



# LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

“Desejo Medicamente Assistido”:  
ASPETOS PSICOLÓGICOS EM MULHERES  
COM DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDADE.

SUSANA DA PALMA ARAÚJO QUINTELA

Orientador de Dissertação:  
PROF. DOUTOR EDUARDO SÁ

Coordenador de Seminário de Dissertação:  
PROF. DOUTOR EDUARDO SÁ

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do  
grau de:  
MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA  
Especialidade em Psicologia Clínica

2013

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor Eduardo Sá, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais pelo suporte e incentivo, e em especial à minha mãe que sempre acreditou que eu iria mais longe.

Aos meus sobrinhos Lara Jorge e Diogo Maria por encherem a minha vida de cor. Ao meu tio Manuel, por ser o meu porto seguro. À minha avó Maria da Luz, por continuar a iluminar-me.

Ao Prof. Doutor Carlos Ramalhão, por nunca ter desistido de mim. Pela sua amizade e ajuda constante.

À minha analista, por ajudar-me a sentir que a vida não é a preto e branco. A minha, está cheia de cores!

Ao Prof. Doutor Eduardo Sá, por me ter aceite no seminário de dissertação, pela sua orientação e permanente inspiração.

Ao Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia nas pessoas da Dra. Eduarda Felgueira, Enfermeira Rosário, Enfermeira Lurdes e Enfermeira Susana, pelo auxílio e apoio. A todas as mulheres da consulta de infertilidade que gentilmente aceitaram “conversar” comigo.

Ao Prof. Doutor José Pedro Araújo, pela ajuda preciosa no tratamento e análise de dados.

À Dra. Cláudia Túlio, pela amizade que tanto prezo.

Ao Nuno, pelo carinho e companheirismo.

A todos os que de alguma forma me auxiliaram na elaboração desta dissertação, tornando-a possível.

Susana Quintela

## RESUMO

Com esta investigação pretende-se estudar a relação entre o tipo de infertilidade e os aspetos psicológicos em mulheres inférteis, estabelecendo como objetivo principal a análise dos níveis de *stress*, ansiedade e depressão.

Investiga-se a possibilidade de existirem diferenças significativas entre dois grupos: o grupo de mulheres com infertilidade feminina (G1) e o grupo de mulheres com infertilidade masculina e/ou desconhecida (G2).

Questiona-se, assim, se no género feminino o tipo de infertilidade – feminina, masculina e/ou desconhecida – tem influência nas variáveis psicológicas em causa.

Trata-se de um estudo comparativo, que contou com a participação de 70 mulheres no total, com idades compreendidas entre os 24 e os 40 anos. 30 Mulheres constituem a amostra de infertilidade de fator feminino e 40 mulheres compõem a amostra de fator masculino e/ou desconhecido.

Esperam-se encontrar diferenças significativas entre os grupos relativamente às variáveis independentes - infertilidade feminina e infertilidade masculina e/ou desconhecida – na sua relação com as variáveis dependentes - *stress*, ansiedade e depressão.

Por forma a conseguir estudar-se o proposto recorreu-se aos instrumentos seguintes: um Questionário Sociodemográfico e Clínico, que permite a caracterização dos sujeitos relativamente a variáveis sociodemográficas e clínicas, o Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) (Newton et al., 2005 na versão portuguesa de M. Moura-Ramos, S. Gameiro & M. C. Canavarro, 2006) que permite aceder ao nível de *stress* associado à infertilidade, e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (L.R. Derogatis, 1993 na versão portuguesa de M. C. Canavarro, 1995), que apesar de englobar informação sobre 9 escalas específicas de sintomatologia clínica, para este estudo serão utilizadas, apenas, as escalas de ansiedade e depressão.

Da comparação do grupo de mulheres inférteis de causa feminina com o grupo de mulheres inférteis de causa masculina e/ou desconhecida, não se encontram diferenças significativas relativamente às variáveis psicológicas em estudo. Os resultados sugerem que no género feminino o tipo de infertilidade diagnosticada não tem influência nos níveis de *stress*, ansiedade e depressão que apresentam.

*Palavras-chave:* Tipo de infertilidade; *stress*; ansiedade, depressão.

## **ABSTRACT**

The present investigation intends to study the relation between the infertility type and psychological aspects of infertile women, establishing as main purpose the analysis of stress, anxiety and depression levels, concerning the type of infertility diagnosed.

This study purposes to examine the possibility to exist important differences between the two groups of study: the group of women with female infertility (G1) and the group of women with male and/or unknown infertility (G2).

We investigate, on female sex, if the infertility type – female, male and/or unknown – influences the psychological variables implied.

It's a comparative study with 70 women with age comprised between 24 and 40 years old. 30 women represent the sample of infertility's female cause, and 40 women represent the sample of male and/or unknown cause of infertility.

We expect to find significant differences between the two groups in relation to stress, anxiety and depression.

To be able to examine the proposal we used the following measures: a questionnaire of sample characterization, which allows the description of our sample in relation to social, demographic and clinic values; the Fertility Problem Inventory (FPI) (Newton et al., 2005 in the portuguese version of M. Moura-Ramos, S. Gameiro & M. C. Canavarro, 2006) that allows to know about the stress associated to infertility, and the Brief Symptom Inventory (BSI) (L.R. Derogatis, 1993 in the portuguese version of M. C. Canavarro, 1995), that provides the levels of anxiety and depression.

When compared for levels of stress, anxiety and depression, there are no meaningful differences between our groups. The results suggest that the infertility type doesn't influence the levels of stress, anxiety and depression on women.

*Keywords:* Infertility type; stress; anxiety; depression.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. O Desejo de ter um Filho.....	4
2. Infertilidade.....	8
2.1 Definição e Incidência Nacional e Mundial.....	8
2.2 Enquadramento.....	9
2.3 “Infertilidades”: a mulher, o homem e o casal.....	12
2.4 Procriação Medicamente Assistida.....	18
3. Metodologia.....	22
3.1 Delineamento da Investigação.....	22
3.2 Instrumentos.....	24
3.3 Procedimento.....	26
3.4 Amostra.....	26
4. Resultados.....	35
5. Discussão.....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS	
Anexo A - Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	54
Anexo B - Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF).....	56
Anexo C - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).....	58
Anexo D - Consentimento Informado.....	60
Anexo E - Tratamento Estatístico (SPSS).....	63

## LISTA DE TABELAS:

Tabela 1: Conceitos e definições.....	8
Tabela 2: Quadro síntese: Modelos Psicológicos da Infertilidade.....	11
Tabela 3: Quadro síntese: Revisão de artigos científicos sobre infertilidade.....	16
Tabela 4: Técnicas PMA: Progenitores com vínculo biológico com o filho.....	20
Tabela 5: Técnicas PMA: Um progenitor com vínculo biológico com o filho.....	21
Tabela 6: Técnicas PMA: Progenitores sem vínculo biológico com o filho.....	21
Tabela 7: BSI: Escalas de Ansiedade e Depressão.....	25
Tabela 8: Relação Idade/Género no casal infértil.....	28
Tabela 9: Comparação dos grupos G1 e G2 em função da variável sociodemográfica “Idade” no casal infértil.....	35
Tabela 10: Aspectos Psicológicos: Comparação dos grupos G1 e G2 em função da variável sociodemográfica “Idade”.....	36
Tabela 11: Aspectos Psicológicos: Comparação dos grupos G1 e G2 em função da variável clínica “Tempo de Infertilidade”.....	36
Tabela 12: Aspectos Psicológicos: Comparação dos grupos G1 e G2.....	37

## LISTA DE FIGURAS:

Figura 1: Idade das mulheres.....	28
Figura 2: Idade dos homens.....	28
Figura 3: Nacionalidade.....	29
Figura 4: Religião.....	29
Figura 5: Grau de formação nas mulheres.....	30
Figura 6: Grau de formação nos homens.....	30
Figura 7: Tipo de Infertilidade.....	31
Figura 8: Tempo tentativa engravidar.....	31
Figura 9: Tratamentos.....	32
Figura 10: Gravidez.....	32
Figura 11: Filhos.....	33
Figura 12: Filhos/Outros.....	33
Figura 13: Fase do Processo.....	34

## LISTA DE ABREVIATURAS:

- G1 – Grupo de mulheres de casais inférteis com fator feminino diagnosticado
- G2 - Grupo de mulheres de casais inférteis com fator masculino diagnosticado e/ou desconhecido
- ESHRE – Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- IPF (FPI) – Inventário de Problemas de Fertilidade (Fertility Problem Inventory)
- BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory)
- PMA – Procriação Medicamente Assistida
- IA – Inseminação Artificial
- FIV – Fecundação *In Vitro*
- FIVETE – Fecundação *In Vitro* com Transferência de Embriões
- ICSI – Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozóides
- GIFT – Transferência Intratubar de Gâmetas

## INTRODUÇÃO

A maioria das mulheres aproxima-se da idade adulta com expectativas de um dia ser mãe, porém, para algumas este é um projecto difícil de alcançar. Muitas mulheres entram num processo doloroso e prolongado que pode envolver muitos anos das suas vidas e esgotar muita da sua energia física e emocional (Santos & Vara, 2001/2002, p. 215).

Tendo em conta os resultados do estudo Afrodite<sup>1</sup>, estima-se que a esterilidade afete cerca de 9 a 10% da população em Portugal, e 9% da população europeia (Santos & Moura-Ramos, 2010). O aumento da procura de técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) é multideterminado, nomeadamente pelo adiar da primeira gravidez na mulher, pela utilização prolongada de contraceção e pela maior facilidade de contrair doenças sexualmente transmissíveis, com o aumento do número médio de parceiros e conseqüente risco de infeções genitais. Um maior número de casos de endometriose, o tabaco e o consumo excessivo de álcool e drogas também contribuem para este aumento (Santos & Moura-Ramos, 2010). Os fatores emocionais do casal podem ligar-se, também, a esta procura da PMA, pois estão intimamente relacionados com os casos de esterilidade conjugal, “em que a dinâmica do casal é a principal responsável” (Faria, 1990, citado por Serra & Algarvio, 2006, p. 149). No entanto um dos fatores mais importantes na determinação da fertilidade de um casal, e conseqüente taxa de sucesso da PMA, é a idade da mulher, já que se verifica a diminuição da fertilidade para metade entre os 30 e os 35 anos de idade, e para um terço entre os 35 e os 40 anos de idade da mulher (Santos & Moura-Ramos, 2010). Por fim, a influência do *stress*<sup>2</sup>, como característica da sociedade moderna, é tida em conta na fertilidade do casal uma vez que “para além de reduzir a libido, pode afetar a ovulação e a espermatogénese, por disfunção endócrina com origem no sistema nervoso central” (Santos & Moura-Ramos, 2010, p. 25).

