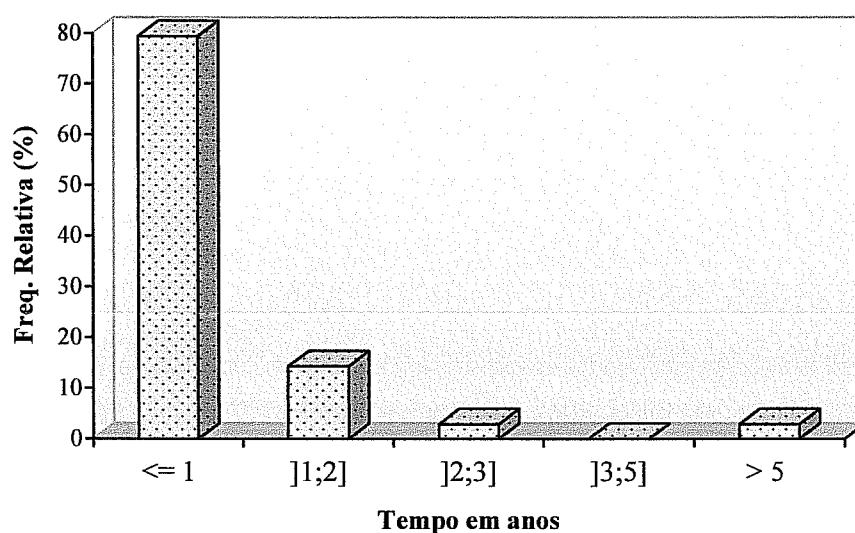
Figura 2 – Frequências relativas à duração da infertilidade



Existiam poucos casais que se encontravam na consulta e que tentavam engravidar há um ano ou menos, ou há mais de cinco anos. Em média, os casais solicitaram ajuda há cerca de dois anos ($M = 25.51$ meses; $DP = 20.35$ meses), variando o pedido entre dois meses e sete anos, embora a grande parte dos casais tenha solicitado ajuda apenas há um ano ou menos.

Figura 3 – Frequências relativas ao tempo do pedido de ajuda pelos casais

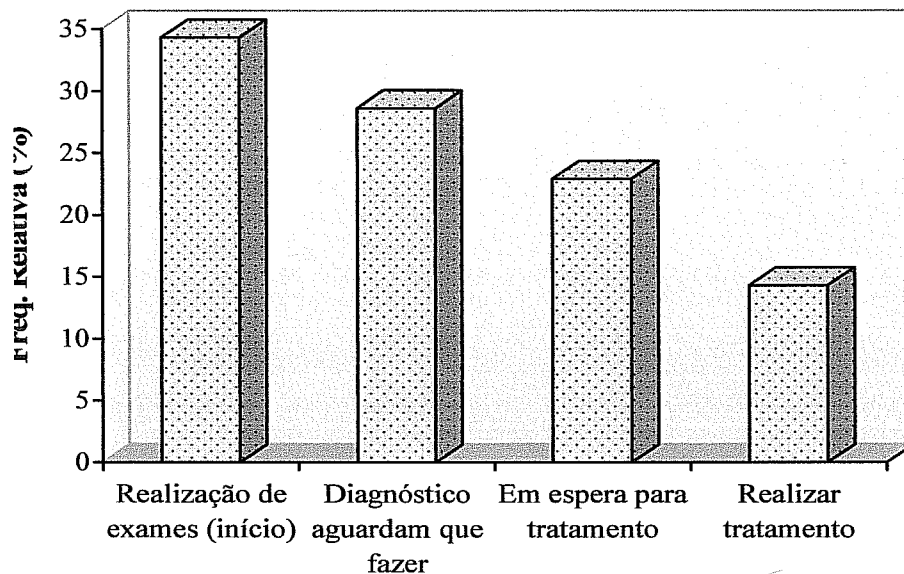
Concretamente na consulta da especialidade, local onde foi aplicado o protocolo, os casais encontravam em média há cerca de um ano ($M = 11.74$ meses; $DP = 15.43$ meses), embora o tempo no serviço de saúde variasse entre um e sete anos, podendo verificar-se no gráfico seguinte a respectiva distribuição.

Figura 4 – Frequências relativas ao tempo na consulta de infertilidade

Constatou-se que quase 80% dos casais se encontravam na consulta há um ano ou menos, apenas pouco mais de 20% estava há mais de um ano nesta consulta. Podendo assim salientar-se o tempo de latência que existia entre começar a tentar engravidar e o pedido de ajuda,

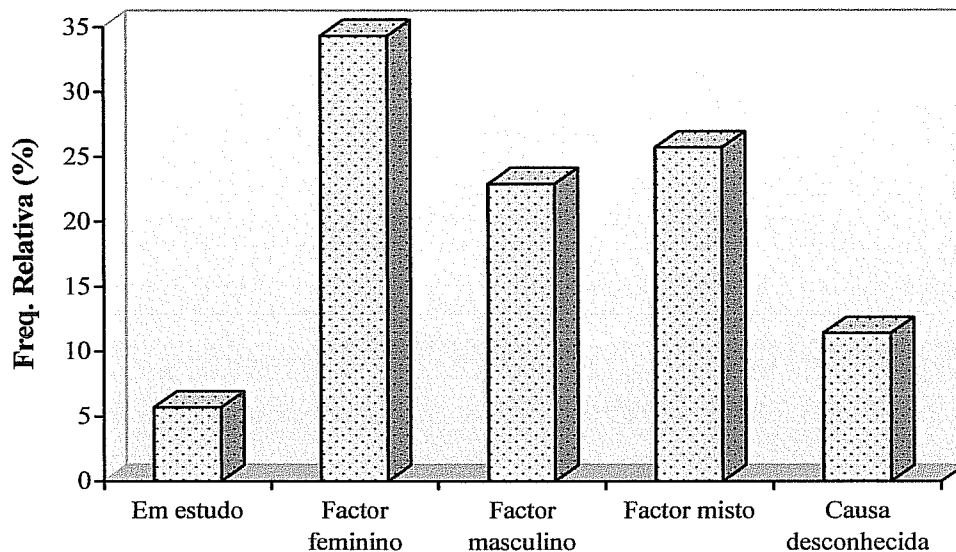
período esse que, por vezes, contava com um grande desfasamento temporal. Pelo que grande parte dos casais se encontrava ainda nas fases iniciais do processo, como é possível verificar no gráfico seguinte.

Figura 5 – Frequências relativas à fase do processo



O processo inicia-se habitualmente com a realização de uma consulta médica para perceber o historial clínico do casal e com a prescrição de vários exames ao mesmo, ainda que o casal já tenha frequentado outros serviços de saúde e tenha conhecimento acerca do diagnóstico. Nesta fase encontravam-se 34.3% dos casais e na fase em que já havia conhecimento do diagnóstico e se aguardava o que fazer encontravam-se 28.6%, o que significa que 62.9% foram à consulta de psicologia e preencheram o protocolo de avaliação ainda em estádios de grande incerteza quanto ao processo. Cerca de 23% dos casais completaram o protocolo quando já tinham sido encaminhados e se encontravam em espera para um tratamento e apenas 14.3% dos casais iriam ser submetidos a tratamento, perspectivando-se assim várias etapas e conseqüentemente diversas vicissitudes inerentes a cada fase.

Quanto à causa que os casais referenciavam como estando na origem da dificuldade conceptiva, pode observar-se a sua distribuição consoante o Gráfico 6. Salientando-se que os motivos inerentes à infertilidade eram fornecidos pelo casal, não sendo consultado o processo clínico, pelo que poderiam estar sujeitos à influência das percepções acerca da dificuldade.

Figura 6 – Frequências relativas à causa da infertilidade

O factor feminino era o mais referido pelos casais como causa da infertilidade (34.3%), ainda assim abaixo dos valores de prevalência referidos nesta população, cerca de 40%. Dentro do factor feminino eram referidos quadros de factor tubário, disfunções ovulatórias, síndrome do ovário poliquístico, amenorreia, factor hormonal e laqueação tubária. O factor masculino também se encontrava claramente abaixo da prevalência nesta população que seria igualmente de 40%, embora nesta amostra tenha sido referido isoladamente em 22.9% dos casos, nomeadamente alterações na qualidade e quantidade dos espermatozóides e varicocele. Contudo, a combinação de factores registava uma percentagem de 25.7, claramente superior à percentagem esperada, tal como a infertilidade de causa desconhecida (11.4%), enquadrando-se nesta categoria os casais que, apesar de já se encontrarem a tentar engravidar há algum tempo e terem recorrido a ajuda médica, não detinham uma indicação médica. Os casais que estavam há pouco tempo na consulta e se encontravam em fase de realização de exames foram enquadrados na categoria, em estudo, registando-se que apenas 5.7% dos casais permaneciam sem qualquer indicação de diagnóstico.

Material

Questionário Sócio-Demográfico (QSD)

O QDS permitiu a caracterização sócio-demográfica da amostra, no que concerne à idade, profissão, habilitações literárias, nacionalidade, etnia, estado civil e duração do mesmo, existência de filhos e ocorrência de gravidez anterior. A informação clínica incluía questões relativas à duração da infertilidade e à sua sinalização através de um pedido de ajuda, causa da infertilidade, tempo no serviço de saúde, fase do processo e existência de tratamentos anteriores.

Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R, Costa & McCrae, 1992)

Na versão reduzida de Bertoquini e Pais-Ribeiro (2006), constituída por 20 itens obtidos através de análise factorial dos 240 itens da versão original, que consistia na avaliação de cinco factores de personalidade. Os cinco factores avaliados são: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C), cada um dos quais com 4 itens. Cada item apresenta um formato de resposta tipo Likert de cinco pontos (0-Discordo Fortemente; 4-Concordo Fortemente). Os itens 1, 2, 3, 6, 8 e 10 são cotados de modo invertido. O NEO-FFI-20 permite obter um valor para cada uma das dimensões através da soma de pontos referentes à mesma. A amplitude dos resultados pode variar entre 0 e 16 para cada dimensão. Pontuações mais elevadas correspondem aos factores de personalidade mais salientes.

O estudo das qualidades psicométricas (Bertoquini & Pais-Ribeiro, 2006) revelou valores satisfatórios de consistência interna, alfas de Cronbach iguais ou superiores a 0.70 para cada uma das dimensões. O NEO-FFI-20 apresenta uma boa validade convergente, verificada pela existência de associações fortes com as dimensões equivalentes do NEO-PI-R, bem como das suas versões reduzidas, NEO-FFI e NEO-FFI-R. A fraca associação com as dimensões não equivalentes destes instrumentos e as baixas a moderadas intercorrelações entre os factores do NEO-FFI-20 revelaram a existência de uma boa validade discriminante. À semelhança do que acontece com o NEO-PI-R, NEO-FFI e NEO-FFI-R, o NEO-FFI-20 apresenta ainda validade de critério, atestada pela correlação moderada, mas estatisticamente significativa, com várias medidas critério.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (DASS, Lovibond & Lovibond, 1995)

Na sua versão reduzida (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) de 21 itens, obtidos através de análise factorial dos 42 itens que constam da versão original. Esta medida tem um formato de resposta tipo Likert de 4 pontos (0 - Não se aplicou a mim; 3 - Aplicou-se a mim a maior parte das vezes). Esta escala avalia três dimensões, depressão (3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21), ansiedade (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) e stresse (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18), cada uma das quais com 7 itens. A pontuação para cada uma destas dimensões obtém-se através da soma dos itens que as compõem. A amplitude de resultados pode variar entre 0 e 21 para cada uma das sub-escalas. Pontuações mais elevadas em cada sub-escala correspondem a estados afectivos mais negativos.

O estudo das qualidades psicométricas para a população portuguesa (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), revelou valores adequados de consistência interna, alfa de Cronbach de 0.85 para a escala de depressão, 0.74 para a escala de ansiedade e 0.81 para a escala de stresse. Verificou-se a existência de uma boa validade convergente e discriminante, através da comparação da correlação do item com a escala a que pertence com as correlações com as escalas a que não pertence.

Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI, Newton, Sherrard & Glavac, 1999)

Esta escala foi concebida com o intuito de contemplar os múltiplos domínios da infertilidade tendo por base o modelo psicológico do stresse percebido. A versão portuguesa (Moura-Ramos, Gameiro & Canavarro, 2006) é constituída por 46 itens, apresentando um formato de resposta tipo Likert com 7 pontos (1 - Discordo Fortemente; 6 - Concordo Fortemente). Esta escala apresenta-se subdividida em cinco dimensões, nomeadamente aspectos sociais (e.g. sensibilidade a comentários e perguntas acerca da infertilidade, sentimentos de isolamento dos pares e família, dificuldade em participar nas actividades sociais), aspectos sexuais (e.g. perda de prazer nas relações sexuais, sentimentos de pressão pelas relações sexuais programadas), aspectos relacionais (e.g. problemas em comunicar abertamente sobre a infertilidade, preocupações sobre o futuro do relacionamento, dificuldade em aceitar diferenças de género), necessidade de parentalidade (e.g. identificação com o papel de mãe/pai, parentalidade como objectivo de vida central) e rejeição de uma vida sem filhos (e.g. visão negativa de estilo de vida sem filhos, um futuro feliz depende dos filhos,

dificuldade em perceber outros aspectos como satisfatórios). As pontuações são obtidas através do somatório dos itens de cada dimensão, sendo que o conjunto de todas as dimensões permite ainda obter o stresse global. Os itens 1, 4, 7, 9, 12, 15, 18, 20, 23, 25, 28, 31, 33, 35, 38, 41, 44 e 46 são cotados de forma invertida. Tanto para cada dimensão como para o stresse global, resultados mais elevados indicam que o indivíduo experimentou mais stresse psicológico.

Esta escala apresentou qualidades psicométricas adequadas (Newton, Sherrard & Glavac, 1999). Uma consistência interna moderada a alta nas diversas dimensões, alfa de Cronbach de 0.87 nos aspectos sociais, 0.77 nos aspectos sexuais, 0.82 nos aspectos relacionais, 0.84 na necessidade de parentalidade, 0.80 na rejeição de uma vida sem filhos e 0.93 no stresse global. A estabilidade teste reteste evidenciou-se igualmente elevada. A escala apresentou uma adequada validade discriminante, atestada através de uma baixa a moderada correlação entre as cinco sub-escalas. Apresentando igualmente uma adequada validade convergente, dado que as mulheres e os homens que apresentavam um stresse global elevado, evidenciavam igualmente níveis elevados de depressão, ansiedade estado e níveis baixos de ajustamento marital.

Escala de Ajustamento à Fertilidade (FAS, Glover, Hunter, Richards, Katz & Abel, 1999)

Esta escala foi construída após análise qualitativa de entrevistas com casais atendidos numa clínica de fertilidade, que se encontravam em diversos estádios de investigação e tratamento. Pretende medir o ajustamento à fertilidade, perante a possibilidade de uma vida com ou sem filhos, traduzindo-se pelas respostas cognitivas, emocionais e comportamentais perante problemas de fertilidade. Na sua versão original, a escala é constituída por 12 itens. Para este estudo traduzimos e adaptámos a escala para a nossa amostra, ficando a mesma reduzida a 10 itens após eliminação dos itens 2 e 4 cujo ponto de saturação era inferior a 0.40. Desta forma, a solução encontrada com um único factor, que se refere ao ajustamento à fertilidade, explica 36.74% da variância. Apesar do item 10 também se situar abaixo de 0.40, verifica-se através da análise da consistência interna que a mesma não é incrementada pela eliminação deste item, pelo que se optou por mantê-lo (Anexo B). Esta medida apresenta um formato de resposta tipo Likert de 6 pontos (1 - Discordo Fortemente; 6 - Concordo Fortemente), sendo os itens 6, 9, 10 e 12 cotados de modo invertido. Esta escala avalia uma

única dimensão e a amplitude de resposta varia entre 10 e 60, os valores mais elevados correspondem a um menor ajustamento. Verificou-se que a pontuação obtida resultante da soma dos itens da escala apresentava uma distribuição normal (Anexo C), sendo que todos os itens apresentavam valores adequados de enviezamento e achatamento (Anexo D). No que concerne à pontuação total, a média era de 34.6 com um desvio padrão de 8.84, com uma pontuação mínima de 14 e máxima de 56. Tal como na validação de Glover e colaboradores (1999) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações de homens e mulheres ($t(58) = 1.67$; $p = 0.100$), embora as mulheres apresentassem pontuações superiores ($M = 36.61$; $DP = 9.13$) relativamente aos homens ($M = 32.84$; $DP = 8.32$).

Relativamente às qualidades psicométricas da escala analisou-se a fiabilidade da mesma através da consistência interna com recurso ao α de Cronbach. Os resultados encontrados para a Escala de Ajustamento à Fertilidade (EAF) foram de 0.80 para os 10 itens, verificando-se que com 12 itens a mesma era mais baixa e não aumentava caso se eliminassem mais itens. Este valor traduz a moderada a elevada correlação entre os itens, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Glover e colaboradores (1999). Utilizou-se o *split-half* como recurso adicional para testar a fiabilidade, no sentido de confirmar se os itens se encontravam a medir o mesmo constructo, obtendo-se um valor aceitável de 0.77, ligeiramente abaixo do que tinha sido obtido na versão original (Glover et al., 1999).

No que respeita à validade, este instrumento apresentou validade concorrente (Anexo E) quando correlacionado com a medida de stresse relacionado com a infertilidade (0.82), encontrando-se mesmo acima da que foi encontrada por Glover e colaboradores (1999) que era de 0.54. Na presente amostra não se encontrou uma correlação significativa com a sub-escala de ansiedade e depressão da EADS, o que pode ficar a dever-se à dimensão da amostra, sendo importante que os dados obtidos possam ser validados consistentemente para a população portuguesa, sendo por isso essencial o recurso a amostras de maiores dimensões.

Procedimento

Os dados que constam da presente investigação foram recolhidos num serviço de saúde do distrito de Lisboa onde se realizavam consultas de infertilidade.

O protocolo que consta de análise no presente estudo foi utilizado enquanto prática corrente na avaliação psicológica dos casais com problemas de infertilidade, constituindo-se como complemento da entrevista psicológica. No sentido, de flexibilizar a consulta de psicologia, era solicitado aos casais o preenchimento do protocolo, se possível enquanto aguardavam o atendimento, possibilitando assim o esclarecimento de dúvidas passíveis de surgir. Quando não era possível a aplicação prévia do protocolo, solicitava-se aos casais o seu preenchimento no final da consulta.

O protocolo continha uma parte inicial onde era explicitada a pertinência da sua aplicação, solicitando-se de seguida o preenchimento do nome no sentido de ser possível cruzar com os dados obtidos na entrevista em termos de clínica. O protocolo englobava uma medida de personalidade, uma medida de ansiedade, depressão e stresse, uma medida de stresse específico da infertilidade e uma medida de ajustamento à fertilidade (Anexo F). Os dados sócio demográficos eram preenchidos pelo psicólogo que realizava a entrevista ao casal, uma vez que fazia parte da prática habitual o questionamento acerca dessa informação (Anexo G).

O protocolo era preenchido individualmente por cada elemento do casal, demorando aproximadamente 15 minutos, num único momento, sob uma avaliação actual. Pretendendo-se estudar casos múltiplos, num estudo correlacional.

Os dados apresentados foram recolhidos entre os meses de Novembro de 2007 e Maio de 2008. Após consentimento do responsável da consulta de psicologia, os dados foram registados, codificados e analisados, no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0.

RESULTADOS

Este estudo procurou perceber o stresse relacionado com a infertilidade em casais com esta dificuldade, procurando averiguar a presença de factores mediadores como é o caso do stresse, ansiedade e depressão em sentido lato e dos traços de personalidade. Procurou ainda compreender-se até que ponto o stresse inerente à infertilidade pode influenciar um pior ajustamento à fertilidade. Para isso, utilizaram-se medidas que avaliaram todas estas dimensões numa amostra de casais inférteis.

Perfil da Amostra

Apresenta-se na Tabela 2, as médias e desvios padrão de mulheres e homens no que concerne aos traços de personalidade, ansiedade, depressão e stresse gerais, stresse relacionado com a infertilidade e desajustamento à fertilidade.

Tabela 2 – Médias e desvios padrão para os traços de personalidade, ansiedade, depressão e stresse gerais, stresse percebido relacionado com a infertilidade e desajustamento à fertilidade em mulheres e homens

	Mulheres (N=35)	Homens (N=35)	t
NEO-FFI-20			
Amabilidade	10.4 (2.0)	10.6 (2.4)	-0.2
Abertura à Experiência	9.9 (2.8)	9.0 (3.1)	1.2
Neuroticismo	6.6 (3.4)	4.9 (2.7)	2.3*
Conscienciosidade	11.6 (1.9)	11.4 (1.7)	0.5
Extroversão	10.6 (2.3)	10.5 (1.9)	0.3
EADS			
Ansiedade	2.6 (3.2)	1.6 (2.0)	1.6
Depressão	2.7 (4.2)	1.3 (1.9)	1.7†
Stresse	5.0 (3.2)	3.5 (2.4)	2.2*
FPI			
Aspectos Sociais	25.2 (10.2)	20.1 (7.0)	2.3*
Aspectos Sexuais	16.8 (8.2)	13.4 (5.3)	2.0†
Aspectos Relacionais	21.9 (10.1)	20.7 (6.3)	0.6
Rejeição da Vida Sem Filhos	32.6 (6.8)	31.2 (6.2)	0.9
Necessidade de Parentalidade	43.2 (7.8)	38.4 (7.5)	2.5*
Stresse Global	138.0 (35.0)	123.7 (21.7)	1.8†
EAF			
Desajustamento à Fertilidade	36.61 (9.13)	32.84 (8.32)	1.7

Nota: † ≤ 0.10 ; * $p \leq 0.05$

No que concerne aos traços de personalidade medidos pelo NEO-FFI-20, mulheres e homens apresentaram valores médios semelhantes, no que respeita à amabilidade, abertura à experiência, conscienciosidade e extroversão, somente no neuroticismo as mulheres apresentaram uma média significativamente mais elevada que os homens ($t(66) = 2.3; p = 0.023$).

As mulheres apresentaram também índices mais elevados que os homens quando se avalia a ansiedade, depressão e stresse, em sentido lato, no entanto apenas no stresse essas diferenças eram estatisticamente significativas ($t(66) = 2.2; p = 0.034$), contudo estas médias inseriam-se em valores não clínicos, sendo apenas tendenciais na depressão ($t(65) = 1.7; p = 0.098$). Salientando-se ainda que, quando se analisou a distribuição dos índices obtidos na ansiedade, depressão e stresse se verificou que a maioria das mulheres e homens incluídos na amostra não apresentou pontuações passíveis de remeter para índices patológicos de mal-estar psicológico a nível geral.

Os resultados do stresse percebido relacionado com a infertilidade indicaram que as mulheres apresentam índices mais elevados do que os homens em todas as sub-escalas, embora nem sempre existam diferenças significativas. Essas diferenças evidenciam-se nos aspectos sociais e necessidade de parentalidade, sendo mais ligeira nos aspectos sexuais e no stresse global específico da infertilidade, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Newton e colaboradores (1999).

As diferenças nos aspectos sociais ($t(62) = 2.3; p = 0.024$) sugeriam que as mulheres tendem a apresentar uma maior sensibilidade a comentários e perguntas acerca da infertilidade, apresentando mais sentimentos de alienação ou isolamento social, dos pares ou da família, comparativamente com os homens.

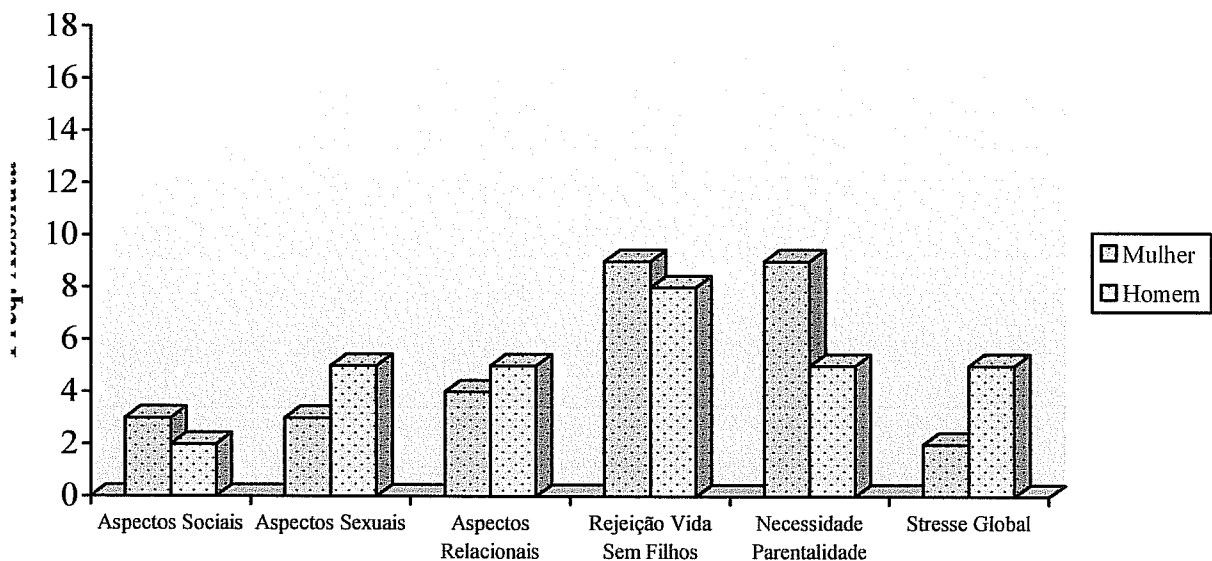
A influência negativa da infertilidade no relacionamento sexual tinha um maior impacto nas mulheres ($M = 16.8$) que nos homens ($M = 13.4$), sendo essa diferença marginalmente significativa ($t(64) = 2.0; p = 0.051$). As mulheres sentiam uma maior perda de prazer no relacionamento sexual, sentiam-se mais pressionadas com as relações sexuais programadas, abalando a sua auto-estima sexual.

Eram também as mulheres que evidenciavam uma maior necessidade de parentalidade, relacionada com a forte identificação com o papel materno, sendo a parentalidade percebida como um objectivo central de vida. Os índices apresentados pelas mulheres ($M = 43.2$) eram

superiores aos dos homens ($M = 38.4$), verificando-se uma diferença significativa ($t(60) = 2.5$; $p = 0.015$).

Em todas as dimensões avaliadas pelo FPI, as mulheres e os homens desta amostra apresentaram uma pontuação média inserida num percentil superior a 16 e inferior a 84, denotando que em média os sujeitos apresentam um stresse moderado em todos os aspectos relacionados com o stresse específico associado à infertilidade (Newton et al., 1999). Somente um pequeno número de sujeitos evidenciou valores de stresse entre moderadamente elevados e muito elevados, conforme o gráfico seguinte.

Figura 7 – Frequências absolutas de mulheres e homens com índices elevados nas dimensões do FPI



Quando se consideraram os valores mais extremos de stresse percebido relacionado com a infertilidade, existiam mais homens com estes índices de stresse do que mulheres, nas dimensões dos aspectos sexuais, relacionais e no stresse global. No entanto, existiam mais mulheres a apresentarem índices extremos do que homens, nas escalas inerentes aos aspectos sociais, na rejeição da vida sem filhos e na necessidade de parentalidade.

Os resultados do ajustamento à fertilidade indicaram que as mulheres e os homens não diferiam significativamente ($t(58) = 1.67$; $p = 0.10$). Apesar das mulheres apresentarem um pior ajustamento à fertilidade ($M = 36.6$; $DP = 9.1$) comparativamente com os homens ($M = 32.8$; $DP = 8.3$). Tendo em conta que a amplitude de resultados pode oscilar entre 10 e 60 a

média dos resultados obtidos parece apontar para um moderado ajustamento à fertilidade, resultados que não diferem dos que foram obtidos por Glover e colaboradores (1999).

No sentido de perceber a influência de variáveis como a idade, as gravidezes anteriores sem sucesso, os tratamentos anteriores, o tempo a tentar engravidar, o tempo do pedido de ajuda e o tempo no serviço de saúde nas dimensões de personalidade, ansiedade, depressão e stresse gerais, stresse específico da infertilidade e desajustamento à fertilidade, analisaram-se os índices de correlação de Pearson, separadamente para mulheres e homens. A tabela seguinte evidencia as correlações existentes nas mulheres, às variáveis referidas.

Tabela 3 – Correlações entre as dimensões do NEO-FFI-20, EADS, FPI, EAF com algumas variáveis de mulheres em casais inférteis

	Idade	Grav. Anter.	Trat. Anter.	T. T. Engrav.	T. P. Ajuda	T. S. Saúde
NEO-FFI-20						
Amabilidade	0.30†	0.18	-0.12	-0.20	-0.16	0.10
Abert. Exp.	0.56***	-0.15	0.35*	0.18	0.03	0.14
Neuroticismo	-0.24	0.07	-0.07	0.29	-0.07	-0.08
Conscienc.	0.32†	-0.06	-0.01	-0.01	0.03	0.03
Extroversão	0.10	-0.02	-0.06	-0.23	0.02	0.05
EADS						
Stresse	-0.10	-0.09	-0.18	0.18	-0.29†	-0.16
Ansiedade	-0.07	-0.06	-0.18	0.15	-0.26	-0.19
Depressão	-0.21	-0.03	-0.22	0.27	-0.23	-0.17
FPI						
Asp. Sociais	-0.22	0.15	0.07	0.28	-0.09	-0.10
Asp. Sexuais	-0.13	0.08	-0.06	0.23	-0.18	-0.12
Asp. Relacionais	-0.18	0.01	-0.07	0.21	-0.10	-0.07
Rej. V. S. Filhos	-0.45**	0.10	0.05	0.11	-0.01	-0.06
Nec. Parent.	0.09	0.18	0.02	0.14	-0.09	-0.12
Stresse Global	-0.02	0.06	0.02	0.34†	-0.09	-0.08
EAF						
Desaj. Fertilidade	-0.11	0.20	0.12	0.19	-0.04	-0.15

Nota: Abert. Exp.= Abertura à Experiência; Conscienc. = Conscienciosidade; Asp. Sociais = Aspectos Sociais; Asp. Sexuais = Aspectos Sexuais; Asp. Relacionais = Aspectos Relacionais; Rej. V. S. Filhos = Rejeição da Vida Sem Filhos; Nec. Parent. = Necessidade de Parentalidade; Desaj. Fertilidade = Desajustamento à Fertilidade; Grav. Anter. = Gravidezes anteriores mal sucedidas; Trat. Anter. = Tratamentos Anteriores; T. T. Engrav. = Tempo a Tentar Engravidar; T. P. Ajuda = Tempo do Pedido de Ajuda; T. S. Saúde = Tempo no Serviço de Saúde.

† $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Verificou-se, no que concerne às dimensões de personalidade, que a abertura à experiência apresentou uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa

com a idade ($r = 0.56$; $p = 0.001$). A idade também evidenciou correlações positivas, baixas e estatisticamente menos expressivas com a amabilidade ($r = 0.30$; $p = 0.094$) e com a conscienciosidade ($r = 0.32$; $p = 0.065$). As correlações encontradas entre a idade e o neuroticismo e a extroversão não eram estatisticamente significativas.

A idade apresentou correlações negativas com o stresse, ansiedade e depressão, embora as mesmas não fossem estatisticamente significativas. No que concerne ao stresse relacionado com a infertilidade apenas se salientou a relação negativa, moderada e estatisticamente significativa entre a idade e a rejeição da vida sem filhos ($r = -0.45$; $p = 0.010$).

As gravidezes anteriores mal sucedidas no actual relacionamento não apresentaram qualquer correlação significativa com as dimensões do NEO-FFI-20, do EADS, do FPI ou do EAF.

A realização de tratamentos anteriores apresentou apenas uma correlação estatisticamente significativa com a abertura à experiência ($r = 0.35$; $p = 0.041$), relação essa positiva e baixa. Os tratamentos anteriores não apresentaram mais nenhuma correlação estatisticamente significativa.

O tempo a tentar engravidar apresentou apenas uma correlação positiva, baixa e tendencialmente significativa com o stresse global inerente à infertilidade ($r = 0.34$; $p = 0.074$). O tempo do pedido de ajuda apresentou uma correlação negativa, baixa e igualmente tendencialmente significativa com o stresse geral ($r = -0.29$; $p = 0.099$). O tempo em relação ao qual a mulher se encontrava no serviço de saúde não apresentou qualquer relação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis.

Analisaram-se os mesmos parâmetros nos homens, conforme se apresenta na Tabela 4. Sendo de assinalar que, no caso dos homens, a idade não se correlacionou significativamente com nenhuma dimensão do NEO-FFI-20, do EADS, do FPI ou do EAF.

As gravidezes anteriores mal sucedidas não apresentaram nos homens uma relação significativa nem com as dimensões de personalidade, nem com a ansiedade, depressão e stresse gerais, nem com o stresse inerente à infertilidade, nem com o desajustamento à fertilidade. A realização de tratamentos anteriores apresentou uma relação tendencialmente significativa apenas com a ansiedade em geral, sendo essa correlação baixa e negativa ($r = -0.34$; $p = 0.052$).

Para os homens, o tempo em relação ao qual o casal tenta engravidar apenas apresentou uma correlação tendencialmente significativa com o desajustamento à fertilidade, sendo essa

Utilizou-se a ANOVA *one-way* para amostras independentes, separadamente para mulheres e homens, no sentido de perceber a influência da causa de infertilidade em algumas das dimensões do NEO-FFI-20, do EADS, do FPI ou do EAF, fazendo-se ainda o teste *Post Hoc* no caso de se verificarem influências, percebendo-se posteriormente entre que grupos essas diferenças eram significativas.

As dimensões de personalidade não influenciavam significativamente a causa da infertilidade nem em mulheres nem em homens, conforme é possível verificar nas Tabelas 5 e 6, respectivamente.