A infertilidade é entendida como um problema do casal, contudo, tendo em conta o funcionamento corporal e reprodutivo, é a mulher quem mais se sujeita aos tratamentos médicos, mesmo quando a causa masculina é confirmada. Algumas mulheres, nestes casos, continuam a sentir-se responsáveis pelo diagnóstico (Pfeffer & Woollett, 1983). A investigação nesta área tem

---

<sup>1</sup> Silva-Carvalho, J. L. e Santos, A. (2009). *Estudo Afrodite: Caracterização da infertilidade em Portugal (Vol. I. Estudo na Comunidade)*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

<sup>2</sup> De difícil tradução para português, “o termo provém do verbo stringo, stringere, strinxi, strictum que tem como significado apertar, comprimir, restringir. A expressão existe na língua inglesa desde o século XIV sendo utilizada, durante bastante tempo para exprimir uma pressão de natureza física. Apenas no século XIX o conceito se alargou para passar a significar também as pressões que incidem sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana” (Serra, 2002, p.13).

sido extensa e variada. Examinando as diferenças de género na infertilidade a maior parte dos estudos conclui que as mulheres de casais inférteis são emocionalmente mais afetadas do que os seus companheiros. De acordo com um estudo de Wright, Duchesne, Sabourin, Bissonnette, Benoit e Girard (1991), os casais inférteis apresentam elevados níveis de depressão, ansiedade e *stress*, comparativamente com casais sem problemas de fertilidade. No entanto, verifica-se que a reação emocional varia de acordo com o género. Homens e mulheres respondem de forma diferente, sendo que o parceiro feminino é aquele que apresenta reações emocionais mais significativas. Newton, Hearn, Yuzpe e Houle (1992), citado por Santos & Vara (2001/2002), demonstram que mulheres férteis com parceiros estéreis apresentam níveis de *stress* similares aos das mulheres que não conseguem conceber. Segundo este estudo a infertilidade afeta mais as mulheres do que os homens. Greil (1997) conclui que a infertilidade é uma experiência mais stressante para as mulheres do que para os homens. Newton, Sherrard e Glavac (1999) aplicam o Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) a casais inférteis e demonstram que as mulheres apresentam maior *stress* global associado à infertilidade do que os homens. Nos casos de infertilidade masculina, tanto homens como mulheres demonstram elevado *stress* global, comparativamente com casos de infertilidade feminina. Peterson, Newton e Feingold (2007) encontram nas mulheres níveis de ansiedade e *stress* superiores em relação aos homens, e revelam que para os homens, a ansiedade e o *stress* na infertilidade parece estar mais relacionada com a performance sexual.

A infertilidade é definida como um processo de crise na vida dos casais. O símbolo chinês para a palavra crise é composto por duas, perigo e oportunidade. Emocionalmente pode constituir-se como uma oportunidade de crescimento para o casal. Esta crise emocional será variável de acordo com a capacidade de comunicação do casal, com a importância de um filho biológico para a identidade do casal, com as atitudes de terceiros, e de forma especial dos técnicos de PMA, e com o suporte de familiares e amigos (Mahlstedt, 1985). Mahlstedt (1985) fala no impacto psicológico que o diagnóstico e tratamento de infertilidade provocam num casal. A incapacidade de ter um filho biológico, como desejariam, traduz-se, para a maioria dos casais, num forte abalo na autoestima, sendo que a dimensão sexual também é fortemente afetada. Predominam sentimentos de perda de confiança, de segurança, de saúde e de esperança. E a repetição de ciclos de tratamento de fertilidade sem sucesso potencia a depressão, sentimento de perda, *stress*, raiva e culpa. Os técnicos de PMA lidam, então com homens e mulheres com diferentes níveis de sofrimento emocional. Para a autora existem duas questões importantes a ter em conta, as possíveis consequências emocionais decorrentes da infertilidade, e os sentimentos e atitudes dos pacientes como influentes no processo de tratamento e sucesso do mesmo. Perante

isto é importante pensarmos a infertilidade tendo em conta, por um lado, a componente médica, e a componente psicológica, por outro. Torna-se, assim, fundamental refletir sobre os aspetos psicológicos, pessoais de cada casal, para além dos aspetos médicos.

De acordo com a recolha bibliográfica efetuada no âmbito deste projeto, a maior parte dos estudos sobre infertilidade testam as variáveis fértil versus infértil e homem versus mulher. Várias investigações que examinaram diferenças de género na infertilidade concluíram que as mulheres de casais inférteis são emocionalmente mais afetadas do que os homens. Partindo deste pressuposto interessa, neste estudo, considerar o tipo de infertilidade como variável importante no processo para o género feminino. Posto isto, esta investigação recai sobre as mulheres que recorrem a técnicas de PMA e de forma particular sobre a existência, ou não, de diferenças significativas na resposta emocional entre mulheres com diferentes tipos de infertilidade. Por forma a estudar o proposto, estabeleceu-se como objetivo geral a comparação dos níveis de *stress*, ansiedade e depressão entre dois grupos, o grupo G1 que corresponde ao grupo de mulheres com infertilidade feminina e o grupo G2, que corresponde ao grupo de mulheres com infertilidade masculina e/ou desconhecida.

Neste estudo utiliza-se o tipo de infertilidade para identificar o elemento do casal a quem é atribuído o fator de infertilidade. Deste modo a expressão *mulheres com infertilidade feminina* é utilizada nos casos em que o problema de fertilidade do casal é diagnosticado ao elemento feminino, a expressão *mulheres com infertilidade masculina* é utilizada para os casos em que o problema de fertilidade do casal é identificado ao elemento masculino, e a expressão *mulheres com infertilidade desconhecida* significa que não é diagnosticado um fator orgânico que justifique a infertilidade no casal.

A estruturação do nosso estudo foi pensada por forma a expor os temas que julgamos mais pertinentes quando se investiga um assunto como a infertilidade. Porque achamos que não faz sentido escrever sobre a infertilidade sem perceber os fatores que envolvem o desejo de ter um filho, numa mulher, abrimos o enquadramento teórico precisamente com este tema no capítulo 1. Segue-se o capítulo 2 dedicado à infertilidade, onde é feito um breve enquadramento do tema, são expostas algumas investigações que julgamos importantes referenciar no âmbito do nosso estudo, são identificadas as diferenças apontadas na literatura entre os géneros masculino e feminino, e, por fim, são abordadas as várias técnicas de PMA, mais sob uma perspetiva biológica e emocional dos intervenientes, do que propriamente técnica. O capítulo 3 diz respeito à metodologia que engloba o delineamento da investigação, os instrumentos utilizados e a caracterização da amostra. Os resultados e respetiva análise compõem o capítulo 4, seguido do

capítulo 5 com a discussão que encerra em si as principais conclusões e as ilações a retirar do nosso estudo.

### **1. O Desejo de ter um Filho.**

L'enfant naît du désir de ses parents  
(Lazaratou & Golse, 2006, p. 576).

Mas a que corresponderá efetivamente esse desejo?

Aos valores universais de “conservação e continuação da espécie”, à transmissão de “valores simbólicos e materiais na perpetuação da árvore genealógica”, e aos valores sociais inerentes à fundação da família e à estabilidade da relação conjugal, que encerram em si valores pessoais, angústias e questões existenciais. Será nesta amálgama de correspondências que o desejo de ter um filho se elabora. Desejar ter um filho reenvia, então, para uma fantasia de onipotência numa vitória sobre a morte, de continuidade do *self* e de reencontro com as imagos parentais (Lazaratou & Golse, 2006).

Desejar ter um filho terá correspondência, pelo menos, a duas interpretações, consciente e inconsciente. A interpretação consciente permite pensar neste desejar ter um filho como uma certificação do materno e paterno (Santos & Vara, 2001/2002). Significa ser mãe e ser pai, assim como os antecedentes familiares o foram. E significa ainda, através do próprio filho, a capacidade em ultrapassar o destino e fitar a perecibilidade do corpo (Bydlowski, 1984). Do ponto de vista familiar e social, esta idealização do filho, tornada real numa gravidez bem sucedida, é, para muitos casais, a conquista do eterno e do imortal. (Santos & Vara, 2001/2002). Para os casais que não conseguem ter filhos, este desejo de perpetuação adquire o significado de maldição. A não realização deste desejo é, na maioria das culturas, vivido como um castigo (Bydlowski, 1984).

«(...) Tinha duas mulheres, uma chamada Ana e outra Fenena. Esta tinha filhos; Ana, porém, não os tinha. Todos os anos este homem subia de sua cidade a Silo para adorar o Senhor dos exércitos e oferecer-Lhe um sacrifício. (...) Cada vez que Elcana oferecia um sacrifício, dava porções à sua mulher Fenena, bem como aos seus filhos e filhas. Mas dava uma porção dupla a Ana, porque a amava, embora o Senhor a tivesse tornado estéril» (Primeiro Livro de Samuel, Versículo 1).

À luz da religião uma gravidez, desejada e conseguida, é interpretada como um dom concedido por Deus com efeito compensatório, sendo que “a infertilidade seria uma punição ou um sofrimento imposto por uma lógica que nos escaparia, mas que teria certamente uma razão expiatória ou de formação da personalidade pelo sofrimento” (Sousa & Sá, 2008, p. 196). Muitas

convicções religiosas incentivam na mulher o dever de ser fértil e de procriar (Colman & Colman, 1994).

À semelhança de todos os desejos humanos, o desejo de ter um filho comporta também significados inconscientes, desconhecidos. A este propósito importa distinguir o desejo de ter um filho, como sujeito autónomo, do desejo de ter uma gravidez. O projeto inconsciente do desejo de ter um filho pode passar pela realização do sentimento de plenitude na mulher (Bydlowski, 1984), pela satisfação narcísica e pela necessidade de reviver ligações afetivas passadas através da nova ligação com o filho (Brazelton, 2001). Isto justifica a escolha da gravidez como momento de estudo dado que confere um acesso privilegiado a significados inconscientes projetados na criança. Importa ainda introduzir neste contexto o conceito de bebé imaginário, o filho reparador que vem colmatar sentimentos de solidão e de perda vividos pela mulher (Bydlowski, 1984).