Tabela 5 – Médias e influência da causa da infertilidade nas dimensões do NEO-FFI-20 em mulheres inférteis

	Causa da Infertilidade				F
	Factor Feminino	Factor Masculino	Factor Misto	Factor Desconhecido	
NEO-FFI-20					
Amabilidade	10.58	10.43	10.44	10.00	0.07
Abertura à Experiência	9.75	9.88	9.67	10.60	0.12
Neuroticismo	6.17	7.75	6.25	6.40	0.38
Conscienciosidade	11.50	12.25	11.25	11.50	0.40
Extroversão	10.25	10.13	11.67	10.40	0.89

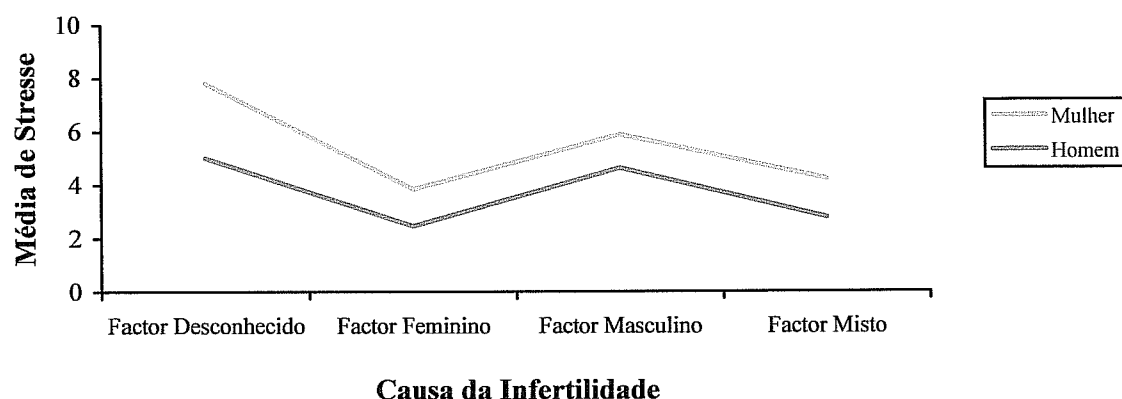
Nota: † $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 6 – Médias e influência da causa da infertilidade nas dimensões do NEO-FFI-20 em homens inférteis

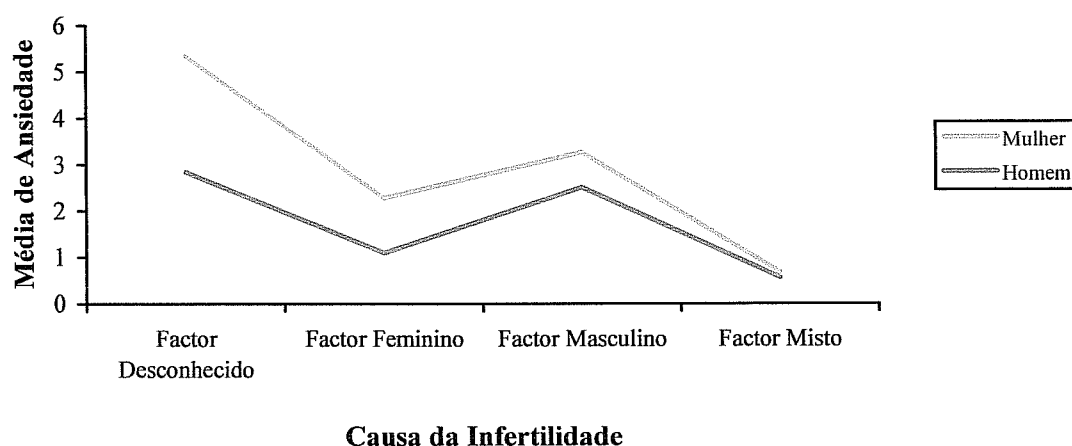
	Causa da Infertilidade				F
	Factor Feminino	Factor Masculino	Factor Misto	Factor Desconhecido	
NEO-FFI-20					
Amabilidade	9.75	11.13	11.00	10.80	0.72
Abertura à Experiência	8.17	9.63	9.44	9.17	0.44
Neuroticismo	4.50	5.63	4.89	4.67	0.29
Conscienciosidade	12.18	11.13	11.56	10.17	2.21
Extroversão	10.25	10.50	10.44	10.83	0.12

Nota: † $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

A causa da infertilidade influenciava as dimensões do EADS, ainda que distintamente entre homens e mulheres. No gráfico seguinte evidenciou-se a média de stresse consoante a causa da infertilidade.

Figura 8 – Média de stresse em mulheres e homens segundo a causa da infertilidade

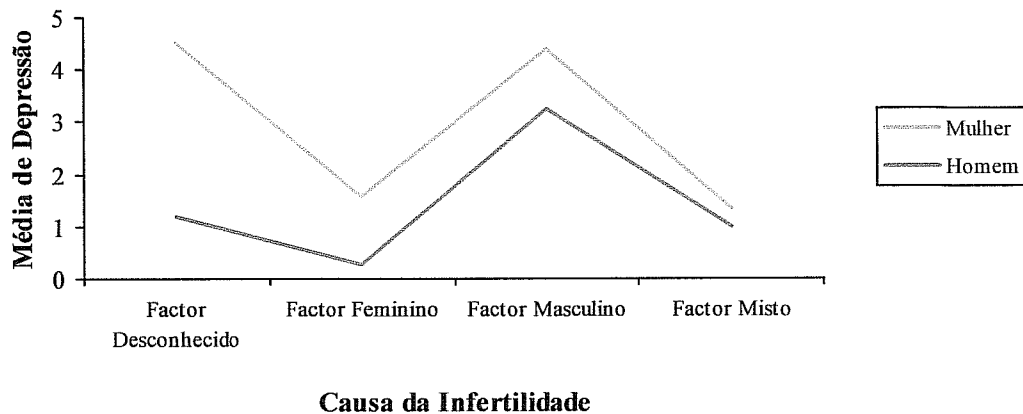
Tanto nas mulheres ($F(3,30) = 2.42$; $p = 0.085$) como nos homens ($F(3,30) = 2.65$; $p = 0.067$), as diferenças entre o stresse, de acordo com a causa da infertilidade, eram pouco expressivas, no entanto o stresse apresentava nas mulheres, para todas as causas de infertilidade, valores médios mais elevados do que nos homens.

Figura 9 – Média da ansiedade em mulheres e homens segundo a causa da infertilidade

Relativamente à ansiedade nos homens verificou-se apenas uma diferença tendencial entre a média de ansiedade e as causas da infertilidade ($F(3,30) = 2.89$; $p = 0.052$). Nas mulheres existiam diferenças significativas ($F(3,30) = 3.16$; $p = 0.039$) entre pelo menos dois

grupos, respectivamente entre a causa desconhecida e o factor misto ($p = 0.027$), sendo neste último que a média dos índices de ansiedade eram menores.

Figura 10 – Média da depressão em mulheres e homens segundo a causa da infertilidade



Quando se consideraram os índices médios de depressão, não se verificaram entre as mulheres diferenças significativas atendendo à causa da infertilidade ($F(3,30) = 1.44$; $p = 0.250$). Nos homens existiam diferenças nos índices médios de depressão consoante a causa da infertilidade ($F(3,29) = 5.87$; $p = 0.003$), registando-se em média índices depressivos mais elevados quando se tratava de uma causa masculina comparativamente com uma causa feminina ($p = 0.002$), registando-se ainda diferenças nos índices médios de depressão entre o factor misto e o factor masculino ($p = 0.035$), apresentando mais uma vez este último valores mais elevados de sintomatologia depressiva. Foi ainda encontrada uma diferença menos expressiva entre o factor masculino e o factor desconhecido ($p = 0.086$), sendo o factor desconhecido aquele que apresentava índices depressivos mais baixos.

Nas mulheres, a causa da infertilidade não influenciava significativamente o stresse específico da infertilidade em nenhuma das suas dimensões, nem o desajustamento à fertilidade, como é possível verificar na Tabela 7.

Sendo, no entanto, de salientar que as mulheres apresentavam maiores índices de stresse específico da infertilidade quando a causa da infertilidade era devida a um factor masculino ou a um factor desconhecido, à semelhança do que acontecia nos índices de desajustamento à fertilidade.

Tabela 7 – Médias e influência da causa da infertilidade nas dimensões do FPI e da EAF em mulheres inférteis

	Causa da Infertilidade				F
	Feminino	Masculino	Misto	Desconhecido	
FPI					
Aspectos Sociais	22.91	28.50	24.00	27.20	0.54
Aspectos Sexuais	15.08	22.13	14.44	16.83	1.61
Aspectos Relacionais	18.81	25.13	21.00	25.20	0.80
Rejeição da Vida Sem Filhos	33.00	33.43	33.33	29.83	0.39
Necessidade de Parentalidade	41.82	47.38	40.44	45.67	1.41
Stresse Global	121.33	152.42	133.22	168.33	2.12
EAF					
Desajustamento Fertilidade	34.50	38.25	36.00	39.67	0.33

Nota: † $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Nos homens, a causa da infertilidade apenas influenciava de forma pouco expressiva os aspectos relacionais ($F(3,28) = 2.86$; $p = 0.055$) e a necessidade de parentalidade ($F(3,27) = 2.50$; $p = 0.081$), verificando-se que os homens com um factor masculino de infertilidade tendiam a apresentar índices mais elevados na necessidade de parentalidade do que os homens cujo factor de infertilidade era desconhecido ($p=0.059$). Enfatizando-se que nos homens, quando a causa da infertilidade era atribuída a um factor masculino, os índices de stresse específico da infertilidade eram sempre mais elevados, bem como o desajustamento à fertilidade.

Tabela 8 – Médias e influência da causa da infertilidade nas dimensões do FPI e da EAF em homens inférteis

	Causa da Infertilidade				F
	Feminino	Masculino	Factor Misto	Desconhecido	
FPI					
Aspectos Sociais	20.09	22.57	18.50	19.20	0.43
Aspectos Sexuais	11.91	17.29	12.63	12.40	1.80
Aspectos Relacionais	18.08	24.57	18.75	24.40	2.86†
Rejeição da Vida Sem Filhos	32.92	33.25	26.71	30.00	2.10
Necessidade de Parentalidade	37.80	43.38	37.50	32.80	2.50†
Stresse Global	119.78	142.00	116.57	118.80	2.10
EAF					
Desajustamento à Fertilidade	32.91	37.63	29.88	29.80	1.51

Nota: † $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

No sentido de verificar se a fase do processo tinha alguma influência quer na ansiedade, depressão e stresse gerais, quer no stresse específico da infertilidade, quer no desajustamento à fertilidade, realizou-se uma ANOVA *one-way* para amostras independentes, utilizando-se ainda o teste *Post-Hoc* para que, no caso de existirem diferenças, fosse possível referenciar entre que grupos se verificavam. Os dados obtidos foram apresentados na tabela seguinte.

Tabela 9 – Médias e influência da fase do processo nas dimensões da EADS, FPI, EAF em mulheres e homens inférteis

	Fase do Processo									
	Realização de exames (início)		Com diagnóstico, aguardar o que fazer		Encaminhados e em espera para tratamento		Irão ser submetidos a tratamento		F	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
EADS										
Stresse	5.73	4.27	4.60	2.60	6.25	4.38	2.20	2.20	2.08	1.79
Ansiedade	3.75	2.09	2.10	1.00	2.63	2.50	0.50	0.20	1.16	2.17
Depressão	3.08	1.36	2.00	1.44	4.00	1.75	0.50	0.40	0.73	0.53
FPI										
Asp. Sociais	27.64	19.80	24.00	21.38	25.38	20.00	21.25	18.80	0.43	0.14
Asp. Sexuais	16.67	13.50	17.40	13.88	18.00	12.50	14.20	13.80	0.22	0.10
Asp. Relacionais	25.36	21.36	18.80	22.50	23.50	18.75	17.00	19.20	1.14	0.59
Rej. V. S. Filhos	32.90	32.63	34.10	29.56	30.88	29.86	31.50	32.80	0.35	0.61
Nec. Parent.	44.44	36.90	47.60	39.56	37.43	38.63	40.40	38.75	3.22*	0.19
Stresse Global	150.14	125.11	141.90	124.57	129.00	122.57	122.50	121.70	0.72	0.04
FAS										
Desaj. Fertilidad.	40.63	34.55	38.70	32.70	30.29	31.00	33.67	31.75	2.16	0.27

Nota: M = Mulheres; H = Homens; Asp. Sociais = Aspectos Sociais; Asp. Sexuais = Aspectos Sexuais; Asp. Relacionais = Aspectos Relacionais; Rej. V. S. Filhos = Rejeição da Vida Sem Filhos; Nec. Parent. = Necessidade de Parentalidade; Desaj. Fertilidad. = Desajustamento à Fertilidade;

* $p \leq 0.05$

Verificou-se que a fase do processo, de uma forma geral, não influenciava o sentimento de stresse, ansiedade e depressão, nem em homens nem em mulheres. Relativamente às dimensões do stresse específico da infertilidade verificou-se apenas que nas mulheres a necessidade de parentalidade era influenciada pela fase em que o processo de infertilidade se encontrava ($F(3,27) = 3.22$; $p = 0.039$), as mulheres que já sabiam o diagnóstico e aguardavam o que fazer apresentavam índices médios na necessidade de parentalidade superiores aos das mulheres que já estavam encaminhadas para um tratamento e aguardavam pela realização do mesmo. O desajustamento à fertilidade também não era significativamente influenciado pela fase do processo nem em homens nem em mulheres.

Relação entre o Stresse Inerente à Infertilidade e os Traços de Personalidade

No sentido de perceber a relação entre as diferentes dimensões do stresse relacionado com a infertilidade e os traços de personalidade, correlacionaram-se as dimensões do FPI com as dimensões do NEO-FFI-20, através da correlação de Spearman conforme é possível verificar na tabela seguinte.

Tabela 10 – Correlações entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e os traços de personalidade para a totalidade da amostra

	Amabilidade	Abert. Exp.	Neuroticismo	Conscienc.	Extroversão
Asp. Sociais	-0.16	-0.18	0.54***	-0.21	-0.27*
Asp. Sexuais	-0.09	0.03	0.50***	-0.14	-0.21
Asp. Relacionais	-0.11	-0.11	0.28*	-0.15	-0.12
Rej. V. S. Filhos	0.06	-0.01	0.42***	-0.11	-0.06
Nec. Parent.	0.02	0.11	0.37**	0.11	-0.10
Stresse Global	-0.01	0.02	0.35**	-0.22	-0.16

Nota: Abert. Exp.= Abertura à Experiência; Conscienc. = Conscienciosidade; Asp. Sociais = Aspectos Sociais; Asp. Sexuais = Aspectos Sexuais; Asp. Relacionais = Aspectos Relacionais; Rej. V. S. Filhos = Rejeição da Vida Sem Filhos; Nec. Parent. = Necessidade de Parentalidade

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Todas as dimensões do stresse relacionado com a infertilidade apresentavam correlações positivas, moderadas e estatisticamente significativas relativamente ao neuroticismo. A extroversão apresentava uma correlação negativa, baixa, mas estatisticamente significativa apenas com os aspectos sociais ($r = -0.27$; $p = 0.033$), todas as outras dimensões do stresse inerente à infertilidade tinham uma correlação negativa mas que não era estatisticamente significativa com a extroversão. A amabilidade, a abertura à experiência e a conscienciosidade não apresentavam correlações estatisticamente significativas com nenhuma das dimensões do stresse relacionado com a infertilidade.

Quando se considerava a amostra na sua totalidade, as associações obtidas apontavam essencialmente para uma dimensão de personalidade, o neuroticismo, como tendo uma dependência relativamente a um padrão de stresse específico da infertilidade. Contudo, no sentido de averiguar as especificidades entre homens e mulheres, correlacionaram-se as dimensões do stresse específico da infertilidade com as dimensões da personalidade, separadamente para cada um dos sexos, cujos resultados foram apresentados na tabela seguinte.

Tabela 11 – Correlações entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e os traços de personalidade na mulher e no homem

	Amabilidade		Abert. Exp.		Neuroticismo		Conscienc.		Extroversão	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Asp. Sociais	-0.29	0.02	-0.01	-0.41*	0.69***	0.29	-0.20	-0.30	-0.41*	-0.18
Asp. Sexuais	-0.18	0.01	0.11	-0.12	0.67***	0.21	-0.05	-0.31	-0.26	-0.21
Asp. Relacionais	-0.30	0.12	-0.03	-0.19	0.45**	0.13	-0.05	-0.35	-0.19	-0.04
Rej. V. S. Filhos	-0.24	0.31	0.04	-0.10	0.52**	0.33	-0.35	0.18	-0.19	0.09
Nec. Parent.	-0.26	0.36*	0.27	-0.22	0.41*	0.21	0.01	0.13	-0.46**	0.26
Stresse Global	-0.25	0.24	0.29	-0.41*	0.66***	0.40*	-0.11	-0.36	-0.32	-0.05

Nota: Abert. Exp.= Abertura à Experiência; Conscienc. = Conscienciosidade; Asp. Sociais = Aspectos Sociais; Asp. Sexuais = Aspectos Sexuais; Asp. Relacionais = Aspectos Relacionais; Rej. V. S. Filhos = Rejeição da Vida Sem Filhos; Nec. Parent. = Necessidade de Parentalidade; M = Mulheres; H = Homens

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Nas mulheres com problemas de fertilidade não foram obtidas correlações estatisticamente significativas entre nenhuma das dimensões de stresse percebido associado à infertilidade e os traços de personalidade que remetiam para a amabilidade, abertura à experiência e conscienciosidade. Obtiveram-se correlações positivas moderadas e estatisticamente significativas entre todas as dimensões do FPI e o neuroticismo. Nos aspectos sociais e na necessidade de parentalidade obtiveram-se correlações negativas moderadas e estatisticamente significativas com a extroversão.

Nos homens obtiveram-se resultados distintos, verificando-se que nenhuma das dimensões do FPI se encontrava correlacionada significativamente com as dimensões de personalidade, extroversão e conscienciosidade. O neuroticismo correlacionava-se de forma positiva moderada e estatisticamente significativa apenas com o stresse global específico da infertilidade ($r = 0.40$; $p = 0.039$), mas não com nenhuma outra dimensão, como acontecia nas mulheres. A amabilidade apresentava uma correlação positiva baixa, mas estatisticamente significativa apenas relativamente à necessidade de parentalidade ($r = 0.36$; $p = 0.049$). A abertura à experiência apresentava uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa com o stresse global específico da infertilidade ($r = 0.41$; $p = 0.035$).

Relação entre o Stresse Inerente à Infertilidade e a Ansiedade, Depressão e Stresse Gerais

Com o intuito de analisar a possível relação entre a ansiedade, depressão e stresse gerais e as dimensões específicas de stresse na infertilidade, efectuaram-se análises correlacionais de Spearman para o total da amostra e obtiveram-se os resultados apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 – Correlações entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e a ansiedade, depressão e stresse gerais para o total da amostra

	Ansiedade	Depressão	Stresse
Aspectos Sociais	0.19	0.34**	0.27*
Aspectos Sexuais	0.11	0.45***	0.32**
Aspectos Relacionais	0.26*	0.43***	0.32*
Rejeição da Vida Sem Filhos	-0.09	0.04	-0.13
Necessidade de Parentalidade	0.05	0.24	0.19
Stresse Global	0.08	0.35**	0.21

Nota: * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

A ansiedade apresentou uma correlação positiva, baixa e estatisticamente significativa apenas com os aspectos relacionais ($r = 0.26$; $p = 0.037$). A depressão apresentou correlações positivas entre baixas e moderadas no que concerne aos aspectos sociais ($r = 0.34$; $p = 0.011$), sexuais ($r = 0.45$; $p < 0.001$), relacionais ($r = 0.43$; $p < 0.001$) e stresse global ($r = 0.35$; $p < 0.009$). Apenas a rejeição de uma vida sem filhos e a necessidade de parentalidade não apresentaram uma correlação estatisticamente significativa com a depressão. O stresse apresentou uma correlação positiva, baixa e estatisticamente significativa com os aspectos sociais ($r = 0.27$; $p = 0.034$), sexuais ($r = 0.32$; $p = 0.010$) e relacionais ($r = 0.32$; $p = 0.011$).

O aspecto que sobressaiu para a totalidade da amostra centrou-se na relação da depressão e do stresse com todos os aspectos do FPI à excepção da rejeição da vida sem filhos e da necessidade de parentalidade para a primeira, acrescentando o stresse global para a segunda. Na tentativa de averiguar as particularidades de cada um dos sexos no que respeita à correlação entre as dimensões do stresse relacionado com a infertilidade e a ansiedade, depressão e stresse gerais, verificaram-se as correlações separadamente para mulheres e homens, conforme é possível conferir na tabela seguinte.

Tabela 13 – Correlações entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e a ansiedade, depressão e stresse gerais na mulher e no homem

	Ansiedade		Depressão		Stresse	
	M	H	M	H	M	H
Aspectos Sociais	0.29	0.14	0.33	0.36	0.32	0.15
Aspectos Sexuais	0.18	0.04	0.34*	0.61***	0.41*	0.15
Aspectos Relacionais	0.38*	0.16	0.42**	0.50**	0.48**	0.11
Rejeição da Vida Sem Filhos	-0.08	-0.08	0.09	0.01	-0.18	-0.07
Necessidade de Parentalidade	0.16	-0.07	0.22	0.22	0.17	0.13
Stresse Global	0.20	0.05	0.26	0.47**	0.23	0.14

Nota: M = Mulheres; H = Homens

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Quando se analisaram homens e mulheres separadamente, foi possível destacar algumas particularidades que os distinguem. A ansiedade nas mulheres apenas apresentava uma correlação positiva, baixa e estatisticamente significativa com os aspectos relacionais do stresse específico da infertilidade ($r = 0.36$; $p = 0.031$). Nos homens a ansiedade não se correlacionava de forma significativa com nenhuma das escalas do FPI, pois todos os valores de correlação eram muito baixos.

A depressão também apresentava correlações com as escalas do FPI diferenciais em homens e mulheres. Nas mulheres, índices mais elevados na sub-escala da depressão encontravam-se positivamente correlacionados com os aspectos sexuais ($r = 0.34$; $p = 0.047$) e aspectos relacionais ($r = 0.42$; $p = 0.014$). Nos homens a sintomatologia depressiva encontrava-se correlacionada de forma positiva, moderada e estatisticamente significativa com os aspectos sexuais ($r = 0.61$; $p < 0.001$), relacionais ($r = 0.50$; $p = 0.004$) e com o stresse global inerente à infertilidade ($r = 0.47$; $p = 0.012$).

No que concerne ao stresse em sentido lato verificou-se que apenas nas mulheres existiam correlações significativas, positivas e moderadas, com os aspectos sexuais ($r = 0.41$; $p = 0.015$) e com os aspectos relacionais ($r = 0.48$; $p = 0.005$), respectivamente. Nos homens o stresse não se correlacionava significativamente com nenhuma das dimensões do FPI, as associações encontradas eram muito ténues. Nos homens apenas a depressão se encontrava correlacionada com algumas dimensões do stresse relacionado com a infertilidade, nas mulheres existiam algumas dimensões do FPI que também se correlacionavam com os índices de ansiedade e stresse.

Relação entre o Stresse Inerente à Infertilidade e o Desajustamento à Fertilidade

A análise de correlação de Spearman entre as dimensões do stresse específico da infertilidade e o desajustamento à infertilidade, evidenciou correlações positivas em todas as dimensões, como foi possível verificar pela tabela seguinte.

Tabela 14 – Correlações entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e o desajustamento à fertilidade para o total da amostra

	Desajustamento à Fertilidade
Aspectos Sociais	0.76***
Aspectos Sexuais	0.64***
Aspectos Relacionais	0.28*
Rejeição da Vida Sem Filhos	0.55***
Necessidade de Parentalidade	0.72***
Stresse Global	0.82***

Nota: * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

O desajustamento à fertilidade apresentou correlações estatisticamente significativas e positivas com todas as dimensões do FPI. Contudo, existiam variações no que concerne à intensidade das mesmas, os aspectos relacionais apresentavam uma correlação baixa ($r = 0.28$; $p = 0.034$), os aspectos sexuais ($r = 0.64$; $p < 0.001$) e a rejeição da vida sem filhos apresentavam uma correlação moderada ($r = 0.55$; $p < 0.001$) e os aspectos sociais ($r = 0.76$; $p < 0.001$), a necessidade de parentalidade ($r = 0.72$; $p < 0.001$) e o stresse global ($r = 0.82$; $p < 0.001$) apresentavam correlações altas com o desajustamento à fertilidade.

Verificando-se desta forma que quanto maior era o stresse percebido relacionado com a infertilidade maior era o desajustamento à fertilidade. No sentido de aferir as associações que se evidenciavam quando se analisavam mulheres e homens separadamente, correlacionaram-se as dimensões do FPI com as pontuações obtidas na escala que mede o desajustamento à fertilidade. Salientando-se diferenças entre os sexos, conforme foi possível verificar pela Tabela 15. Podendo desde logo salientar-se que o desajustamento à fertilidade se associava com os aspectos relacionais no caso das mulheres e o mesmo não acontecia no caso dos homens. As restantes variações remetiam somente para a intensidade da correlação, embora todas fossem estatisticamente significativas e positivas.

Tabela 15 – Correlações entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e o desajustamento à fertilidade em mulheres e homens

	Desajustamento à Fertilidade	
	M	H
Aspectos Sociais	0.72***	0.72***
Aspectos Sexuais	0.62***	0.57***
Aspectos Relacionais	0.40*	0.16
Rejeição da Vida Sem Filhos	0.63***	0.43*
Necessidade de Parentalidade	0.77***	0.58***
Stresse Global	0.79***	0.77***

Nota: M = Mulheres; H = Homens

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Nas mulheres os aspectos sexuais ($r = 0.62$; $p > 0.001$), aspectos relacionais ($r = 0.40$; $p = 0.035$) e a rejeição da vida sem filhos ($r = 0.63$; $p > 0.001$) apresentavam uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa relativamente ao desajustamento à fertilidade. As restantes dimensões, aspectos sociais ($r = 0.72$; $p > 0.001$), necessidade de parentalidade ($r = 0.77$; $p > 0.001$) e o stresse global ($r = 0.79$; $p > 0.001$) apresentavam uma correlação positiva, estatisticamente significativa e elevada, relativamente ao desajustamento à fertilidade.

Nos homens apenas os aspectos relacionais não tinham uma correlação estatisticamente significativa com o desajustamento à fertilidade ($r = 0.16$; $p = 0.411$). Os aspectos sexuais ($r = 0.57$; $p > 0.001$), a rejeição da vida sem filhos ($r = 0.43$; $p = 0.015$) e a necessidade de parentalidade ($r = 0.58$; $p = 0.001$) apresentavam índices de correlação positivos, moderados e estatisticamente significativos relativamente ao desajustamento à fertilidade, à semelhança do que acontecia nos aspectos sociais ($r = 0.72$; $p > 0.001$) e stresse global ($r = 0.77$; $p > 0.001$), à excepção de que nestes dois últimos casos as correlações com o desajustamento à fertilidade tinham uma intensidade elevada.

Desta forma, registaram-se ligeiras diferenças entre homens e mulheres relativamente à relação entre os índices de stresse específico da infertilidade e os índices de desajustamento à fertilidade.

Capacidade das Dimensões de Personalidade Explicarem o Stresse Percebido Relacionado com a Infertilidade

A análise correlacional fornecia indicações acerca da influência das dimensões de personalidade no stresse específico inerente à infertilidade, contudo a análise da regressão permitia determinar os melhores predictores. Quando se analisou a totalidade da amostra percebeu-se claramente que o modelo de regressão linear era estatisticamente significativo ($F(5,52) = 8.79$; $p < 0.001$), sendo a variância explicada pelo modelo de 41%. Através da análise dos coeficientes de regressão percebeu-se que apenas o efeito do neuroticismo era significativo ($\beta=0.634$; $t(52)=5.003$; $p<0.001$) e explicava de forma directa o stresse específico da infertilidade. O efeito da amabilidade ($\beta=0.004$; $t(52)=0.034$; $p=0.973$), da abertura à experiência ($\beta=-0.187$; $t(52)=-1.776$; $p=0.082$), da conscienciosidade ($\beta=0.047$; $t(52)=0.407$; $p=0.686$) e da extroversão ($\beta=-0.128$; $t(52)=-1.091$; $p=0.280$) não eram significativos.

No sentido de serem averiguadas as dimensões de personalidade que influenciavam especificamente cada um dos aspectos do stresse específico da infertilidade e as suas variações entre mulheres e homens, efectuou-se uma regressão linear entre cada um dos aspectos do FPI e as dimensões de personalidade como variáveis independentes.

Nas mulheres, os modelos de regressão linear eram estatisticamente significativos para $\alpha=0.05$, para todas as dimensões do FPI, à excepção da rejeição da vida sem filhos ($F(5,22) = 2.12$; $p = 0.100$). Considerando como variável dependente a necessidade de parentalidade, verificou-se que o modelo de regressão era estatisticamente significativo ($F(5,22) = 3.413$; $p = 0.020$), embora nenhuma das dimensões de personalidade tivesse um efeito relevante. A tabela seguinte sistematizou os resultados referentes aos aspectos sexuais.

Tabela 16 – Regressão linear das variáveis predictoras dos aspectos sexuais em mulheres

Predictores	B	BSE	β	t
Amabilidade	0.10	0.50	0.02	0.19
Abertura à Experiência	-0.06	0.33	-0.02	-0.17
Neuroticismo	2.24	0.34	0.93	6.52***
Conscienciosidade	1.39	0.55	0.32	2.53*
Extroversão	-0.33	0.46	-0.09	-0.73

Nota: $R_a^2=0.655$; $p<0.001$

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Verificou-se que cerca de 66% da variância total nos aspectos sexuais do FPI era explicada pelas variáveis independentes presentes no modelo de regressão linear. Sendo o modelo de regressão estatisticamente significativo ($F(5,25) = 12.39; p < 0.001$). No entanto, nem todas as variáveis independentes contribuíam de igual forma para explicar o modelo, visto que nem todas tinham um efeito significativo na predição dos aspectos sexuais. A análise dos valores absolutos dos coeficientes de regressão padronizados permitia concluir que as variáveis neuroticismo e conscienciosidade apresentavam as maiores contribuições na explicação dos aspectos sexuais.

No que concerne à sub-escala dos aspectos relacionais, o modelo de regressão era estatisticamente significativo ($F(5,23)=3.22; p=0.024$), e a variância explicada pelo mesmo era de cerca de 28%. Na tabela seguinte apresentaram-se as variáveis independentes que mais explicaram os factores relacionais do stresse associado à infertilidade.

Tabela 17 – Regressão linear dos preditores dos aspectos relacionais em mulheres

Predictores	B	BSE	β	t
Amabilidade	-0.69	0.90	-0.13	-0.77
Abertura à Experiência	-0.62	0.65	-0.17	-0.95
Neuroticismo	1.88	0.66	0.63	2.84**
Conscienciosidade	1.93	1.07	0.35	1.81†
Extroversão	-0.64	0.86	-0.14	-0.74

Nota: $R^2_a=0.284; p=0.024$

† $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Verificou-se, desta forma, que apenas o neuroticismo explica de maneira significativa os aspectos relacionais. A conscienciosidade era também tendencialmente significativa na predição dos aspectos relacionais.

O modelo de regressão linear, cuja variável dependente eram os aspectos sociais, era estatisticamente significativo ($F(5,23) = 7.40; p < 0.001$), sendo a variância explicada pelo modelo de 53%. As variáveis independentes que mais explicaram os aspectos sociais, encontram-se apresentadas na tabela seguinte. Sendo que apenas o neuroticismo explicou o modelo de forma significativa.

Tabela 18 – Regressão linear das variáveis predictoras dos aspectos sociais em mulheres

Predictores	B	BSE	β	t
Amabilidade	-0.05	0.74	-0.01	-0.06
Abertura à Experiência	-0.58	0.52	-0.16	-1.12
Neuroticismo	2.26	0.52	0.75	4.32***
Conscienciosidade	0.92	0.88	0.16	1.04
Extroversão	-1.04	0.69	-0.23	-1.51

Nota: $R^2_a=0.533$; $p < 0.001$; † $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Nos homens, considerando em cada modelo de regressão linear cada uma das dimensões do FPI como variáveis dependentes e as dimensões de personalidade como variáveis independentes, concluiu-se que nenhum dos modelos era estatisticamente significativo. As dimensões de personalidade não explicavam significativamente nem cada uma das dimensões do FPI nem o stresse global específico da infertilidade ($F(5,20) = 2.65$; $p = 0.054$).

Capacidade da Ansiedade, Depressão e Stresse Gerais Explicarem o Stresse Percebido Relacionado com a Infertilidade

Considerando para a totalidade da amostra o modelo de regressão que determina o stresse global do FPI como variável dependente e a ansiedade, depressão e stresse gerais como variáveis predictoras, verificou-se que o mesmo era significativo ($F(3,51) = 16.24$; $p < 0.001$) e explicava cerca de 50% da variância. Contudo, percebeu-se que apenas a depressão explicava de forma significativa e directa o modelo ($\beta=0.703$; $t(51)=5.37$; $p<0.001$), a ansiedade ($\beta=0.031$; $t(51)=0.20$; $p=0.841$) e o stresse ($\beta=-0.04$; $t(51)=-0.24$; $p=0.811$) não eram significativos.

Com o intuito de se distinguir como a ansiedade, a depressão e o stresse gerais influenciavam cada um dos aspectos do stresse específico da infertilidade em mulheres e homens, efectuou-se uma regressão linear entre cada um dos aspectos do FPI como variável dependente e as dimensões de personalidade como variáveis independentes.

Nas mulheres os modelos de regressão linear para a sub-escala rejeição da vida sem filhos ($F(3,27) = 2.10$; $p = 0.124$) e necessidade de parentalidade ($F(3,26) = 1.72$; $p = 0.188$) não eram significativos. Das sub-escalas para as quais o modelo de regressão linear era significativo, destacavam-se os aspectos sexuais ($F(3,29) = 12.39$; $p < 0.001$), como é possível verificar pelos dados da tabela seguinte.

Tabela 19 – Regressão linear das variáveis predictoras, ansiedade, depressão e stresse, da variável aspectos sexuais em mulheres

Predictores	B	BSE	β	t
Stresse	0.71	0.53	0.29	1.34
Ansiedade	-0.38	0.53	-0.15	-0.73
Depressão	1.28	0.32	0.65	3.98***

Nota: $R_a^2=0.516$; $p<0.001$

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

A análise dos valores absolutos dos coeficientes de regressão padronizados permitia afirmar que a depressão dava um contributo significativo para explicar o modelo.

Para os aspectos relacionais não se verificavam muitas diferenças, dado que o modelo de regressão era estatisticamente significativo ($F(5,29) = 9.153$; $p < 0.001$) e a variância explicada pelo modelo era 43%. A tabela seguinte evidencia as variáveis independentes que explicam os factores relacionais do stresse associado à infertilidade.

Tabela 20 – Regressão linear das variáveis predictoras, ansiedade, depressão e stresse, da variável aspectos relacionais em mulheres

Predictores	B	BSE	β	t
Stresse	0.86	0.69	0.28	1.24
Ansiedade	0.05	0.69	0.02	0.08
Depressão	1.13	0.42	0.48	2.69*

Nota: $R_a^2=0.433$; $p<0.001$

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Verificou-se apenas a depressão explicava de forma significativa os aspectos relacionais.

Ainda nas mulheres, o modelo de regressão linear cuja variável dependente eram os aspectos sociais era estatisticamente significativo ($F(3,28) = 7.50$; $p = 0.001$), sendo a variância explicada pelo modelo de 39%. As variáveis independentes que mais explicam os aspectos sociais encontram-se descritas na tabela seguinte.

Tabela 21 – Regressão linear das variáveis predictoras, ansiedade, depressão e stresse, da variável aspectos sociais em mulheres

Predictores	B	BSE	β	t
Stresse	-0.07	0.74	-0.02	-0.09
Ansiedade	0.39	0.76	0.12	0.52
Depressão	1.41	0.44	0.60	3.21**

Nota: $R_a^2=0.386$; $p=0.001$

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Verificando-se novamente que apenas a depressão tinha uma importância significativa na explicação dos aspectos sociais relacionados com o stresse específico da infertilidade.

Nos homens, considerando em cada modelo de regressão linear, cada uma das dimensões do FPI como variáveis dependentes e a ansiedade, depressão e stresse gerais como variáveis independentes, concluiu-se que os modelos cujas variáveis dependentes eram a rejeição da vida sem filhos ($F(3,27) = 0.348$; $p = 0.791$) e os aspectos sociais ($F(3,26) = 2.08$; $p = 0.128$) não eram significativos. A necessidade de parentalidade ($F(3,27) = 2.302$; $p = 0.100$) era apenas tendencialmente significativa quando se considera um $\alpha=0.10$, sendo a depressão a única variável que contribuía significativamente para explicar o modelo ($\beta=0.50$; $t(26)=2.07$; $p=0.048$). Desta forma, apenas os modelos de regressão linear cujas variáveis dependentes eram os aspectos sexuais ($F(3,27) = 8.43$; $p < 0.001$) e os aspectos relacionais ($F(3,27) = 4.70$; $p = 0.009$) eram significativos. A influência de cada uma das variáveis independentes é apresentada nas Tabelas 22 e 23, para os aspectos sexuais e para os aspectos relacionais.

Tabela 22 – Regressão linear das variáveis predictoras, ansiedade, depressão e stresse, da variável aspectos sexuais em homens

Predictores	B	BSE	β	t
Stresse	-0.47	0.41	-0.23	-1.16
Ansiedade	-0.45	0.49	-0.17	-0.92
Depressão	2.43	0.51	0.88	4.75***

Nota: $R_a^2=0.426$; $p<0.001$

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

A variância explicada pelo modelo cuja variável dependente eram os aspectos sexuais era de cerca de 43%, sendo a depressão a variável que contribuía significativamente para a explicação do modelo.