Para Brazelton (2001) o desejo de ter um filho, numa mulher, funde vários fatores: 1– *Identificação*. A criança, ao longo do seu crescimento, desenvolve autonomia e integra o comportamento materno, através da imitação, perfeccionado na relação com as mulheres que lhe são mais próximas. Estas imitações quando reforçadas pelas pessoas que convivem com a criança, promovem a identificação inconsciente com a sua mãe, ou com outra pessoa que assuma uma postura maternal. Este mecanismo de identificação acontece, aproximadamente no início do segundo ano de vida, quando a criança cuida, abraça e embala uma boneca da mesma forma que a sua mãe fez consigo. Ela absorveu todo um tipo de repertório comportamental repleto de gestos, ritmos, comportamento facial e vocal, recorrendo à imitação, à sua própria experiência através dos cuidados que lhe eram prestados, e à identificação com a sua mãe; 2– *Desejos de completude e onnipotência*. O desejo de ter um filho é alimentado por um motivo narcisista, que permite à mulher construir uma imagem de si como um ser completo, e promovido por fantasias de perfeição e onnipotência, justificadas pela capacidade de se duplicar, e pela possibilidade de atingir os seus ideais. O desejo de completude é saciado com a gravidez e com um filho. Para outras mulheres este desejo é satisfeito com o desejo de engravidar, dado que a gravidez é um estado que lhes confere a possibilidade de se sentirem completas e de sentirem que o seu corpo é produtivo. Este sentimento de completude é adquirido através do seu filho, que é encarado pela mãe como uma projeção de si. “Um dos postulados básicos da teoria psicanalítica do narcisismo é que existe uma tendência para favorecer estas fantasias de perfeição e onnipotência, e que é com base nessa preferência que se constrói o sentimento último do eu num ser humano” (Brazelton, 2001, p.25); 3– *Desejos de fusão e de união com o outro*. A fantasia de simbiose, inerente à gravidez, alimentada pelo sentimento de perfeição na mulher, reforça o desejo de fusão com o seu filho e promove desejos de união com a sua própria mãe. O desejo de ter um filho é, então, o

desejo de uma relação mais profunda e de satisfação das fantasias de infância; 4- *O desejo de rever-se no filho*. Desejar ter um filho pode implicar também desejar a existência de um duplo, alimentando um sentimento de imortalidade através do seu filho como prova da existência da mulher. Um filho representa, assim, a continuidade de uma cadeia geracional que une os pais aos seus antepassados. O termo “ver-se ao espelho” é fundamental a nível narcísico, no que respeita ao desenvolvimento e manutenção de uma imagem sadia de si próprio. É usado para descrever uma função materna, vital, que é a de possibilitar ao seu filho uma imagem de si próprio, e consequentemente provar à mulher as suas capacidades enquanto mãe. O termo é empregue para dar a entender o forte desejo da mulher em ter um bebé que a gratifique como mãe, que fortaleça o seu eu ideal, e que confirme a ideia de uma mãe bem sucedida; 5- *Realização de ideais e oportunidades perdidas*. O filho que é fantasiado pelos pais tem já predestinado um futuro brilhante que passa principalmente por ter sucesso nas áreas em que eles próprios fracassaram. Neste sentido o filho constitui a oportunidade dos pais verem suprimidas as suas limitações. O bebé imaginário é, assim, portador de um destino transgeracional e de um mandato familiar que deve realizar (Stoleru & Lebovici, 1985), uma vez que “encerra o ego ideal dos pais” (Brazelton, 2001, p.27). Segundo Kohut, citado por Brazelton (2001), o futuro filho é muito mais do que a expansão do corpo da mulher, é também a “imagem grandiosa que a mãe tem de si própria” (p. 27). Estes desejos narcisistas são importantes, na medida em que abrem caminho para a vinculação e para o desenvolvimento daquilo a que Winnicott chamou de “preocupação materna primária”, uma vez que a mãe encara o seu filho como ser único, capaz de retomar esperanças perdidas. Chegará depois o momento em que o bebé dará a confirmação à mãe de que o seu corpo funciona bem e de que é capaz de gerar vida, e aumentará a esperança de ver realizados os seus ideais. Esta esperança coloca a mãe num estado ilusório positivo, protegendo-a da ambivalência e ansiedade sentidas durante a gravidez; 6- *O desejo de retomar relações passadas*. O desejo de ter um filho assenta também na promessa de renovação de vínculos antigos e sentimentos vividos. São atribuídas ao filho, características de pessoas importantes do passado dos pais (Brazelton, 2001). A própria escolha do nome, não é tão arbitrária ou inconsciente quanto possa parecer. O nome escolhido poderá ser o mesmo de um avô amado, um parente morto, ou de um amor secreto, entre outras hipóteses (Stoleru & Lebovici, 1985). Segundo Coddington, citado por Brazelton (2001), existem estudos que revelam a frequência da gravidez na sequência do falecimento de um parente próximo. Este filho fantasiado serve, então, de mecanismo de negação de toda a dor provocada pela morte de alguém próximo. “Numa situação analítica, diríamos que o futuro filho é um objeto de transferência...” (Brazelton, 2001, p.29). A projeção de sentimentos e relações inconscientes no filho constitui uma oportunidade para os

pais de reviver e reparar situações passadas. Este filho traz consigo a esperança de reforçar experiências gratificantes do passado; 7- *Desejos duplos de identificação e separação da própria mãe*. A mulher identifica-se simultaneamente, com a sua mãe e com o bebé, desempenhando, assim, o duplo papel de mãe e filha. Com a possibilidade de gerar um filho a mulher vê cumprido o desejo de igualar-se à sua mãe, tornando-se numa mãe poderosa. A mulher transfere agora para a sua mãe os sentimentos de submissão e inferioridade vividos na situação edipiana. Esta situação é propícia a algum sentimento de culpa, mas também a fonte de um amor-próprio reforçado e de uma relação renovada com a própria mãe.

Estes são fatores essenciais para a compreensão da intensidade e profundidade do desejo de ter um filho, numa mulher, e que permitem adjetivar a vinculação ao bebé (Brazelton, 2001).

O desejo de ter um filho é, então, o culminar do desenvolvimento psicológico iniciado na infância, com o amor ambivalente que a criança sente pelos pais e com a construção do desejo edipiano, concretizado na relação amorosa adulta. Aos instintos de preservação e continuação da espécie, que estão para além do simbólico, associam-se o desejo de recriar as fantasias da infância. Reza a história, agora com um final feliz, que a renúncia ao desejo e a ameaça da castração dão lugar a um projeto conjugal, de amor e cumplicidade, que permite a transmissão transgeracional do património genético e cultural da família (Gonçalves, 2008)

## 2. Infertilidade

A Fertilidade é o espaço onde cresce o desejo e a possibilidade de ter filhos. Inscreve-se numa dimensão maior – a de Fecundidade. E a Fecundidade introduz no nosso processo individual de crescimento o apelo à relação, à criatividade, à continuidade, à implicação no mundo. É um caminho por onde cumprimos o sonho de ir mais longe e de “Existir para a Eternidade” (Neto, 2002, p. 19).

### 2.1 Definição e Incidência Nacional e Mundial

Segundo a Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia a infertilidade é definida como uma doença do sistema reprodutivo, que se caracteriza pela incapacidade em conceber após 12 meses de vida sexual ativa, ausente de métodos contraceptivos (<http://www.eshre.eu/ESHRE/English/Guidelines-Legal//ART-glossary/page.aspx/1062>). “No entanto, isso não significa que ela não possa ocorrer naturalmente após esse período ou recorrendo a técnicas específicas, uma vez que a infertilidade total, ou esterilidade, é uma situação rara” (Leal, 2005, p. 143). Segundo Santos & Moura-Ramos (2010) a palavra infertilidade é inúmeras vezes utilizada por diversos autores, que não a diferenciam de uma outra, a esterilidade. Em rigor, o termo infertilidade deve ser empregue nos casos em que se verifica a “incapacidade de levar uma gravidez a termo pela ocorrência de abortamentos repetidos” (p.9)

Tabela 1- Conceitos e definições

<i>Conceito</i>	<i>Definição</i>
Fertilidade	Apetência para conceber.
Fecundabilidade	Possibilidade de obter gravidez no decurso de um ciclo (Média de 25% de probabilidade mensal de concepção, sem recurso a contraceptivos).
Fecundidade	Possibilidade de obter um filho vivo por cada ciclo.
Infertilidade	Incapacidade de levar uma gravidez a termo.
Hipofertilidade	Definida como uma diminuição das capacidades reprodutivas e consequente aumento do tempo necessário para conceber (Fecundabilidade inferior a 5%).
Esterilidade	Estado do casal com uma impossibilidade em conceber, de obter uma gravidez de forma natural.

Fontes: Oliveira (2005); ESHRE; David et al. (1985).

Tendo em conta os resultados do estudo Afrodite, estima-se que a esterilidade afete cerca de 9 a 10% da população em Portugal, e 9% da população europeia (Santos & Moura-Ramos, 2010). As estatísticas de 2010, segundo o INE, revelam que o índice de fecundidade<sup>3</sup>, em Portugal, situa-se em 1,32 crianças por mulher, sendo que a idade média da mulher ao nascimento de um filho é de 30,6 anos. Estes dados pressupõem que haja cada vez menos famílias com mais do que um filho. (Alarcão, 2012). O decréscimo da taxa de natalidade e do índice de fecundidade são indicadores importantes das famílias contemporâneas, no contexto dos países ocidentais. A criança adquire um lugar precioso na conjugalidade, e passa a ser um bem raro e escasso, a preservar a todo o custo (Dias, 2012). Ainda mais valorizado socialmente, a expressão “um filho custe o que custar” ilustra bem o pedido de muitos casais junto das equipas médicas especializadas (Mazet, 1990).

A confirmação de um problema de fertilidade representa um importante traumatismo psíquico para o casal. A infertilidade pode ser de origem masculina e/ou feminina, total ou parcial, podendo falar-se, para cada uma das eventualidades em hipofertilidade. A esterilidade representa, tanto para o homem como para a mulher, uma rutura existencial e simbólica que os reenvia para um luto decorrente da impossibilidade de concretizar o desejo de ter um filho (David, Soulé & Noel, 1995). Sabe-se hoje, após décadas de responsabilidade de forma quase exclusiva da mulher, que os fatores de infertilidade são repartidos em 40% pela mulher, 40% pelo homem, restando 20% atribuídos a fatores mistos, dos quais cerca de 10% são de causa desconhecida (Leal, 2005). Apesar da variedade de causas, a infertilidade provoca sempre grande sofrimento aos casais que os precipita “num plano especial de hiperfragilidade” (Faria, 2001, p. 194).

## **2.2      *Enquadramento***

A infertilidade comporta uma dimensão física, uma dimensão psíquica ou emocional mas também, sem dúvida, uma dimensão sociocultural (Faria, 2001, p. 189).

A infertilidade vinha sendo encarada como um diagnóstico médico, e as investigações realçavam as causas anatómicas, fisiológicas e patológicas. À medida que se torna evidente que nem todas as causas de infertilidade poderiam ser catalogadas de origem orgânica, desenvolve-se o interesse pelo papel de fatores psicológicos. Intensifica-se o interesse pela infertilidade de causa

---

<sup>3</sup> Descendência média por mulher.

desconhecida, inexplicada ou idiopática, e somam-se estudos que pretendem examinar as adaptações psicossociais como resposta à mesma. Se, por um lado, muitos entendiam a infertilidade de causa desconhecida como uma vicissitude da limitação científica, que não possuiria meios de diagnósticos capazes de estudá-la e identificá-la, por outro lado, os casos de infertilidade medicamente inexplicados seriam uma resposta psicossomática em indivíduos que encaravam o nascimento de um filho e a parentalidade como eventos particularmente stressantes (Matos, 1995).

Iniciam-se, na década de 50, os primeiros estudos sobre os aspetos emocionais da infertilidade que incidiam no elemento feminino do casal, e visavam aceder a um perfil psicológico da mulher infértil, em particular. No entanto, em 1972, um estudo de Mai, Munday e Rump encontra características semelhantes em mulheres férteis. Descobrem, contudo, que nas mulheres inférteis verificam-se mais distúrbios de identidade e de atitudes ambivalentes em relação a ter um filho (Matos, 1995).

Durante as décadas de 60 e 70, as mulheres são caracterizadas como emocionalmente imaturas e são-lhes identificados distúrbios de personalidade, o que englobaria um quadro de perturbação psicológica grave (Matos, 1995).

Menning (1980) citado por Von Doellinger (1999) fala em crise no contexto da infertilidade, propondo que a infertilidade fosse entendida como uma ameaça ao equilíbrio conjugal, sem resolução à vista, que impossibilitaria o casal de cumprir objetivos de vida e de estabelecer objetivos futuros. Para Menning (1980) o diagnóstico de infertilidade implicaria a vivência de sentimentos de “surpresa, denegação, raiva, isolamento, culpa e desgosto” (p.215).