Tabela 23 – Regressão linear das variáveis predictoras, ansiedade, depressão e stresse, da variável aspectos relacionais em homens

Predictores	B	BSE	β	t
Stresse	-0.58	0.55	-0.23	-1.07
Ansiedade	0.38	0.66	0.12	0.58
Depressão	2.07	0.69	0.64	3.03**

Nota: $R_a^2=0.270$; $p=0.009$

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

A variância explicada pelo modelo que considerava os aspectos relacionais como variável dependente explicava 27% da variância total, sendo novamente a depressão a variável que explicava de forma directa e significativa os aspectos relacionais do stresse específico da infertilidade.

Capacidade do Stresse Percebido Relacionado com a Infertilidade Explicar o Desajustamento à Fertilidade

Examinando a totalidade da amostra, o modelo de regressão que determinava o desajustamento à fertilidade como variável dependente e o stresse global específico da infertilidade como variável independente era significativo ($F(1,52) = 81.52; p < 0.001$) e explicava 60% a variância. Contudo, quando se consideravam as sub-escalas do FPI como variáveis dependentes verificava-se que o modelo também era significativo ($F(5,48) = 29.60; p < 0.001$), sendo a variância explicada pelo modelo de 73%. Verificando-se ainda que nem todas as variáveis independentes contribuem de igual forma para explicar o modelo. Constatando-se que apenas os aspectos sociais ($\beta=0.495; t(48)=3.79; p<0.001$) e a necessidade de parentalidade ($\beta=0.520; t(48)=4.81; p<0.001$) explicavam de forma significativa e directa o desajustamento à fertilidade. Os aspectos sociais ($\beta=-0.10; t(48)=-0.66; p=0.514$), os aspectos relacionais ($\beta=-0.07; t(48)=-0.70; p=0.489$) e a rejeição da vida sem filhos ($\beta=0.13; t(48)=1.39; p=0.171$) não eram significativos.

Com a finalidade de distinguir mulheres e homens relativamente às variáveis do stresse específico da infertilidade, que explicavam o desajustamento à fertilidade, efectuou-se a regressão linear para ambos os sexos separadamente. Para as mulheres os resultados obtidos evidenciam-se na tabela seguinte.

Tabela 24 – Regressão linear das variáveis predictoras da variável desajustamento à fertilidade em mulheres

Predictores	B	BSE	β	t
Aspectos Sociais	0.74	0.17	0.81	4.47***
Aspectos Sexuais	-0.49	0.24	-0.45	-2.03†
Aspectos Relacionais	-0.11	0.16	-0.12	-0.69
Rejeição da Vida Sem Filhos	0.17	0.15	0.13	1.13
Necessidade de Parentalidade	0.70	0.16	0.62	4.38***

Nota: $R_a^2=0.809; p<0.001$

† $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Nas mulheres o modelo de regressão linear era significativo ($F(5,21) = 23.02; p < 0.001$), sendo a variância explicada pelo modelo de cerca de 81%. A análise das variáveis independentes permitia afirmar que nem todas explicavam de forma significativa o desajustamento à fertilidade. Apenas os aspectos sociais e a necessidade de parentalidade explicavam de forma significativa e directa o modelo. Os aspectos sexuais evidenciavam de forma tendencialmente significativa e indirecta o desajustamento à fertilidade.

Nos homens o modelo era igualmente significativo ($F(5,21) = 10.20; p < 0.001$), embora a variância explicada pelo modelo desça para os 64%. A forma como cada variável independente contribuía para a explicação do modelo era explicitado na tabela seguinte.

Tabela 25 –Regressão linear das variáveis predictoras da variável desajustamento à fertilidade em homens

Predictores	B	BSE	β	t
Aspectos Sociais	0.31	0.22	0.24	1.39
Aspectos Sexuais	0.32	0.29	0.20	1.11
Aspectos Relacionais	-0.07	0.19	-0.05	-0.36
Rejeição da Vida Sem Filhos	0.16	0.22	0.11	0.74
Necessidade de Parentalidade	0.64	0.19	0.54	3.32**

Nota: $R^2_a = 0.639; p < 0.001$

† $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Apenas a necessidade de parentalidade explicava de forma significativa e directa o desajustamento à fertilidade. Nenhum dos restantes aspectos relativos ao stresse específico da infertilidade contribuía significativamente para a explicação do desajustamento à fertilidade.

DISCUSSÃO

A realização do presente estudo começou por ter o intuito de apreender as diferenças entre homens e mulheres inférteis ao nível das dimensões de personalidade, stresse, ansiedade e depressão, stresse específico da infertilidade e desajustamento à fertilidade.

Em termos de personalidade os homens e mulheres diferiram mais subtilmente do que seria esperado. Somente no neuroticismo, conforme se esperava, as mulheres apresentaram índices superiores, mas ainda assim os que menos se distinguiram de todas as dimensões de personalidade, o que aponta para que, apesar da boa adaptação, estabilidade, serenidade e consequente capacidade de enfrentar situações de maior tensão como é o caso da infertilidade, as mulheres eram ligeiramente mais preocupadas. Estes dados sugerem que apesar de poder existir alguma culpabilidade, abatimento ou tristeza, isso não tende a ser frequente nestas mulheres, o que se contrapõe ao típico perfil da mulher neurótica, na qual a infertilidade era devida a motivações exteriores, funcionando a mesma como uma somatização de conflitos internos (Benedek, 1952; Ford, et al. 1953).

Os homens apresentaram índices baixos de neuroticismo, o que confirmou o estudo de Conrad e colaboradores (2002).

Os participantes deste estudos apresentaram índices mais elevados no que concerne à conscienciosidade, o que parece identificar a capacidade de orientação, persistência, determinação, forte motivação para atingir objectivos a que se propõem, privando a ponderação em detrimento de acções impulsivas e pouco reflectidas, o que mais uma vez vai ao encontro das características indispensáveis aos casais que atravessam um processo tão moroso e pouco controlável como é o caso da infertilidade. A amabilidade também era uma característica que se distinguiu nestes casais pelos níveis moderados, o que sugere que habitualmente estes casais são honestos, capazes de confiar nos outros, não desconfiando das suas intenções de forma infundada. Estas características talvez não sejam muito surpreendentes, dada a necessidade destes casais dependerem de uma equipa de técnicos de saúde para os ajudar na resolução do um problema, que lhes escapa a um controlo unicamente pessoal. Estes resultados confirmavam os que eram sugeridos pela literatura (e.g. Conrad et al., 2002; Fassino et al., 2002).

Tanto os homens como as mulheres apresentaram índices moderados na dimensão de extroversão, o que indicava a sua sociabilidade, algum optimismo, satisfação, gosto e necessidade de ocupação, energia e procura de algumas emoções. Não tendem a ser pessoas

demasiadamente fechadas sobre si próprias, numa perspectiva geral, embora, como se referirá mais adiante na área da infertilidade em concreto, estas pessoas apresentem algum afastamento perante o exterior, conforme é conferido pelo stresse inerente aos aspectos sociais na infertilidade.

A abertura à experiência também apresentou valores moderados tanto em homens como em mulheres, o que traduz alguma curiosidade, quer pelo mundo externo quer pelas vivências internas. Eram pessoas que viviam as emoções com alguma intensidade, tanto as positivas como as negativas, eram capazes de delinear as suas próprias ideias, mesmo que contraditórias ao que possa ser o mais aceite socialmente, desligando-se do mais factual, eram por isso capazes de fugir ao que era mais convencional e não eram demasiadamente conservadoras. Estes casais encontravam-se confrontados com uma dificuldade que coloca em causa diversas questões éticas, nomeadamente os embriões excedentários, a possibilidade de manipulação genética dos mesmos, um cenário em que a fecundação decorria com a ajuda de meios técnicos, afastando-se de uma concepção natural, todas estas questões que não se coadunam com um excessivo conservadorismo. Os dados obtidos acerca das características de personalidade das mulheres desta amostra não diferiram dos que eram encontrados para as mulheres com infertilidade feminina, o que parece remeter para que a causa por si só não determine as dimensões de personalidade mais marcadas (Cabral, 2001).

Relativamente à ansiedade, depressão e stresse, apesar de em todos os aspectos as mulheres apresentarem índices superiores relativamente aos homens, convergentemente com o que grande parte dos estudos apontava (e.g. Yassini, Khalili & Hashemian, 2005), ressalva-se que eram pontuações relativamente baixas as que sucederam em ambos os sexos, havendo pouca sintomatologia passível de sugerir patologia ansiosa, depressiva ou stresse, o que contraria os estudos que referiam que os homens e, principalmente as mulheres inférteis, se deparavam com elevados índices de ansiedade, depressão e stresse (e.g. Dunkel-Schatter & Lobel, 1991; McQuillan et al, 2003; Peterson et al, 2007; Wischmann et al, 2001; Wright et al, 1991).

Apenas existiam diferenças significativas entre géneros no que concerne ao stresse, as mulheres apresentavam valores mais elevados que os homens, o que indicava que as mulheres tendiam a sentir uma maior pressão com todo o processo da infertilidade, embora o stresse permanecesse em níveis baixos, tal como a ansiedade e a depressão. Estes dados pareciam indicar que numa perspectiva geral, estes casais eram pessoas pouco vulneráveis, podendo

este aspecto remeter para alguma movimentação defensiva, havendo como que a criação de um invólucro protector que lhes permitia lidar com as adversidades, o que ia ao encontro dos baixos índices de neuroticismo encontrados.

Quando se partia para um stresse mais específico da infertilidade, confirmava-se mais uma vez que eram as mulheres que apresentavam índices mais elevados, contudo era normativo que esta situação acontecesse, representando tanto para homens como para mulheres um stresse moderado (Newton et al., 1999). As mulheres eram mais sensíveis a recordações, comentários e questões acerca da infertilidade, tendiam a apresentar mais sentimentos de alienação ou isolamento dos seus amigos e família; eram especialmente difíceis para estas mulheres as actividades sociais, funcionando o evitamento como solução defensiva. As divergências existentes entre homens e mulheres relativamente ao stresse social sentido poderiam ainda ser reveladoras de um menor ajustamento conjugal (Peterson et al., 2003).

Apesar de geralmente ser importante para as mulheres a partilha, falar sobre o assunto, o que lhes permite fantasiar, esboçar a sua esperança, na expressão do seu desejo, sendo relevante para as mulheres a expressão emocional, elas desejam canalizar essa partilha para alguém que saiba que percebe as suas angústias, elegendo na maior parte dos casos o marido como elo principal. Contudo, os homens tendem a lidar de forma diferente com estes aspectos, recorrendo a um maior distanciamento emocional, um maior auto-controlo e uma visão muito mais pragmática da infertilidade como sendo um problema que urge uma resolução, o que leva a que muitos deles não compreendam o sofrimento da mulher e a sua necessidade de partilhar o que sentem, desvalorizando mesmo o que elas possam estar a sentir, o que leva a interpretações femininas de falta de investimento na parentalidade, levando assim a conflitos entre o casal (Peterson et al., 2006). Todavia, nesta amostra não eram sentidas grandes dificuldades comunicacionais acerca da infertilidade, não se evidenciando grandes contrariedades em aceitar as diferenças de género, não se antevendo por isso um risco no futuro da relação devido à infertilidade. Embora existissem mais homens com índices muito elevados de stresse nos aspectos relacionais do que mulheres, o que parece indicar a presença de casos extremos em que uns lidam tranquilamente e não sentem a relação afectada pela infertilidade e outros sentem grandes contrariedades no relacionamento, o que provavelmente virá na continuidade da harmonia do relacionamento antes da infertilidade.

Eram as mulheres que mais sentiam uma perda de prazer com a relação sexual, maiores sentimentos de pressão por relações sexuais sujeitas ao seu período fértil, perdendo a sua

auto-estima relacionada com os aspectos sexuais, o que se encontrava de acordo com o estudo de Peterson e colaboradores (2007). Os homens lidavam melhor com esta situação, não se sentindo particularmente lesados em termos do relacionamento sexual. Estes dados sugeriam quer a maior disponibilidade dos homens para a relação sexual, independentemente das condicionantes exteriores, quer a dificuldade em assumir que a relação sexual se encontrava prejudicada pela direccionalidade nas relações sexuais para a sua vertente procriativa. Embora fosse igualmente de assinalar que, quando se abordavam os valores mais elevados de stresse na infertilidade associado aos aspectos sexuais, eram os homens que apresentavam mais valores extremos, o que parecia significar que existiam homens que sentiam efectivamente que a sua vida sexual tinha ficado bastante abalada, ficando por saber como era a vida sexual destes casais antes da problemática.

A necessidade de parentalidade também era superior nas mulheres, o que indicava uma relação ainda muito estrita com a maternidade, sendo este um objectivo central, o que parecia indicar que estas mulheres continuavam a ter como prioridade a maternidade, numa fase em que têm de conciliar diversas atribuições exigentes. Existiram algumas mulheres com índices muito elevados de stresse neste aspecto em particular, o que reforçava a centralidade da parentalidade na mulher, embora esta pudesse actualmente concorrer com outros papéis tendencialmente assumidos pelas mulheres. Nos homens este aspecto não era tão central e a parentalidade não se situava como um objectivo tão nuclear, embora existissem alguns homens com pontuações muito elevadas, o que indicava que para muitos a parentalidade se encontrava no cerne dos seus objectivos, à semelhança do que acontecia na maioria das mulheres desta amostra. Contudo, estas diferenças entre homens e mulheres podiam indicar uma discordância entre o casal, o que se relacionava segundo Peterson e colaboradores (2003) com uma menor satisfação conjugal.

A rejeição da vida sem filhos era semelhante entre homens e mulheres. Ambos tendiam a ter uma visão algo negativa de uma vida sem filhos, a felicidade futura permanecia dependente dos mesmos e embora existisse a possibilidade destes casais vislumbrarem outros papéis como satisfatórios não se sentiam totalmente realizados sem filhos. Neste aspecto também existiam alguns homens e mulheres para os quais era quase impossível ponderar uma vida futura sem filhos, como se a vida só fizesse sentido com eles. Nestes casos, poderá colocar-se em perspectiva a própria saúde do relacionamento do casal, entrecortada na sua

continuidade harmoniosa pela necessidade de um terceiro elemento. Podendo ainda questionar-se a partilha de outros objectivos de vida comuns aos elementos do casal.

Em termos de stresse global específico da infertilidade, esta amostra não apresentava um stresse relacionado com a infertilidade superior à maioria dos casais inférteis, pelo menos no que concerne à população canadiana para a qual o inventário de problemas de fertilidade se encontra aferido (Newton et al., 1999).

O desajustamento à fertilidade também não diferia entre homens e mulheres, apesar das mulheres apresentarem índices mais elevados, significando ainda assim um moderado ajustamento à fertilidade. O que ia de encontro dos moderados índices de stresse inerente à infertilidade e baixos índices de ansiedade, depressão e stresse gerais.

A Idade e a Infertilidade

Nas mulheres a idade apresentava uma relação directa com as dimensões de personalidade abertura à experiência, o que sugeria que as mulheres mais velhas tendiam a apresentar uma maior curiosidade, alimentam novas ideias e eram menos convencionais e menos conservadoras, havendo uma tendência à exploração do que era novo e menos conhecido. Estes dados poderiam ser de alguma forma surpreendentes, dada a perspectiva de que as pessoas mais novas eram mais abertas a novas experiências e a novos conhecimentos. Podendo justificar-se estes dados pelo facto das mulheres mais velhas serem mais diferenciadas, possuírem maiores conhecimentos e não partirem para o que não lhes era familiar com muitas dúvidas e hesitações. Na infertilidade a sujeição a técnicas algo desconhecidas poderia dar algumas indicações acerca da abertura à experiência, sendo que as mulheres mais velhas, dada a limitação temporal para terem um filho, necessitavam de grande abertura perante as possibilidades existentes sendo esta uma estratégia adaptativa perante as necessidades. Nos homens não existia qualquer relação entre a idade e as dimensões de personalidade.

As mulheres mais velhas apresentavam ainda maiores índices de conscienciosidade, o que indicava uma maior orientação para um determinado objectivo e uma maior persistência e determinação para o alcançar, o que parecia relacionar-se mais uma vez com a delimitação temporal que tinham, nomeadamente no que concerne à fertilidade. Sendo também mulheres com maiores índices de amabilidade, o que ditava essencialmente uma maior disponibilidade para confiar nos outros. Nestes casos as mulheres encontravam-se completamente

dependentes de uma equipa técnica, sendo adaptativa esta cooperação em oposição ao ceticismo e desconfiança face aos outros.

Contrariamente ao que seria esperado a idade não tinha, nem nas mulheres nem nos homens qualquer relação com a ansiedade depressão ou stresse gerais. O que indicava que a idade era independente de um desajustamento emocional geral.

Apenas o stresse específico da infertilidade, no que respeita à rejeição da vida sem filho,s apresentava nas mulheres uma relação negativa com a idade, o que quer dizer que as mulheres mais velhas tendiam a rejeitar menos uma vida sem filhos, tinham uma visão menos negativa da vida sem filhos, conseguiam perceber outros aspectos como satisfatórios na sua vida, sendo a felicidade menos dependente da descendência. Como se estas mulheres já tivessem aprendido a viver de forma adaptativa sem filhos, havendo uma maior aceitação da possibilidade dos mesmos não existirem. Nos homens não se verificava qualquer associação entre a idade e a rejeição da vida sem filhos.

As Gravidezes e os Tratamentos Mal Sucedidos

As gravidezes anteriores mal sucedidas não estavam associadas nem homens nem em mulheres a determinadas dimensões de personalidade, nem a uma possível maior ansiedade, depressão ou stresse geral devida a experiências anteriores de gravidezes mal sucedidas, ao contrário do que se poderia esperar, sendo de salientar que 14% dos casais já passaram por esta situação. Não havendo também relação significativa entre o número de gravidezes anteriores mal sucedidas e o stresse específico da infertilidade, à semelhança do que acontecia com o desajustamento à fertilidade. Uma experiência negativa associada a uma gravidez não parecia ensombrar significativamente os casais que pretendiam engravidar, ao contrário do que tendia a ser sugerido por diversos autores (e.g. Berghuis & Stanton, 2002; Rajkhowa et al., 2006). Estes casais tinham características que os remetiam para a resolução das dificuldades e um determinismo no alcance dos objectivos, o que parecia explicar os resultados obtidos. Os factores de risco para uma maior vulnerabilidade aos insucessos seriam os índices elevados de neuroticismo e o desamparo, o que não se verifica nestes casais (Verhaak et al., 2005).

Os tratamentos anteriores nos homens não apresentavam qualquer relação com as dimensões de personalidade, nas mulheres encontravam-se mais uma vez associados à abertura à experiência, ou seja quanto mais tratamentos estas mulheres realizaram maior a

possibilidade de integração do que é novo e menos familiar, o que novamente vem reforçar a importância desta dimensão de personalidade em mulheres que tinham de recorrer a tratamentos invasivos e pouco conhecidos. Os tratamentos anteriores não apresentavam relação com a ansiedade, depressão e stresse gerais nas mulheres, ao contrário do que seria de esperado, o que parece sugerir que, o facto de terem sido expostas a tratamentos que não correram pelo melhor, não as deixa mais apreensivas ou reticentes perante a possibilidade de novas tentativas, à semelhança do que acontecia relativamente às gravidezes anteriores mal sucedidas. Nos homens um maior número de tratamentos apresentava-se associado a uma menor ansiedade, contrariando os dados de Hunt e McHale (2007). Enfatizando-se a vertente mais pragmática dos homens, como se o facto de terem sido realizados tratamentos no casal os deixasse mais tranquilos, havendo uma sensação de que existiu uma tentativa de resolver a dificuldade. Tanto em homens como em mulheres não existia uma relação entre os tratamentos anteriores e o stresse específico da infertilidade, o que parecia indicar que uma exposição a tratamentos mal sucedidos, não implicava que todos os aspectos da infertilidade fossem vividos mais intensamente. Não havendo igualmente qualquer associação entre os tratamentos anteriores e o desajustamento à fertilidade.

Duração da Infertilidade e Mal-Estar Psicológico

O tempo em relação ao qual o casal tentava engravidar não apresentava qualquer relação com as dimensões de personalidade, os casais não sentiam uma maior sintomatologia ansiosa, depressiva ou de stresse por estarem a tentar engravidar há mais tempo sem conseguirem, contrariamente ao que à partida seria de esperar. O stresse específico da infertilidade nos homens não apresentava qualquer associação com o tempo ao qual o casal tentava engravidar, nas mulheres quanto maior o tempo ao qual o casal estava a tentar engravidar maior o stresse específico da infertilidade, o que sugeria que o mal-estar se encontrava localizado, numa vivência específica e não difusa por todas as dimensões de vida.

O desajustamento à fertilidade nas mulheres não apresentava relação com o tempo ao qual se encontravam a tentar engravidar, enquanto que nos homens quanto maior o tempo a tentar engravidar menor o desajustamento, como se a pressão inicial fosse desvanecendo à medida que o tempo vai passando, havendo uma melhor gestão interna com o passar do tempo e a impossibilidade de gravidez, contrariando mais uma vez os resultados obtidos por Hunt e McHale (2007).

O tempo do pedido de ajuda tanto nos homens como nas mulheres não apresentava qualquer relação com as dimensões de personalidade. Nos homens não existia também qualquer relação com o stresse, ansiedade ou depressão, nas mulheres quanto maior era o tempo em relação ao qual pediram ajuda menor o stresse sentido, de alguma forma como se sentissem que o facto de estarem a tentar resolver a sua dificuldade e estarem à mercê dos técnicos, permitisse que se sentissem mais tranquilas. O stresse específico da infertilidade nas mulheres não apresentava qualquer relação com o tempo do pedido de ajuda. Os homens que solicitaram ajuda há mais tempo tendiam a estar mais adaptados perante uma vida sem filhos, consideravam que podiam ser felizes mesmo sem filhos, tendo havido uma adaptação perante uma vida sem descendência. Estes homens também apresentavam um menor desajustamento à fertilidade, enquanto que nas mulheres não se verificava qualquer relação.

No que respeita ao tempo em relação ao qual o casal permanecia no serviço de saúde onde se encontrava actualmente, nem em homens nem em mulheres apresentava, qualquer relação com as dimensões de personalidade, nem com o stresse, ansiedade e depressão sentidos, nem com o stresse específico da infertilidade, nem com o desajustamento à fertilidade. O que apontava para que apenas a duração da infertilidade e do pedido de ajuda fossem relevantes para o stresse sentido. O tempo em relação ao qual os elementos do casal se encontravam no serviço de saúde não assumia grande importância.

A fase do processo também não tinha qualquer influência nem no stresse, ansiedade e depressão, nem no desajustamento à fertilidade, em homens e mulheres. Nos homens a fase do processo também não influenciava o stresse específico da infertilidade. Nas mulheres as diferenças eram muito sublimes, verificando-se apenas que a necessidade de parentalidade se encontrava mais exacerbada quando as mulheres conheciam o diagnóstico e aguardavam o procedimento seguinte, comparativamente com aquelas que já se encontravam encaminhadas para um determinado tratamento e aguardavam a realização do mesmo. Como se nesta fase pudessem apaziguar esta determinação, não tivessem tanta necessidade de demonstrar a centralidade que a parentalidade ocupava na sua vida, como se o facto de ter um diagnóstico e se encontrarem num impasse fosse uma prova decisiva para a afirmação do desejo de parentalidade e para a prossecução em direcção ao procedimento a seguir. Cooper e colaboradores (2007) referiram para que as mulheres que engravidavam por recurso a FIV apresentavam maiores índices de necessidade de parentalidade quando avaliadas antes da FIV, o que não parecia sugerir neste caso um bom prognóstico.

A Causa da Infertilidade e o Mal-Estar Psicológico

Quando se reportou à causa da infertilidade, verificou-se que tanto em homens como em mulheres a mesma não era influenciada por nenhuma das cinco dimensões de personalidade. A causa da infertilidade não influenciava de forma expressiva o stresse sentido tanto em homens como em mulheres. Nos homens a causa da infertilidade não interferia com a ansiedade sentida, enquanto que nas mulheres a ansiedade era maior quando a causa era desconhecida em comparação com uma causa mista, o que corrobora os resultados de Fassino e colaboradores (2002).

Relativamente à depressão, nas mulheres não se encontraram diferenças entre as causas da infertilidade, enquanto que nos homens os índices depressivos eram maiores quando se tratava de uma causa masculina e menores quando se tratava de uma causa feminina, um pouco superiores quando se tratava de um factor misto, ou ainda um factor desconhecido, embora as maiores divergências se situassem entre o factor feminino e o factor masculino, onde o homem claramente se sentia menos implicado na contribuição para a infertilidade e por isso menos deprimido, resultados que iam de encontro aos dados obtidos por Nachtigall e colaboradores (1992).

Nas mulheres a causa da infertilidade não influenciava o stresse específico da infertilidade em nenhum dos seus aspectos nem o desajustamento à fertilidade, sendo de salientar que os índices de stresse específico da infertilidade e o desajustamento à fertilidade eram superiores quando a causa era masculina ou desconhecida, o que sugeria que as mulheres se sentiam melhor quando a causa lhes estava atribuída, havendo um profundo sentimento de solidariedade para com o marido, ou um maior constrangimento no assumir perante os outros a existência de um factor de infertilidade masculino. Nos homens, verificava-se que quando a causa da infertilidade era devida a um factor masculino, estes tendiam a apresentar uma maior necessidade de parentalidade, ocupando a parentalidade um objectivo primordial, como se necessitassem de provar a si próprios o desejo em terem um filho, em detrimento de quando a causa era desconhecida e por sua vez permitia uma maior fantasia acerca da atribuição de um “responsável” pela infertilidade. A relação também era considerada menos harmoniosa quando o factor era masculino em detrimento de quando era desconhecido, como se os homens considerassem que não cumpriam o seu papel e pioravam a relação. Sendo ainda de salientar que entre os homens, quando a causa da infertilidade era atribuída a um factor

masculino, o stresse inerente à infertilidade e o desajustamento à fertilidade era sempre mais elevado.

A Personalidade e a Infertilidade

Depois de terem sido analisadas e interpretadas as influências de diversos aspectos sobre as pontuações obtidas nas diferentes escalas utilizadas, importa agora apresentar a relação entre os vários aspectos medidos.

Quando se considerava a totalidade da amostra verificava-se, como se esperava, que os índices mais elevados de neuroticismo se encontravam relacionados com um maior stresse específico da infertilidade, em todas as suas dimensões, o que sugeria que uma maior instabilidade, insegurança, preocupação, tristeza, culpabilidade e tendência para a descompensação emocional, remetiam para maior mal-estar psicológico em torno da infertilidade. A extroversão tinha apenas uma relação negativa com os aspectos sociais, o que indicava que quanto maior a facilidade nas relações interpessoais, menores eram as dificuldades na relação com os outros, ainda que pudessem surgir questões e comentários direccionados para a inexistência de filhos no casal. A amabilidade, abertura à experiência e conscienciosidade não se encontravam associadas significativamente com as dimensões do stresse específico da infertilidade.

A análise em separado de homens e mulheres, permitiu conhecer as particularidades de cada género, denotando-se que nas mulheres a amabilidade não se encontrava associada significativamente a nenhuma das dimensões do stresse específico da infertilidade, embora a direcção dessas relações, ainda que ténues, eram negativas, o que indicava que nas mulheres quanto maior a amabilidade e a confiança depositada nos outros, menor o stresse específico da infertilidade. Nos homens apenas se verificava uma associação entre uma dimensão de amabilidade mais vincada e uma maior necessidade de parentalidade, o que indicava que quanto maior era a confiança depositada nos outros, mais elevada era a centralidade da parentalidade. Nas mulheres a abertura à experiência não apresentava qualquer relação significativa com as dimensões de stresse específico da infertilidade, enquanto que nos homens quanto maior era a abertura à experiência e a abertura ao novo e menos familiar, menor era o stresse associado aos aspectos sociais, existindo uma menor preocupação e um menor envolvimento face aos comentários acerca da infertilidade. Verificando-se que numa

perspectiva geral uma maior abertura à experiência conferia aos homens um menor stresse global específico da infertilidade.

Nas mulheres era o neuroticismo que apresentava uma maior associação com as dimensões do stresse específico da infertilidade. As mulheres mais preocupadas, instáveis e inseguras encontravam-se mais susceptíveis ao isolamento social devido à sua dificuldade, sentiam um menor prazer no relacionamento sexual, dificuldades no relacionamento com o companheiro e consideravam que a sua vida só poderia ser feliz se conseguissem ter filhos, sendo a parentalidade o seu principal objectivo. Os homens com maiores índices de neuroticismo apenas apresentavam um maior stresse relacionado com a infertilidade numa perspectiva geral, o que reforça a ideia que as preocupações sentidas se estendiam à esfera da infertilidade, significando um maior mal-estar psicológico neste aspecto da vida.

Tanto nas mulheres como nos homens a conscienciosidade não apresentava uma relação significativa com o stresse específico da infertilidade, embora em ambos os sexos existisse uma tendência a que uma maior organização e determinação se relacionasse com um menor stresse específico da infertilidade.

Nos homens a extroversão não se correlacionava significativamente com nenhum dos aspectos da infertilidade, enquanto que nas mulheres uma maior capacidade interpessoal encontrava-se associada a menores dificuldades nas actividades sociais e maior envolvimento nas mesmas, não havendo uma grande vulnerabilidade face a comentários e lembranças acerca da infertilidade. Verificando-se ainda que uma maior extroversão se encontrava associada a um assumir como menos central a parentalidade, havendo como que uma possibilidade de serem delineados novos objectivos.

Importa ainda salientar que nas mulheres a necessidade de parentalidade não era explicada por nenhuma das dimensões de personalidade, à semelhança do que acontecia com a rejeição da vida sem filhos. No entanto, era o neuroticismo e a conscienciosidade que mais explicavam e de forma directa o menor prazer na relação sexual e as maiores divergências no casal, sendo apenas o neuroticismo a explicar uma tendência para o maior isolamento e acrescidas dificuldades nos relacionamentos sociais. O que era congruente com algumas características das mulheres inférteis referidas por diversos autores (e.g. Benedek, 1952; Ford et al, 1953; Kroger, 1952; Mandy et al., 1951; Rubernstein, 1951; Wittkower & Wilson, 1940). Importa, no entanto, ressaltar que os índices médios de neuroticismo encontrados foram relativamente

baixos, o que indicava que não se estava perante muitas mulheres instáveis, o que era corroborado pelos baixos índices médios de ansiedade, depressão e stresse gerais.

Nos homens nenhuma das dimensões de personalidade conseguia explicar de forma significativa qualquer das dimensões do stresse específico da infertilidade, o que indicava que as características únicas do sujeito não permitiam prever o mal-estar da infertilidade.

Ansiedade, Depressão e Stress na Infertilidade

A ansiedade, depressão e stresse gerais quando medidas na totalidade da amostra também apresentavam relação com as dimensões do stresse inerente à infertilidade, como se esperava. Verificou-se que a ansiedade tinha uma associação positiva com os aspectos relacionais, a depressão encontrava-se associada com os aspectos sociais, sexuais, relacionais e com o stresse global e que o stresse se associava positivamente com os aspectos sociais, sexuais e relacionais. Contudo, uma análise individualizada entre mulheres e homens deixou antever que nos homens com elevados índices depressivos, com um menor prazer na vida em geral tendiam a referir também uma vida sexual mais afectada pela infertilidade, maiores divergências relacionais, havendo ainda uma relação com o stresse global específico da infertilidade, havendo uma insatisfação com o próprio e na relação com o outro.

Nas mulheres também se verificou que índices mais elevados de depressão se encontravam associados a maiores danos nos aspectos sexuais e na relação com o companheiro. À semelhança do que acontecia com os índices de stresse geral. Uma maior ansiedade encontrava-se associada a maiores danos nas relações interpessoais. Nas mulheres apenas os índices depressivos conseguiam explicar de forma directa os aspectos sexuais, os aspectos relacionais e os aspectos sociais. Sugerindo que as mulheres mais deprimidas sentiam maiores dificuldades na relação com o companheiro, sentiam-se menos compreendidas e tinham maiores dificuldades nas relações interpessoais, o que quer dizer que através de aspectos mais gerais é possível prever alguns dos aspectos mais específicos da infertilidade. Nos homens a depressão tendia apenas a explicar o assumir da centralidade da parentalidade, as dificuldades no relacionamento e na sexualidade.

Infertilidade e Desajustamento à Fertilidade

Quando se atendia ao desajustamento perante a fertilidade, percebeu-se que, conforme se esperava, todas as dimensões do stresse específico da infertilidade se encontram relacionadas positivamente com o desajustamento à fertilidade. Na mulheres confirmou-se a tendência de que um maior stresse específico da infertilidade correspondia a um maior desajustamento perante a fertilidade, e nos homens também se verificou essa tendência à excepção dos aspectos relacionais que não apresentavam uma relação significativa com o desajustamento à fertilidade. As variáveis capazes de explicar o desajustamento à fertilidade nas mulheres eram os aspectos sociais, sendo o desajustamento maior quando existia um maior isolamento e evitamento do contacto com os outros, e quando a parentalidade se situava como objectivo central de vida, o que corrobora os resultados obtidos por Daniluk e Tench (2007). Pelo contrário existia uma tendência a que o desajustamento fosse maior quando os índices dos aspectos sexuais eram mais baixos, havendo uma percepção de que tudo se encontrava satisfatório ou uma negação das dificuldades existentes. Nos homens o desajustamento à fertilidade era apenas explicado de forma directa pela necessidade de parentalidade.

Em síntese, pelo cruzamento das diferentes variáveis nas mulheres, atendendo-se essencialmente aos índices de neuroticismo e depressão era possível antever maiores dificuldades nos aspectos sociais, sexuais e relacionais do stresse específico da infertilidade, sendo o desajustamento à fertilidade passível de prever a necessidade de parentalidade e os aspectos sociais. Nos homens as dimensões de personalidade não eram lineares na previsão do stresse específico da infertilidade. A depressão permitia prever um maior stresse específico da infertilidade, em especial nos aspectos sexuais e relacionais. Um desajustamento à fertilidade apenas podia ser predito directamente pela maior necessidade de parentalidade.

De uma forma geral, a presente amostra não corrobora as perspectivas de que os homens e mulheres inférteis eram muitos deprimidos, ansiosos, ou neuróticos, eram pessoas até bastante estáveis emocionalmente e na sua grande maioria capazes de lidar adequadamente com a infertilidade. O sofrimento na infertilidade, nomeadamente os índices de ansiedade, depressão e stresse, não se encontravam na sua maioria em patamares clínicos como era referido na literatura (e.g. Lopes, 2006; Dunkel-Schetter & Lobel, 1991), sendo mais sensato referir que estes casais apresentam um stresse específico da infertilidade, incompatível com uma excessiva generalização a todos os campos da sua vida.

CONCLUSÃO

Os homens e mulheres inférteis não apresentam grandes diferenças entre si nas dimensões de personalidade, caracterizando-se pela boa adaptação, estabilidade, capacidade de enfrentar situações adversas, persistência e determinação, perspicácia em seguir objectivos, tendem a confiar nos outros, são pessoas relativamente sociáveis, com algum optimismo, apresentando curiosidade e capacidade de integração de coisas novas, havendo alguma abertura a aspectos menos conservadores, indo ao encontro dos dados obtidos por Cabral (2001) relativamente a mulheres inférteis. Os problemas de personalidade não se evidenciam nem existe nestes homens e mulheres demasiada ansiedade, características depressivas, ou elevado stresse na vida em geral, contrariamente ao que é sugerido em grande parte da literatura, principalmente no que respeita ao mal-estar decorrente da infertilidade nas mulheres (e.g. Beutel et al., 1999; Guerra et al., 1998; McQuillan et al., 2003; Ping-Ling & Xiao-Bo, 2006; Wischmann, et al., 2001; Wright, et al., 1991). Confirmando-se a capacidade de adaptação destes homens e mulheres, aparentemente mais vulneráveis, perante acontecimentos potencialmente indutores de stresse sem graves consequências psicológicas (Moreira, Tertulino, Nogueira e Silva, Oliveira, Tomaz & Azevedo, 2005). Sendo o stresse específico da infertilidade também moderado nestes casais, tal como o desajustamento perante a fertilidade, corroborando-se os baixos índices de ansiedade, depressão e stresse geral.