Em 1986, Edelman e Connolly, citados por Matos (1995), elaboram uma revisão de artigos sobre as características de pacientes com infertilidade desconhecida, e concluem que estes, de facto, apresentam maiores níveis de stresse quando comparados com pessoas férteis. Relativamente ao tipo de personalidade de pacientes inférteis de causa orgânica e pacientes de infertilidade psicogénea, não encontram fundamentos que validem a hipótese de existirem diferenças a este nível. Contudo, os pacientes inférteis de causa desconhecida apresentam maiores níveis de ansiedade. Estes estudos demonstram, efetivamente, que os pacientes com diagnóstico de infertilidade não podem ser descritos como um grupo de pessoas psicologicamente perturbadas.

Aos novos métodos de diagnóstico, sucedem novas investigações que passam a contemplar o casal e a examinar as respostas emocionais do homem e da mulher (Greil, 1997).

Tabela 2 - Quadro síntese: Modelos Psicológicos da Infertilidade

Data	Modelos	“Pensar a Infertilidade”	
<b>Anos 50</b>	1º Modelo: <b>Causas da infertilidade</b>	Doença psicossomática, sobretudo nas mulheres	
		Pressupostos psicodinâmicos para explicar causas da infertilidade: <b>atribui causa da infertilidade a conflitos inconscientes da mulher</b>	Conflito feminilidade/papel materno
		<b>Perfil mulher infértil:</b>	Medo do parto Dificuldades psicosexuais Imaturidade feminina
		Perfil desatualizado:	Características semelhantes em mulheres férteis, mas mais distúrbios de identidade e de atitudes ambivalentes face ao desejo de ter um filho
<b>Anos80</b>	2º Modelo: <b>Infertilidade como crise de vida</b>	Preocupação na qualidade atendimento ao <b>casal infértil: conflitos emocionais como consequência da infertilidade</b>	Novos métodos de diagnóstico
		Consequências emocionais no casal/ameaça equilíbrio conjugal	Permanece tónica comparativa em detrimento da individualidade: estudos sobre diferenças e semelhanças entre pacientes férteis e inférteis
	3º Modelo: <b>Stress na infertilidade</b>	<b>Infertilidade como experiência potencialmente stressante:</b> correlação <i>stress</i> -infertilidade como indicador de maior ou menor adaptação à infertilidade	Pacientes com infertilidade desconhecida com níveis maiores de <i>stress</i> e ansiedade
		<b>Perfil psicológico posto de parte</b>	Tipo de personalidade sem diferenças entre infertilidade orgânica e psicogénica;
		Causas psicológicas subjacentes:	Importância da maternidade e paternidade para o casal: preditor de ajustamento à infertilidade.

Fontes: Trindade & Enumo (2002); Matos (1995).

A evolução do pensamento científico sobre a infertilidade passa, então, por um primeiro modelo em que se explica a infertilidade de acordo com características das mulheres, em particular, passando por um segundo modelo onde já era dada importância ao casal infértil e à qualidade do atendimento prestado, até ao terceiro modelo segundo o qual o ajustamento à infertilidade está associado ao significado da paternidade e da maternidade para o casal (Trindade & Enumo, 2002). Esta evolução constitui um importante contributo na desculpabilização da mulher, desmistificando a crença que ia no sentido da responsabilidade exclusiva da mulher, explicada por uma resistência inconsciente da maternidade.

Morse e Hall (1987) citado por Leal (2005) fazem referência à heterogeneidade na etiologia da infertilidade, podendo falar-se em três tipos de casais inférteis: os casais inférteis com causa orgânica diagnosticada, os casais inférteis sem causa orgânica detetada, e por isso de causa desconhecida, e os casais inférteis com causa orgânica superada, mas que ainda assim mantêm-se inférteis, levantando aqui a hipótese de causalidade psicogénea.

Apesar da variedade de causas, a infertilidade provoca sempre grande sofrimento aos casais que os precipita para um estado de hiper-fragilidade (Faria, 2001).

Para Faria (2001) é fundamental entender a infertilidade tendo em conta as suas vertentes ginecológica, andrológica e emocional, e ainda a sua dependência mútua. A componente emocional será potencialmente inibidora da componente reprodutiva, que por sua vez será diretamente fragilizada pelo diagnóstico de infertilidade.

### **2.3 “Infertilidades”: a mulher, o homem e o casal.**

A infertilidade é entendida como um problema do casal, contudo, tendo em conta o funcionamento corporal e reprodutivo, é a mulher quem mais se sujeita aos tratamentos médicos (Pfeffer & Woollett, 1983). O elemento masculino do casal não constitui, à partida, objeto de tratamento médico, mesmo quando é-lhe identificado um problema (Shaw, 1991). Algumas mulheres, nestes casos, continuam a sentir-se responsáveis pelo diagnóstico (Pfeffer & Woollett, 1983). A tradicional crença da infertilidade como um problema específico da mulher tem um forte impacto no papel do homem nos tratamentos de fertilidade. Tal como a mulher, o homem deseja muito ser pai mas está menos disposto a sujeitar-se a este tipo de pressão médica e social. Subjacente a esta atitude está a crença masculina de que ser pai é sinónimo de virilidade e de competência sexual (Shaw, 1991).

Uma vez impossível de negar, o diagnóstico de infertilidade provoca sentimentos de culpa e vergonha que influenciam o estado emocional dos casais. Vergonha pela incapacidade de conceber, ao contrário da maioria dos seus amigos, e culpa por não serem capazes de dar aos seus pais, os netos que contribuiriam para as gerações futuras (Pines, 1990). Socialmente encarada como um estigma (Herz, 1989), esta experiência é definida por eles como a maior crise das suas vidas, e é vivida como perda de feminilidade e masculinidade (Canavarro, 2001). Os pacientes inférteis descrevem-se como defeituosos, frustrados, desesperados e sós (Shaw, 1991).

Ficar grávida e ser mãe são acontecimentos intimamente relacionados com a identidade feminina e materna (Pfeffer & Woollett, 1983). Segundo Pines (1990) as influências fisiológicas e psicológicas da infância são um importante contributo no desenvolvimento da imagem corporal da criança, na representação de si. Isso implica que, para homens e mulheres, a capacidade reprodutiva venha a ser parte integrante e importante da autoimagem. Na tentativa de conceber um filho o desempenho sexual do casal perde a sua espontaneidade e intimidade, e passa a ser um ato com preocupações reprodutivas. A atividade sexual é agora planeada e associada a uma prova que os casais conseguirão, ou não, ultrapassar (Seibel & Taymor, 1982).

Nos anos 70 a literatura usa a metáfora "montanha russa" para referir-se ao impacto psicológico da infertilidade. Os pacientes passam por um estado de euforia, associado à expectativa da gravidez e, por vezes quase de seguida, experimentam sentimentos de desânimo e desilusão quando a gravidez não se confirma. Ao nível interpessoal o diagnóstico de infertilidade pode pôr em causa o relacionamento conjugal, assim como as relações familiares, de amizade e de trabalho. No momento em que o suporte social é imprescindível, os pacientes inférteis descrevem sentimentos de afastamento para com aqueles que, do seu ponto de vista, não são capazes de compreender a dimensão do seu sofrimento (Rosenfeld & Mitchell, 1979).

O projeto de ter um filho é socialmente assumido como um objetivo fundamental a atingir na vida adulta. A não concretização deste desejo terá, segundo Menning (1977) citado por Shaw (1991), sérias implicações na vida destes casais.

Autores como Menning, 1980; Lalos et al., 1986; Boivin et al., 1995 citados por Pinto (1998) partilham a ideia da infertilidade enquanto crise, que provoca uma reação semelhante à desencadeada por outras crises traumáticas como uma doença grave ou a morte de um ente querido. Descrevem quatro fases principais: a *fase inicial*, caracterizada pelo choque, surpresa e negação; a *fase reativa*, que provoca frustração, irritação, ansiedade, culpa, sofrimento, depressão e isolamento; a *fase adaptativa*, pautada pela aceitação; e a *fase de resolução*, que possibilita a planificação de novas soluções, de projetos novos como a adoção ou uma vida conjugal sem filhos (p.99).

A infertilidade é definida como um processo de crise na vida dos casais. O símbolo chinês para a palavra crise é composto por duas, perigo e oportunidade. Emocionalmente pode constituir-se como uma oportunidade de crescimento para o casal. Esta crise emocional será variável de acordo com a capacidade de comunicação do casal, com a importância de um filho biológico para a identidade do casal, com as atitudes de terceiros, e de forma especial dos técnicos de PMA, e com o suporte de familiares e amigos (Mahlstedt, 1985).

Mahlstedt (1985) fala no impacto psicológico que o diagnóstico e tratamento de infertilidade provocam num casal. A incapacidade de ter um filho biológico, como desejariam, traduz-se, na maioria dos casos, num forte abalo na autoestima destes casais, sendo que a dimensão sexual também é fortemente afetada. Os técnicos de PMA lidam com homens e mulheres em diferentes níveis de sofrimento emocional. Para a autora existem duas questões importantes a ter em conta neste processo: as possíveis consequências emocionais decorrentes da infertilidade, e os sentimentos e atitudes dos pacientes como influentes no processo de tratamento. Perante isto é importante pensarmos a infertilidade tendo em atenção, por um lado, a componente médica, e a componente psicológica, por outro. Torna-se, assim, fundamental refletir sobre os aspetos psicológicos, pessoais de cada casal, para além dos aspetos médicos.

O processo de diagnóstico e tratamento da infertilidade terá um impacto psicológico tão mais profundo quanto mais prolongado for o tratamento, e ainda mais se for pautado por insucessos. No entanto, é sentido logo que o casal toma consciência das dificuldades em conceber o filho biológico que tinham planeado (Mahlstedt, 1985). Após um ano de tentativas o casal é confrontado com o diagnóstico médico de infertilidade. A partir daqui o objetivo principal da vida destes casais é ter um filho, e as suas vidas passam a girar em torno deste objetivo. A diminuição do desejo sexual evidencia-se ao longo do tratamento, o que injeta níveis de *stress* consideráveis no casal. As suas vidas são agora pautadas entre sentimentos de esperança, seguidos de desgosto e dor. (Mahlstedt, 1985).