As divergências verificadas entre estudos mais antigos e estudos mais recentes, tendem a apontar para um crescente ajustamento emocional perante a infertilidade. A par com um maior controlo, existe também uma maior variabilidade de meios para ajudar estes casais a conseguirem conceber, retirando-os assim de uma dimensão mais passiva perante um cenário em que nada é possível fazer para reverter a situação, numa esfera em que pouco resta para além do conformismo. Os avanços científicos projectam estes casais em direcção à mobilização de recursos externos e internos. Existindo como que uma aprendizagem social adquirida ao longo dos tempos, que permite uma gestão mais adaptativa a par com uma maior disponibilidade de recursos.

Não querendo isto significar que todas as pessoas que se deparam com um quadro de infertilidade lidem bem com a mesma, este estudo também revelou que existem mulheres como os homens inférteis para os quais a infertilidade desencadeia ou agrava um intenso mal-estar emocional, o que representa de alguma forma um elo de compatibilidade com estudos anteriores (e.g. Daini et al., 2007; Fassino et al., 2002; Llobera, 1998).

Nas mulheres com traços neuróticos e sintomatologia depressiva mais acentuada existe simultaneamente um maior stresse inerente à infertilidade. Neste sentido, as mulheres mais abatidas, sozinhas, tristes e melancólicas evidenciam um maior incómodo na relação com os outros, pela maior sensibilidade aos comentários relacionados com a infertilidade. Existindo também um maior abalo na relação com o companheiro, que se estende à esfera sexual, colocando-se em causa a continuidade da relação na impossibilidade de parentalidade.

Verificando-se desta forma que as mulheres, e também os homens, cuja vida social sofreu um maior transtorno, sendo a parentalidade assumida como foco central, tendem a apresentar um maior desajustamento perante a fertilidade tal como sugeria Daniluk (2007), havendo uma dificuldade em redireccionar objectivos de vida, como se a dificuldade de parentalidade suspendesse tudo, não deixando quaisquer alternativas.

Este estudo atesta ainda que nos homens, através dos traços de personalidade não é possível inferir acerca da forma como gerem a situação de infertilidade, apresentando no entanto algumas características de personalidade semelhantes às encontradas por Conrad e colaboradores (2002). Os homens mais deprimidos, numa perspectiva geral, tendem a apresentar, aquando de uma situação de infertilidade, uma menor satisfação face ao relacionamento com a companheira e face ao desempenho sexual.

Sendo, contudo, de enfatizar que nesta amostra existem poucos homens e mulheres que apresentam índices mais elevados de desajustamento emocional, o que parece sugerir que estes dados não se afastam grandemente do que acontece na população em geral, o que também é sugerido por alguns estudos (e.g. Weiss et al., 2004). Não podendo ser descurado que um dos aspectos aqui focados, a depressão, atinge 20% da população (DGS, 2004) e como refere Widlocher (2001), um acontecimento de vida só é causa de depressão porque acontece num determinado tempo.

A depressão pode ser despoletada pela infertilidade ou perante personalidades com traços mais neuróticos pode haver uma forma característica de lidar com a infertilidade. Permanecendo a dúvida acerca da etiologia da sintomatologia depressiva, mas verificando-se ainda assim que a mesma se associa a comportamentos de maior isolamento social, evitamento dos outros, dificuldades na relação com o companheiro

Apesar dos casais não se encontrarem numa perspectiva geral demasiadamente abalados com a infertilidade, é necessária a atenção a características mais depressivas que podem indicar um maior mal-estar na infertilidade, tanto nos homens como nas mulheres. Por outro

lado, a forma como se referem à vida sexual, ao relacionamento com o cônjuge, ou à relação com os outros, situam-se como aspecto chave para ponderar o desajustamento emocional destes casais. Por seu turno, quando a parentalidade se coloca como o principal e, muitas vezes, único objectivo de vida, a par com as limitações de outros investimentos, sabe-se que existe um pior ajustamento face à fertilidade.

Apesar das conclusões alcançadas, não se pode deixar de referir as limitações existentes neste estudo, especialmente no que concerne à dimensão da amostra e ao facto de terem sido utilizados instrumentos que não se encontram validados para a população infértil. Utilizando-se instrumentos aplicados na população em geral e simultaneamente instrumentos que não se encontram validados para a população infértil portuguesa em particular, no entanto estas foram as possibilidades existentes, dada a ausência de instrumentos específicos e validados para a população do presente estudo, e as limitações temporais impostas para a realização da investigação.

A recorrência a uma amostra de conveniência impossibilita ainda a representatividade da amostra e a possibilidade de generalização dos resultados para esta população em Portugal. Este estudo, contribuiu, no entanto para fornecer um acréscimo de informação relativamente às dimensões de personalidade de homens e mulheres inférteis que não diferem tanto quanto se poderia esperar. O stresse, ansiedade e depressão nestes casais são muito mais ténues do que muitos estudos deixam transparecer e o stresse específico da infertilidade afecta igualmente homens e mulheres, podendo levar a algum desajustamento à fertilidade.

Este estudo permitiu essencialmente “despatologizar” a população infértil, porque ao contrário do que é sugerido por grande parte da literatura, a população infértil não apresenta stresse, sintomatologia ansiosa ou depressiva com valores clínicos. Sendo possível perceber o funcionamento específico da infertilidade através de características subtis, às quais os técnicos de saúde necessitam de estar atentos para que seja possível uma intervenção mais ajustada.

Seria relevante que posteriores investigações replicassem o presente estudo e contassem com amostras de maiores dimensões, sendo importante que se pudessem direccionar na percepção da forma como as características dos casais se associam com o sucesso nas TPMA, sendo por isso essencial a realização de estudos longitudinais que permitiam captar estas interferências. Numa perspectiva mais ambiciosa, seria ainda relevante cruzar os aspectos psicológicos e indicadores hormonais, com o sucesso das TPMA, procurando-se perceber a possível influência e natureza da mesma nas taxas de sucesso, ainda reduzidas, das TPMA.

REFERÊNCIAS

- Abreu, J. L. (2002). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva – 3ª Edição*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- American Psychiatric Association (2002). *Mini DSM-IV-TR. Guia de referência rápida para critérios de diagnóstico*. Lisboa: Climepsi.
- American Society for Reproductive Medicine (2004). Definition of “infertility”. *Fertility and Sterility*, 82, Supl. 1, 206.
- American Society for Reproductive Medicine (2006). Aging and infertility in women. *Fertility and Sterility*, 86 (S4), 248-252.
- Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C., & Moller, A. (2005). Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction*, 20 (10), 2969 – 2975.
- Benedek, T. (1952). Infertility as a psychosomatic defense. *Fertility and Sterility*, 3 (6), 527-241.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, 83 (2), 275-283.
- Berghuis, J. & Stanton, A. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), 433-438.
- Bertoquini, V. & Pais-Ribeiro, J. L. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Factores da Personalidade. *Psychologica*, 43, 193-210.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Kohn, F., Schroeder-Printzen, I., Gips, H., Herrero, H. & Weidner, W. (1999). Treatment-related stressors and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*, 31, 27-35
- Boivin, J., & Schmidt, L. (2005). Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility and Sterility*, 83 (6), 1745-1752.
- Burns, L. H., & Covington, S. N. (1999). *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. New York : Parthenon Publishing.
- Cabral, I. P. (2001). *Infertilidade Feminina e Personalidade*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Cahen, F. (1978). L'enfant impossible ou de quelques hypothèses sur les stérilités psychogènes. *Perspect. Psychiat. (Paris)*, 4, 358-365.

- Campagne, D. (2006). Should fertilization treatment start with reducing stress? *Human Reproduction*, 21 (7), 1651-1658.
- Charvet, F., & Chevret, M. (1983). Stérilité psychogène. *Rev. fr. Gynécol. Obstét.*, 78 (5), 315-318.
- Coimbra de Matos, A. (2001). A depressão. Lisboa: Climepsi.
- Conrad, R., Schilling, G., Haidl, G., Geiser, F., Imbierowicz, K., & Liedtke, R. (2002). Relations between personality traits, seminal parameters and hormones in male infertility. *Andrologia*, 34, 317-324.
- Cooper, B., Gerber, J., McGettrick, A. & Johnson, J. (2007). Perceived infertility related stress correlates with in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*, 88 (3), 714-717.
- Corney, R. (1996). As respostas emocionais nos doentes e nos médicos. In R. Corney (Ed.), *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento na medicina* (pp. 10-15). Lisboa: Climepsi.
- Cousineau, T., & Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21 (2), 293-308.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). NEO-PI-R Professional Manual. *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Crespo, J. M. (2003) Psicopatología de la afectividad. In J. Vallejo Ruiloba (Direc.), *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria – 5ª Edición* (pp. 219- 234). Barcelona: Masson.
- Daini, S., Bernardini, L., & Panetta, C. (2007). A personality perspective on female infertility: An analysis through Wartegg test. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 14 (2), 135-144.
- Daniluk, J., & Tench, E. (2007). Long-term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *Journal of Counseling & Development*, 85, 89-100.
- Diamond, R., Kezur, D., Meyers, M., Scharf, C. N., & Weinshel, M. (1999). *Couple therapy for infertility*. New York: The Guilford Press.
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010 – Volume II. Orientações estratégicas*. Lisboa: DGS.

- Domar, A., Broome, A., Zuttermeister, P., Seibel, M., & Friedman, R. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58 (6), 1158-1163.
- Donkor, E., & Sandall, J. (2007). The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social Science & Medicine*, 65 (8), 1683-1694.
- Doron, R., & Parot, F. (Org.). (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi.
- Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. In A. L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Ed.), *Infertility – Perspectives from Stress and Coping Research* (pp. 29-57). New York: Plenum Press.
- Faria, C. (2001). Aspectos Psicológicos da Infertilidade. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.189-209). Coimbra: Quarteto.
- Fassino, S., Garzaro, L., Peris, C., Amianto, F., Pierò, A., & Abbate Daga, G. (2002). Temperament and character in couples with fertility disorders: a double-blind, controlled study. *Fertility and Sterility*, 77 (6), 1233-1240.
- Fassino, S., Pierò, A., Boggio, S., Piccioni, V., & Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction*, 17 (11), 2986-2994.
- Finamore, P., Seifer, D., Ananth, C., & Leiblum, S. (2007). Social concerns of women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 88 (4), 817-821.
- Ford, E., Forman, I., Wilson, J., Char, W., Mixson, W., & Scholz, C. (1953). A psychodynamic approach to the study of infertility. *Fertility and Sterility*, 4 (6), 456-465.
- Gleitman, H. (1999). *Psicologia – 4ª Edição*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Glover, L., Hunter, M., Richards, J., Katz, M. & Abel, P. (1999). Development of the Fertility Adjustment Scale. *Fertility and Sterility*, 72(4), 623-628.
- Golombok, S. (1992). Psychological functioning in infertility patients. *Human Reproduction*, 7 (2), 208-212.
- Greil, A. (1997). Infertility and Psychological Distress: A critical review of the literature. *Social, Sciences and Medicine*, 45 (11), 1679-1704.
- Gulseren, L., Cetinay, P., Tokatlioglu, B., Sarikaya, O., Gulseren S., & Kurt, S. (2006). Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *The Journal of Reproductive Medicine*, 51 (5), 421-426.

- Guerra, D., Llobera, A., Veiga, A., & Barri, P. (1998). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13 (6), 1733-1736.
- Hassan, M. A., & Killick, S. R. (2003). Effect of male age on fertility: evidence for the decline in male fertility with increasing age. *Fertility and Sterility*, 79 (S3), 1520-1527.
- Hjollund, N., Bonde, J., Henriksen, T., Giwercman, A., & Olsen, J. (2004). Reproductive effects of male psychological stress. *Epidemiology*, 15 (1), 21-27.
- Holter, H., Andersheim, L., Bergh, C., & Moller, A. (2006). First IVF treatment – short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21 (12), 3295-3302.
- Homan, G., Davies M., & Norman, R. (2007). The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Human Reproduction Update*, 13 (3), 209-223.
- Hunt, N., & McHale, S. (2007). Psychosocial aspects of andrologic disease. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 36 (2), 521-531.
- Jacob, L. (2003). El impacto emocional de la infertilidad en las fases de la reproducción asistida. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de las Salud*, 11 (1), 95-113.
- Kipper, D., Zigler-Shani, Z., Serr, D., & Insler, V. (1977). Psychogenic infertility, neuroticism and the feminine role: A methodological inquiry. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 353-358.
- Kroger, W. (1952). Evaluation of personality factors in the treatment of infertility. *Fertility and Sterility*, 3 (6), 542-551.
- Lamas, C., Chambry, J., Nicolas, I., Frydman, R., Jeammet, P., & Corcos, M. (2006). Alexithymia in infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27 (1), 23-30.
- Lancastle, D. & Boivin, J. (2005). Dispositional optimism, trait anxiety and coping: Unique or shared effects on biological response to fertility treatment? *Health Psychology*, 24 (2), 171-178.
- Leal, I. & Pereira, A. (2005). Infertilidade: Algumas Considerações sobre Causas e Consequências. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp.151-173). Lisboa: Fim de Século.

- Lenzi, A., Lombardo, F., Salacone, P., Gandini, L., & Jannini, E. (2003). Stresse, sexual dysfunctions, and male infertility. *Journal of Endocrinological Investigation*, 26 (3), 72-76.
- Lima, M. P. (1997). *NEO-PI-R – Contextos teóricos e psicométricos: “Ocean” ou “Iceberg”?* Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Lima, M. P. & Simões, A. (1995). Inventário de Personalidade NEO-PI-R. In L. Almeida, M. Gonçalves & M. Simões (Eds.), *Provas Psicológicas em Portugal*, (pp. 133-150). Braga: APPORT.
- Lima, M. P. & Simões, A. (1998). *Aplicações clínicas do modelo dos cinco factores. Psiquiatria Clínica*, 19 (1), 21-30.
- Lima, M. P. & Simões, A. (2003). Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R) In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Coords.), *Avaliação Psicológica Instrumentos Validados para a População Portuguesa, Volume I* (pp. 15-32). Coimbra: Quarteto.
- Lopes, V. (2006). *Ansiedade e Depressão em Mulheres com Problemas de Fertilidade* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica e do Aconselhamento). Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Lovibond, P. & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stresse scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Mai, F., & Rump, E. (1972). Are infertile men and women neurotic? *Australian Journal of Psychology*, 24 (1), 83-86.
- Mandy, T., Scher, E., Farkas, R. & Mandy, A. (1951). The psychic aspects of sterility and abortion. *Journal South M A*, 44, 1051.
- McCrae, R. R. & John, O. P. (1992). An Introduction t the Five-Factor Model: Issues and Applications. *Journal of Personality*, 60 (2), 175-215.
- McQuillan, J., Greil, A., White, L., & Jacob, M. (2003). Frustrated fertility: Infertility and psychological distresse among women. *Journal of Marriage and Family*, 65 (4), 1007-1018.
- Merari, D., Chetrit, A., & Modan, B. (2002). Emotional reactions and attitudes prior to in vitro fertilization: An inter-spouse study. *Psychological and Health*, 17 (5), 629-640.

- Moreira, N., Tertulino, F., Nogueira e Silva, C., Oliveira, A., Tomaz, G., & Azevedo, G. (2005). Estudo dos aspectos psicológicos em mulheres inférteis. *Acta cirúrgica Brasileira*, 20 (S1), 152-158.
- Nachtigall, R. D., Becker, G., & Wozny, M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and Sterility*, 57 (1), 113-121.
- Newton, C., Sherrard, W. & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54-62.
- Noyes, R., & Chapnick, E. (1964). Literature on psychology and infertility – A critical analysis. *Fertility & Sterility*, 15 (5), 543-558.
- Peronace, L., Boivin, J., & Schmidt, L. (2007). Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28 (2), 105-114.
- Peterson, B. (2006). Examining the individual and dyadic coping processes of men and women in infertile couples and their relationship to infertility stress, marital adjustment, and depression. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 66 (9-B), 5074.
- Peterson, B., Newton, C., & Feingold, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 88 (4), 911-914.
- Peterson, B., Newton, C., & Rosen, K. (2003). Examining congruence between partners perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42 (1), 59-70.
- Peterson, B., Newton, C., Rosen, K., & Skaggs, G. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21 (9), 2443-2449.
- Peterson, B., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23 (5), 1128-1137.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 229-239.
- Panagopoulou, E., Vedhara, K., Gaintarzi, C., & Tarlatzis, B. (2006). Emotionally expressive coping reduces pregnancy rates in patients undergoing in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 86 (3), 672-677.

- Passos, E., Almeida, I., & Fagundes, P. (2007). *Quando a gravidez não acontece*. Porto Alegre: Artmed.
- Ping-Ling, W., & Xiao-Bo, S. (2006). Anxiety, Depression and Personality Traits of Infertile Women. *Chinese Journal of Clinical Psychology, 14* (3), 318.
- Pook, M., & Krause, W. (2004). The impact of treatment experiences on the course of infertility distresse in male patients. *Human Reproduction, 20* (3), 825-828.
- Pook, M., Tuschen-Caffier, B., & Krause, W. (2004). Is infertility a risk factor for impaired male fertility? *Human Reproduction, 19* (4), 954-959.
- Rajkhowa, M., McConnell, A., & Thomas, G. (2006). Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Human Reproduction, 21* (2), 358-363.
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health, 4* (9), 1-7.
- Redshaw, M., Hockley, C., & Davidson, L. (2006). A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Human Reproduction, 22* (1), 295-304.
- Rosenthal, M. (1985). Grappling with the emotional aspects of infertility. *Contemporary Ob/Gyn, 97-103*.
- Rubernstein, B. (1951). An emotional factor in infertility. *Fertility and Sterility 2*, 80.
- Sanders, K., & Bruce, N. (1997). A prospective study of psychosocial stresse and fertility in women. *Human Reproduction, 12* (10), 2324-2329.
- Schmidt, L. (2006). Psychosocial burden of infertility and assisted reproduction. *The Lancet, 367* (4), 379-380.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stresse: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction, 20* (11), 3248-3256.
- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distresse in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction, 22* (8), 2309-2317.

- Smeenk, J., Verhaak, C., Eugster, A., Minnen, A., Zielhuis, G., & Braat, D. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, *16* (7), 1420-1423.
- Smeenk, J., Verhaak, C., Vingerhoets, A., Sweep, C., Merkus, J., Willemsen, S., Van Minnen, A., Straatman, H., & Braat, D. (2005). Stresse and outcome success in IVF: the role of self-reports and endocrine variables. *Human Reproduction*, *20* (4), 991-996.
- Verhaak, C., Smeenk, J., Evers, A., Kremer, J., Kraaimaat, F., & Braat, D. (2006). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, *13* (1), 27-36.
- Verhaak, C., Smeenk, J., Evers, A., Van Minner, A., Kremer, J., & Kraaimaat, F., (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: A prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*, *28* (2), 181-190.
- Verhaak, C., Smeenk, J., Van Minner, A., Kremer, J., & Kraaimaat, F. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, *20* (8), 2253-2260.
- Wang, K., Li, J., Zhang, J., Zhang, L., Yu, J., & Jiang, P. (2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-intracytoplasmatic sperm injection in China. *Fertility and Sterility*, *87* (4), 792-798.
- Yassini, M., Khalili, M., & Hashemian, Z. (2005). The level of anxiety and depression among iranian infertile couples undergoing in vitro fertilization or intra cytoplasmatic sperm injection cycles. *Journal of Research in Medical Sciences*, *10* (6), 358-362.
- Weiss, P., Matejů, L., & Urbánek, V. (2004). Personality and characteristics of couples in infertile marriage. *Ceská Gynekologie*, *69* (1), 42-47.
- Widlocher, D. (2001). *As lógicas da depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Human Reproduction*, *16* (8), 1753-1761.
- Wittkower, E. & Wilson, A. (1940). Personality studies of dysmenorrhea and sterility. *British Medicine Journal*, *2*, 586.
- Wright, J., Duschesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J., & Girard, Y. (1991). Psychosocial distresse and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, *55* (1), 100-108.

ANEXOS

Anexo A

Legislação Portuguesa para Procriação Medicamente Assistida

Diário da República, 1.ª série — N.º 143 — 26 de Julho de 2006

5245

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

L Lei n.º 32/2006

de 26 de Julho

Procriação medicamente assistida

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto

A presente lei regula a utilização de técnicas de procriação medicamente assistida (PMA).

Artigo 2.º

Âmbito

A presente lei aplica-se às seguintes técnicas de PMA:

- a) Inseminação artificial;
- b) Fertilização *in vitro*;
- c) Injecção intracitoplasmática de espermatozoides;
- d) Transferência de embriões, gâmetas ou zigotos;
- e) Diagnóstico genético pré-implantação;
- f) Outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias.

Artigo 3.º

Dignidade e não discriminação

As técnicas de PMA devem respeitar a dignidade humana, sendo proibida a discriminação com base no património genético ou no facto de se ter nascido em resultado da utilização de técnicas de PMA.

Artigo 4.º

Condições de admissibilidade

1 — As técnicas de PMA são um método subsidiário, e não alternativo, de procriação.

2 — A utilização de técnicas de PMA só pode verificar-se mediante diagnóstico de infertilidade ou ainda, sendo caso disso, para tratamento de doença grave ou do risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras.

Artigo 5.º

Centros autorizados e pessoas qualificadas

1 — As técnicas de PMA só podem ser ministradas em centros públicos ou privados expressamente autorizados para o efeito pelo Ministro da Saúde.

2 — São definidos em diploma próprio, designadamente:

- a) As qualificações exigidas às equipas médicas e ao restante pessoal de saúde;
- b) O modo e os critérios de avaliação periódica da qualidade técnica;
- c) As situações em que a autorização de funcionamento pode ser revogada.

Artigo 6.º

Beneficiários

1 — Só as pessoas casadas que não se encontrem separadas judicialmente de pessoas e bens ou separadas de facto ou as que, sendo de sexo diferente, vivam em condições análogas às dos cônjuges há pelo menos dois anos podem recorrer a técnicas de PMA.

2 — As técnicas só podem ser utilizadas em benefício de quem tenha, pelo menos, 18 anos de idade e não se encontre interdito ou inabilitado por anomalia psíquica.

Artigo 7.º

Finalidades proibidas

1 — É proibida a clonagem reprodutiva tendo como objectivo criar seres humanos geneticamente idênticos a outros.

2 — As técnicas de PMA não podem ser utilizadas para conseguir melhorar determinadas características não médicas do nascituro, designadamente a escolha do sexo.

3 — Exceptuam-se do disposto no número anterior os casos em que haja risco elevado de doença genética ligada ao sexo, e para a qual não seja ainda possível a detecção directa por diagnóstico pré-natal ou diagnóstico genético pré-implantação, ou quando seja ponderosa a necessidade de obter grupo HLA (*human leukocyte antigen*) compatível para efeitos de tratamento de doença grave.

4 — As técnicas de PMA não podem ser utilizadas com o objectivo de originarem quimeras ou híbridos.

5 — É proibida a aplicação das técnicas de diagnóstico genético pré-implantação em doenças multifactoriais onde o valor preditivo do teste genético seja muito baixo.

Artigo 8.º

Maternidade de substituição

1 — São nulos os negócios jurídicos, gratuitos ou onerosos, de maternidade de substituição.

2 — Entende-se por «maternidade de substituição» qualquer situação em que a mulher se disponha a suportar uma gravidez por conta de outrem e a entregar a criança após o parto, renunciando aos poderes e deveres próprios da maternidade.

3 — A mulher que suportar uma gravidez de substituição de outrem é havida, para todos os efeitos legais, como a mãe da criança que vier a nascer.

Artigo 9.º

Investigação com recurso a embriões

1 — É proibida a criação de embriões através da PMA com o objectivo deliberado da sua utilização na investigação científica.

2 — É, no entanto, lícita a investigação científica em embriões com o objectivo de prevenção, diagnóstico ou terapia de embriões, de aperfeiçoamento das técnicas de PMA, de constituição de bancos de células estaminais para programas de transplantação ou com quaisquer outras finalidades terapêuticas.

3 — O recurso a embriões para investigação científica só pode ser permitido desde que seja razoável esperar que daí possa resultar benefício para a humanidade, dependendo cada projecto científico de apreciação e

5246

decisão do Conselho Nacional de Procriação medicamente Assistida.

4 — Para efeitos de investigação científica só podem ser utilizados:

- a) Embriões criopreservados, excedentários, em relação aos quais não exista nenhum projecto parental;
- b) Embriões cujo estado não permita a transferência ou a criopreservação com fins de procriação;
- c) Embriões que sejam portadores de anomalia genética grave, no quadro do diagnóstico genético pré-implantação;
- d) Embriões obtidos sem recurso à fecundação por espermatozóide.

5 — O recurso a embriões nas condições das alíneas a) e c) do número anterior depende da obtenção de prévio consentimento, expresso, informado e consciente dos beneficiários aos quais se destinavam.

Artigo 10.º

Doação de espermatozóides, ovócitos e embriões

1 — Pode recorrer-se à dádiva de ovócitos, de espermatozóides ou de embriões quando, face aos conhecimentos médico-científicos objectivamente disponíveis, não possa obter-se gravidez através do recurso a qualquer outra técnica que utilize os gâmetas dos beneficiários e desde que sejam asseguradas condições eficazes de garantir a qualidade dos gâmetas.

2 — Os dadores não podem ser havidos como progenitores da criança que vai nascer.

CAPÍTULO II

Utilização de técnicas de PMA

Artigo 11.º

Decisão médica e objecção de consciência

1 — Compete ao médico responsável propor aos beneficiários a técnica de PMA que, cientificamente, se afigure mais adequada quando outros tratamentos não tenham sido bem sucedidos, não ofereçam perspectivas de êxito ou não se mostrem convenientes segundo os preceitos do conhecimento médico.

2 — Nenhum profissional de saúde pode ser obrigado a superintender ou a colaborar na realização de qualquer das técnicas de PMA se, por razões médicas ou éticas, entender não o dever fazer.

3 — A recusa do profissional deve especificar as razões de ordem clínica ou de outra índole que a motivam, designadamente a objecção de consciência.

Artigo 12.º

Direitos dos beneficiários

São direitos dos beneficiários:

- a) Não ser submetidos a técnicas que não ofereçam razoáveis probabilidades de êxito ou cuja utilização comporte riscos significativos para a saúde da mãe ou do filho;
- b) Ser assistidos em ambiente médico idóneo que disponha de todas as condições materiais e humanas requeridas para a correcta execução da técnica aconselhável;

Diário da República, 1.ª série — N.º 143 — 26 de Julho de 2006

c) Ser correctamente informados sobre as implicações médicas, sociais e jurídicas prováveis dos tratamentos propostos;

d) Conhecer as razões que motivem a recusa de técnicas de PMA;

e) Ser informados das condições em que lhes seria possível recorrer à adopção e da relevância social deste instituto.

Artigo 13.º

Deveres dos beneficiários

1 — São deveres dos beneficiários:

a) Prestar todas as informações que lhes sejam solicitadas pela equipa médica ou que entendam ser relevantes para o correcto diagnóstico da sua situação clínica e para o êxito da técnica a que vão submeter-se;

b) Observar rigorosamente todas as prescrições da equipa médica, quer durante a fase do diagnóstico quer durante as diferentes etapas do processo de PMA.

2 — A fim de serem globalmente avaliados os resultados médico-sanitários e psicossociológicos dos processos de PMA, devem os beneficiários prestar todas as informações relacionadas com a saúde e o desenvolvimento das crianças nascidas com recurso a estas técnicas.

Artigo 14.º

Consentimento

1 — Os beneficiários devem prestar o seu consentimento livre, esclarecido, de forma expressa e por escrito, perante o médico responsável.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, devem os beneficiários ser previamente informados, por escrito, de todos os benefícios e riscos conhecidos resultantes da utilização das técnicas de PMA, bem como das suas implicações éticas, sociais e jurídicas.

3 — As informações constantes do número anterior devem constar de documento, a ser aprovado pelo Conselho Nacional de Procriação medicamente Assistida, através do qual os beneficiários prestam o seu consentimento.

4 — O consentimento dos beneficiários é livremente revogável por qualquer deles até ao início dos processos terapêuticos de PMA.

Artigo 15.º

Confidencialidade

1 — Todos aqueles que, por alguma forma, tomarem conhecimento do recurso a técnicas de PMA ou da identidade de qualquer dos participantes nos respectivos processos estão obrigados a manter sigilo sobre a identidade dos mesmos e sobre o próprio acto da PMA.

2 — As pessoas nascidas em consequência de processos de PMA com recurso a dádiva de gâmetas ou embriões podem, junto dos competentes serviços de saúde, obter as informações de natureza genética que lhes digam respeito, excluindo a identificação do dador.

3 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, as pessoas aí referidas podem obter informação sobre eventual existência de impedimento legal a projectado casamento, junto do Conselho Nacional de Procriação medicamente Assistida, mantendo-se a confidencialidade acerca da identidade do dador, excepto se este expressamente o permitir.

4 — Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, podem ainda ser obtidas informações sobre a identidade do dador por razões ponderosas reconhecidas por sentença judicial.

5 — O assento de nascimento não pode, em caso algum, conter a indicação de que a criança nasceu da aplicação de técnicas de PMA.

Artigo 16.º

Registo e conservação de dados

1 — Aos dados pessoais relativos aos processos de PMA, respectivos beneficiários, dadores e crianças nascidas é aplicada a legislação de protecção de dados pessoais e de informação genética pessoal e informação de saúde.

2 — Em diploma próprio, de acordo com a especificidade dos dados relativos à PMA, é regulamentado, nomeadamente, o período de tempo durante o qual os dados devem ser conservados, quem poderá ter acesso a eles e com que finalidade, bem como os casos em que poderão ser eliminadas informações constantes dos registos.

Artigo 17.º

Encargos

1 — Os centros autorizados a ministrar técnicas de PMA não podem, no cálculo da retribuição exigível, atribuir qualquer valor ao material genético doado nem aos embriões doados.

2 — O recurso às técnicas de PMA no âmbito do Serviço Nacional de Saúde é suportado nas condições que vierem a ser definidas em diploma próprio, tendo em conta o parecer do Conselho Nacional de Procriação medicamente Assistida.

Artigo 18.º

Compra ou venda de óvulos, sémen ou embriões e outro material biológico

É proibida a compra ou venda de óvulos, sémen ou embriões ou de qualquer material biológico decorrente da aplicação de técnicas de PMA.

CAPÍTULO III

Inseminação artificial

Artigo 19.º

Inseminação com sémen de dador

1 — A inseminação com sémen de um terceiro dador só pode verificar-se quando, face aos conhecimentos médico-científicos objectivamente disponíveis, não possa obter-se gravidez através de inseminação com sémen do marido ou daquele que viva em união de facto com a mulher a inseminar.

2 — O sémen do dador deve ser criopreservado.

Artigo 20.º

Determinação da paternidade

1 — Se da inseminação a que se refere o artigo anterior vier a resultar o nascimento de um filho, é este havido como filho do marido ou daquele vivendo em

união de facto com a mulher inseminada, desde que tenha havido consentimento na inseminação, nos termos do artigo 14.º, sem prejuízo da presunção estabelecida no artigo 1826.º do Código Civil.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, e no caso de ausência do unido de facto no acto de registo do nascimento, pode ser exibido, nesse mesmo acto, documento comprovativo de que aquele prestou o seu consentimento nos termos do artigo 14.º

3 — Nos casos referidos no número anterior, no registo de nascimento é também estabelecida a paternidade de quem prestou o consentimento nos termos do artigo 14.º

4 — Não sendo exibido o documento referido no n.º 2, lavra-se registo de nascimento apenas com a maternidade estabelecida, caso em que, com as necessárias adaptações, se aplica o disposto nos artigos 1864.º a 1866.º do Código Civil, apenas com vista a determinar a existência de consentimento sério, livre e esclarecido, prestado por qualquer meio, à inseminação e consequente estabelecimento da paternidade de quem prestou o consentimento.

5 — A presunção de paternidade estabelecida nos termos dos n.ºs 1 e 2 pode ser impugnada pelo marido ou aquele que vivesse em união de facto se for provado que não houve consentimento ou que o filho não nasceu da inseminação para que o consentimento foi prestado.

Artigo 21.º

Exclusão da paternidade do dador de sémen

O dador de sémen não pode ser havido como pai da criança que vier a nascer, não lhe cabendo quaisquer poderes ou deveres em relação a ela.

Artigo 22.º

Inseminação *post mortem*

1 — Após a morte do marido ou do homem com quem vivia em união de facto, não é lícito à mulher ser inseminada com sémen do falecido, ainda que este haja consentido no acto de inseminação.

2 — O sémen que, com fundado receio de futura esterilidade, seja recolhido para fins de inseminação do cônjuge ou da mulher com quem o homem viva em união de facto é destruído se aquele vier a falecer durante o período estabelecido para a conservação do sémen.

3 — É, porém, lícita a transferência *post mortem* de embrião para permitir a realização de um projecto parental claramente estabelecido por escrito antes do falecimento do pai, decorrido que seja o prazo considerado ajustado à adequada ponderação da decisão.

Artigo 23.º

Paternidade

1 — Se da violação da proibição a que se refere o artigo anterior resultar gravidez da mulher inseminada, a criança que vier a nascer é havida como filha do falecido.

2 — Cessa o disposto no número anterior se, à data da inseminação, a mulher tiver contraído casamento ou viver há pelo menos dois anos em união de facto com homem que, nos termos do artigo 14.º, dê o seu consentimento a tal acto, caso em que se aplica o disposto no n.º 3 do artigo 1839.º do Código Civil.

CAPÍTULO IV

Fertilização *in vitro*

Artigo 24.º

Princípio geral

1 — Na fertilização *in vitro* apenas deve haver lugar à criação dos embriões em número considerado necessário para o êxito do processo, de acordo com a boa prática clínica e os princípios do consentimento informado.

2 — O número de ovócitos a inseminar em cada processo deve ter em conta a situação clínica do casal e a indicação geral de prevenção da gravidez múltipla.

Artigo 25.º

Destino dos embriões

1 — Os embriões que, nos termos do artigo anterior, não tiverem de ser transferidos, devem ser criopreservados, comprometendo-se os beneficiários a utilizá-los em novo processo de transferência embrionária no prazo máximo de três anos.

2 — Decorrido o prazo de três anos, podem os embriões ser doados a outro casal cuja indicação médica de infertilidade o aconselhe, sendo os factos determinantes sujeitos a registo.

3 — O destino dos embriões previsto no número anterior só pode verificar-se mediante o consentimento dos beneficiários originários ou do que seja sobrevivente, aplicando-se, com as necessárias adaptações, o disposto no n.º 1 do artigo 14.º

4 — Não ficam sujeitos ao disposto no n.º 1 os embriões cuja caracterização morfológica não indique condições mínimas de viabilidade.

5 — Aos embriões que não tiverem possibilidade de ser envolvidos num projecto parental aplica-se o disposto no artigo 9.º

Artigo 26.º

Fertilização *in vitro post mortem*

Se aquele que depositou o seu sêmen ou ovócitos para fins de inseminação em benefício do casal a que pertence vier a falecer, aplica-se, com as necessárias adaptações, o que se dispõe em matéria de inseminação *post mortem* nos artigos 22.º e 23.º

Artigo 27.º

Fertilização *in vitro* com gâmetas de dador

À fertilização *in vitro* com recurso a sêmen ou ovócitos de dador aplica-se, com as devidas adaptações, o disposto nos artigos 19.º a 21.º

CAPÍTULO V

Diagnóstico genético pré-implantação

Artigo 28.º

Rastreio de aneuploidias e diagnóstico genético pré-implantação

1 — O diagnóstico genético pré-implantação (DGPI) tem como objectivo a identificação de embriões não portadores de anomalia grave, antes da sua transferência para o útero da mulher, através do recurso a técnicas

de PMA, ou para os efeitos previstos no n.º 3 do artigo 7.º

2 — É permitida a aplicação, sob orientação de médico especialista responsável, do rastreio genético de aneuploidias nos embriões a transferir com vista a diminuir o risco de alterações cromossómicas e assim aumentar as possibilidades de sucesso das técnicas de PMA.

3 — É permitida a aplicação, sob orientação de médico especialista responsável, das técnicas de DGPI que tenham reconhecido valor científico para diagnóstico, tratamento ou prevenção de doenças genéticas graves, como tal considerado pelo Conselho Nacional de Procriação medicamente Assistida.

4 — Os centros de PMA que desejem aplicar técnicas de DGPI devem possuir ou articular-se com equipa multidisciplinar que inclua especialistas em medicina da reprodução, embriologistas, médicos geneticistas, citogeneticistas e geneticistas moleculares.

Artigo 29.º

Aplicações

1 — O DGPI destina-se a pessoas provenientes de famílias com alterações que causam morte precoce ou doença grave, quando exista risco elevado de transmissão à sua descendência.

2 — As indicações médicas específicas para possível DGPI são determinadas pelas boas práticas correntes e constam das recomendações das organizações profissionais nacionais e internacionais da área, sendo revistas periodicamente.

CAPÍTULO VI

Conselho Nacional de Procriação medicamente Assistida

Artigo 30.º

Conselho Nacional de Procriação medicamente Assistida

1 — É criado o Conselho Nacional de Procriação medicamente Assistida, adiante designado por CNPMA, ao qual compete, genericamente, pronunciar-se sobre as questões éticas, sociais e legais da PMA.

2 — São atribuições do CNPMA, designadamente:

a) Actualizar a informação científica sobre a PMA e sobre as técnicas reguladas pela presente legislação;

b) Estabelecer as condições em que devem ser autorizados os centros onde são ministradas as técnicas de PMA, bem como os centros onde sejam preservados gâmetas ou embriões;

c) Acompanhar a actividade dos centros referidos na alínea anterior, fiscalizando o cumprimento da presente lei, em articulação com as entidades públicas competentes;

d) Dar parecer sobre a autorização de novos centros, bem como sobre situações de suspensão ou revogação dessa autorização;

e) Dar parecer sobre a constituição de bancos de células estaminais, bem como sobre o destino do material biológico resultante do encerramento destes;

f) Estabelecer orientações relacionadas com a DGPI, no âmbito dos artigos 28.º e 29.º da presente lei;

g) Apreciar, aprovando ou rejeitando, os projectos de investigação que envolvam embriões, nos termos do artigo 9.º;

h) Aprovar o documento através do qual os beneficiários das técnicas de PMA prestam o seu consentimento;

i) Prestar as informações relacionadas com os dados, nos termos e com os limites previstos no artigo 15.º;

j) Pronunciar-se sobre a implementação das técnicas de PMA no Serviço Nacional de Saúde;

l) Reunir as informações a que se refere o n.º 2 do artigo 13.º, efectuando o seu tratamento científico e avaliando os resultados médico-sanitários e psicossociológicos da prática da PMA;

m) Definir o modelo dos relatórios anuais de actividade dos centros de PMA;

n) Receber e avaliar os relatórios previstos na alínea anterior;

o) Contribuir para a divulgação das técnicas disponíveis e para o debate acerca das suas aplicabilidades;

p) Centralizar toda a informação relevante acerca da aplicação das técnicas de PMA, nomeadamente registo de dadores, beneficiários e crianças nascidas;

q) Deliberar caso a caso sobre a utilização das técnicas de PMA para selecção de grupo HLA compatível para efeitos de tratamento de doença grave.

3 — O CNPMA apresenta à Assembleia da República e aos Ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia um relatório anual sobre as suas actividades e sobre as actividades dos serviços públicos e privados, descrevendo o estado da utilização das técnicas de PMA, formulando as recomendações que entender pertinentes, nomeadamente sobre as alterações legislativas necessárias para adequar a prática da PMA à evolução científica, tecnológica, cultural e social.

Artigo 31.º

Composição e mandato

1 — O CNPMA é composto por nove personalidades de reconhecido mérito que garantam especial qualificação no domínio das questões éticas, científicas, sociais e legais da PMA.

2 — Os membros do CNPMA são designados da seguinte forma:

a) Cinco personalidades eleitas pela Assembleia da República;

b) Quatro personalidades nomeadas pelos membros do Governo que tutelam a saúde e a ciência.

3 — Os membros do Conselho elegem de entre si um presidente e um vice-presidente.

4 — O mandato dos membros do Conselho é de cinco anos.

5 — Cada membro do Conselho pode cumprir um ou mais mandatos.

Artigo 32.º

Funcionamento

1 — O CNPMA funciona no âmbito da Assembleia da República, que assegura os encargos com o seu funcionamento e o apoio técnico e administrativo necessários.

2 — O Conselho estabelece em regulamento interno a disciplina do seu funcionamento, incluindo a eventual criação e composição de uma comissão coordenadora e de subcomissões para lidar com assuntos específicos.

3 — Os membros do CNPMA têm direito a senhas de presença, por cada reunião em que participem, de

montante a definir por despacho do Presidente da Assembleia da República, e, bem assim, a ajudas de custo e a requisições de transporte, nos termos da lei geral.

Artigo 33.º

Dever de colaboração

Todas as entidades públicas, sociais e privadas têm o dever de prestar a colaboração solicitada pelo CNPMA para o exercício das suas competências.

CAPÍTULO VII

Sanções

SECÇÃO I

Responsabilidade criminal

Artigo 34.º

Centros autorizados

Quem aplicar técnicas de PMA fora dos centros autorizados é punido com pena de prisão até 3 anos.

Artigo 35.º

Beneficiários

Quem aplicar técnicas de PMA com violação do disposto no n.º 2 do artigo 6.º é punido com pena de prisão de 2 a 8 anos.

Artigo 36.º

Clonagem reprodutiva

1 — Quem transferir para o útero embrião obtido através da técnica de transferência de núcleo, salvo quando essa transferência seja necessária à aplicação das técnicas de PMA, é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos.

2 — Na mesma pena incorre quem proceder à transferência de embrião obtido através da cisão de embriões.

Artigo 37.º

Escolha de características não médicas

Quem utilizar ou aplicar técnicas de PMA para conseguir melhorar determinadas características não médicas do nascituro, designadamente a escolha do sexo, fora dos casos permitidos pela presente lei, é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias.

Artigo 38.º

Criação de quimeras ou híbridos

Quem criar quimeras ou híbridos com fins de PMA é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos.

Artigo 39.º

Maternidade de substituição

1 — Quem concretizar contratos de maternidade de substituição a título oneroso é punido com pena de prisão até 2 anos ou pena de multa até 240 dias.

2 — Quem promover, por qualquer meio, designadamente através de convite directo ou por interposta pessoa, ou de anúncio público, a maternidade de subs-

5250

tuição a título oneroso é punido com pena de prisão até 2 anos ou pena de multa até 240 dias.

Artigo 40.º

Utilização indevida de embriões

1 — Quem, através de PMA, utilizar embriões na investigação e experimentação científicas fora dos casos permitidos na presente lei é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos.

2 — Na mesma pena incorre quem proceder à transferência para o útero de embrião usado na investigação e na experimentação científicas fora dos casos previstos na presente lei.

Artigo 41.º

Intervenções e tratamentos

1 — Às intervenções e tratamentos feitos através de técnicas de PMA por médico ou por outra pessoa legalmente autorizada com conhecimento do médico responsável aplica-se o disposto no artigo 150.º do Código Penal.

2 — As intervenções e tratamentos no âmbito da PMA feitos sem conhecimento do médico responsável ou por quem não esteja legalmente habilitado constituem ofensas à integridade física, puníveis nos termos do Código Penal, de acordo com as lesões provocadas, sem prejuízo de qualquer outra tipificação penal.

Artigo 42.º

Recolha e utilização não consentida de gâmetas

Quem recolher material genético de homem ou de mulher sem o seu consentimento e o utilizar na PMA é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos.

Artigo 43.º

Violação do dever de sigilo ou de confidencialidade

Quem violar o disposto no artigo 15.º é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 240 dias.

SECÇÃO II

Ilícito contra-ordenacional

Artigo 44.º

Contra-ordenações

1 — Constitui contra-ordenação punível com coima de € 10 000 a € 50 000 no caso de pessoas singulares, sendo o máximo de € 500 000 no caso de pessoas colectivas:

a) A aplicação de qualquer técnica de PMA sem que, para tal, se verifiquem as condições previstas no artigo 4.º;

b) A aplicação de qualquer técnica de PMA fora dos centros autorizados;

c) A aplicação de qualquer técnica de PMA sem que, para tal, se verifiquem os requisitos previstos no artigo 6.º;

d) A aplicação de qualquer técnica de PMA sem que o consentimento de qualquer dos beneficiários conste de documento que obedeça aos requisitos previstos no artigo 14.º

Diário da República, 1.ª série — N.º 143 — 26 de Julho de 2006

2 — A negligência é punível, reduzindo-se para metade os montantes máximos previstos no número anterior.

SECÇÃO III

Sanções acessórias

Artigo 45.º

Sanções acessórias

A quem for condenado por qualquer dos crimes ou das contra-ordenações previstos neste capítulo pode o tribunal aplicar as seguintes sanções acessórias:

- a) Injunção judiciária;
- b) Interdição temporária do exercício de actividade ou profissão;
- c) Privação do direito a subsídios, subvenções ou incentivos outorgados por entidades ou serviços públicos;
- d) Encerramento temporário de estabelecimento;
- e) Cessação da autorização de funcionamento;
- f) Publicidade da decisão condenatória.

SECÇÃO IV

Direito subsidiário

Artigo 46.º

Direito subsidiário

Ao disposto no presente capítulo é aplicável, subsidiariamente, o Código Penal e o regime geral das contra-ordenações.

CAPÍTULO VIII

Disposições finais

Artigo 47.º

Outras técnicas de PMA

À injeção intracitoplasmática de espermatozoides, à transferência de embriões, gâmetas ou zigotos e a outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias aplica-se, com as necessárias adaptações, o disposto no capítulo IV.

Artigo 48.º

Regulamentação

O Governo aprova, no prazo máximo de 180 dias após a publicação da presente lei, a respectiva regulamentação.

Aprovada em 25 de Maio de 2006.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama*.

Promulgada em 11 de Julho de 2006.

Publique-se.

O Presidente da República, *ANÍBAL CAVACO SILVA*.

Referendada em 14 de Julho de 2006.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

Anexo B

Análise Factorial da Escala de Ajustamento à Fertilidade (EAF)

Lista dos itens com a carga factorial por factor resultante da análise dos componentes principais

		Ajustamento à Fertilidade
EAF1	1. Continuarei com as investigações/tratamentos até conseguir ter um filho (ou outro).	0.64
EAF2	2. Existem vantagens e desvantagens em ter um filho (ou outro).	-0.27
EAF3	3. Não posso fazer planos para o futuro até ter a certeza se posso ou não ter um filho (ou outro).	0.54
EAF4	4. Consigo falar com o meu companheiro/a sobre a possibilidade de não termos um filho (ou outro).	0.35
EAF5	5. Quero ter um filho meu (ou outro) mais do que qualquer coisa na vida.	0.64
EAF6	6. Faço planos para uma possível vida futura sem um filho (ou outro).	0.50
EAF7	7. Pareço viver a minha vida de mês a mês.	0.49
EAF8	8. Sentir-me-ei sempre incompleto/a se não conseguir ter o meu próprio filho (ou outro).	0.77
EAF9	9. Penso que me conseguiria ajustar a uma vida futura sem um filho (ou outro).	0.43
EAF10	10. Verifico que continuo com as minhas actividades normais.	0.38
EAF11	11. Não consigo imaginar um futuro sem um filho (ou outro).	0.85
EAF12	12. Penso que a vida poderia ser gratificante com ou sem filhos.	0.63
Valor próprio		3.67
Variância explicada em %		36.7

Nota: Consideram-se os factores com carga factorial superior a 0.40.

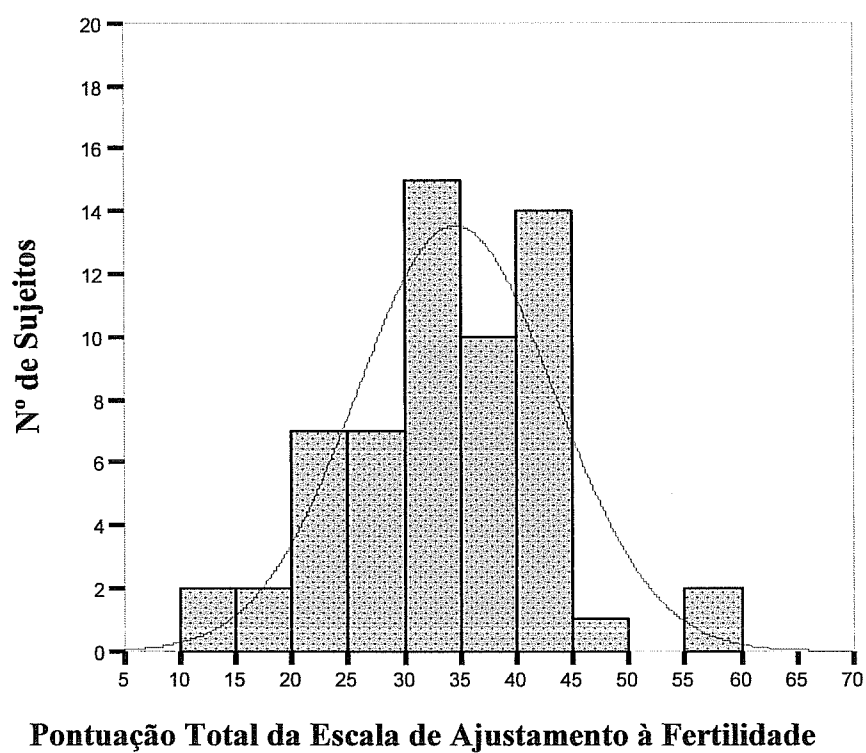
Anexo C

Teste à Normalidade das Pontuações Obtidas na Escala de Ajustamento à Fertilidade

Teste da Normalidade da Pontuação Total da Escala de Ajustamento à Fertilidade (EAF)

	Estadística	Shapiro-Wilk Graus de Liberdade	Sig.
EAF	0.978	60	0.340

Histograma da Pontuação Total da Escala de Ajustamento à Fertilidade



Anexo D**Sensibilidade dos Itens da Escala de Ajustamento à Fertilidade****Lista dos índices de sensibilidade da medida traduzidos pelo envezamento, achatamento e amplitude de resultados de cada item**

	Enviezamento (skewness)	Achatamento (kurtosis)	Amplitude de resultados
EAF1	-2.33	5.42	1 – 6
EAF2	0.77	-0.72	1 – 6
EAF3	0.88	-0.54	1 – 6
EAF4	0.95	-0.19	1 – 6
EAF5	-1.05	0.25	1 – 6
EAF6	-0.36	-1.07	1 – 6
EAF7	0.32	-1.32	1 – 6
EAF8	-0.06	-1.35	1 – 6
EAF9	0.45	-0.83	1 – 6
EAF10	0.34	1.90	1 – 5
EAF11	0.27	-1.08	1 – 6
EAF12	0.82	-0.13	1 – 6

Anexo E

Análise da Validade da Escala de Ajustamento à Fertilidade

Pontuações médias obtidas nas Sub-Escalas de Ansiedade e Depressão da EADS e no Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI) e a sua correlação com a Escala de Ajustamento à Fertilidade

	M ± DP	Amplitude	r
EADS – Ansiedade (n = 68)	2.10 ± 2.71	0 – 21	0.01
EADS – Depressão (n = 67)	2.01 ± 3.31	0 – 21	0.11
FPI (n = 55)	130.96 ± 29.81	46 - 276	0.82***
EAF (n = 60)	34.60 ± 8.84	10 – 60	—

Nota: *** $p < 0.001$

Pontuações médias obtidas nas Sub-Escalas de Ansiedade e Depressão da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e no Fertility distresse e a sua correlação com a Escala de Ajustamento à Fertilidade (Glover et al. 1999)

	M ± DP	Amplitude	r
HADS – Ansiedade (n = 98)	7.90 ± 4.03	0 – 21	0.43***
HADS – Depressão (n = 98)	4.01 ± 3.55	0 – 21	0.49***
Fertility distresse (n = 98)	62.40 ± 29.59	0 - 100	0.54***
EAF (n = 100)	39.19 ± 11.66	12 – 72	—

Nota: *** $p < 0.001$

Anexo F
Protocolo de Avaliação

Quando o desejo de ter um filho é adiado por problemas de fertilidade é importante perceber a vivência psicológica do casal. Desta forma, aquando da vinda à Consulta de Psicologia, para além da entrevista clínica, solicita-se a cada um dos elementos do casal o preenchimento sincero deste questionário, tanto para fins clínicos como de investigação. Por questões de tempo o mesmo deverá ser preenchido, sempre que possível, antes da consulta e entregue ao psicólogo assistente.

Nome: _____

Por favor leia cada afirmação com atenção.

Para cada afirmação, marque um apenas na coluna que melhor corresponde à sua opinião.

Não existem respostas certas nem erradas. Descreva as suas opiniões rápida, espontânea e honestamente.

Responda a todas as questões.

	Discordo Fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Fortemente
1. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
2. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.					
3. Raramente me sinto só ou abatido (a).					
4. Acredito que a maioria das pessoas são, no fundo, bem intencionadas.					
5. Às vezes sinto-me completamente inútil.					
6. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.					
7. Penso, maduramente, nas coisas antes de tomar uma decisão.					
8. Raramente estou triste ou deprimido (a).					
9. Muitas vezes sinto-me a rebentar de energia.					
10. A poesia pouco ou nada me diz					
11. Sinto-me muitas vezes inferior às outras pessoas.					
12. Gosto de estar onde está a acção.					
13. A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.					
14. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
15. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.					
16. Sou uma pessoa muito competente.					
17. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
18. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.					
19. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.					
20. Sou uma pessoa muito activa.					

Assinale com um a forma como cada afirmação se aplicou a si durante **a semana passada**.
 Mais uma vez não existem respostas certas nem erradas.
 Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

	Não se aplicou a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
1. Tive dificuldades em me acalmar				
2. Senti a minha boca seca				
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo				
4. Senti dificuldades em respirar				
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas				
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações				
7. Senti tremores (por ex., nas mãos)				
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa				
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula				
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro				
11. Dei por mim a ficar agitado				
12. Senti dificuldade em me relaxar				
13. Senti-me desanimado e melancólico				
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer				
15. Senti-me quase a entrar em pânico				
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada				
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa				
18. Senti que por vezes estava sensível				
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico				
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso				
21. Senti que a minha vida não tinha sentido				

As seguintes afirmações expressam **diferentes opiniões acerca de problemas de fertilidade**.
Assinale com um o quanto concorda ou discorda com cada afirmação.

	Discordo Fortemente	Discordo Moderadamente	Discordo Levemente	Concordo Levemente	Concordo Moderadamente	Concordo Fortemente
1. Os casais sem filhos são tão felizes como aqueles que têm filhos.						
2. A gravidez e o nascimento de um(a) filho/a são os dois acontecimentos mais importantes na relação de um casal.						
3. Considero ter deixado de ter prazer na relação sexual devido ao problema de fertilidade.						
4. Sinto-me tão atraente para o/a meu/minha companheiro/a como antes.						
5. Para mim, ser pai/mãe é um objectivo mais importante do que ter uma carreira gratificante.						
6. O meu casamento precisa de um(a) filho/a (ou outro/a).						
7. Não me sinto diferente de outras pessoas do mesmo sexo que eu.						
8. É difícil sentir-me como um verdadeiro adulto até ter um(a) filho/a.						
9. Não me incomodo quando me fazem perguntas acerca de filhos/as.						
10. Um futuro sem um(a) filho/a (ou outro/a) assustar-me-ia.						
11. Não posso mostrar ao/à meu/minha companheiro/a como me sinto porque ele/a iria sentir-se aborrecido/a.						
12. As nossas famílias não parecem tratar-nos de forma diferente.						
13. Sinto que falhei na relação sexual.						
14. As férias são especialmente difíceis para mim.						
15. Conseguiria encontrar uma série de vantagens em não termos um(a) filho/a (ou outro/a).						
16. O/a meu/minha companheiro/a não compreende a forma como o problema de fertilidade me afecta.						
17. Durante a relação sexual só consigo pensar em ter um(a) filho/a (ou outro/a).						
18. O/a meu/minha companheiro/a e eu, em conjunto, lidamos bem com questões relacionadas com a nossa infertilidade.						
19. Sinto-me vazio/a por causa do nosso problema de fertilidade.						
20. Conseguiria visualizar uma vida feliz juntos, sem um(a) filho/a (ou outro/a).						
21. Aborrece-me que o/a meu/minha companheiro/a reaja de forma diferente ao problema.						
22. Ter relações sexuais é difícil porque não quero ter outra decepção.						
23. Ter um(a) filho/a (ou outro/a) não é o principal objectivo da minha vida.						
24. O/a meu/minha companheiro/a está bastante desiludido/a comigo.						
25. Às vezes pergunto-me se realmente quero ter um(a) filho/a (ou outro/a).						
26. O/a meu/minha parceiro/a e eu poderíamos falar mais abertamente um com o outro acerca do nosso problema de fertilidade.						
27. As reuniões de família são especialmente difíceis para mim.						
28. Não ter um(a) filho/a (ou outro/a) permitir-me-ia ter tempo para fazer outras coisas gratificantes.						

	Discordo Fortemente	Discordo Moderadamente	Discordo Levemente	Concordo Levemente	Concordo Moderadamente	Concordo Fortemente
29. Tenho sentido com frequência que nasci para ser pai/mãe.						
30. Não consigo evitar comparar-me com amigos que têm filhos.						
31. Ter um(a) filho/a (ou outro/a) não é necessário para a minha felicidade.						
32. Se falharmos um dia crítico para ter relações sexuais, posso sentir-me muito zangado/a.						
33. Não poderia imaginar que alguma vez nos separássemos por causa disto.						
34. Desde que me lembro que desejo ser pai/mãe.						
35. Continuo a ter muitas coisas em comum com amigos que têm filhos.						
36. Parece-me que, quando tentamos falar acerca do nosso problema de fertilidade, acabamos a discutir.						
37. Às vezes sinto tanta pressão que ter relações sexuais se torna difícil.						
38. Conseguiríamos ter uma relação longa e feliz sem um(a) filho/a (ou outro/a).						
39. Considero difícil passar tempo com amigos que têm filhos pequenos.						
40. Quando vejo famílias com crianças sinto-me excluído/a.						
41. Existe uma certa liberdade em não ter filhos que me atrai.						
42. Farei tudo o que for preciso para ter um(a) filho/a (ou outro/a).						
43. Sinto que os nossos amigos e família nos estão a deixar para trás.						
44. Não me incomoda quando outros falam acerca dos seus filhos.						
45. Preocupa-me que o/a meu/minha companheiro/a e eu nos estejamos a afastar por causa da infertilidade.						
46. Quando conversamos sobre os nossos problemas de fertilidade, o/a meu/minha companheiro/a parece confortado/a com os meus comentários.						

Assinale com um o quanto concorda ou discorda com cada afirmação.

	Discordo Fortemente	Discordo Moderadamente	Discordo Levemente	Concordo Levemente	Concordo Moderadamente	Concordo Fortemente
1. Continuarei com as investigações/tratamentos até conseguir ter um filho (ou outro).						
2. Existem vantagens e desvantagens em ter um filho (ou outro).						
3. Não posso fazer planos para o futuro até ter a certeza se posso ou não ter um filho (ou outro).						
4. Consigo falar com o meu companheiro/a sobre a possibilidade de não termos um filho (ou outro).						
5. Quero ter um filho meu (ou outro) mais do que qualquer coisa na vida.						
6. Faço planos para uma possível vida futura sem um filho (ou outro).						
7. Pareço viver a minha vida de mês a mês.						
8. Sentir-me-ei sempre incompleto/a se não conseguir ter o meu próprio filho (ou outro).						
9. Penso que me conseguiria ajustar a uma vida futura sem um filho (ou outro).						
10. Verifico que continuo com as minhas actividades normais.						
11. Não consigo imaginar um futuro sem um filho (ou outro).						
12. Penso que a vida poderia ser gratificante com ou sem filhos.						

Anexo H

Outputs de Caracterização da Amostra

Sexo

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mulher	35	50,0	50,0	50,0
	Homem	35	50,0	50,0	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Idade

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Idade	Mulher	35	31,77	3,154	,533
	Homem	35	33,60	6,218	1,051

Independent Samples Test

	t-test for Equality of Means						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
Idade	-1,552	68	,125	-1,829	1,178	-4,180	,523

Habilitações Literárias

Habilitações literárias 4 dim * Sexo Crosstabulation

Count

		Sexo		Total
		Mulher	Homem	
Habilitações literárias 4 dim	Até ao 4ºano	0	2	2
	Entre o 5º e o 9ºano	13	13	26
	Entre o 10º e o 12º ano	8	9	17
	Ensino superior	14	11	25
Total		35	35	70

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,419 ^a	3	,490	,584
Likelihood Ratio	3,192	3	,363	,531
Fisher's Exact Test	2,092			,637
N of Valid Cases	70			

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

Profissão**Profissão * Sexo Crosstabulation**

			Sexo		Total
			Mulher	Homem	
Profissão	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	Count	0	1	1
		% within Sexo	,0%	2,9%	1,4%
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	Count	7	7	14
		% within Sexo	20,0%	20,0%	20,0%
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	Count	3	7	10
		% within Sexo	8,6%	20,0%	14,3%
	Pessoal administrativo e similares	Count	6	1	7
		% within Sexo	17,1%	2,9%	10,0%
	Pessoal dos serviços e vendedores	Count	11	5	16
		% within Sexo	31,4%	14,3%	22,9%
	Operários, artífices e trabalhadores similares	Count	0	10	10
		% within Sexo	,0%	28,6%	14,3%
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	Count	0	3	3
		% within Sexo	,0%	8,6%	4,3%
	Trabalhadores não qualificados	Count	2	1	3
		% within Sexo	5,7%	2,9%	4,3%
	Doméstica	Count	1	0	1
		% within Sexo	2,9%	,0%	1,4%
	Desempregado	Count	5	0	5
		% within Sexo	14,3%	,0%	7,1%
Total		Count	35	35	70
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,755 ^a	9	,001	,000
Likelihood Ratio	35,980	9	,000	,000
Fisher's Exact Test	28,038			,000
N of Valid Cases	70			

a. 12 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

Nacionalidade**Nacionalidade * Sexo Crosstabulation**

			Sexo		Total
			Mulher	Homem	
Nacionalidade	Portuguesa	Count	32	30	62
		% within Sexo	91,4%	85,7%	88,6%
	Brasileira	Count	1	1	2
		% within Sexo	2,9%	2,9%	2,9%
	Guineense	Count	2	2	4
		% within Sexo	5,7%	5,7%	5,7%
	Cabo-Verdiano	Count	0	1	1
		% within Sexo	,0%	2,9%	1,4%
	Italiana	Count	0	1	1
		% within Sexo	,0%	2,9%	1,4%
Total		Count	35	35	70
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,065 ^a	4	,724	,900
Likelihood Ratio	2,837	4	,585	,900
Fisher's Exact Test	2,299			,900
N of Valid Cases	70			

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

Etnia

Etnia * Sexo Crosstabulation

		Sexo		Total	
		Mulher	Homem		
Etnia	Caucasiana	Count	31	32	63
		% within Sexo	88,6%	91,4%	90,0%
	Negra	Count	4	3	7
		% within Sexo	11,4%	8,6%	10,0%
Total		Count	35	35	70
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,159 ^b	1	,690	1,000	,500
Likelihood Ratio	,159	1	,690	1,000	,500
Fisher's Exact Test				1,000	,500
N of Valid Cases	70				

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,50.

Estado Civil

Estado civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casados	24	68,6	68,6	68,6
	União de facto	11	31,4	31,4	100,0
Total		35	100,0	100,0	

Duração do Relacionamento

Statistics

Duração do estado civil

N	Valid	35
	Missing	0
Mean		63,4286
Std. Deviation		30,22103
Minimum		18,00
Maximum		144,00

Número de filhos**Número de filhos * Sexo Crosstabulation**

		Sexo		Total	
		Mulher	Homem		
Número de filhos	0	Count	31	32	63
		% within Sexo	88,6%	91,4%	90,0%
	1	Count	3	3	6
		% within Sexo	8,6%	8,6%	8,6%
	2	Count	1	0	1
		% within Sexo	2,9%	,0%	1,4%
Total		Count	35	35	70
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Gravidez Anterior**Grav_Ant**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	60	85,7	85,7	85,7
	Sim	10	14,3	14,3	100,0
Total		70	100,0	100,0	

Tipo de Gravidez**Tipo da gravidez 1**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não aplicável	30	85,7	85,7	85,7
	Espontânea	4	11,4	11,4	97,1
	Com tratamentos	1	2,9	2,9	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

Tipo da gravidez 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não aplicável	34	97,1	97,1	97,1
	Espontânea	1	2,9	2,9	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

Tipo da gravidez 3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não aplicável	35	100,0	100,0	100,0

*Tratamentos de Fertilidade Anteriores***Número de tratamentos anteriores**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	27	77,1	77,1	77,1
1	4	11,4	11,4	88,6
2	2	5,7	5,7	94,3
3	1	2,9	2,9	97,1
4	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

Tipo de tratamento 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não se aplica	27	77,1	77,1	77,1
Estimulação da ovulação	5	14,3	14,3	91,4
Inseminação artificial (IA)	1	2,9	2,9	94,3
Fertilização in vitro (FIV)	2	5,7	5,7	100,0
Total	35	100,0	100,0	

Tipo de tratamento 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não se aplica	31	88,6	88,6	88,6
Estimulação da ovulação	1	2,9	2,9	91,4
Inseminação artificial (IA)	1	2,9	2,9	94,3
Fertilização in vitro (FIV)	1	2,9	2,9	97,1
Transferência de embriões	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

Tipo de tratamento 3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não se aplica	33	94,3	94,3	94,3
Estimulação da ovulação	1	2,9	2,9	97,1
Fertilização in vitro (FIV)	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

Tipo de tratamento 4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não se aplica	34	97,1	97,1	97,1
Transferência de embriões	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

Tempo a Tentar Engravidar**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Tempo a tentar engravidar	35	3,00	96,00	41,0571	20,84529
Valid N (listwise)	35				

Tempo a Tentar Engravidar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Até 1 ano	3	8,6	8,6	8,6
1-2 anos	8	22,9	22,9	31,4
2-3 anos	10	28,6	28,6	60,0
3-5 anos	10	28,6	28,6	88,6
Mais de 5 anos	4	11,4	11,4	100,0
Total	35	100,0	100,0	

Tempo do Pedido de Ajuda**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Tempo pedido de ajuda	35	2,00	84,00	25,5143	20,34608
Valid N (listwise)	35				

Tempo do Pedido de Ajuda

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Até 1 ano	17	48,6	48,6	48,6
1-2 anos	5	14,3	14,3	62,9
2-3 anos	6	17,1	17,1	80,0
3-5 anos	5	14,3	14,3	94,3
Mais de 5 anos	2	5,7	5,7	100,0
Total	35	100,0	100,0	

Tempo na Consulta da Especialidade**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Tempo no Serviço de Saúde	34	1,00	84,00	11,7353	15,42786
Valid N (listwise)	34				

Tempo na Consulta de Infertilidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 1 ano	54	77,1	79,4	79,4
	1-2 anos	10	14,3	14,7	94,1
	2-3 anos	2	2,9	2,9	97,1
	Mais de 5 anos	2	2,9	2,9	100,0
	Total	68	97,1	100,0	
Missing	System	2	2,9		
Total		70	100,0		

*Fase do Processo***Fase do processo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Realização de exames (início)	24	34,3	34,3	34,3
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	20	28,6	28,6	62,9
	Encaminhados e em espera para tratamento	16	22,9	22,9	85,7
	Irão ser submetidos a tratamento	10	14,3	14,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

*Tempo na Consulta da Especialidade***Causa da infertilidade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Em estudo	4	5,7	5,7	5,7
	Factor feminino	24	34,3	34,3	40,0
	Factor masculino	16	22,9	22,9	62,9
	Factor misto	18	25,7	25,7	88,6
	Causa desconhecida	8	11,4	11,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Anexo I

Outputs das Características Psicométricas da Escala de Ajustamento à Fertilidade

Carga Factorial dos 12 Itens após Análise dos Componentes Principais

Component Matrix ^a

	Component	
	1	
FAS1		,636
FAS2		-,266
FAS3		,542
FAS4		,353
FAS5		,639
FAS6		,500
FAS7		,493
FAS8		,773
FAS9		,425
FAS10		,383
FAS11		,846
FAS12		,634

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

Carga Factorial da Versão Reduzida a 10 Itens após Análise dos Componentes Principais

Component Matrix^a

	Component	
	1	
FAS1		,640
FAS3		,560
FAS5		,655
FAS6		,493
FAS7		,476
FAS8		,780
FAS9		,418
FAS10		,368
FAS11		,855
FAS12		,634

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

Variância explicada na Versão Reduzida a 10 Itens

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,674	36,744	36,744	3,674	36,744	36,744
2	1,365	13,650	50,394			
3	1,316	13,159	63,553			
4	,887	8,871	72,424			
5	,757	7,570	79,994			
6	,608	6,084	86,078			
7	,492	4,916	90,993			
8	,382	3,821	94,814			
9	,321	3,207	98,021			
10	,198	1,979	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Teste da Normalidade da Pontuação Total da Escala de Ajustamento à Fertilidade (EAF)

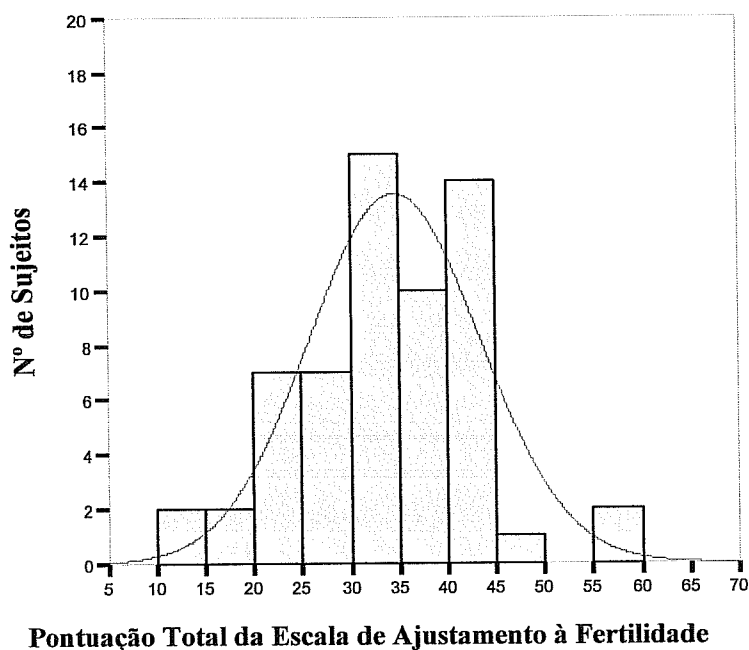
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Desajustamento à Fertilidade	,084	60	,200*	,978	60	,340