Segundo Mahlstedt (1985), citado por Pinto (1998), o ciclo de tratamentos sem sucesso caracteriza-se numa amálgama de sentimentos dolorosos. A depressão surge como uma resposta ao *stress* prolongado, excessivo, gerado pela situação de infertilidade. A esperança desvanece-se e surgem sentimentos de desânimo e desespero. A infertilidade também é acompanhada por um profundo sentimento de perda, que é intensificado pelo facto de não existir, na realidade, o objeto de perda concreto, o filho biológico. Sendo que este filho ainda não existe o sentimento de perda é dolorosamente exacerbado, e importante fator etiológico de depressão. Estudos permitiram catalogar 8 tipos de perda na idade adulta: “a *perda de uma relação afetiva importante*, a *perda de saúde*, a *perda de status ou prestígio*, a *perda de autoestima*, a *perda de autoconfiança*, a *perda de*

*segurança, a perda de uma fantasia ou da esperança em realizá-la, e a perda de algo ou alguém com forte valor simbólico*” (Pinto, 1998 p.101). Importa perceber que um sentimento de perda pode precipitar uma reação depressiva, sendo que a vivência da infertilidade engloba-as na totalidade, sendo comparada à morte e ao divórcio (Pinto, 1998). Tal como o sentimento de perda, o *stress* constitui um fator de desgaste psicológico importante. O estado emocional dos pacientes dependerá da capacidade de adaptação, sendo que os menos adaptados serão, naturalmente, os mais deprimidos. A infertilidade é um acontecimento stressante não só porque mobiliza os oito tipos de perda, acima enumerados, mas também pelo *stress* quotidiano marcado por medições de temperatura, consultas, exames e atividade sexual programada. Alguns casais falam em isolamento social durante os tratamentos, que são fonte de *stress*, ansiedade e até dor física. O sentimento de impotência em não poderem controlar as suas vidas e terem um filho biológico gera raiva, que é dirigida aos médicos, ao outro elemento do casal, à família, aos amigos e até a Deus. Vivenciam posteriormente a culpa, comum nos casais inférteis, pelo sentimento de responsabilidade da infertilidade e da desilusão dos familiares (Pinto, 1998)

Seibel e Taymor (1982) elaboraram uma revisão da literatura sobre os aspetos psicológicos da infertilidade, englobando os fatores neuroendocrinológicos que se pensa afetarem fisiologicamente a reprodução. Os autores pretendem, ainda, alertar para o fator *stress* que se impõe no seio do casal infértil. Estudos neuroendocrinológicos, entre outros, permitiram diminuir a percentagem de infertilidade associada a fatores emocionais para 5%, ou menos. Contudo, a infertilidade, é frequentemente fonte de trauma emocional para os casais, injetando níveis de stresse consideráveis à relação conjugal (Seibel & Taymor, 1982).

De acordo com um estudo de Wright et al., homens e mulheres inférteis apresentam elevados níveis de depressão, ansiedade e *stress*, comparativamente com homens e mulheres sem problemas de fertilidade. No entanto, verifica-se que a reação emocional nos casais inférteis varia de acordo com o género. Homens e mulheres respondem de forma diferente, sendo que o parceiro feminino é aquele que apresenta reações emocionais mais significativas.

Nachtigall, Becker e Wozny (1992) investigam a existência de diferentes reações emocionais perante diferentes diagnósticos de infertilidade. Descobrem que embora homens e mulheres sejam psicologicamente afetados, é a mulher que se apresenta, sempre, emocionalmente mais afetada perante o diagnóstico de infertilidade. Nos homens só existe uma resposta emocional aproximada quando se diagnostica um fator de infertilidade masculino. Por outro lado a resposta emocional difere consideravelmente se o fator masculino não é identificado. Os autores concluem que as respostas emocionais são significativamente influenciadas pelo tipo de infertilidade diagnosticada e referem que apesar de homens e mulheres serem emocionalmente

afetados perante o diagnóstico de infertilidade, a maneira como o são difere significativamente. Na perspectiva dos autores estas diferenças poderão explicar-se levando em consideração a percepção do papel de género na procriação, e a importância atribuída apenas a um deles, ao género feminino. A feminilidade está intimamente relacionada com o papel materno e a masculinidade apenas é posta em causa quando existe um fator masculino de infertilidade (Nachtigall et al., 1992).

Newton et al. (1999) aplicou o IPF a casais inférteis e descobriu que as mulheres apresentam maior *stress* global do que homens e, ainda, maior stress nas subescalas: preocupação social, preocupação sexual e necessidade de ter um filho. Na infertilidade masculina, homens e mulheres demonstram elevado *stress* global, preocupação social e sexual, comparativamente com casos de infertilidade feminina.

Tabela 3 – Quadro-síntese: Revisão de artigos científicos sobre infertilidade.

<i>Autor (es), Ano(s):</i>	<i>Principais Resultados:</i>	<i>Conclusões:</i>
Wright et al. (1991)	<b>Mulheres:</b> valores significativos nas subescalas: depressão, ansiedade, perturbações cognitivas e hostilidade. Baixa autoestima e <i>stress</i> elevados.	<b>Mulheres</b> apresentam maior <i>distress</i> <sup>4</sup> do que companheiros.
Nachtigall et al. (1992)	<b>Mulheres:</b> percepção de perda, sentimentos de estigma, fracasso, e perda de autoestima (independentemente do tipo de infertilidade). <b>Homens:</b> percepção de perda, sentimentos de estigma e perda de autoestima (valores significativos se fator masculino diagnosticado).	Respostas emocionais perante infertilidade são significativamente influenciadas por tipo de infertilidade.
Domar, Broome, Zuttermeister, Seibel & Friedman (1992)	<b>Mulheres com história de infertilidade [2,3] anos:</b> sintomas depressivos comuns e elevados, em comparação com mulheres com história infertilidade <1 ano ou > 6 anos. <b>Mulheres com infertilidade diagnosticada:</b> níveis depressão superior do que mulheres com infertilidade inexplicada. <b>Mulheres com causa infertilidade feminina:</b> níveis depressão equivalentes a mulheres com causa infertilidade masculina.	

<sup>4</sup> Surge quando o indivíduo revela incapacidade para superar a vivência de experiências stressantes, que se tornam desgastantes e conduzem à rutura do bem-estar individual. Diferentes fatores stressantes induzem no indivíduo formas benéficas ou danosas de *stress*, respetivamente *eustress* e *distress*. Do ponto de vista psicológico esta resposta ao *stress* é influenciável pelas diferenças individuais e características sociais e culturais (Sparrenberger, Santos & Lima, 2003).

Andrews, Abbey & Halman (1992)	Nas <b>mulheres</b> o <i>stress</i> inerente ao problema de fertilidade tem impacto mais forte, ao contrário dos seus companheiros que não variam a sua resposta emocional de acordo com o tipo de problema.	Problemas de fertilidade associados a elevados níveis de <i>stress</i> no casal, que prejudica relação conjugal e reduz qualidade de vida.
Greil (1997)	A infertilidade é uma experiência mais stressante para as mulheres do que para os homens.	
Demyttenaere, Bonte, Gheldof, Vervaeke, Meuleman, Vanderschuerem & D'Hooghe (1998)	<p><b>Mulheres inférteis de causa feminina:</b> sintomatologia depressiva marcada por fortes emoções negativas, e associada a taxa de gravidez baixa.</p> <p><b>Mulheres inférteis de causa masculina:</b> sintomatologia depressiva elevada, com decréscimo de emoções negativas, e associada a taxa de gravidez mais elevada.</p>	A expressividade de emoções negativas pressupõe prognóstico depressivo intimamente proporcional, que se correlaciona com taxa de gravidez.
Newton et al. (1999)	<p><b>Mulheres inférteis de causa feminina:</b> maior <i>stress</i> global do que os homens; maior <i>stress</i> específico nos domínios “preocupação social,” “preocupação sexual” e “necessidade de ter um filho”.</p> <p><b>Mulheres inférteis de causa masculina:</b> elevado <i>stress</i> global, e <i>stress</i> específico nos domínios “preocupação social” e “preocupação sexual”, tal como os homens.</p>	<p>A aplicação do IPF a casais inférteis demonstra maior <i>stress</i> global nas mulheres em relação aos homens.</p> <p>O <i>stress</i> relacionado com a infertilidade difere de acordo com: género; história de infertilidade e diagnóstico de infertilidade.</p>
Peterson, Newton & Feingold (2007)	<b>Mulheres:</b> níveis ansiedade e stresse inerente à infertilidade superiores em relação aos homens.	Ansiedade e <i>stress</i> na infertilidade, nos <b>homens</b> , parece estar mais relacionada com a performance sexual.

## 2.4 *Procriação Medicamente Assistida*

Se, com a descoberta da pílula, passou a haver sexualidade sem procriação, com as novas tecnologias passou a haver procriação sem sexualidade e sem prazer (Gonçalves, 2008, p.12)

As novas técnicas de PMA e os métodos contraceptivos fazem com que o projeto de ter um filho esteja associado a uma sensação ilusória de poder e de controlo (**Missonnier, S.?**). A gravidez e o nascimento do primeiro filho são decisões adiadas pelas mulheres que não põem em causa as suas capacidades reprodutivas. À carreira profissional idealizada, e estabilidade financeira desejada, segue-se o “pensar” em ter um filho. Quando o poder ilusório de controlo da fertilidade é posto à prova, o sofrimento emocional é profundo. Este confronto com uma realidade diferente da imaginada fá-las sentir devastadas, desoladas, e com maior intensidade se o tempo fisiológico não abonar a seu favor. Esta falta de controlo sobre a sua fecundidade, sobre o seu próprio corpo, fomenta uma crise pessoal (Pines, 1990).

No passado um casal infértil teria apenas duas hipóteses: ou aceitava, gradualmente, a sua incapacidade de ter um filho biológico, ou optava pela adoção. Atualmente, as novas técnicas de PMA permitem que para alguns casais a ilusão se torne realidade. Mas por muitos sucessos que estas técnicas possibilitem há também casais que são confrontados com o fracasso da impossibilidade de conceber um filho, o que implica lidar com a perda profunda da tão desejada descendência. (Pines, 1990).

“O nascimento de Louise Brown trouxe esperança aos casais inférteis” (p. 119), e o avanço da tecnologia proporcionou a possibilidade de ultrapassarem o diagnóstico de infertilidade, sendo que nos últimos anos tenta dar-se resposta às necessidades de cada vez maior número de pacientes (Herz, 1989). A Fecundação *In Vitro* (FIV) e a Transferência de Embriões (FIVETE) trazem esperança renovada aos casais que não conseguem ter filhos, contudo introduzem questões psicológicas e sociais importantes (Shaw, 1991):

«Os que são subitamente confrontados com a incapacidade de procriarem espontaneamente evoluem por todas as fases conhecidas do luto, mas, ao contrário do luto tradicional da perda, trata-se de um luto que irão vivenciar de modo cíclico. Dor, angústia, desespero, raiva, vontade de morrer, culpa e desvalorização» (Sousa & Sá, 2008, p.201).

A intervenção médica na PMA sujeita os pacientes a uma forte angústia e tensão emocional. Os tratamentos de fertilidade a que muitos pacientes se submetem, trazem uma terceira pessoa, um intruso, à relação do casal, que sente a sua intimidade exposta. A infertilidade

causa, então, um forte impacto na vida destes casais, dado que é bastante comum os tratamentos médicos prolongarem-se no tempo. Os amigos do casal, e respetiva família, são uma importante fonte de apoio e suporte, mas as gravidezes de pessoas próximas poderão causar sofrimento, pois resultam numa constante lembrança da impossibilidade de serem pais (Shaw, 1991).

Uma das grandes dificuldades com que os casais em tratamento se deparam é com a difícil decisão de pararem os tratamentos. Desistirem de atingir o objetivo, um filho biológico, e encontrarem alternativas é, por vezes, difícil de aceitar (Herz, 1989). As técnicas de PMA põem em evidência questões essenciais como a parentalidade, a filiação, a sexualidade, o amor, e constituem-se fonte de representações parentais fundamentais (Almeida, Nix, Germond & Ansermet, 2002). Almeida et al. (2002), após um estudo sobre representações mentais de pais de crianças nascidas por PMA, fala em três tempos distintos vividos pelos casais durante o percurso de conceção medicamente assistida:

1º) *Tempo de espera*, que é dolorosamente vivido pelo casal com grande expectativa e ansiedade, é também marcado pela depressão e sentimentos de impotência, reforçados pela passividade a que o casal está sujeito;

2º) *Tempo da investigação*, que põe em causa o casal, independentemente do tipo de infertilidade identificada. O diagnóstico de esterilidade vem fragilizar “o sentimento de confiança na identidade do casal e da sexualidade de cada um e atualizar a problemática edipiana infantil e da castração” (Gonçalves, 2008, p.12). No entanto, o diagnóstico de esterilidade, masculino ou feminino, traz também em si a esperança do tratamento;

3º) *Tempo do tratamento*, que é o tempo de uma esperança medicamente assistida, caracterizada por uma postura ativa do casal que vai à procura do tratamento, com um sentimento de agir sobre a natureza. Contudo, no decurso do processo, tornam-se dependentes de uma equipa médica que os remete a uma postura cada vez mais passiva. A mulher vive a fantasia de fazer um filho sozinha, com a ajuda do ginecologista, que ocupa agora um papel ativo no processo, e que coloca o marido num plano secundário “difícil de vivenciar e difícil de conciliar com a masculinidade e com a vivência da sexualidade do casal” (Gonçalves, 2008, p. 13). O homem sente-se desqualificado em detrimento do ginecologista, e excluído do processo de conceção do seu filho, em que apenas participa com a doação de esperma, o que já por si é difícil.

São tempos marcados pela alternância entre atividade e passividade, entre masculino e feminino, que esbate as diferenças sexuais na procriação (Almeida et al., 2002, p. 57).

David et al. (1995) classificam a procriação medicamente assistida do ponto de vista psicológico, em função das técnicas utilizadas e do vínculo biológico na conceção:

♀+♂ - Os dois progenitores possuem um vínculo biológico com o filho:

Estas técnicas não colocam o problema de rutura da filiação biológica, a questão coloca-se na dissociação sexualidade e procriação. No entanto, sendo técnicas que se realizam a partir de gâmetas provenientes do casal, que não envolvem o cenário do mistério associado ao material genético, permitem que os dois membros do casal sintam-se valorizados enquanto progenitores.

Tabela 4 – Progenitores com vínculo biológico com o filho.

Técnicas PMA	Principal Indicação	Caracterização
<b>Inseminação Artificial Intraconjugal (IAC)<sup>5</sup></b>	Hipofertilidade masculina	Transferência dos espermatozoides, previamente recolhidos e tratados, para o interior do aparelho genital feminino.
<b>Fecundação <i>In Vitro</i> (FIV) e Transferência de Embriões (FIVETE)<sup>6</sup></b>	Esterilidade feminina de origem tubária	Após estimulação da ovulação, e recolha de ovócitos através da punção folicular, os óvulos maduros são fecundados <i>in vitro</i> pelos espermatozoides previamente selecionados. Os embriões resultantes são depois transferidos para o útero da mulher.
<b>Microinjeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)<sup>7</sup></b>	Hipofertilidade masculina	Variante da FIV com recurso à microfertilização consiste na microinjeção de um espermatozoide, previamente imobilizado, em cada óvulo maduro obtido. O consequente desenvolvimento dos ovócitos e embriões é idêntico ao que ocorre na FIV.
<b>Transferência Intratubar de Gâmetas (GIFT)<sup>8</sup></b>	Esterilidade de causa desconhecida e Endometriose	Transferência dos óvulos e espermatozoides, previamente selecionados para a trompa de Falópio, de modo a que a fecundação ocorra <i>in vivo</i> , no seu local fisiológico.

Fontes: David et al. (1995); Matos (1995); Santos & Moura Ramos (2010).

♀♂ - Apenas um progenitor possui um vínculo biológico com o filho:

<sup>5</sup> IAC (também designada por Inseminação Homóloga, quando os espermatozoides e os ovócitos -material genético- têm origem no casal): técnica usada em casos de alteração da qualidade do esperma, perturbações da ejaculação, patologias em que os espermatozoides são imobilizados pelo muco do colo uterino, em situações de esterilidade de causa desconhecida, e ausência de gravidez após tratamento com indutores da ovulação (Santos & Moura Ramos, 2010).

<sup>6</sup> FIV e FIVETE: técnicas inicialmente indicadas para casos de infertilidade feminina, em particular para o tratamento da infertilidade causada por um bloqueio das trompas de Falópio, são atualmente aplicadas em casos de disfunções ováricas e anomalias uterinas, infertilidade masculina e infertilidade de causa desconhecida (Matos, 1995).

<sup>7</sup> ICSI: técnica utilizada em situações de degradação severa da espermatogénese, em que o número de espermatozoides produzidos, móveis ou morfológicamente normais, é muito reduzido, não permitindo que a fecundação ocorra sem o recurso à microfertilização. Admitem-se atualmente indicações de insucesso em ciclos prévios de FIV, ou taxas de fecundação reduzidas para um mesmo casal em ciclos anteriores de FIV, e ainda em situações em que se obtém um número reduzido de óvulos, com o objetivo de maximizar a possibilidade de obter embriões para a transferência (Santos & Moura Ramos, 2010).

<sup>8</sup> GIFT: técnica com principal indicação nos casos de endometriose é também utilizada em casos de esterilidade masculina moderada, e em casais com objeção moral à realização da FIV (Santos & Moura Ramos, 2010).

É necessário recorrer à doação de espermatozóides ou ovócitos para obter uma gravidez. Estas técnicas permitem à mulher viver uma gravidez e aleitamento materno, e permitem ao casal vivenciar as interações precoces, estruturantes, com o seu filho. A procriação obtida implica uma rutura com a filiação biológica, que poderá ser unilateral com a ausência do vínculo paterno (doação de espermatozóides) ou do vínculo materno (doação de ovócitos) e com o recurso à IAD; ou bilateral (doação de embrião) com o recurso à FIVETE. A necessidade de recorrerem à doação de gâmetas, cedidos por uma pessoa fértil, influencia as relações fantasmáticas com este filho, tornando-as benéficas, ou, pelo contrário, mais ou menos toleráveis. Os casos de IAD estão envolvidos num ambiente secreto da filiação, relacionada com a origem dos gâmetas e que encobre, principalmente, a esterilidade masculina. O risco é que influencie negativamente a relação pai-filho, caso seja vivido pelo pai como algo humilhante. A doação de ovócitos coloca questões semelhantes aos casos de doação de esperma, sendo que o anonimato torna-se eticamente desejável na prevenção de um ambiente patogénico que poderá tornar-se um fator de risco para a relação futura da mãe com o bebé.

Tabela 5 – Um progenitor com vínculo biológico com o filho.

Técnicas PMA	Principal Indicação	Caracterização
Inseminação Artificial com Dador (IAD) <sup>9</sup>	Esterilidade masculina	
FIVETE	Esterilidade feminina de origem anovulatória <sup>10</sup>	Fecundação <i>in vitro</i> com transferência de embriões.

Fontes: David et al. (1995)

∞ - Os dois progenitores não possuem um vínculo biológico com o filho:

São situações particulares com indicações raras de malformações e ausência de útero. O risco psicológico elevado para todos os intervenientes levanta questões éticas importantes.

Tabela 6 – Técnicas PMA: Progenitores sem vínculo biológico com o filho

Técnicas PMA	Principal Indicação	Caracterização
Adoção	Esterilidade do casal	Oferece a possibilidade ao casal de ter um filho, mas sem possuírem um vínculo biológico com ele. Esta alternativa não anula a esterilidade do casal.
Doação de Embriões	Esterilidade feminina	Possibilita a gravidez da mulher estéril através da técnica FIVETE, com recurso a

<sup>9</sup> IAD, também designada por Inseminação Heteróloga, quando os espermatozoides e/ou ovócitos não provêm do casal.

<sup>10</sup> Ausência de ovulação.

---

embriões inutilizados, designados supranumerários. Desta forma pode falar-se em “adoção pré-natal”, que dá a possibilidade ao casal de viver a gravidez, e à mulher de amamentar o seu filho.

---

Fontes: David et al. (1995)

Nos casos de adoção, quando o homem reconhece a sua esterilidade e é assumida em família, não se coloca o mistério da filiação, e deixa de haver risco para a relação pai-filho. Outras questões importantes colocam-se nos casos das barrigas de aluguer. Esta transição do meio intrauterino, pautado por uma relação precoce, sensorial, com a mãe de acolhimento, para o meio extrauterino, agora com a “mãe adotiva”, introduz na criança que nasce uma experiência precoce de abandono e rutura (Bydlowski, 1990).

Para Faure e Pragier (1987) e Bydlowski et al. (1983), citados por Bydlowski (1990), pode falar-se em “disposições psíquicas para a esterilidade, que irá exprimir-se através de um obstáculo mecânico, ou através de uma infertilidade inexplicada” (p. 667). Os autores caracterizam o raciocínio médico de “reducionista” e reforçam a ideia que “a procriação, bem como a gravidez, é um processo psicossomático, com várias etapas, e o respetivo curto-circuito psíquico corresponderá a resultados negativos das técnicas de PMA” (p. 668). Sá (1997) fala em causas psicológicas determinantes em casais cuja dor e angústia pode propiciar “interferências” emocionais nos fatores reprodutivos que eternizem uma esterilidade idiopática” (p.25). “O que se torna iniludível é que, quando um desses casais adopta uma criança, como quando se desliga conscientemente da necessidade de um filho, ou se predispõe a uma fecundação medicamente assistida, tem grandes probabilidades de engravidar” (p.25).

«Não só a esterilidade, mas também as dificuldades ou os insucessos repetidos dos tratamentos, tornam um filho num bem ainda mais precioso, que, nalguns casos, é preciso obter a todo o custo e proteger para além do razoável» (Gonçalves, 2008, p. 14).

### **3. Metodologia**

#### **3.1 Delineamento da Investigação**

Esta investigação enquadra-se na área da Psicologia da Gravidez e da Maternidade, mais especificamente no tema da infertilidade, e pretende estudar a relação entre o Tipo de

Infertilidade e o *Stress*, Ansiedade e Depressão nas mulheres. Surge, então, a questão de investigação:

*Será que nas mulheres o Tipo de Infertilidade - feminina, masculina e/ou desconhecida - tem influência no nível de stress, ansiedade e depressão que apresentam?*

Posto isto foi delineado um estudo de carácter exploratório, comparativo, com o objetivo de perceber a relação entre o tipo de infertilidade e as variáveis psicológicas em causa. Pretende-se, assim, avaliar e comparar o nível de *stress*, ansiedade e depressão em dois grupos de mulheres – inférteis com fator feminino e inférteis com fator masculino e/ou desconhecido. O objetivo principal é, então, averiguar se existem diferenças significativas entre os dois grupos anteriormente mencionados.

Para poder discutir-se o estudo de forma objetiva elaborou-se a hipótese de investigação e as variáveis do estudo:

**Hipótese Geral** – O tipo de infertilidade influencia o nível de *stress*, ansiedade e depressão nas mulheres inférteis.