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Representação gráfica da distribuição das pontuações do EAF



Enviezamento, Achatamento e Amplitude de Resultados de cada Item**Statistics**

	FAS1	FAS2	FAS3	FAS4	FAS5	FAS6	FAS7	FAS8	FAS9	FAS10	FAS11	FAS12
Mean	5,33	2,99	2,45	2,65	4,67	4,25	2,91	3,58	3,46	1,94	3,70	2,69
Median	6,00	2,00	2,00	2,00	5,00	4,50	3,00	4,00	3,00	2,00	4,00	2,00
Mode	6	2	1	2	6	5 ^a	1	2 ^a	3	2	5	2
Std. Deviation	1,172	1,667	1,659	1,625	1,482	1,449	1,760	1,749	1,511	1,013	1,588	1,489
Skewness	-2,325	,769	,878	,946	-1,048	-,362	,324	-,055	,454	1,343	-,266	,816
Std. Error of Skewness	,289	,289	,289	,289	,289	,291	,291	,297	,297	,289	,295	,293
Kurtosis	5,416	-,720	-,539	-,187	,248	-1,069	-1,323	-1,349	-,833	1,898	-1,081	-,125
Std. Error of Kurtosis	,570	,570	,570	,570	,570	,574	,574	,586	,586	,570	,582	,578
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Diferenças nas Pontuações na EAF em Mulheres e Homens**Group Statistics**

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Desajustamento à Fertilidade	Mulher	28	36,6071	9,13009	1,72542
	Homem	32	32,8438	8,32450	1,47158

Tests of Normality

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Desajustamento à Fertilidade	Mulher	,151	28	,100	,956	28	,287
	Homem	,085	32	,200*	,972	32	,542

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Desajustamento à Fertilidade	Based on Mean	,576	1	58	,451
	Based on Median	,429	1	58	,515
	Based on Median and with adjusted df	,429	1	57,887	,515
	Based on trimmed mean	,541	1	58	,465

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means					
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
Desajustamento à Fertilidade	Equal variances assumed	58	,100	3,76339	2,25361	-,74771	8,27449
	Equal variances not assumed	55,150	,103	3,76339	2,26774	-,78098	8,30776

*Análise da fiabilidade da EAF com 10 Itens***Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,798	,795	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
FAS1	5,28	1,223	60
FAS3	2,55	1,682	60
FAS5	4,53	1,523	60
FAS6	4,13	1,396	60
FAS7	2,92	1,720	60
FAS8	3,60	1,729	60
FAS9	3,37	1,426	60
FAS10	1,93	,918	60
FAS11	3,67	1,612	60
FAS12	2,62	1,427	60

Inter-Item Correlation Matrix

	FAS1	FAS3	FAS5	FAS6	FAS7	FAS8	FAS9	FAS10	FAS11	FAS12
FAS1	1,000	,286	,655	,315	,084	,367	,105	,032	,479	,277
FAS3	,286	1,000	,327	,149	,303	,403	,021	,310	,425	,132
FAS5	,655	,327	1,000	,213	,127	,391	,143	,099	,432	,337
FAS6	,315	,149	,213	1,000	,082	,275	,307	,100	,329	,307
FAS7	,084	,303	,127	,082	1,000	,462	,103	,318	,393	,111
FAS8	,367	,403	,391	,275	,462	1,000	,150	,111	,754	,418
FAS9	,105	,021	,143	,307	,103	,150	1,000	,252	,253	,503
FAS10	,032	,310	,099	,100	,318	,111	,252	1,000	,271	,161
FAS11	,479	,425	,432	,329	,393	,754	,253	,271	1,000	,496
FAS12	,277	,132	,337	,307	,111	,418	,503	,161	,496	1,000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FAS1	29,32	66,762	,495	,511	,779
FAS3	32,05	63,675	,434	,298	,785
FAS5	30,07	63,589	,503	,482	,776
FAS6	30,47	67,609	,374	,207	,790
FAS7	31,68	65,034	,366	,314	,795
FAS8	31,00	57,763	,662	,645	,754
FAS9	31,23	68,690	,314	,328	,797
FAS10	32,67	72,497	,307	,261	,796
FAS11	30,93	57,114	,756	,680	,742
FAS12	31,98	64,457	,508	,439	,776

Análise da fiabilidade da EAF com 12 Itens

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,746	,754	12

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
FAS1	5,28	1,223	60
FAS3	2,55	1,682	60
FAS5	4,53	1,523	60
FAS6	4,13	1,396	60
FAS7	2,92	1,720	60
FAS8	3,60	1,729	60
FAS9	3,37	1,426	60
FAS10	1,93	,918	60
FAS11	3,67	1,612	60
FAS12	2,62	1,427	60
FAS2	2,88	1,617	60
FAS4	2,62	1,497	60

Inter-Item Correlation Matrix

	FAS1	FAS3	FAS5	FAS6	FAS7	FAS8	FAS9	FAS10	FAS11	FAS12	FAS2	FAS4
FAS1	1,000	,286	,655	,315	,084	,367	,105	,032	,479	,277	-,300	,088
FAS3	,286	1,000	,327	,149	,303	,403	,021	,310	,425	,132	-,207	-,043
FAS5	,655	,327	1,000	,213	,127	,391	,143	,099	,432	,337	-,098	,128
FAS6	,315	,149	,213	1,000	,082	,275	,307	,100	,329	,307	-,286	,090
FAS7	,084	,303	,127	,082	1,000	,462	,103	,318	,393	,111	-,339	,126
FAS8	,367	,403	,391	,275	,462	1,000	,150	,111	,754	,418	-,278	,123
FAS9	,105	,021	,143	,307	,103	,150	1,000	,252	,253	,503	,151	,361
FAS10	,032	,310	,099	,100	,318	,111	,252	1,000	,271	,161	,155	,413
FAS11	,479	,425	,432	,329	,393	,754	,253	,271	1,000	,496	-,106	,262
FAS12	,277	,132	,337	,307	,111	,418	,503	,161	,496	1,000	,032	,335
FAS2	-,300	-,207	-,098	-,286	-,339	-,278	,151	,155	-,106	,032	1,000	,233
FAS4	,088	-,043	,128	,090	,126	,123	,361	,413	,262	,335	,233	1,000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FAS1	34,82	74,559	,427	,565	,725
FAS3	37,55	71,947	,361	,348	,732
FAS5	35,57	70,419	,482	,497	,716
FAS6	35,97	75,456	,316	,290	,736
FAS7	37,18	73,203	,303	,424	,740
FAS8	36,50	65,610	,588	,655	,699
FAS9	36,73	73,385	,395	,363	,727
FAS10	38,17	77,836	,395	,385	,732
FAS11	36,43	63,334	,746	,703	,678
FAS12	37,48	69,813	,554	,450	,708
FAS2	37,22	88,105	-,186	,436	,797
FAS4	37,48	73,983	,344	,335	,733

*Análise da estabilidade através do Coeficiente Split-Half***Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,614
		N of Items	5 ^a
	Part 2	Value	,730
		N of Items	5 ^b
	Total N of Items		10
Correlation Between Forms			,631
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,774
	Unequal Length		,774
Guttman Split-Half Coefficient			,773

a. The items are: FAS1, FAS3, FAS5, FAS6, FAS7.

b. The items are: FAS8, FAS9, FAS10, FAS11, FAS12.

Anexo J

Outputs da Análise Estatística dos Resultados Acerca do Perfil da Amostra

Médias, Desvios Padrão nas Dimensões do NEO-FFI-20, EADS, FPI e EAF em mulheres e homens

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Desajustamento à Fertilidade	Mulher	28	36,6071	9,13009	1,72542
	Homem	32	32,8438	8,32450	1,47158
Amabilidade	Mulher	32	10,4375	2,04683	,36183
	Homem	34	10,5588	2,37654	,40757
Abertura à Experiência	Mulher	34	9,8824	2,84727	,48830
	Homem	35	9,0000	3,11543	,52660
NEURO	Mulher	33	6,6061	3,40899	,59343
	Homem	35	4,8857	2,65431	,44866
Conscienciosidade	Mulher	34	11,6176	1,89120	,32434
	Homem	34	11,4118	1,67183	,28672
Extroversão	Mulher	34	10,6176	2,25650	,38699
	Homem	35	10,4571	1,91500	,32369
Stress	Mulher	34	5,0000	3,22866	,55371
	Homem	34	3,5000	2,41523	,41421
Ansiedade	Mulher	34	2,6176	3,23817	,55534
	Homem	34	1,5882	1,95584	,33542
Depressão	Mulher	34	2,6765	4,19755	,71987
	Homem	33	1,3333	1,88193	,32760
Aspectos Sociais	Mulher	33	25,2121	10,21567	1,77832
	Homem	31	20,0968	7,01596	1,26010
Aspectos Sexuais	Mulher	35	16,8286	8,24438	1,39355
	Homem	31	13,3871	5,29577	,95115
ASP_RELAC	Mulher	33	21,9091	10,11918	1,76152
	Homem	32	20,6563	6,27133	1,10863
Rejeição da Vida sem Filhos	Mulher	32	32,5938	6,78642	1,19968
	Homem	32	31,1875	6,17193	1,09105
Necessidade de Parentalidade	Mulher	31	43,2258	7,79619	1,40024
	Homem	31	38,3548	7,48130	1,34368
STRESS_TOT	Mulher	28	137,9643	34,95657	6,60617
	Homem	27	123,7037	21,67383	4,17113

Testes T-Student nas Dimensões do NEO-FFI-20, EADS, FPI e EAF em Mulheres e Homens

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Desajustamento à Fertilidade	Equal variances assumed	1,670	58	,100	3,76339	2,25361	-,74771	8,27449
	Equal variances not assumed	1,660	55,150	,103	3,76339	2,26774	-,78098	8,30776
Amabilidade	Equal variances assumed	-,222	64	,825	-,12132	,54750	-1,21509	,97244
	Equal variances not assumed	-,223	63,516	,825	-,12132	,54501	-1,21027	,96762
Abertura à Experiência	Equal variances assumed	1,227	67	,224	,88235	,71911	-,55299	2,31770
	Equal variances not assumed	1,229	66,756	,224	,88235	,71816	-,55119	2,31590
NEURO	Equal variances assumed	2,329	66	,023	1,72035	,73852	,24584	3,19485
	Equal variances not assumed	2,312	60,449	,024	1,72035	,74395	,23246	3,20823
Conscienciosidade	Equal variances assumed	,476	66	,636	,20588	,43290	-,65843	1,07019
	Equal variances not assumed	,476	65,021	,636	,20588	,43290	-,65867	1,07044
Extroversão	Equal variances assumed	,319	67	,751	,16050	,50331	-,84411	1,16512
	Equal variances not assumed	,318	64,626	,751	,16050	,50452	-,84720	1,16820
Stress	Equal variances assumed	2,169	66	,034	1,50000	,69149	,11939	2,88061
	Equal variances not assumed	2,169	61,126	,034	1,50000	,69149	,11733	2,88267
Ansiedade	Equal variances assumed	1,587	66	,117	1,02941	,64878	-,26592	2,32474
	Equal variances not assumed	1,587	54,249	,118	1,02941	,64878	-,27117	2,33000
Depressão	Equal variances assumed	1,681	65	,098	1,34314	,79893	-,25243	2,93870
	Equal variances not assumed	1,698	46,047	,096	1,34314	,79091	-,24884	2,93512
Aspectos Sociais	Equal variances assumed	2,320	62	,024	5,11535	2,20450	,70862	9,52208
	Equal variances not assumed	2,347	56,901	,022	5,11535	2,17951	,75078	9,47991
Aspectos Sexuais	Equal variances assumed	1,988	64	,051	3,44147	1,73094	-,01648	6,89943
	Equal variances not assumed	2,040	58,635	,046	3,44147	1,68721	,06494	6,81801
ASP_RELAC	Equal variances assumed	,598	63	,552	1,25284	2,09587	-2,93543	5,44111
	Equal variances not assumed	,602	53,677	,550	1,25284	2,08135	-2,92059	5,42627
Rejeição da Vida sem Filhos	Equal variances assumed	,867	62	,389	1,40625	1,62161	-1,83531	4,64781
	Equal variances not assumed	,867	61,450	,389	1,40625	1,62161	-1,83589	4,64839
Necessidade de Parentalidade	Equal variances assumed	2,510	60	,015	4,87097	1,94066	,98908	8,75286
	Equal variances not assumed	2,510	59,898	,015	4,87097	1,94066	,98894	8,75299
STRESS_TOT	Equal variances assumed	1,810	53	,076	14,26058	7,87741	-1,53950	30,06066
	Equal variances not assumed	1,825	45,336	,075	14,26058	7,81280	-1,47198	29,99314

Frequência absoluta das mulheres com índices elevados em cada uma das dimensões do FPI

	N
Stress_Social	3
Stress_Sexual	3
Stress_Relacional	8
Stress_Rejeição	9
Stress_Necessidade	9
Stress_Global	2
Valid N (listwise)	1

Frequência absoluta dos homens com índices elevados em cada uma das dimensões do FPI

	N
Stress_Social	2
Stress_Sexual	5
Stress_Relacional	5
Stress_Rejeição	8
Stress_Necessidade	5
Stress_Global	5
Valid N (listwise)	1

Correlações entre as dimensões do NEO-FFI-20, EADS, FPI e EAF com algumas variáveis em mulheres inférteis

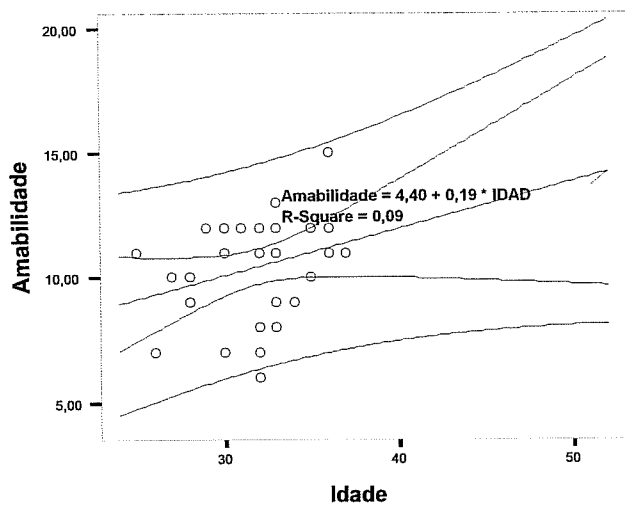
Correlations

		Idade	Gravidez	Número de tratamentos anteriores	Tempo a tentar engravidar	Tempo pedido de ajuda	Tempo no Serviço de Saúde
Amabilidade	Pearson Correlation	,301	,180	-,121	-,204	-,156	,104
	Sig. (2-tailed)	,094	,325	,509	,262	,394	,576
	N	32	32	32	32	32	31
Abertura à Experiência	Pearson Correlation	,556**	-,146	,352*	,178	,026	,144
	Sig. (2-tailed)	,001	,410	,041	,315	,882	,424
	N	34	34	34	34	34	33
NEURO	Pearson Correlation	-,240	,066	-,067	,287	-,072	-,076
	Sig. (2-tailed)	,179	,714	,711	,105	,689	,679
	N	33	33	33	33	33	32
Conscienciosidade	Pearson Correlation	,320	-,060	-,004	-,013	,027	,029
	Sig. (2-tailed)	,065	,738	,980	,942	,880	,874
	N	34	34	34	34	34	33
Extroversão	Pearson Correlation	,098	-,021	-,060	-,233	,016	,051
	Sig. (2-tailed)	,581	,908	,737	,186	,929	,779
	N	34	34	34	34	34	33
Stress	Pearson Correlation	-,103	-,086	-,176	,175	-,288	-,156
	Sig. (2-tailed)	,564	,628	,319	,322	,099	,385
	N	34	34	34	34	34	33
Ansiedade	Pearson Correlation	-,068	-,055	-,183	,146	-,255	-,189
	Sig. (2-tailed)	,703	,756	,300	,411	,146	,293
	N	34	34	34	34	34	33
Depressão	Pearson Correlation	-,206	-,032	-,218	,267	-,229	-,170
	Sig. (2-tailed)	,242	,856	,216	,127	,194	,344
	N	34	34	34	34	34	33
Aspectos Sociais	Pearson Correlation	-,224	,150	,070	,281	-,089	-,103
	Sig. (2-tailed)	,210	,406	,700	,113	,624	,577
	N	33	33	33	33	33	32
Aspectos Sexuais	Pearson Correlation	-,131	,079	-,062	,226	-,177	-,119
	Sig. (2-tailed)	,455	,652	,724	,191	,308	,502
	N	35	35	35	35	35	34
ASP_RELAC	Pearson Correlation	-,181	,010	-,069	,210	-,100	-,070
	Sig. (2-tailed)	,314	,955	,703	,242	,578	,704
	N	33	33	33	33	33	32
Rejeição da Vida sem Filhos	Pearson Correlation	-,448*	,096	,052	,105	-,007	-,061
	Sig. (2-tailed)	,010	,602	,779	,567	,969	,746
	N	32	32	32	32	32	31
Necessidade de Parentalidade	Pearson Correlation	,089	,181	,016	,143	-,085	-,120
	Sig. (2-tailed)	,635	,330	,934	,443	,651	,528
	N	31	31	31	31	31	30
STRESS_TOT	Pearson Correlation	-,023	,056	,019	,343	-,086	-,078
	Sig. (2-tailed)	,906	,776	,925	,074	,663	,698
	N	28	28	28	28	28	27
Desajustamento à Fertilidade	Pearson Correlation	-,107	,197	,121	,192	-,038	-,145
	Sig. (2-tailed)	,587	,316	,540	,328	,847	,471
	N	28	28	28	28	28	27

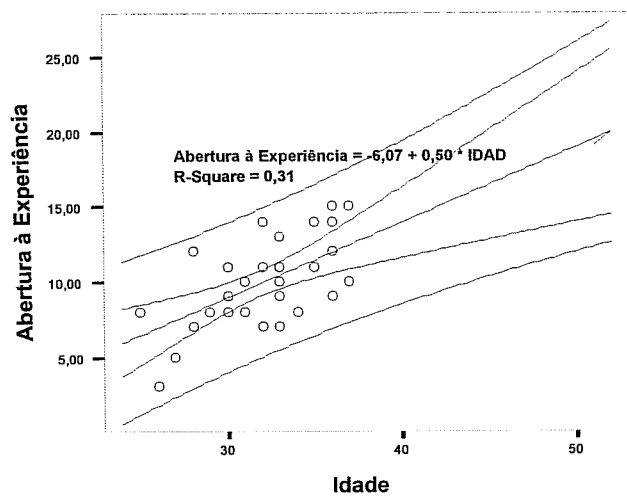
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

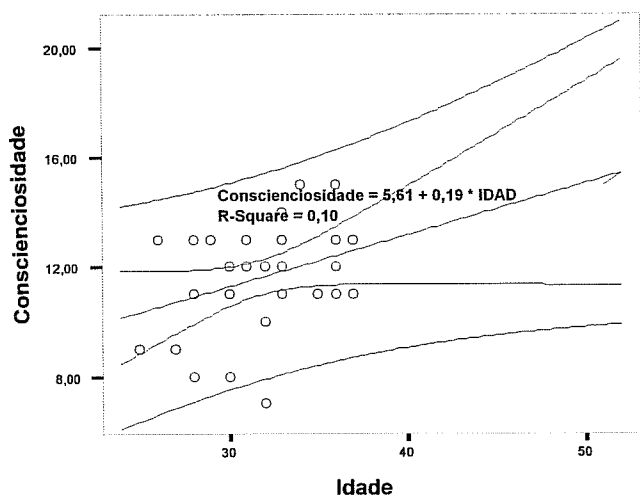
Verificação da linearidade em variáveis que apresentam relação



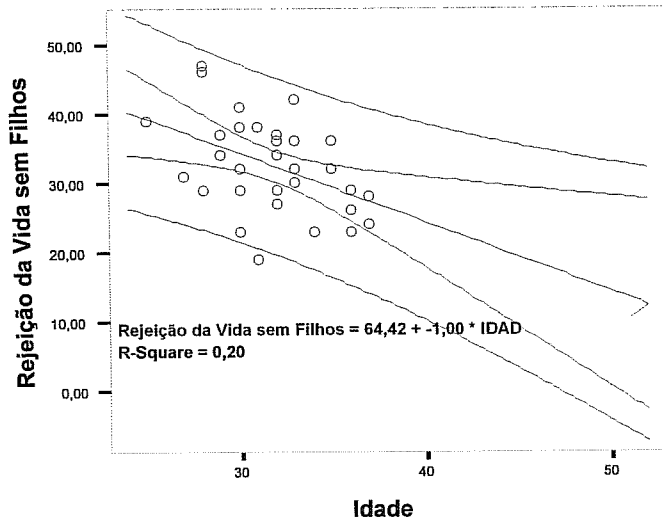
Linear Regression with
95,00% Mean Prediction Interval and
95,00% Individual Prediction Interval



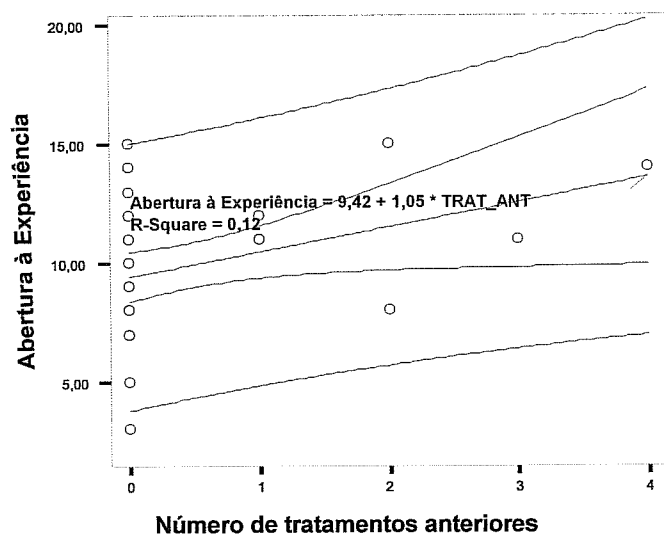
Linear Regression with
95,00% Mean Prediction Interval and
95,00% Individual Prediction Interval



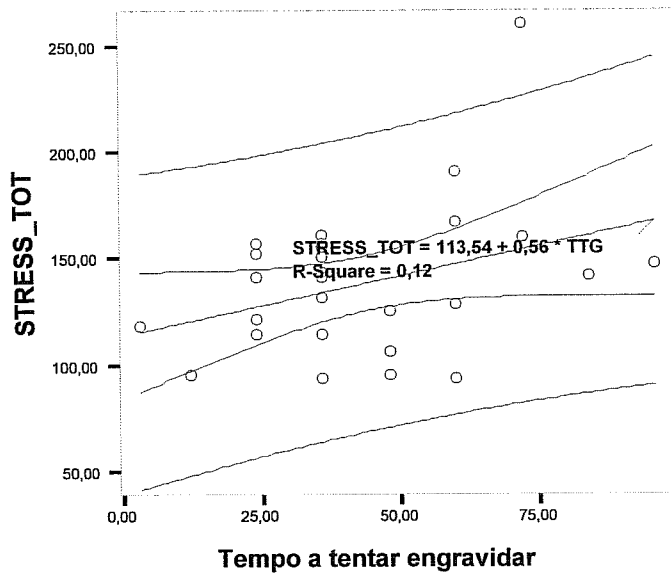
Linear Regression with
95,00% Mean Prediction Interval and
95,00% Individual Prediction Interval



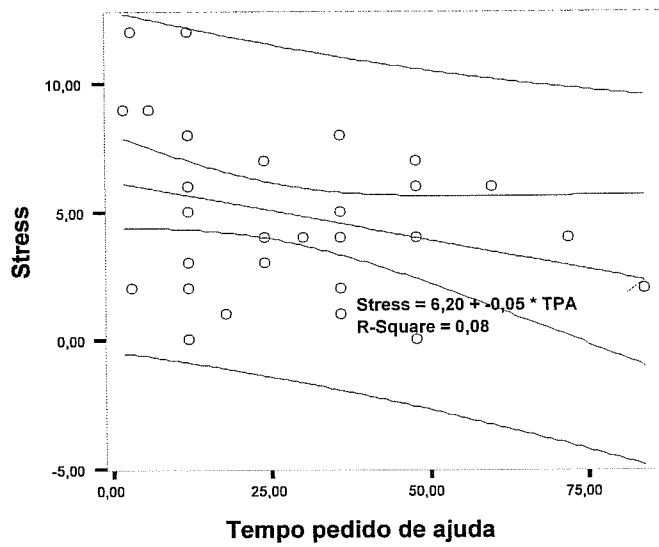
Linear Regression with
95,00% Mean Prediction Interval and
95,00% Individual Prediction Interval



Linear Regression with
95,00% Mean Prediction Interval and
95,00% Individual Prediction Interval



Linear Regression with
95,00% Mean Prediction Interval and
95,00% Individual Prediction Interval



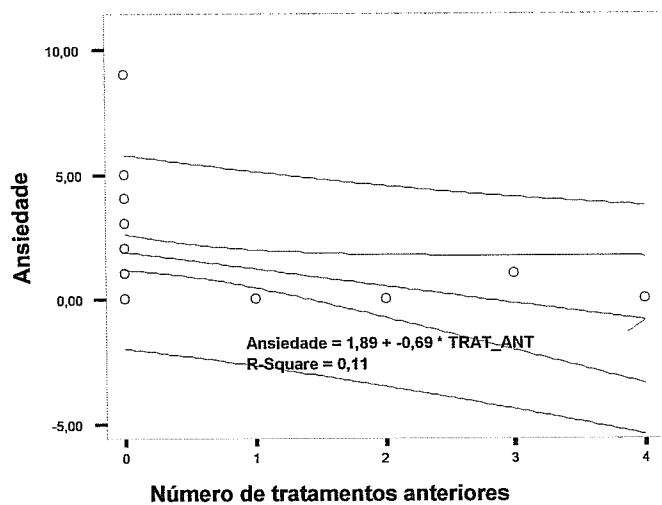
Linear Regression with
95,00% Mean Prediction Interval and
95,00% Individual Prediction Interval

Correlações entre as dimensões do NEO-FFI-20, EADS, FPI e EAF com algumas variáveis em homens inférteis

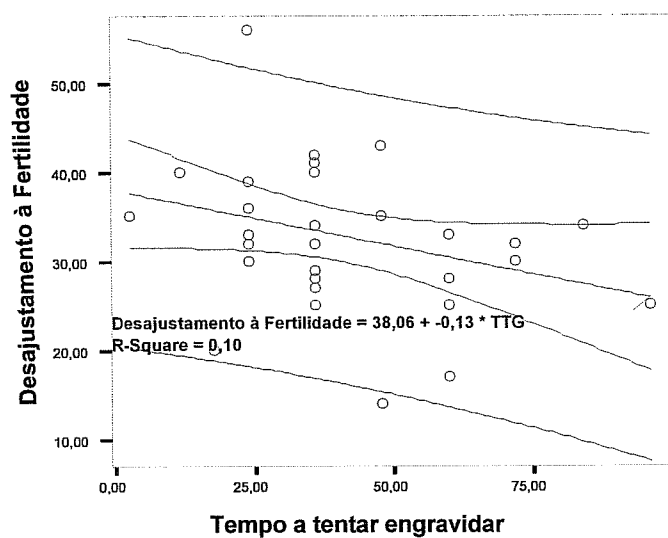
Correlations

		Idade	Gravidez	Número de tratamentos anteriores	Tempo a tentar engravidar	Tempo pedido de ajuda	Tempo no Serviço de Saúde
Amabilidade	Pearson Correlation	,028	-,232	-,045	-,121	-,124	,099
	Sig. (2-tailed)	,875	,186	,801	,495	,485	,582
	N	34	34	34	34	34	33
Abertura à Experiência	Pearson Correlation	,278	-,229	-,010	,050	,057	,108
	Sig. (2-tailed)	,106	,185	,955	,774	,747	,543
	N	35	35	35	35	35	34
NEURO	Pearson Correlation	,145	-,203	,114	-,158	-,066	-,116
	Sig. (2-tailed)	,406	,241	,516	,364	,707	,514
	N	35	35	35	35	35	34
Conscienciosidade	Pearson Correlation	-,021	-,044	,016	-,004	,098	,167
	Sig. (2-tailed)	,905	,805	,930	,981	,580	,354
	N	34	34	34	34	34	33
Extroversão	Pearson Correlation	-,229	,043	-,095	-,011	-,174	-,247
	Sig. (2-tailed)	,186	,808	,588	,950	,318	,159
	N	35	35	35	35	35	34
Stress	Pearson Correlation	,124	-,274	-,255	,019	-,175	-,060
	Sig. (2-tailed)	,486	,117	,146	,914	,322	,739
	N	34	34	34	34	34	33
Ansiedade	Pearson Correlation	-,011	-,176	-,336	-,144	-,274	-,217
	Sig. (2-tailed)	,949	,320	,052	,418	,116	,224
	N	34	34	34	34	34	33
Depressão	Pearson Correlation	,034	-,175	-,034	,006	-,094	-,242
	Sig. (2-tailed)	,852	,329	,850	,972	,604	,182
	N	33	33	33	33	33	32
Aspectos Sociais	Pearson Correlation	-,116	-,115	-,150	-,064	-,162	,093
	Sig. (2-tailed)	,534	,537	,420	,731	,384	,623
	N	31	31	31	31	31	30
Aspectos Sexuais	Pearson Correlation	-,035	-,138	,008	-,019	,002	,066
	Sig. (2-tailed)	,852	,460	,968	,918	,993	,727
	N	31	31	31	31	31	30
ASP_RELAC	Pearson Correlation	-,254	-,218	-,067	,213	-,029	-,073
	Sig. (2-tailed)	,161	,231	,715	,243	,873	,698
	N	32	32	32	32	32	31
Rejeição da Vida sem Filhos	Pearson Correlation	-,065	,143	-,084	-,270	-,301	-,202
	Sig. (2-tailed)	,722	,435	,647	,135	,094	,276
	N	32	32	32	32	32	31
Necessidade de Parentalidade	Pearson Correlation	-,002	-,135	-,142	-,060	-,036	-,075
	Sig. (2-tailed)	,992	,469	,445	,750	,847	,695
	N	31	31	31	31	31	30
STRESS_TOT	Pearson Correlation	-,109	-,167	-,187	-,153	-,233	-,076
	Sig. (2-tailed)	,587	,405	,349	,446	,242	,710
	N	27	27	27	27	27	26
Desajustamento à Fertilidade	Pearson Correlation	-,095	-,091	-,266	-,318	-,308	-,139
	Sig. (2-tailed)	,606	,620	,141	,076	,087	,457
	N	32	32	32	32	32	31

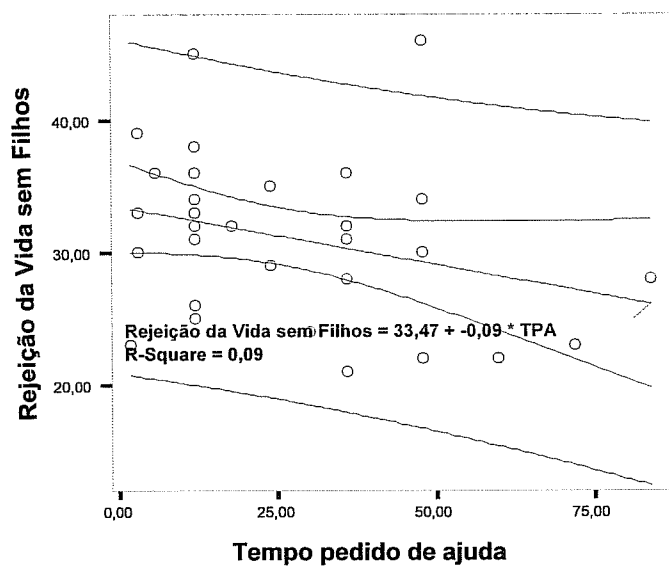
Verificação da linearidade em variáveis que apresentam relação



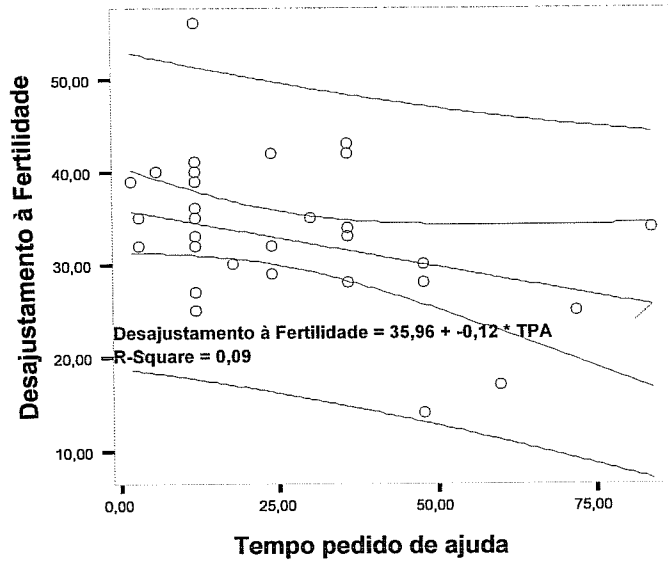
Linear Regression with
95,00% Mean Prediction Interval and
95,00% Individual Prediction Interval



Linear Regression with
95,00% Mean Prediction Interval and
95,00% Individual Prediction Interval



Linear Regression with
95,00% Mean Prediction Interval and
95,00% Individual Prediction Interval



Linear Regression with
95,00% Mean Prediction Interval and
95,00% Individual Prediction Interval

Médias nas dimensões do NEO-FFI-20, EADS, FPI e EAF pela causa da infertilidade em mulheres