**Variável Independente 1** - Infertilidade Feminina<sup>11</sup>

**Variável Independente 2** -Infertilidade Masculina<sup>12</sup> e/ou de Causa Desconhecida<sup>13</sup>

**Variável Dependente 1** – *Stress*

**Variável Dependente 2** – Ansiedade

**Variável Dependente 3** – Depressão

---

<sup>11</sup> Quando o problema de fertilidade do casal é diagnosticado ao elemento feminino.

<sup>12</sup> Quando o problema de fertilidade do casal é identificado ao elemento masculino.

<sup>13</sup> Quando não é possível diagnosticar um fator orgânico que justifique a infertilidade no casal. Corresponde aos casos diagnosticados de infertilidade psicogénea.

## **3.2 Instrumentos**

De acordo com os objetivos do estudo foram escolhidos três instrumentos: um Questionário Sociodemográfico e Clínico, o Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) (Newton et al., 2005 na versão portuguesa de M. Moura-Ramos, S. Gameiro & M. C. Canavarro, 2006), e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (L.R. Derogatis, 1993 na versão portuguesa de M. C. Canavarro, 1995).

Justificamos a escolha destes instrumentos com o facto de cumprirem o propósito deste estudo e de permitirem aceder às variáveis psicológicas em causa. Por serem instrumentos rigorosos, válidos e adaptados à população portuguesas, e bastante utilizados em investigações em Portugal, tornam-se uma escolha segura e válida.

### **3.2.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico**

O Questionário sociodemográfico e clínico (*Anexo A*) elaborado com a finalidade de conhecer e selecionar a amostra é descritivo e de auto preenchimento, contendo 16 questões, na sua maioria de respostas fechadas. Permite caracterizar as participantes do estudo relativamente a dados sócio demográficos e dados clínicos relevantes.

Os dados sócio demográficos recolhidos foram a idade, a profissão, a nacionalidade, a religião, a raça, o estado civil, a duração da relação do casal, e as habilitações literárias. Os dados clínicos recolhidos, que caracterizam a história de infertilidade de cada mulher, foram os seguintes: tempo para tentar engravidar; tempo do diagnóstico de infertilidade; tipo de infertilidade; causa da infertilidade; tratamentos realizados e quais; existência, ou não, de gravidezes; existência, ou não de filhos do casal e/ou de filhos de relações anteriores; fase do processo.

### **3.2.2 Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF)**

O Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) (*Anexo B*) foi desenvolvido em 1999 por Newton, Sherrard e Glavac, com o propósito de avaliar o *stress* associado ao problema de fertilidade. Contemplando cinco domínios específicos (preocupação social, preocupação sexual, preocupação com a relação, necessidade de parentalidade e rejeição de estilo de vida sem filhos) o valor total da escala (índice global) reflete o stresse global relativamente à infertilidade. O instrumento é uma escala de autoadministração de tipo Likert com 46 afirmações de resposta

variável entre *Discordo Fortemente* (1) a *Concordo Fortemente* (6), de acordo com o grau de concordância ou discordância em cada afirmação. De acordo com os autores da escala, o IPF assume-se como um instrumento válido e seguro para medir o *stress*<sup>14</sup> associado à infertilidade, tendo a vantagem de estudar outras áreas importantes na avaliação e acompanhamento do casal infértil.

### 3.2.3 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (*Anexo C*) foi desenvolvido por Derogatis e Spencer em 1982, assumindo-se como um questionário abreviado do *Symptom Checklist (SCL-90R)*, sendo que a versão portuguesa foi aferida por Canavarro em 1995. Esta versão reduzida, agora com 53 itens, constitui-se como um questionário de autoadministração de tipo Likert cotado numa escala de *Nunca* (0) a *Muitíssimas Vezes* (4), de acordo com a avaliação de cada indivíduo sobre o grau em cada problema o afetou durante a última semana. O BSI permite avaliar sintomas psicopatológicos, de acordo com nove dimensões de sintomatologia: somatização; obsessão-compulsão; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranoide; psicoticismo. Permite ainda a avaliação de perturbação emocional com o recurso a três índices globais. Para esta investigação foram apenas analisadas as escalas de ansiedade e depressão:

Tabela 7 – BSI: Escalas de Ansiedade e Depressão.

Sintomas Psicopatológicos	Itens	Avaliação
<b>Depressão</b>	9, 16, 17, 18, 35 e 50	Humor e afeto disfórico; Perda de energia vital; Falta de motivação e de interesse pela vida.
<b>Ansiedade</b>	1, 12, 19, 38, 45 e 49	Nervosismo; Tensão; Ansiedade generalizada; Ataques de pânico; Apreensão; Aspetos somáticos.

Fontes: Canavarro (2007).

<sup>14</sup> Define-se *stress* como fator emocional ou resposta que podem acompanhar dificuldades de vida ou crises. As pessoas que revelam uma reação desadequada, mal adaptada, perante um stressor identificável podem, na maior parte dos casos, apresentar elevados níveis de ansiedade e/ou depressão. A resposta emocional do indivíduo a um fator stressor será interpretada num contínuo de bem (normal) a mal-adaptado (Paulson et al., 1988). Tem vindo a transformar-se numa área extremamente fecunda de investigação, que vai ajudando a compreender a fronteira entre o normal e o patológico, a inter-ligação entre o biológico, o psicológico e o social (Serra, 2002, p. XVII).

### **3.3 Procedimento**

Uma vez efetuado o delineamento do estudo procedeu-se ao contacto com a instituição escolhida para a recolha da amostra, o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. A decisão prendeu-se com razões de conveniência pessoal. O processo iniciou-se, então, com o pedido oficial de autorização para a recolha da amostra na Unidade de Medicina da Reprodução da referida unidade hospitalar.

A abordagem às utentes com diagnóstico de infertilidade foi feita solicitando-se a colaboração das mesmas na investigação através do preenchimento dos instrumentos: um Questionário Sociodemográfico e Clínico, o Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

O procedimento de recolha de dados inicia-se, especificando a natureza de cada questionário e salientando o facto de serem anónimos e confidenciais. Realiza-se a aplicação individual dos instrumentos recorrendo ao método de autoadministração e após consentimento informado (*Anexo D*). Os instrumentos foram administrados a todas as mulheres que mostravam interesse em participar no estudo, sendo posteriormente feita a seleção das participantes de acordo com os critérios de inclusão/exclusão pré-estabelecidos.

### **3.4 Amostra**

#### **3.4.1 Critérios de Seleção da Amostra**

Este estudo incide, impreterivelmente, sobre uma população constituída por sujeitos do género feminino, com diagnóstico de infertilidade. A amostra foi recolhida no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, no seguimento da consulta médica da Unidade de Medicina da Reprodução Dra. Ingeborg Chaves. A seleção da amostra foi realizada tendo em conta os seguintes critérios de inclusão:

1. Género feminino;
2. Participação voluntária no projeto de investigação;
3. Diagnóstico de infertilidade.
4. Tipo de infertilidade: feminina, masculina e de causa desconhecida;
5. Estatuto conjugal: casados ou relação marital há pelo menos 2 anos;

6. PMA: mulheres que estejam a ser acompanhadas em consulta de infertilidade, que se encontrem a realizar tratamentos de procriação medicamente assistida, ou que se encontrem em espera para iniciar o tratamento prescrito.

De acordo com os critérios de inclusão acima descritos, excluíram-se naturalmente os casos de infertilidade mista, uma vez que a responsabilidade mútua dos elementos do casal no diagnóstico interfere com os objetivos deste estudo. Os critérios de inclusão/exclusão aplicados a esta amostra poderão ser entendidos como uma limitação importante do estudo, assim como o facto de não ter diferenciado as várias técnicas de PMA a que as participantes foram submetidas. No entanto foi um risco aceite tendo em conta a dificuldade de recolha deste tipo de amostra

### **3.4.2 Caracterização da Amostra**

A amostra desta investigação é composta por 70 mulheres com diagnóstico de infertilidade, utentes da Consulta de infertilidade do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. As participantes foram distribuídas em dois grupos segundo o tipo de infertilidade. O grupo G1 é constituído por 30 mulheres inférteis com fator feminino. O grupo G2 engloba 30 mulheres inférteis com fator masculino e 10 mulheres com fator desconhecido, o que perfaz o total de 40 mulheres.

Para traçar o perfil da amostra recorreu-se à estatística descritiva (frequências relativas, médias, desvios-padrão, máximo e mínimo), o que permitiu a caracterização sociodemográfica e clínica das participantes.

#### Caracterização Sociodemográfica

Relativamente à variável Idade, e de acordo com a *Tabela 8*, a média etária da amostra é de 33,5 anos para as mulheres, enquadrada com os limites mínimo de 24 anos e máximo de 40 anos. Os homens apresentam a média etária de 35,7 anos limitada por um mínimo e máximo de 27 e 48 anos, respetivamente.

**Tabela 8 – Relação Idade/Género no Casal Infértil.**

<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Média±D. Pad</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Feminino</b>	70	33,5±3,96	24	40
<b>Masculino</b>	70	35,7±4,55	27	48

Como vemos a partir da *Figura 1*, as mulheres encontram-se, na sua maioria, dentro da faixa etária dos 30 aos 39 anos de idade. Situação idêntica é verificada no género masculino, já que também a maioria dos homens da amostra têm, na sua maioria, idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos, como é possível verificar através da *Figura 2*.

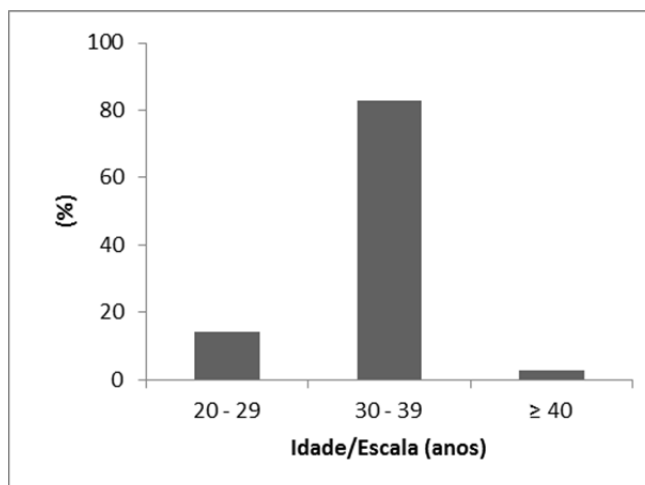


Figura 1 – Idade das mulheres

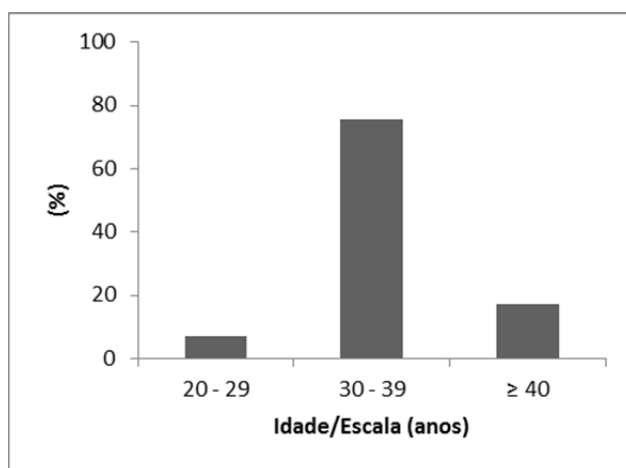


Figura 2 – Idade dos homens

Em relação à variável “Nacionalidade” verifica-se uma homogeneidade da amostra, traduzida na *Figura 3*. A nacionalidade Portuguesa é representada por 96%, que corresponde a 67 mulheres da amostra, e a nacionalidade Ucraniana é representada por 3 mulheres, o que perfaz 4% do total da amostra recolhida.