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Amabilidade	Factor desconhecido	4	10,0000	1,82574	,91287	7,0948	12,9052	8,00	12,00
	Factor feminino	12	10,5833	1,97523	,57020	9,3283	11,8383	6,00	12,00
	Factor masculino	7	10,4286	1,98806	,75142	8,5899	12,2672	7,00	13,00
	Factor misto	9	10,4444	2,55495	,85165	8,4805	12,4084	7,00	15,00
	Total	32	10,4375	2,04683	,36183	9,6995	11,1755	6,00	15,00
Abertura à Experiência	Factor desconhecido	5	10,6000	2,60768	1,16619	7,3621	13,8379	7,00	14,00
	Factor feminino	12	9,7500	2,63283	,76003	8,0772	11,4228	5,00	15,00
	Factor masculino	8	9,8750	3,79614	1,34214	6,7013	13,0487	3,00	15,00
	Factor misto	9	9,6667	2,73861	,91287	7,5616	11,7718	7,00	14,00
	Total	34	9,8824	2,84727	,48830	8,8889	10,8758	3,00	15,00
NEURO	Factor desconhecido	5	6,4000	5,41295	2,42074	-,3211	13,1211	3,00	16,00
	Factor feminino	12	6,1667	2,24958	,64940	4,7374	7,5960	4,00	12,00
	Factor masculino	8	7,7500	3,53553	1,25000	4,7942	10,7058	3,00	12,00
	Factor misto	8	6,2500	3,73210	1,31950	3,1299	9,3701	2,00	12,00
	Total	33	6,6061	3,40899	,59343	5,3973	7,8148	2,00	16,00
Conscienciosidade	Factor desconhecido	6	11,5000	1,87083	,76376	9,5367	13,4633	8,00	13,00
	Factor feminino	12	11,5000	1,73205	,50000	10,3995	12,6005	9,00	15,00
	Factor masculino	8	12,2500	1,03510	,36596	11,3846	13,1154	11,00	13,00
	Factor misto	8	11,2500	2,81577	,99553	8,8960	13,6040	7,00	15,00
	Total	34	11,6176	1,89120	,32434	10,9578	12,2775	7,00	15,00
Extroversão	Factor desconhecido	5	10,4000	4,03733	1,80555	5,3870	15,4130	4,00	14,00
	Factor feminino	12	10,2500	2,00567	,57899	8,9757	11,5243	7,00	14,00
	Factor masculino	8	10,1250	1,88509	,66648	8,5490	11,7010	8,00	13,00
	Factor misto	9	11,6667	1,58114	,52705	10,4513	12,8820	9,00	13,00
	Total	34	10,6176	2,25650	,38699	9,8303	11,4050	4,00	14,00
Stress	Factor desconhecido	5	7,8000	3,03315	1,35647	4,0338	11,5662	4,00	12,00
	Factor feminino	12	3,8333	3,21455	,92796	1,7909	5,8758	,00	9,00
	Factor masculino	8	5,8750	3,56320	1,25978	2,8961	8,8539	1,00	12,00
	Factor misto	9	4,2222	2,16667	,72222	2,5568	5,8877	,00	7,00
	Total	34	5,0000	3,22866	,55371	3,8735	6,1265	,00	12,00
Ansiedade	Factor desconhecido	6	5,3333	3,77712	1,54200	1,3695	9,2972	,00	10,00
	Factor feminino	11	2,2727	2,53341	,76385	-,5708	3,9747	,00	7,00
	Factor masculino	8	3,2500	4,16619	1,47297	-,2330	6,7330	,00	11,00
	Factor misto	9	,6667	,86603	,28868	,0010	1,3324	,00	2,00
	Total	34	2,6176	3,23817	,55534	1,4878	3,7475	,00	11,00
Depressão	Factor desconhecido	6	4,5000	8,21584	3,35410	-4,1220	13,1220	,00	21,00
	Factor feminino	11	1,5455	2,29624	,69234	,0028	3,0881	,00	6,00
	Factor masculino	8	4,3750	3,58319	1,26685	1,3794	7,3706	,00	10,00
	Factor misto	9	1,3333	1,87083	,62361	-,1047	2,7714	,00	6,00
	Total	34	2,6765	4,19755	,71987	1,2119	4,1411	,00	21,00
Aspectos Sociais	Factor desconhecido	5	27,2000	18,40380	8,23043	4,3487	50,0513	12,00	57,00
	Factor feminino	11	22,9091	8,10499	2,44375	17,4641	28,3541	14,00	42,00
	Factor masculino	8	28,5000	9,50188	3,35942	20,5562	36,4438	12,00	40,00
	Factor misto	9	24,0000	8,04674	2,68225	17,8147	30,1853	15,00	37,00
	Total	33	25,2121	10,21567	1,77832	21,5898	28,8344	12,00	57,00
Aspectos Sexuais	Factor desconhecido	6	16,8333	14,16216	5,78168	1,9711	31,6956	8,00	44,00
	Factor feminino	12	15,0833	6,37407	1,84004	11,0334	19,1332	8,00	29,00
	Factor masculino	8	22,1250	6,77047	2,39372	16,4647	27,7853	11,00	35,00
	Factor misto	9	14,4444	5,34114	1,78038	10,3389	18,5500	8,00	21,00
	Total	35	16,8286	8,24438	1,39355	13,9965	19,6606	8,00	44,00
ASP_RELAC	Factor desconhecido	5	25,2000	16,64932	7,44580	4,5271	45,8729	10,00	52,00
	Factor feminino	11	18,8182	8,44770	2,54708	13,1429	24,4934	10,00	36,00
	Factor masculino	8	25,1250	11,50699	4,06833	15,5049	34,7451	11,00	44,00
	Factor misto	9	21,0000	5,89491	1,96497	16,4688	25,5312	15,00	30,00
	Total	33	21,9091	10,11918	1,76152	18,3210	25,4972	10,00	52,00
Rejeição da Vida sem Filhos	Factor desconhecido	6	29,8333	10,43871	4,26159	18,8786	40,7881	19,00	47,00
	Factor feminino	10	33,0000	4,73756	1,49815	29,6110	36,3890	23,00	39,00
	Factor masculino	7	33,4286	6,47707	2,44810	27,4383	39,4189	28,00	46,00
	Factor misto	9	33,3333	6,81909	2,27303	28,0917	38,5750	23,00	42,00
	Total	32	32,5938	6,78642	1,19968	30,1470	35,0405	19,00	47,00
Necessidade de Parentalidade	Factor desconhecido	3	45,6667	12,50333	7,21880	14,6067	76,7267	37,00	60,00
	Factor feminino	11	41,8182	8,34048	2,51475	36,2150	47,4214	26,00	52,00
	Factor masculino	8	47,3750	4,50198	1,59169	43,6112	51,1388	42,00	55,00
	Factor misto	9	40,4444	7,29916	2,43305	34,8338	46,0551	31,00	51,00
	Total	31	43,2258	7,79619	1,40024	40,3661	46,0855	26,00	60,00
STRESS_TOT	Factor desconhecido	3	168,3333	84,68963	48,89558	-42,0474	378,7140	93,00	260,00
	Factor feminino	9	121,3333	15,60449	5,20150	109,3387	133,3280	95,00	143,00
	Factor masculino	7	152,4286	25,42871	9,61115	128,9109	175,9462	106,00	191,00
	Factor misto	9	133,2222	27,15132	9,05044	112,3519	154,0926	93,00	167,00
	Total	28	137,9643	34,95657	6,60617	124,4095	151,5190	93,00	260,00
Desajustamento à Fertilidade	Factor desconhecido	3	39,6667	15,56706	8,98765	,9959	78,3374	25,00	56,00
	Factor feminino	8	34,5000	9,50188	3,35942	26,5562	42,4438	14,00	44,00
	Factor masculino	8	38,2500	8,58154	3,03403	31,0757	45,4243	22,00	47,00
	Factor misto	9	36,0000	8,13941	2,71314	29,7435	42,2565	23,00	44,00
	Total	28	36,6071	9,13009	1,72542	33,0669	40,1474	14,00	56,00

Influências da causa da infertilidade nas pontuações do NEO-FFI-20, EADS, FPI e EAF nas mulheres

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Amabilidade	Between Groups	1,022	3	,341	,074	,973
	Within Groups	128,853	28	4,602		
	Total	129,875	31			
Abertura à Experiência	Between Groups	3,204	3	1,068	,121	,947
	Within Groups	264,325	30	8,811		
	Total	267,529	33			
NEURO	Between Groups	14,012	3	4,671	,378	,769
	Within Groups	357,867	29	12,340		
	Total	371,879	32			
Conscienciosidade	Between Groups	4,529	3	1,510	,399	,755
	Within Groups	113,500	30	3,783		
	Total	118,029	33			
Extroversão	Between Groups	13,704	3	4,568	,888	,459
	Within Groups	154,325	30	5,144		
	Total	168,029	33			
Stress	Between Groups	67,103	3	22,368	2,423	,085
	Within Groups	276,897	30	9,230		
	Total	344,000	33			
Ansiedade	Between Groups	83,014	3	27,671	3,156	,039
	Within Groups	263,015	30	8,767		
	Total	346,029	33			
Depressão	Between Groups	73,339	3	24,446	1,443	,250
	Within Groups	508,102	30	16,937		
	Total	581,441	33			
Aspectos Sociais	Between Groups	177,806	3	59,269	,544	,656
	Within Groups	3161,709	29	109,024		
	Total	3339,515	32			
Aspectos Sexuais	Between Groups	312,124	3	104,041	1,614	,206
	Within Groups	1998,847	31	64,479		
	Total	2310,971	34			
ASP_RELAC	Between Groups	249,416	3	83,139	,796	,506
	Within Groups	3027,311	29	104,390		
	Total	3276,727	32			
Rejeição da Vida sem Filhos	Between Groups	57,171	3	19,057	,389	,762
	Within Groups	1370,548	28	48,948		
	Total	1427,719	31			
Necessidade de Parentalidade	Between Groups	247,019	3	82,340	1,410	,261
	Within Groups	1576,400	27	58,385		
	Total	1823,419	30			
STRESS_TOT	Between Groups	6923,028	3	2307,676	2,124	,124
	Within Groups	26069,937	24	1086,247		
	Total	32992,964	27			
Desajustamento à Fertilidade	Between Groups	88,512	3	29,504	,327	,805
	Within Groups	2162,167	24	90,090		
	Total	2250,679	27			

Teste Post-Hoc para verificar entre que grupos existem diferenças

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Causa da Infertilid	(J) Causa da Infertilid	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	90% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Stress	Factor desconhecido	Factor feminino	3,96667*	1,61714	,089	,0953	7,8380
		Factor masculino	1,92500	1,73197	,685	-2,2213	6,0713
		Factor misto	3,57778	1,69456	,173	-,4789	7,6345
	Factor feminino	Factor desconhecido	-3,96667*	1,61714	,089	-7,8380	-,0953
		Factor masculino	-2,04167	1,38669	,466	-5,3613	1,2780
		Factor misto	-,38889	1,33967	,991	-3,5960	2,8182
	Factor masculino	Factor desconhecido	-1,92500	1,73197	,685	-6,0713	2,2213
		Factor feminino	2,04167	1,38669	,466	-1,2780	5,3613
		Factor misto	1,65278	1,47624	,681	-1,8813	5,1868
	Factor misto	Factor desconhecido	-3,57778	1,69456	,173	-7,6345	-,4789
		Factor feminino	,38889	1,33967	,991	-2,8182	3,5960
		Factor masculino	-1,65278	1,47624	,681	-5,1868	1,8813
Ansiedade	Factor desconhecido	Factor feminino	3,06061	1,50273	,197	-,5369	6,6581
		Factor masculino	2,08333	1,59909	,568	-1,7448	5,9115
		Factor misto	4,66667*	1,56055	,027	-,9308	8,4026
	Factor feminino	Factor desconhecido	-3,06061	1,50273	,197	-6,6581	-,5369
		Factor masculino	-,97727	1,37583	,892	-4,2710	2,3164
		Factor misto	1,60606	1,33084	,627	-1,5799	4,7921
	Factor masculino	Factor desconhecido	-2,08333	1,59909	,568	-5,9115	1,7448
		Factor feminino	,97727	1,37583	,892	-2,3164	4,2710
		Factor misto	2,58333	1,43876	,295	-,8610	6,0277
	Factor misto	Factor desconhecido	-4,66667*	1,56055	,027	-8,4026	-,9308
		Factor feminino	-1,60606	1,33084	,627	-4,7921	1,5799
		Factor masculino	-2,58333	1,43876	,295	-6,0277	-,8610

*. The mean difference is significant at the .10 level.

Médias nas dimensões do NEO-FFI-20, EADS, FPI e EAF pela causa da infertilidade em homens

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Amabilidade	Factor desconhecido	5	10,8000	1,64317	,73485	8,7597	12,8403	8,00	12,00
	Factor feminino	12	9,7500	3,01888	,87148	7,8319	11,6681	4,00	13,00
	Factor masculino	8	11,1250	,99103	,35038	10,2965	11,9535	10,00	12,00
	Factor misto	9	11,0000	2,64575	,88192	8,9663	13,0337	7,00	16,00
	Total	34	10,5588	2,37654	,40757	9,7296	11,3880	4,00	16,00
Abertura à Experiência	Factor desconhecido	6	9,1667	3,18852	1,30171	5,8205	12,5128	5,00	12,00
	Factor feminino	12	8,1667	3,06989	,88620	6,2161	10,1172	4,00	14,00
	Factor masculino	8	9,6250	3,11391	1,10093	7,0217	12,2283	6,00	15,00
	Factor misto	9	9,4444	3,43188	1,14396	6,8065	12,0824	2,00	13,00
	Total	35	9,0000	3,11543	,52660	7,9298	10,0702	2,00	15,00
NEURO	Factor desconhecido	6	4,6667	4,36654	1,78263	,0843	9,2491	,00	11,00
	Factor feminino	12	4,5000	1,67874	,48461	3,4334	5,5666	1,00	7,00
	Factor masculino	8	5,6250	3,15945	1,11704	2,9836	8,2664	2,00	11,00
	Factor misto	9	4,8889	2,14735	,71578	3,2383	6,5395	2,00	9,00
	Total	35	4,8857	2,65431	,44866	3,9739	5,7975	,00	11,00
Conscienciosidade	Factor desconhecido	6	10,1667	1,47196	,60093	8,6219	11,7114	8,00	12,00
	Factor feminino	11	12,1818	1,16775	,35209	11,3973	12,9663	11,00	14,00
	Factor masculino	8	11,1250	1,24642	,44068	10,0830	12,1670	9,00	13,00
	Factor misto	9	11,5556	2,24227	,74742	9,8320	13,2791	9,00	16,00
	Total	34	11,4118	1,67183	,28672	10,8284	11,9951	8,00	16,00
Extroversão	Factor desconhecido	6	10,8333	1,60208	,65405	9,1521	12,5146	8,00	12,00
	Factor feminino	12	10,2500	2,17945	,62915	8,8652	11,6348	5,00	13,00
	Factor masculino	8	10,5000	2,07020	,73193	8,7693	12,2307	8,00	13,00
	Factor misto	9	10,4444	1,87824	,62608	9,0007	11,8882	8,00	14,00
	Total	35	10,4571	1,91500	,32369	9,7993	11,1150	5,00	14,00
Stress	Factor desconhecido	6	5,0000	2,19089	,89443	2,7008	7,2992	2,00	8,00
	Factor feminino	11	2,4545	2,11488	,63766	1,0337	3,8753	,00	6,00
	Factor masculino	8	4,6250	2,92465	1,03402	2,1799	7,0701	,00	10,00
	Factor misto	9	2,7778	1,71594	,57198	1,4588	4,0968	,00	6,00
	Total	34	3,5000	2,41523	,41421	2,6573	4,3427	,00	10,00
Ansiedade	Factor desconhecido	6	2,8333	1,72240	,70317	1,0258	4,6409	1,00	5,00
	Factor feminino	11	1,0909	1,64040	,49460	-,0111	2,1929	,00	5,00
	Factor masculino	8	2,5000	2,72554	,96362	,2214	4,7786	1,00	9,00
	Factor misto	9	,5556	,72648	,24216	-,0029	1,1140	,00	2,00
	Total	34	1,5882	1,95584	,33542	,9058	2,2707	,00	9,00
Depressão	Factor desconhecido	6	1,1667	1,16905	,47726	-,0602	2,3935	,00	3,00
	Factor feminino	11	,2727	,46710	,14084	-,0411	,5865	,00	1,00
	Factor masculino	8	3,2500	2,71241	,95898	,9824	5,5176	1,00	9,00
	Factor misto	8	1,0000	1,19523	,42258	,0008	1,9992	,00	3,00
	Total	33	1,3333	1,88193	,32760	,6660	2,0006	,00	9,00
Aspectos Sociais	Factor desconhecido	5	19,2000	5,63028	2,51794	12,2091	26,1909	10,00	25,00
	Factor feminino	11	20,0909	8,05549	2,42882	14,6792	25,5027	10,00	31,00
	Factor masculino	7	22,5714	6,45128	2,43836	16,6050	28,5379	15,00	34,00
	Factor misto	8	18,5000	7,40656	2,61861	12,3080	24,6920	10,00	33,00
	Total	31	20,0968	7,01596	1,26010	17,5233	22,6702	10,00	34,00
Aspectos Sexuais	Factor desconhecido	5	12,4000	2,96648	1,32665	8,7166	16,0834	8,00	16,00
	Factor feminino	11	11,9091	4,59248	1,38469	8,8238	14,9944	8,00	22,00
	Factor masculino	7	17,2857	5,90803	2,23302	11,8217	22,7497	9,00	25,00
	Factor misto	8	12,6250	5,92663	2,09538	7,6702	17,5798	8,00	23,00
	Total	31	13,3871	5,29577	,95115	11,4446	15,3296	8,00	25,00
ASP_RELAC	Factor desconhecido	5	24,4000	7,89303	3,52987	14,5995	34,2005	13,00	34,00
	Factor feminino	12	18,0833	3,55370	1,02586	15,8254	20,3412	13,00	23,00
	Factor masculino	7	24,5714	7,41299	2,80185	17,7156	31,4273	16,00	35,00
	Factor misto	8	18,7500	5,54849	1,96169	14,1113	23,3887	10,00	25,00
	Total	32	20,6563	6,27133	1,10863	18,3952	22,9173	10,00	35,00
Rejeição da Vida sem Filhos	Factor desconhecido	5	30,0000	6,12372	2,73861	22,3964	37,6036	23,00	39,00
	Factor feminino	12	32,9167	5,29937	1,52980	29,5496	36,2837	24,00	46,00
	Factor masculino	8	33,2500	7,28501	2,57564	27,1596	39,3404	22,00	45,00
	Factor misto	7	26,7143	4,71573	1,78238	22,3530	31,0756	21,00	33,00
	Total	32	31,1875	6,17193	1,09105	28,9623	33,4127	21,00	46,00
Necessidade de Parentalidade	Factor desconhecido	5	32,8000	9,47101	4,23556	21,0402	44,5598	18,00	42,00
	Factor feminino	10	37,8000	5,51362	1,74356	33,8558	41,7442	26,00	44,00
	Factor masculino	8	43,3750	9,16418	3,24003	35,7136	51,0364	30,00	57,00
	Factor misto	8	37,5000	3,66450	1,29560	34,4364	40,5636	30,00	42,00
	Total	31	38,3548	7,48130	1,34368	35,6107	41,0990	18,00	57,00
STRESS_TOT	Factor desconhecido	5	118,8000	23,03693	10,30243	90,1959	147,4041	87,00	152,00
	Factor feminino	9	119,7778	15,35234	5,11745	107,9769	131,5786	95,00	139,00
	Factor masculino	6	142,0000	24,38032	9,95322	116,4144	167,5856	105,00	170,00
	Factor misto	7	116,5714	20,85551	7,88264	97,2833	135,8596	91,00	154,00
	Total	27	123,7037	21,67383	4,17113	115,1298	132,2776	87,00	170,00
Desajustamento à Fertilidade	Factor desconhecido	5	29,8000	7,39594	3,30757	20,8167	38,9833	20,00	39,00
	Factor feminino	11	32,9091	8,04307	2,42508	27,5057	38,3125	14,00	43,00
	Factor masculino	8	37,6250	9,51596	3,36440	29,6695	45,5805	25,00	56,00
	Factor misto	8	29,8750	7,05969	2,49598	23,9729	35,7771	17,00	41,00
	Total	32	32,8438	8,32450	1,47158	29,8424	35,8451	14,00	56,00

Influências da causa da infertilidade nas pontuações do NEO-FFI-20, EADS, FPI e EAF nos homens

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Amabilidade	Between Groups	12,457	3	4,152	,716	,550
	Within Groups	173,925	30	5,797		
	Total	186,382	33			
Abertura à Experiência	Between Groups	13,403	3	4,468	,437	,728
	Within Groups	316,597	31	10,213		
	Total	330,000	34			
NEURO	Between Groups	6,446	3	2,149	,286	,835
	Within Groups	233,097	31	7,519		
	Total	239,543	34			
Conscienciosidade	Between Groups	16,668	3	5,556	2,206	,108
	Within Groups	75,567	30	2,519		
	Total	92,235	33			
Extroversão	Between Groups	1,380	3	,460	,116	,950
	Within Groups	123,306	31	3,978		
	Total	124,686	34			
Stress	Between Groups	40,342	3	13,447	2,651	,067
	Within Groups	152,158	30	5,072		
	Total	192,500	33			
Ansiedade	Between Groups	28,271	3	9,424	2,886	,052
	Within Groups	97,965	30	3,265		
	Total	126,235	33			
Depressão	Between Groups	42,818	3	14,273	5,870	,003
	Within Groups	70,515	29	2,432		
	Total	113,333	32			
Aspectos Sociais	Between Groups	67,286	3	22,429	,430	,733
	Within Groups	1409,423	27	52,201		
	Total	1476,710	30			
Aspectos Sexuais	Between Groups	139,942	3	46,647	1,796	,172
	Within Groups	701,413	27	25,978		
	Total	841,355	30			
ASP_RELAC	Between Groups	285,888	3	95,296	2,859	,055
	Within Groups	933,331	28	33,333		
	Total	1219,219	31			
Rejeição da Vida sem Filhos	Between Groups	217,030	3	72,343	2,102	,123
	Within Groups	963,845	28	34,423		
	Total	1180,875	31			
Necessidade de Parentalidade	Between Groups	364,822	3	121,607	2,498	,081
	Within Groups	1314,275	27	48,677		
	Total	1679,097	30			
STRESS_TOT	Between Groups	2623,560	3	874,520	2,097	,128
	Within Groups	9590,070	23	416,960		
	Total	12213,630	26			
Desajustamento à Fertilidade	Between Groups	299,760	3	99,920	1,514	,233
	Within Groups	1848,459	28	66,016		
	Total	2148,219	31			

Teste Post-Hoc para verificar entre que grupos existem diferenças

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Causa da Infertilidade	(J) Causa da Infertilidade	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	90% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Stress	Factor desconhecido	Factor feminino	2,54545	1,14298	,139	-,1908	5,2817
		Factor masculino	,37500	1,21627	,990	-2,5367	3,2867
		Factor misto	2,22222	1,18696	,261	-,6193	5,0638
	Factor feminino	Factor desconhecido	-2,54545	1,14298	,139	-5,2817	,1908
		Factor masculino	-2,17045	1,04646	,185	-4,6756	,3347
		Factor misto	-,32323	1,01224	,989	-2,7465	2,1000
	Factor masculino	Factor desconhecido	-,37500	1,21627	,990	-3,2867	2,5367
		Factor feminino	2,17045	1,04646	,185	-,3347	4,6756
		Factor misto	1,84722	1,09432	,347	-,7725	4,4670
	Factor misto	Factor desconhecido	-2,22222	1,18696	,261	-5,0638	,6193
		Factor feminino	,32323	1,01224	,989	-2,1000	2,7465
		Factor masculino	-1,84722	1,09432	,347	-4,4670	,7725
Ansiedade	Factor desconhecido	Factor feminino	1,74242	,91712	,250	-,4531	3,9380
		Factor masculino	,33333	,97593	,986	-2,0030	2,6697
		Factor misto	2,27778	,95241	,100	-,0023	4,5578
	Factor feminino	Factor desconhecido	-1,74242	,91712	,250	-3,9380	,4531
		Factor masculino	-1,40909	,83967	,353	-3,4192	,6011
		Factor misto	,53535	,81222	,911	-1,4091	2,4798
	Factor masculino	Factor desconhecido	-,33333	,97593	,986	-2,6697	2,0030
		Factor feminino	1,40909	,83967	,353	-,6011	3,4192
		Factor misto	1,94444	,87808	,142	-,1576	4,0465
	Factor misto	Factor desconhecido	-2,27778	,95241	,100	-4,5578	,0023
		Factor feminino	-,53535	,81222	,911	-2,4798	1,4091
		Factor masculino	-1,94444	,87808	,142	-4,0465	,1576
Depressão	Factor desconhecido	Factor feminino	,89394	,79140	,675	-1,0035	2,7914
		Factor masculino	-2,08333*	,84214	,086	-4,1025	-,0642
		Factor misto	,16667	,84214	,997	-1,8525	2,1858
	Factor feminino	Factor desconhecido	-,89394	,79140	,675	-2,7914	1,0035
		Factor masculino	-2,97727*	,72457	,002	-4,7145	-1,2400
		Factor misto	-,72727	,72457	,748	-2,4645	1,0100
	Factor masculino	Factor desconhecido	2,08333*	,84214	,086	,0642	4,1025
		Factor feminino	2,97727*	,72457	,002	1,2400	4,7145
		Factor misto	2,25000*	,77967	,035	,3806	4,1194
	Factor misto	Factor desconhecido	-,16667	,84214	,997	-2,1858	1,8525
		Factor feminino	,72727	,72457	,748	-1,0100	2,4645
		Factor masculino	-2,25000*	,77967	,035	-4,1194	-,3806
ASP_RELAC	Factor desconhecido	Factor feminino	6,31667	3,07318	,193	-1,0637	13,6970
		Factor masculino	-,17143	3,38061	1,000	-8,2901	7,9472
		Factor misto	5,65000	3,29140	,334	-2,2544	13,5544
	Factor feminino	Factor desconhecido	-6,31667	3,07318	,193	-13,6970	1,0637
		Factor masculino	-6,48810	2,74584	,108	-13,0823	,1062
		Factor misto	-,66667	2,63523	,994	-6,9953	5,6619
	Factor masculino	Factor desconhecido	,17143	3,38061	1,000	-7,9472	8,2901
		Factor feminino	6,48810	2,74584	,108	-,1062	13,0823
		Factor misto	5,82143	2,98807	,232	-1,3545	12,9974
	Factor misto	Factor desconhecido	-5,65000	3,29140	,334	-13,5544	2,2544
		Factor feminino	,66667	2,63523	,994	-5,6619	6,9953
		Factor masculino	-5,82143	2,98807	,232	-12,9974	1,3545
Necessidade de Parentalidade	Factor desconhecido	Factor feminino	-5,00000	3,82139	,566	-14,1934	4,1934
		Factor masculino	-10,57500*	3,97743	,059	-20,1437	-1,0063
		Factor misto	-4,70000	3,97743	,643	-14,2687	4,8687
	Factor feminino	Factor desconhecido	5,00000	3,82139	,566	-4,1934	14,1934
		Factor masculino	-5,57500	3,30942	,351	-13,5367	2,3867
		Factor misto	,30000	3,30942	1,000	-7,6617	8,2617
	Factor masculino	Factor desconhecido	10,57500*	3,97743	,059	1,0063	20,1437
		Factor feminino	5,57500	3,30942	,351	-2,3867	13,5367
		Factor misto	5,87500	3,48844	,351	-2,5173	14,2673
	Factor misto	Factor desconhecido	4,70000	3,97743	,643	-4,8687	14,2687
		Factor feminino	-,30000	3,30942	1,000	-8,2617	7,6617
		Factor masculino	-5,87500	3,48844	,351	-14,2673	2,5173

*. The mean difference is significant at the .10 level.

Médias nas dimensões do EADS, FPI e EAF consoante a fase do processo em mulheres

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Stress	Realização de exames (início)	11	5,7273	3,19659	,96381	3,5798	7,8748	2,00	12,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	10	4,6000	2,98887	,94516	2,4619	6,7381	,00	8,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	8	6,2500	3,57571	1,26421	3,2606	9,2394	,00	12,00
	Irão ser submetidos a tratamento	5	2,2000	1,78885	,80000	-,0212	4,4212	,00	4,00
	Total	34	5,0000	3,22866	,55371	3,8735	6,1265	,00	12,00
Ansiedade	Realização de exames (início)	12	3,7500	3,46738	1,00095	1,5469	5,9531	,00	10,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	10	2,1000	2,60128	,82260	,2392	3,9608	,00	8,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	8	2,6250	4,06861	1,43847	-,7764	6,0264	,00	11,00
	Irão ser submetidos a tratamento	4	,5000	,57735	,28868	-,4187	1,4187	,00	1,00
	Total	34	2,6176	3,23817	,55534	1,4878	3,7475	,00	11,00
Depressão	Realização de exames (início)	12	3,0833	5,93079	1,71207	-,6849	6,8516	,00	21,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	10	2,0000	3,12694	,98883	-,2369	4,2369	,00	10,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	8	4,0000	3,07060	1,08562	1,4329	6,5671	,00	8,00
	Irão ser submetidos a tratamento	4	,5000	,57735	,28868	-,4187	1,4187	,00	1,00
	Total	34	2,6765	4,19755	,71987	1,2119	4,1411	,00	21,00
Aspectos Sociais	Realização de exames (início)	11	27,6364	13,11696	3,95491	18,8243	36,4485	12,00	57,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	10	24,0000	7,21110	2,28035	18,8415	29,1585	12,00	35,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	8	25,3750	11,26229	3,98182	15,9595	34,7905	14,00	42,00
	Irão ser submetidos a tratamento	4	21,2500	6,34429	3,17214	11,1548	31,3452	14,00	29,00
	Total	33	25,2121	10,21567	1,77832	21,5898	28,8344	12,00	57,00
Aspectos Sexuais	Realização de exames (início)	12	16,6667	9,97573	2,87974	10,3284	23,0049	8,00	44,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	10	17,4000	5,62139	1,77764	13,3787	21,4213	10,00	24,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	8	18,0000	10,39230	3,67423	9,3118	26,6882	8,00	35,00
	Irão ser submetidos a tratamento	5	14,2000	5,63028	2,51794	7,2091	21,1909	8,00	21,00
	Total	35	16,8286	8,24438	1,39355	13,9965	19,6606	8,00	44,00
ASP_RELAC	Realização de exames (início)	11	25,3636	13,44822	4,05479	16,3290	34,3983	10,00	52,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	10	18,8000	7,33030	2,31805	13,5562	24,0438	11,00	30,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	8	23,5000	8,70140	3,07641	16,2255	30,7745	15,00	38,00
	Irão ser submetidos a tratamento	4	17,0000	6,05530	3,02765	7,3647	26,6353	10,00	23,00
	Total	33	21,9091	10,11918	1,76152	18,3210	25,4972	10,00	52,00
Rejeição da Vida sem Filhos	Realização de exames (início)	10	32,9000	9,43339	2,98310	26,1518	39,6482	19,00	47,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	10	34,1000	4,97661	1,57374	30,5399	37,6601	27,00	42,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	8	30,8750	5,48862	1,94052	26,2864	35,4636	23,00	39,00
	Irão ser submetidos a tratamento	4	31,5000	6,85565	3,42783	20,5911	42,4089	23,00	38,00
	Total	32	32,5938	6,78642	1,19968	30,1470	35,0405	19,00	47,00
Necessidade de Parentalidade	Realização de exames (início)	9	44,4444	8,07947	2,69316	38,2340	50,6549	37,00	60,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	10	47,6000	5,33750	1,68787	43,7818	51,4182	39,00	55,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	7	37,4286	8,42332	3,18372	29,6383	45,2188	26,00	50,00
	Irão ser submetidos a tratamento	5	40,4000	5,89915	2,63818	33,0752	47,7248	31,00	47,00
	Total	31	43,2258	7,79619	1,40024	40,3661	46,0855	26,00	60,00
STRESS_TOT	Realização de exames (início)	7	150,1429	53,64522	20,27599	100,5293	199,7564	93,00	260,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	10	141,9000	21,58935	6,82715	126,4559	157,3441	106,00	167,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	7	129,0000	36,66061	13,85641	95,0946	162,9054	93,00	191,00
	Irão ser submetidos a tratamento	4	122,5000	15,86401	7,93200	97,2568	147,7432	106,00	142,00
	Total	28	137,9643	34,95657	6,60617	124,4095	151,5190	93,00	260,00
Desajustamento à Fertilidade	Realização de exames (início)	8	40,6250	9,10161	3,21790	33,0159	48,2341	25,00	56,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	10	38,7000	7,61650	2,40855	33,2515	44,1485	22,00	45,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	7	30,2857	10,43574	3,94434	20,6343	39,9372	14,00	42,00
	Irão ser submetidos a tratamento	3	33,6667	2,88675	1,66667	26,4956	40,8378	32,00	37,00
	Total	28	36,6071	9,13009	1,72542	33,0669	40,1474	14,00	56,00

Influências da fase do processo nas pontuações da EADS, FPI e EAF nas mulheres

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Stress	Between Groups	59,118	3	19,706	2,075	,125
	Within Groups	284,882	30	9,496		
	Total	344,000	33			
Ansiedade	Between Groups	36,004	3	12,001	1,161	,341
	Within Groups	310,025	30	10,334		
	Total	346,029	33			
Depressão	Between Groups	39,525	3	13,175	,729	,543
	Within Groups	541,917	30	18,064		
	Total	581,441	33			
Aspectos Sociais	Between Groups	142,345	3	47,448	,430	,733
	Within Groups	3197,170	29	110,247		
	Total	3339,515	32			
Aspectos Sexuais	Between Groups	49,105	3	16,368	,224	,879
	Within Groups	2261,867	31	72,963		
	Total	2310,971	34			
ASP_RELAC	Between Groups	344,582	3	114,861	1,136	,351
	Within Groups	2932,145	29	101,108		
	Total	3276,727	32			
Rejeição da Vida sem Filhos	Between Groups	52,044	3	17,348	,353	,787
	Within Groups	1375,675	28	49,131		
	Total	1427,719	31			
Necessidade de Parentalidade	Between Groups	479,883	3	159,961	3,215	,039
	Within Groups	1343,537	27	49,761		
	Total	1823,419	30			
STRESS_TOT	Between Groups	2712,207	3	904,069	,717	,552
	Within Groups	30280,757	24	1261,698		
	Total	32992,964	27			
Desajustamento à Fertilidade	Between Groups	478,608	3	159,536	2,161	,119
	Within Groups	1772,070	24	73,836		
	Total	2250,679	27			

Teste Post-Hoc para verificar entre que grupos existem diferenças

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Fase do processo	(J) Fase do processo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Necessidade de Parentalidade	Realização de exames (início)	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	-3,15556	3,24114	,765	-12,0252	5,7140
		Encaminhados e em espera para tratamento	7,01587	3,55494	,223	-2,7125	16,7442
		Irão ser submetidos a tratamento	4,04444	3,93460	,735	-6,7228	14,8117
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	Realização de exames (início)	3,15556	3,24114	,765	-5,7140	12,0252
		Encaminhados e em espera para tratamento	10,17143*	3,47631	,033	,6583	19,6846
		Irão ser submetidos a tratamento	7,20000	3,86370	,267	-3,3733	17,7733
	Encaminhados e em espera para tratamento	Realização de exames (início)	-7,01587	3,55494	,223	-16,7442	2,7125
		Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	-10,17143*	3,47631	,033	-19,6846	-,6583
		Irão ser submetidos a tratamento	-2,97143	4,13047	,889	-14,2747	8,3319
	Irão ser submetidos a tratamento	Realização de exames (início)	-4,04444	3,93460	,735	-14,8117	6,7228
		Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	-7,20000	3,86370	,267	-17,7733	3,3733
		Encaminhados e em espera para tratamento	2,97143	4,13047	,889	-8,3319	14,2747

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Médias nas dimensões da EADS, FPI e EAF consoante a fase do processo em homens

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Stress	Realização de exames (início)	11	4,2727	2,32770	,70183	2,7090	5,8365	,00	8,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	10	2,6000	1,71270	,54160	1,3748	3,8252	,00	5,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	8	4,3750	2,97309	1,05115	1,8894	6,8606	,00	10,00
	Irão ser submetidos a tratamento	5	2,2000	2,28035	1,01980	-,6314	5,0314	,00	6,00
	Total	34	3,5000	2,41523	,41421	2,6573	4,3427	,00	10,00
Ansiedade	Realização de exames (início)	11	2,0909	1,64040	,49460	,9889	3,1929	,00	5,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	10	1,0000	1,05409	,33333	,2459	1,7541	,00	3,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	8	2,5000	3,07060	1,08562	-,0671	5,0671	,00	9,00
	Irão ser submetidos a tratamento	5	,2000	,44721	,20000	-,3553	,7553	,00	1,00
	Total	34	1,5882	1,95584	,33542	,9058	2,2707	,00	9,00
Depressão	Realização de exames (início)	11	1,3636	1,28629	,38783	,4995	2,2278	,00	4,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	9	1,4444	1,74005	,58002	,1069	2,7820	,00	4,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	8	1,7500	3,05894	1,08150	-,8073	4,3073	,00	9,00
	Irão ser submetidos a tratamento	5	,4000	,54772	,24495	-,2801	1,0801	,00	1,00
	Total	33	1,3333	1,88193	,32760	,6660	2,0006	,00	9,00
Aspectos Sociais	Realização de exames (início)	10	19,8000	5,11642	1,61795	16,1399	23,4601	10,00	27,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	8	21,3750	5,82942	2,06101	16,5015	26,2485	13,00	31,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	8	20,0000	9,60655	3,39643	11,9687	28,0313	10,00	34,00
	Irão ser submetidos a tratamento	5	18,8000	9,14877	4,09145	7,4403	30,1597	10,00	31,00
	Total	31	20,0968	7,01596	1,26010	17,5233	22,6702	10,00	34,00
Aspectos Sexuais	Realização de exames (início)	10	13,5000	4,85913	1,53659	10,0240	16,9760	8,00	23,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	8	13,8750	4,91172	1,73656	9,7687	17,9813	8,00	22,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	8	12,5000	6,61168	2,33758	6,9725	18,0275	8,00	25,00
	Irão ser submetidos a tratamento	5	13,8000	6,01664	2,69072	6,3294	21,2706	8,00	22,00
	Total	31	13,3871	5,29577	,95115	11,4446	15,3296	8,00	25,00
ASP_RELAC	Realização de exames (início)	11	21,3636	6,48495	1,95529	17,0070	25,7203	13,00	34,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	8	22,5000	7,11136	2,51425	16,5548	28,4452	13,00	35,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	8	18,7500	6,67083	2,35850	13,1730	24,3270	10,00	30,00
	Irão ser submetidos a tratamento	5	19,2000	3,89872	1,74356	14,3591	24,0409	13,00	23,00
	Total	32	20,6563	6,27133	1,10863	18,3952	22,9173	10,00	35,00
Rejeição da Vida sem Filhos	Realização de exames (início)	11	32,6364	6,18503	1,86486	28,4812	36,7915	23,00	45,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	9	29,5556	6,22718	2,07573	24,7689	34,3422	21,00	36,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	7	29,8571	4,81070	1,81827	25,4080	34,3063	23,00	36,00
	Irão ser submetidos a tratamento	5	32,8000	8,31865	3,72022	22,4710	43,1290	24,00	46,00
	Total	32	31,1875	6,17193	1,09105	28,9623	33,4127	21,00	46,00
Necessidade de Parentalidade	Realização de exames (início)	10	36,9000	9,87083	3,12143	29,8388	43,9612	18,00	57,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	9	39,5556	7,19568	2,39856	34,0245	45,0866	30,00	53,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	8	38,6250	6,54517	2,31407	33,1531	44,0969	26,00	47,00
	Irão ser submetidos a tratamento	4	38,7500	4,19325	2,09662	32,0776	45,4224	33,00	43,00
	Total	31	38,3548	7,48130	1,34368	35,6107	41,0990	18,00	57,00
STRESS_TOT	Realização de exames (início)	9	125,1111	21,68205	7,22735	108,4448	141,7774	87,00	161,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	7	124,5714	18,98119	7,17422	107,0168	142,1261	101,00	155,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	7	122,5714	30,89152	11,67590	94,0015	151,1413	91,00	170,00
	Irão ser submetidos a tratamento	4	121,0000	12,96148	6,48074	100,3754	141,6246	107,00	133,00
	Total	27	123,7037	21,67383	4,17113	115,1298	132,2776	87,00	170,00
Desajustamento à Fertilidade	Realização de exames (início)	11	34,5455	9,14728	2,75801	28,4002	40,6907	20,00	56,00
	Sabem o diagnóstico, aguardam o que fazer	10	32,7000	8,21989	2,59936	26,8198	38,5802	17,00	43,00
	Encaminhados e em espera para tratamento	7	31,0000	10,08299	3,81101	21,6748	40,3252	14,00	41,00
	Irão ser submetidos a tratamento	4	31,7500	3,30404	1,65202	26,4925	37,0075	28,00	35,00
	Total	32	32,8438	8,32450	1,47158	29,8424	35,8451	14,00	56,00

Influências da fase do processo nas pontuações do EADS, FPI e EAF nos homens

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Stress	Between Groups	29,243	3	9,748	1,791	,170
	Within Groups	163,257	30	5,442		
	Total	192,500	33			
Ansiedade	Between Groups	22,526	3	7,509	2,172	,112
	Within Groups	103,709	30	3,457		
	Total	126,235	33			
Depressão	Between Groups	5,866	3	1,955	,528	,667
	Within Groups	107,468	29	3,706		
	Total	113,333	32			
Aspectos Sociais	Between Groups	22,435	3	7,478	,139	,936
	Within Groups	1454,275	27	53,862		
	Total	1476,710	30			
Aspectos Sexuais	Between Groups	9,180	3	3,060	,099	,960
	Within Groups	832,175	27	30,821		
	Total	841,355	30			
ASP_RELAC	Between Groups	72,373	3	24,124	,589	,627
	Within Groups	1146,845	28	40,959		
	Total	1219,219	31			
Rejeição da Vida sem Filhos	Between Groups	72,450	3	24,150	,610	,614
	Within Groups	1108,425	28	39,587		
	Total	1180,875	31			
Necessidade de Parentalidade	Between Groups	35,350	3	11,783	,194	,900
	Within Groups	1643,747	27	60,880		
	Total	1679,097	30			
STRESS_TOT	Between Groups	61,312	3	20,437	,039	,990
	Within Groups	12152,317	23	528,362		
	Total	12213,630	26			
Desajustamento à Fertilidade	Between Groups	60,641	3	20,214	,271	,846
	Within Groups	2087,577	28	74,556		
	Total	2148,219	31			

Anexo K

Outputs das Correlações Entre as Dimensões do FPI e do NEO-FFI-20, EADS e EAF

Correlações para o total da amostra entre as dimensões do NEO-FFI-20 e do FPI

Correlations

			Amabilidade	Abertura à Experiência	NEURO	Conscien- ciosidade	Extroversão
Spearman's rho	Aspectos Sociais	Correlation Coefficient	-,159	-,183	,536**	-,209	-,268*
		Sig. (2-tailed)	,225	,152	,000	,103	,033
		N	60	63	62	62	63
	Aspectos Sexuais	Correlation Coefficient	-,086	,027	,499**	-,144	-,210
		Sig. (2-tailed)	,507	,830	,000	,251	,093
		N	62	65	64	65	65
ASP_RELAC		Correlation Coefficient	-,105	-,107	,277*	-,145	-,124
		Sig. (2-tailed)	,421	,398	,028	,258	,330
		N	61	64	63	63	64
Rejeição da Vida sem Filhos		Correlation Coefficient	,060	-,006	,421**	-,107	-,059
		Sig. (2-tailed)	,651	,962	,001	,406	,649
		N	60	63	62	62	63
Necessidade de Parentalidade		Correlation Coefficient	,019	,110	,365**	,106	-,095
		Sig. (2-tailed)	,887	,396	,004	,415	,461
		N	59	62	61	61	62
STRESS_TOT		Correlation Coefficient	-,005	,023	,595**	-,221	-,157
		Sig. (2-tailed)	,969	,869	,000	,109	,252
		N	52	55	54	54	55

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlações nas mulheres entre as dimensões do NEO-FFI-20 e do FPI

Correlations

			Amabilidade	Abertura à Experiência	NEURO	Conscien- ciosidade	Extroversão
Spearman's rho	Aspectos Sociais	Correlation Coefficient	-,287	-,013	,690**	-,196	-,401*
		Sig. (2-tailed)	,124	,945	,000	,282	,023
		N	30	32	31	32	32
	Aspectos Sexuais	Correlation Coefficient	-,176	,105	,667**	-,045	-,258
		Sig. (2-tailed)	,337	,556	,000	,798	,141
		N	32	34	33	34	34
ASP_RELAC		Correlation Coefficient	-,300	-,031	,451*	-,048	-,191
		Sig. (2-tailed)	,107	,868	,011	,794	,294
		N	30	32	31	32	32
Rejeição da Vida sem Filhos		Correlation Coefficient	-,242	,035	,519**	-,347	-,187
		Sig. (2-tailed)	,205	,853	,003	,056	,313
		N	29	31	30	31	31
Necessidade de Parentalidade		Correlation Coefficient	-,264	,269	,413*	,006	-,457**
		Sig. (2-tailed)	,167	,144	,023	,976	,010
		N	29	31	30	30	31
STRESS_TOT		Correlation Coefficient	-,253	,287	,655**	-,108	-,317
		Sig. (2-tailed)	,213	,139	,000	,593	,100
		N	26	28	27	27	28

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlações nos homens entre as dimensões do NEO-FFI-20 e do FPI

Correlations

			Amabilidade	Abertura à Experiência	NEURO	Conscien- ciosidade	Extroversão
Spearman's rho	Aspectos Sociais	Correlation Coefficient	,017	-,407*	,290	-,300	-,182
		Sig. (2-tailed)	,927	,023	,114	,107	,328
		N	30	31	31	30	31
	Aspectos Sexuais	Correlation Coefficient	,004	-,116	,213	-,310	-,211
		Sig. (2-tailed)	,984	,535	,250	,090	,255
		N	30	31	31	31	31
	ASP_RELAC	Correlation Coefficient	,118	-,189	,127	-,348	-,043
		Sig. (2-tailed)	,528	,300	,490	,055	,817
		N	31	32	32	31	32
	Rejeição da Vida sem Filhos	Correlation Coefficient	,314	-,101	,326	,180	,086
		Sig. (2-tailed)	,085	,582	,069	,333	,638
		N	31	32	32	31	32
	Necessidade de Parentalidade	Correlation Coefficient	,363*	-,221	,207	,125	,259
		Sig. (2-tailed)	,049	,231	,263	,503	,160
		N	30	31	31	31	31
	STRESS_TOT	Correlation Coefficient	,235	-,407*	,400*	-,359	-,049
		Sig. (2-tailed)	,247	,035	,039	,066	,806
		N	26	27	27	27	27

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlações para o total da amostra entre as dimensões do EADS e do FPI

Correlations

			Stress	Ansiedade	Depressão
Spearman's rho	Aspectos Sociais	Correlation Coefficient	,269*	,192	,344**
		Sig. (2-tailed)	,034	,132	,006
		N	62	63	63
	Aspectos Sexuais	Correlation Coefficient	,317*	,107	,453**
		Sig. (2-tailed)	,010	,395	,000
		N	65	65	65
	ASP_RELAC	Correlation Coefficient	,317*	,261*	,425**
		Sig. (2-tailed)	,011	,037	,000
		N	64	64	64
	Rejeição da Vida sem Filhos	Correlation Coefficient	-,131	-,093	,043
		Sig. (2-tailed)	,310	,471	,741
		N	62	63	63
	Necessidade de Parentalidade	Correlation Coefficient	,193	,049	,242
		Sig. (2-tailed)	,133	,708	,060
		N	62	61	61
	STRESS_TOT	Correlation Coefficient	,213	,081	,351**
		Sig. (2-tailed)	,118	,556	,009
		N	55	55	55

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlações nas mulheres entre as dimensões do EADS e do FPI

Correlations

			Stress	Ansiedade	Depressão
Spearman's rho	Aspectos Sociais	Correlation Coefficient	,322	,293	,335
		Sig. (2-tailed)	,072	,098	,056
		N	32	33	33
	Aspectos Sexuais	Correlation Coefficient	,414*	,184	,344*
		Sig. (2-tailed)	,015	,297	,047
		N	34	34	34
	ASP_RELAC	Correlation Coefficient	,477**	,377*	,424*
		Sig. (2-tailed)	,005	,031	,014
		N	33	33	33
	Rejeição da Vida sem Filhos	Correlation Coefficient	-,175	-,082	,086
		Sig. (2-tailed)	,346	,654	,640
		N	31	32	32
	Necessidade de Parentalidade	Correlation Coefficient	,172	,156	,223
		Sig. (2-tailed)	,355	,411	,237
		N	31	30	30
	STRESS_TOT	Correlation Coefficient	,232	,199	,259
		Sig. (2-tailed)	,234	,311	,184
		N	28	28	28

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlações nos homens entre as dimensões do EADS e do FPI

Correlations

			Stress	Ansiedade	Depressão
Spearman's rho	Aspectos Sociais	Correlation Coefficient	,148	,143	,358
		Sig. (2-tailed)	,436	,450	,052
		N	30	30	30
	Aspectos Sexuais	Correlation Coefficient	,149	,044	,610**
		Sig. (2-tailed)	,424	,814	,000
		N	31	31	31
	ASP_RELAC	Correlation Coefficient	,109	,163	,498**
		Sig. (2-tailed)	,561	,382	,004
		N	31	31	31
	Rejeição da Vida sem Filhos	Correlation Coefficient	-,073	-,075	,008
		Sig. (2-tailed)	,697	,689	,964
		N	31	31	31
	Necessidade de Parentalidade	Correlation Coefficient	,127	-,070	,219
		Sig. (2-tailed)	,497	,707	,236
		N	31	31	31
	STRESS_TOT	Correlation Coefficient	,135	,053	,474*
		Sig. (2-tailed)	,502	,792	,012
		N	27	27	27

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlações para o total da amostra entre o EAF e as dimensões do FPI

Correlations			Desajustamento à Fertilidade
Spearman's rho	Aspectos Sociais	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,759** ,000 57
	Aspectos Sexuais	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,635** ,000 57
	ASP_RELAC	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,280* ,034 58
	Rejeição da Vida sem Filhos	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,553** ,000 58
	Necessidade de Parentalidade	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,719** ,000 58
	STRESS_TOT	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,816** ,000 54

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlações nas mulheres entre o EAF e as dimensões do FPI

Correlations			Desajustamento à Fertilidade
Spearman's rho	Aspectos Sociais	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,720** ,000 28
	Aspectos Sexuais	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,619** ,000 28
	ASP_RELAC	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,400* ,035 28
	Rejeição da Vida sem Filhos	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,633** ,000 27
	Necessidade de Parentalidade	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,769** ,000 28
	STRESS_TOT	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,787** ,000 27

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlações nos homens entre o EAF e as dimensões do FPI

Correlations

			Desajustamento à Fertilidade
Spearman's rho	Aspectos Sociais	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,717** ,000 29
	Aspectos Sexuais	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,566** ,001 29
	ASP_RELAC	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,156 ,411 30
	Rejeição da Vida sem Filhos	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,433* ,015 31
	Necessidade de Parentalidade	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,576** ,001 30
	STRESS_TOT	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,766** ,000 27

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo L

Outputs das Análises de Regressão das Dimensões de Personalidade como Variáveis Predictoras do Stresse Específico da Infertilidade

Regressão entre o stresse global do FPI e as dimensões do NEO-FFI-20 para o total da amostra

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,677 ^a	,458	,406	7,26467

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Abertura à Experiência, Amabilidade, NEURO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2319,283	5	463,857	8,789	,000 ^a
	Residual	2744,321	52	52,775		
	Total	5063,603	57			

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Abertura à Experiência, Amabilidade, NEURO

b. Dependent Variable: Aspectos Sociais

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	20,681	11,775		1,756	,085
	NEURO	1,842	,368	,634	5,003	,000
	Amabilidade	,015	,439	,004	,034	,973
	Abertura à Experiência	-,588	,331	-,187	-1,776	,082
	Conscienciosidade	,272	,669	,047	,407	,686
	Extroversão	-,605	,554	-,128	-1,091	,280

a. Dependent Variable: Aspectos Sociais

Regressão entre o stresse global do FPI e as dimensões do NEO-FFI-20 para as mulheres

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,809 ^a	,655	,564	23,56137

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Abertura à Experiência, Amabilidade, NEURO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	20037,413	5	4007,483	7,219	,001 ^a
	Residual	10547,627	19	555,138		
	Total	30585,040	24			

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Abertura à Experiência, Amabilidade, NEURO

b. Dependent Variable: STRESS_TOT

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	53,827	58,710		,917	,371
	Amabilidade	-,257	2,571	-,015	-,100	,921
	Abertura à Experiência	1,562	2,022	,114	,773	,449
	NEURO	7,681	1,854	,766	4,142	,001
	Conscienciosidade	3,337	3,020	,178	1,105	,283
	Extroversão	-1,772	2,370	-,120	-,748	,464

a. Dependent Variable: STRESS_TOT

Regressão linear das dimensões de personalidade como predictoras da necessidade de parentalidade nas mulheres

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,661 ^a	,437	,309	6,48897

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Abertura à Experiência, Amabilidade, NEURO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	718,617	5	143,723	3,413	,020 ^a
	Residual	926,347	22	42,107		
	Total	1644,964	27			

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Abertura à Experiência, Amabilidade, NEURO

b. Dependent Variable: Necessidade de Parentalidade

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	38,707	14,302		2,706	,013
	NEURO	,930	,508	,403	1,832	,081
	Amabilidade	-,559	,678	-,148	-,824	,419
	Abertura à Experiência	,460	,470	,175	,979	,338
	Conscienciosidade	,843	,749	,213	1,126	,272
	Extroversão	-,988	,626	-,295	-1,579	,129

a. Dependent Variable: Necessidade de Parentalidade

Regressão linear das dimensões de personalidade como predictoras da rejeição da vida sem filhos nas mulheres

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,571 ^a	,326	,172	6,04592

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Amabilidade, Abertura à Experiência, NEURO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	388,260	5	77,652	2,124	,100 ^a
	Residual	804,168	22	36,553		
	Total	1192,429	27			

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Amabilidade, Abertura à Experiência, NEURO

b. Dependent Variable: Rejeição da Vida sem Filhos

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	35,779	14,868		2,406	,025
	NEURO	,820	,432	,446	1,898	,071
	Amabilidade	-,336	,647	-,097	-,519	,609
	Abertura à Experiência	-,014	,477	-,006	-,030	,977
	Conscienciosidade	-,609	,758	-,170	-,803	,431
	Extroversão	,171	,592	,060	,290	,775

a. Dependent Variable: Rejeição da Vida sem Filhos

Regressão linear das dimensões de personalidade como predictoras dos aspectos relacionais nas mulheres

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,642 ^a	,412	,284	8,78199

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Abertura à Experiência, Amabilidade, NEURO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1243,406	5	248,681	3,224	,024 ^a
	Residual	1773,835	23	77,123		
	Total	3017,241	28			

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Abertura à Experiência, Amabilidade, NEURO

b. Dependent Variable: ASP_RELAC

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	7,447	20,872		,357	,724
	NEURO	1,884	,663	,634	2,844	,009
	Amabilidade	-,693	,900	-,134	-,770	,449
	Abertura à Experiência	-,621	,653	-,165	-,950	,352
	Conscienciosidade	1,934	1,069	,350	1,809	,084
	Extroversão	-,635	,858	-,141	-,739	,467

a. Dependent Variable: ASP_RELAC

Regressão linear das dimensões de personalidade como predictoras dos aspectos sexuais nas mulheres

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,844 ^a	,712	,655	4,90325

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Abertura à Experiência, Amabilidade, NEURO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1489,341	5	297,868	12,390	,000 ^a
	Residual	601,046	25	24,042		
	Total	2090,387	30			

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Abertura à Experiência, Amabilidade, NEURO

b. Dependent Variable: Aspectos Sexuais

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-10,809	10,555		-1,024	,316
	NEURO	2,242	,344	,927	6,516	,000
	Amabilidade	,096	,501	,023	,192	,849
	Abertura à Experiência	-,057	,330	-,020	-,173	,864
	Conscienciosidade	1,391	,551	,321	2,525	,018
	Extroversão	-,332	,457	-,090	-,728	,473

a. Dependent Variable: Aspectos Sexuais

Regressão linear das dimensões de personalidade como predictoras dos aspectos sociais nas mulheres

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,785 ^a	,617	,533	7,22532

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Abertura à Experiência, Amabilidade, NEURO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1932,038	5	386,408	7,402	,000 ^a
	Residual	1200,721	23	52,205		
	Total	3132,759	28			

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Abertura à Experiência, Amabilidade, NEURO

b. Dependent Variable: Aspectos Sociais

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	16,834	17,099		,984	,335
	NEURO	2,256	,522	,753	4,324	,000
	Amabilidade	-,047	,739	-,009	-,063	,950
	Abertura à Experiência	-,576	,515	-,157	-1,118	,275
	Conscienciosidade	,915	,883	,162	1,036	,311
	Extroversão	-1,041	,687	-,227	-1,514	,144

a. Dependent Variable: Aspectos Sociais

Regressão entre o stresse global do FPI e as dimensões do NEO-FFI-20 para nos homens

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,631 ^a	,399	,248	19,15175

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade, Conscienciosidade, NEURO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4863,593	5	972,719	2,652	,054 ^a
	Residual	7335,791	20	366,790		
	Total	12199,385	25			

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade, Conscienciosidade, NEURO

b. Dependent Variable: STRESS_TOT

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	111,871	50,577		2,212	,039
	Amabilidade	1,664	1,519	,199	1,095	,286
	Abertura à Experiência	-1,240	1,392	-,166	-,891	,384
	NEURO	4,322	1,715	,527	2,520	,020
	Conscienciosidade	-3,073	3,235	-,181	-,950	,354
	Extroversão	1,898	2,646	,150	,717	,482

a. Dependent Variable: STRESS_TOT

Regressão linear das dimensões de personalidade como predictoras dos aspectos sociais nos homens

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,496 ^a	,246	,082	6,84035

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Amabilidade, Abertura à Experiência, NEURO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	350,511	5	70,102	1,498	,229 ^a
	Residual	1076,178	23	46,790		
	Total	1426,690	28			

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Amabilidade, Abertura à Experiência, NEURO

b. Dependent Variable: Aspectos Sociais

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	27,172	17,438		1,558	,133
	NEURO	,826	,608	,298	1,359	,187
	Amabilidade	,064	,531	,023	,120	,905
	Abertura à Experiência	-,769	,447	-,333	-1,719	,099
	Conscienciosidade	-,334	1,061	-,063	-,315	,756
	Extroversão	-,116	,938	-,027	-,124	,903

a. Dependent Variable: Aspectos Sociais

Regressão linear das dimensões de personalidade como predictoras dos aspectos sexuais nos homens

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,416 ^a	,173	,001	5,36112

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Amabilidade, Abertura à Experiência, NEURO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	144,500	5	28,900	1,006	,436 ^a
	Residual	689,800	24	28,742		
	Total	834,300	29			

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Amabilidade, Abertura à Experiência, NEURO

b. Dependent Variable: Aspectos Sexuais

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	25,677	13,057		1,967	,061
	NEURO	,292	,462	,140	,632	,533
	Amabilidade	,318	,416	,147	,765	,452
	Abertura à Experiência	-,215	,341	-,126	-,630	,535
	Conscienciosidade	-,820	,811	-,208	-1,011	,322
	Extroversão	-,546	,691	-,174	-,791	,437

a. Dependent Variable: Aspectos Sexuais

Regressão linear das dimensões de personalidade como predictoras dos aspectos relacionais nos homens

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,456 ^a	,208	,043	6,11473

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Amabilidade, Abertura à Experiência, NEURO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	235,843	5	47,169	1,262	,313 ^a
	Residual	897,357	24	37,390		
	Total	1133,200	29			

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Amabilidade, Abertura à Experiência, NEURO

b. Dependent Variable: ASP_RELAC

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	37,542	14,892		2,521	,019
	NEURO	-,020	,527	-,008	-,037	,971
	Amabilidade	,501	,475	,198	1,055	,302
	Abertura à Experiência	-,266	,389	-,134	-,684	,500
	Conscienciosidade	-1,682	,925	-,365	-1,818	,082
	Extroversão	-,044	,788	-,012	-,056	,956

a. Dependent Variable: ASP_RELAC

Regressão linear das dimensões de personalidade como predictoras da rejeição da vida sem filhos nos homens

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,512 ^a	,262	,108	5,94694

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Amabilidade, Abertura à Experiência, NEURO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	301,515	5	60,303	1,705	,172 ^a
	Residual	848,785	24	35,366		
	Total	1150,300	29			

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Conscienciosidade, Amabilidade, Abertura à Experiência, NEURO

b. Dependent Variable: Rejeição da Vida sem Filhos

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-4,795	14,570		-,329	,745
	NEURO	1,264	,510	,516	2,478	,021
	Amabilidade	,326	,461	,129	,708	,486
	Abertura à Experiência	,165	,401	,080	,412	,684
	Conscienciosidade	1,385	,941	,293	1,471	,154
	Extroversão	,877	,764	,238	1,148	,262

a. Dependent Variable: Rejeição da Vida sem Filhos

Regressão linear das dimensões de personalidade como predictoras da necessidade de parentalidade nos homens

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,509 ^a	,259	,105	7,07825

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade, Conscienciosidade, NEURO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	420,761	5	84,152	1,680	,178 ^a
	Residual	1202,439	24	50,102		
	Total	1623,200	29			

a. Predictors: (Constant), Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade, Conscienciosidade, NEURO

b. Dependent Variable: Necessidade de Parentalidade

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-,187	17,640		-,011	,992
	NEURO	1,462	,606	,504	2,410	,024
	Amabilidade	,497	,550	,164	,905	,375
	Abertura à Experiência	-,182	,458	-,073	-,397	,695
	Conscienciosidade	1,065	1,108	,181	,962	,346
	Extroversão	1,502	,913	,343	1,646	,113

a. Dependent Variable: Necessidade de Parentalidade

Anexo M

Outputs das Análises de Regressão da Ansiedade, Depressão e Stresse como Variáveis Predictoras do Stresse Específico da Infertilidade

Regressão entre Stresse Global do FPI e Ansiedade, Depressão e Stresse para a totalidade da Amostra

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,699 ^a	,489	,459	21,93924

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	23454,083	3	7818,028	16,243	,000 ^a
	Residual	24547,845	51	481,330		
	Total	48001,927	54			

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

b. Dependent Variable: STRESS_TOT

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	119,534	5,131		23,298	,000
	Stress	-,359	1,494	-,037	-,240	,811
	Ansiedade	,334	1,659	,031	,201	,841
	Depressão	5,953	1,108	,703	5,373	,000

a. Dependent Variable: STRESS_TOT

Regressão linear da ansiedade depressão e stresse como predictoras dos aspectos sociais nas mulheres

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,668 ^a	,446	,386	7,97177

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1430,501	3	476,834	7,503	,001 ^a
	Residual	1779,374	28	63,549		
	Total	3209,875	31			

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

b. Dependent Variable: Aspectos Sociais

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	21,088	2,764		7,631	,000
	Stress	-,065	,739	-,021	-,088	,931
	Ansiedade	,393	,762	,124	,516	,610
	Depressão	1,411	,440	,598	3,205	,003

a. Dependent Variable: Aspectos Sociais

Regressão linear da ansiedade depressão e stresse como predictoras dos aspectos sexuais nas mulheres

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,750 ^a	,562	,516	5,82642

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1262,260	3	420,753	12,394	,000 ^a
	Residual	984,468	29	33,947		
	Total	2246,727	32			

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

b. Dependent Variable: Aspectos Sexuais

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	10,880	1,999		5,444	,000
	Stress	,711	,530	,278	1,342	,190
	Ansiedade	-,384	,528	-,149	-,728	,473
	Depressão	1,279	,321	,649	3,983	,000

a. Dependent Variable: Aspectos Sexuais

Regressão linear da ansiedade depressão e stresse como predictoras dos aspectos relacionais nas mulheres

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,697 ^a	,486	,433	7,61813

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1593,686	3	531,229	9,153	,000 ^a
	Residual	1683,042	29	58,036		
	Total	3276,727	32			

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

b. Dependent Variable: ASP_RELAC

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	14,353	2,613		5,492	,000
	Stress	,860	,693	,278	1,242	,224
	Ansiedade	,054	,690	,017	,078	,938
	Depressão	1,131	,420	,475	2,693	,012

a. Dependent Variable: ASP_RELAC

Regressão linear da ansiedade depressão e stresse como predictoras da rejeição da vida sem filhos nas mulheres

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,435 ^a	,189	,099	6,32772

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	251,630	3	83,877	2,095	,124 ^a
	Residual	1081,080	27	40,040		
	Total	1332,710	30			

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

b. Dependent Variable: Rejeição da Vida sem Filhos

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	34,376	2,173		15,819	,000
	Stress	-,464	,579	-,232	-,801	,430
	Ansiedade	-,541	,588	-,264	-,921	,365
	Depressão	,844	,349	,550	2,419	,023

a. Dependent Variable: Rejeição da Vida sem Filhos

Regressão linear da ansiedade depressão e stresse como predictoras da necessidade de parentalidade nas mulheres

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,407 ^a	,165	,069	7,64005

a. Predictors: (Constant), Depressão, Stress, Ansiedade

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	300,672	3	100,224	1,717	,188 ^a
	Residual	1517,628	26	58,370		
	Total	1818,300	29			

a. Predictors: (Constant), Depressão, Stress, Ansiedade

b. Dependent Variable: Necessidade de Parentalidade

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	41,475	2,685		15,447	,000
	Stress	-,039	,719	-,016	-,054	,957
	Ansiedade	,033	,732	,014	,045	,964
	Depressão	,733	,423	,408	1,736	,094

a. Dependent Variable: Necessidade de Parentalidade

Regressão linear da ansiedade depressão e stresse como predictoras da necessidade de parentalidade nos homens

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,451 ^a	,204	,115	7,03707

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	342,047	3	114,016	2,302	,100 ^a
	Residual	1337,050	27	49,520		
	Total	1679,097	30			

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

b. Dependent Variable: Necessidade de Parentalidade

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	36,959	2,234		16,540	,000
	Stress	,242	,714	,081	,339	,737
	Ansiedade	-1,363	,862	-,365	-1,581	,126
	Depressão	2,014	,895	,514	2,250	,033

a. Dependent Variable: Necessidade de Parentalidade

Regressão linear da ansiedade depressão e stresse como predictoras da rejeição da vida sem filhos nos homens

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,193 ^a	,037	-,070	6,47967

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	43,859	3	14,620	,348	,791 ^a
	Residual	1133,625	27	41,986		
	Total	1177,484	30			

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

b. Dependent Variable: Rejeição da Vida sem Filhos

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	32,060	2,037		15,737	,000
	Stress	-,497	,658	-,200	-,755	,457
	Ansiedade	-,142	,791	-,046	-,179	,859
	Depressão	,753	,830	,230	,907	,373

a. Dependent Variable: Rejeição da Vida sem Filhos

Regressão linear da ansiedade depressão e stresse como predictoras dos aspectos relacionais nos homens

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,586 ^a	,343	,270	5,37245

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	406,886	3	135,629	4,699	,009 ^a
	Residual	779,307	27	28,863		
	Total	1186,194	30			

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

b. Dependent Variable: ASP_RELAC

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	19,381	1,681		11,530	,000
	Stress	-,581	,546	-,234	-1,065	,296
	Ansiedade	,382	,657	,123	,582	,565
	Depressão	2,071	,685	,635	3,025	,005

a. Dependent Variable: ASP_RELAC

Regressão linear da ansiedade depressão e stresse como predictoras dos aspectos sexuais nos homens

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,695 ^a	,483	,426	4,01187

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	406,787	3	135,596	8,425	,000 ^a
	Residual	434,568	27	16,095		
	Total	841,355	30			

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

b. Dependent Variable: Aspectos Sexuais

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	12,431	1,255		9,904	,000
	Stress	-,474	,407	-,226	-1,164	,255
	Ansiedade	-,451	,490	-,173	-,920	,366
	Depressão	2,427	,511	,883	4,746	,000

a. Dependent Variable: Aspectos Sexuais

Regressão linear da ansiedade depressão e stresse como predictoras dos aspectos sociais nos homens

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,440 ^a	,193	,100	6,65512

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	275,911	3	91,970	2,077	,128 ^a
	Residual	1151,556	26	44,291		
	Total	1427,467	29			

a. Predictors: (Constant), Depressão, Ansiedade, Stress

b. Dependent Variable: Aspectos Sociais

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	18,669	2,096		8,908	,000
	Stress	-,522	,699	-,190	-,748	,461
	Ansiedade	,268	,817	,078	,328	,746
	Depressão	1,793	,866	,496	2,071	,048

a. Dependent Variable: Aspectos Sociais

Anexo N

Outputs das Análises de Regressão do Stresse Especifico da Infertilidade como Predictor do Desajustamento à Fertilidade

Regressão entre o Desajustamento à Fertilidade e o Stresse Global do FPI para o total da amostra

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,781 ^a	,611	,603	18,95905

a. Predictors: (Constant), Desajustamento à Fertilidade

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	29301,820	1	29301,820	81,520	,000 ^a
	Residual	18691,161	52	359,445		
	Total	47992,981	53			

a. Predictors: (Constant), Desajustamento à Fertilidade

b. Dependent Variable: STRESS_TOT

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	42,570	10,130		4,202	,000
	Desajustamento à Fertilidade	2,580	,286	,781	9,029	,000

a. Dependent Variable: STRESS_TOT

Regressão do Stresse Especifico da Infertilidade como predictor do Desajustamento à Fertilidade para o total da amostra

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,869 ^a	,755	,730	4,73840

a. Predictors: (Constant), Necessidade de Parentalidade, ASP_RELAC, Rejeição da Vida sem Filhos, Aspectos Sociais, Aspectos Sexuais

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3323,117	5	664,623	29,601	,000 ^a
	Residual	1077,717	48	22,452		
	Total	4400,833	53			

a. Predictors: (Constant), Necessidade de Parentalidade, ASP_RELAC, Rejeição da Vida sem Filhos, Aspectos Sociais, Aspectos Sexuais

b. Dependent Variable: Desajustamento à Fertilidade

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-3,268	4,123		-,793	,432
	Aspectos Sociais	,509	,134	,495	3,787	,000
	Aspectos Sexuais	-,121	,184	-,096	-,657	,514
	ASP_RELAC	-,083	,119	-,073	-,698	,489
	Rejeição da Vida sem Filhos	,181	,130	,127	1,390	,171
	Necessidade de Parentalidade	,594	,124	,520	4,806	,000

a. Dependent Variable: Desajustamento à Fertilidade

Regressão do Stresse Específico da Infertilidade como predictor do Desajustamento à Fertilidade nas mulheres

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,920 ^a	,846	,809	4,01540

a. Predictors: (Constant), Necessidade de Parentalidade, ASP_RELAC, Rejeição da Vida sem Filhos, Aspectos Sociais, Aspectos Sexuais

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1855,408	5	371,082	23,015	,000 ^a
	Residual	338,592	21	16,123		
	Total	2194,000	26			

a. Predictors: (Constant), Necessidade de Parentalidade, ASP_RELAC, Rejeição da Vida sem Filhos, Aspectos Sociais, Aspectos Sexuais

b. Dependent Variable: Desajustamento à Fertilidade

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-7,118	5,274		-1,350	,192
	Aspectos Sociais	,742	,166	,811	4,473	,000
	Aspectos Sexuais	-,486	,239	-,445	-2,033	,055
	ASP_RELAC	-,114	,164	-,117	-,690	,498
	Rejeição da Vida sem Filhos	,172	,152	,126	1,133	,270
	Necessidade de Parentalidade	,702	,160	,617	4,384	,000

a. Dependent Variable: Desajustamento à Fertilidade

Regressão do Stresse Específico da Infertilidade como predictor do Desajustamento à Fertilidade nos homens

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,842 ^a	,708	,639	5,24217

a. Predictors: (Constant), Necessidade de Parentalidade, ASP_RELAC, Aspectos Sociais, Rejeição da Vida sem Filhos, Aspectos Sexuais

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1401,579	5	280,316	10,201	,000 ^a
	Residual	577,088	21	27,480		
	Total	1978,667	26			

a. Predictors: (Constant), Necessidade de Parentalidade, ASP_RELAC, Aspectos Sociais, Rejeição da Vida sem Filhos, Aspectos Sexuais

b. Dependent Variable: Desajustamento à Fertilidade

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-6,050	6,965		-,869	,395
	Aspectos Sociais	,308	,222	,243	1,387	,180
	Aspectos Sexuais	,320	,290	,197	1,106	,281
	ASP_RELAC	-,069	,193	-,050	-,357	,725
	Rejeição da Vida sem Filhos	,159	,216	,108	,735	,471
	Necessidade de Parentalidade	,641	,193	,536	3,316	,003

a. Dependent Variable: Desajustamento à Fertilidade