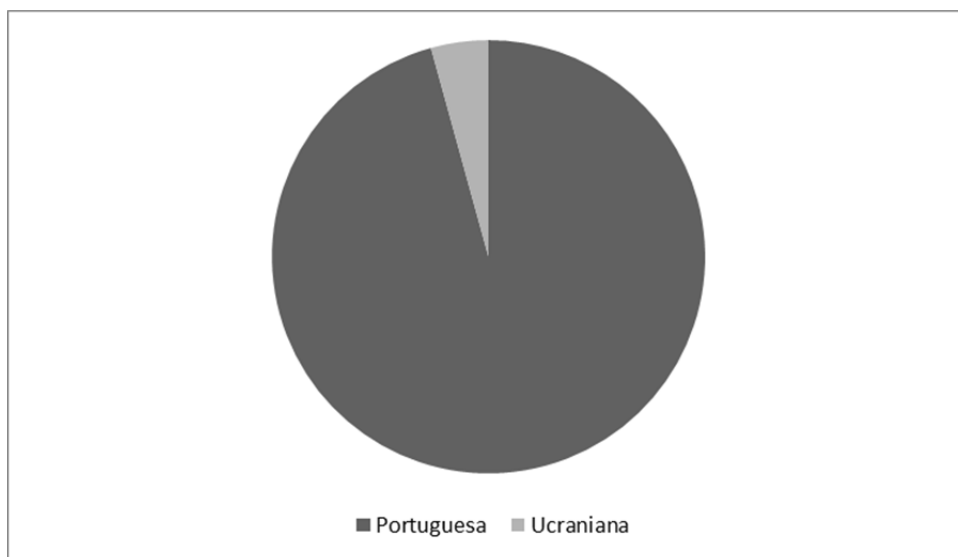


Figura 3 - Nacionalidade

As mulheres da amostra são maioritariamente católicas. Através da *Figura 4* constata-se que a religião Católica está representada por 62 mulheres, equivalente a 89% da amostra. 4 Mulheres definem-se sem religião (6%), 3 mulheres pertencem à religião Ortodoxa (4%) e a religião Evangélica faz-se representar por 1 mulher (1%).

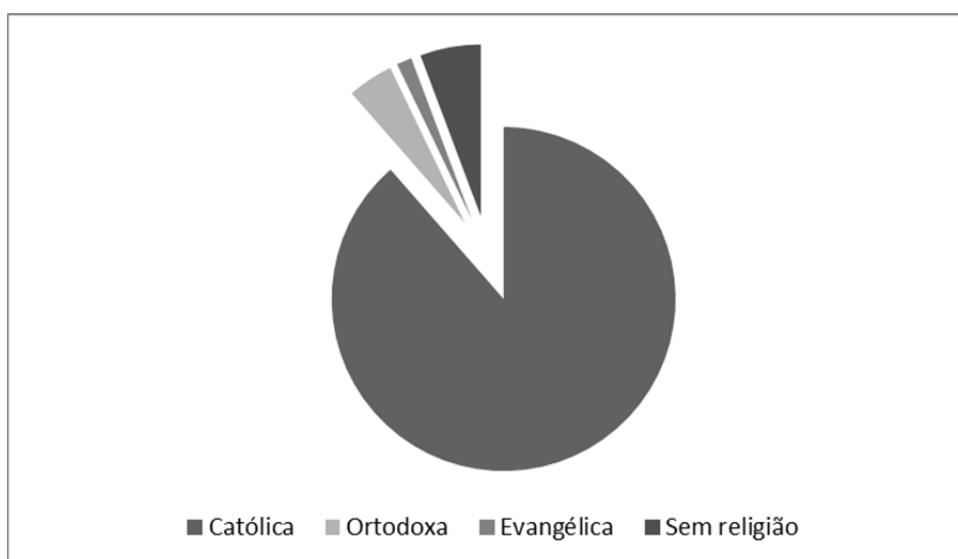


Figura 4 - Religião

No que respeita ao grau de formação verifica-se, através da *Figura 5*, a predominância de mulheres com formação superior, o que constitui 54,3% do total da amostra. As mulheres com escolaridade/com frequência do 10º ao 12º ano representam 37,1% do total. O 3º ciclo foi concluído por 7,1% das participantes, e a restante percentagem de 1,4% corresponde às mulheres com o 1º e 2º ciclo de escolaridade.

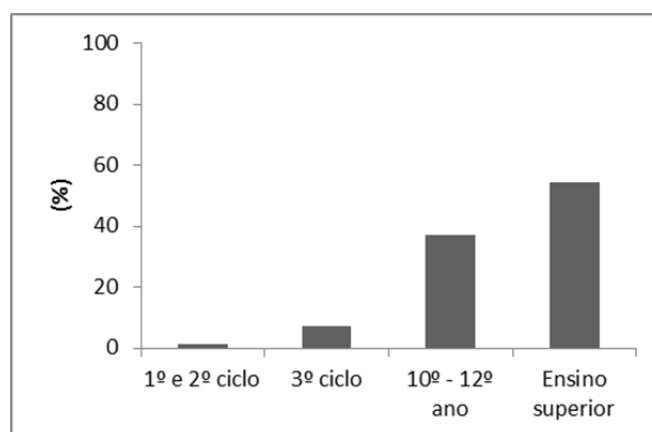


Figura 5 – Grau de Formação nas Mulheres

Tal como as mulheres, a *Figura 6* revela que a maioria dos homens possui uma formação superior (41,4%), no entanto mais aproximada da percentagem dos homens com frequência do 10º ao 12º ano (38,6%). Seguem-se os homens que concluíram o 3º ciclo (15,7%), e os homens com o 1º e 2º ciclo (4,5%).

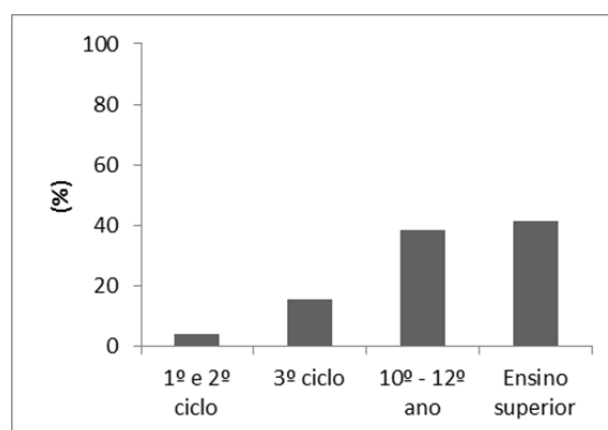


Figura 6 – Grau de Formação nos Homens

### Caracterização Clínica

A causa de infertilidade, que diz respeito ao fator orgânico que justifica o diagnóstico de fertilidade, é desconhecida para 14,3% do total das mulheres da amostra. A restante percentagem diz respeito às mulheres com causa de infertilidade conhecida, que de acordo com a *Figura 7* distribui-se equitativamente (42,9%) pelos fatores masculino e feminino de infertilidade.

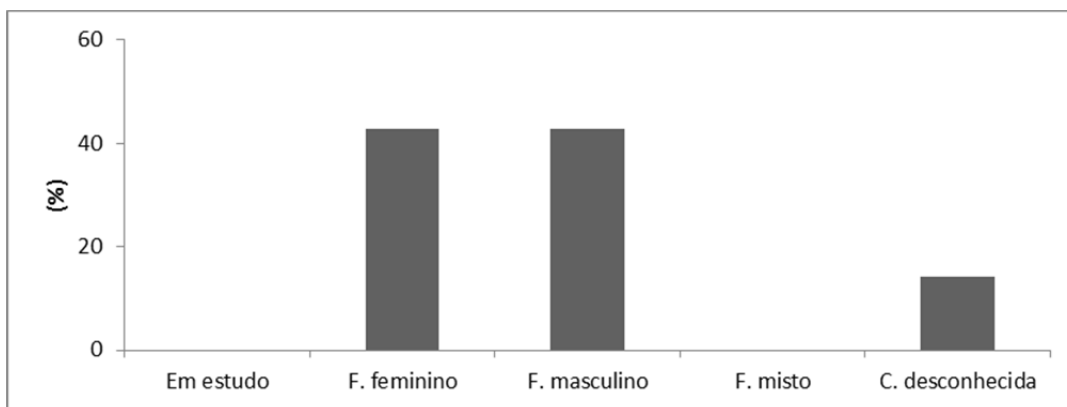


Figura 7– Tipo de Infertilidade nas Mulheres

A *Figura 8* é elucidativa quanto à variável “Tempo tentativa engravidar”. A esmagadora maioria das mulheres que participaram no estudo tentam engravidar há mais de 2 anos. A restante percentagem, mínima, corresponde a mulheres com uma história de infertilidade de pelo menos 2 anos.

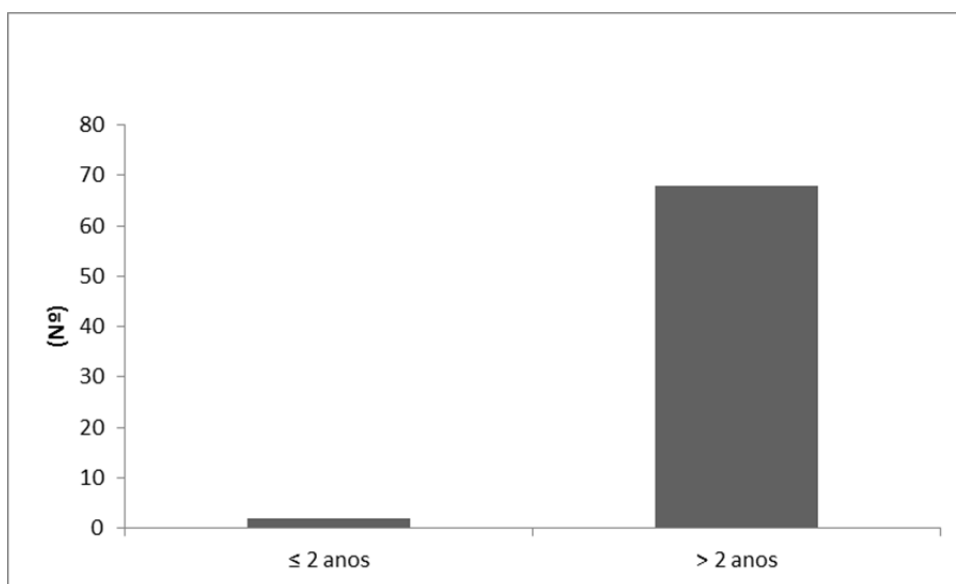


Figura 8 – Tempo tentativa engravidar

A *Figura 9* revela que a amostra divide-se em percentagens iguais (35,7%) de mulheres que não realizaram tratamentos de fertilidade e de mulheres que realizaram uma FIV. Segue-se 10% da amostra que corresponde a mulheres que se submeteram a IA.

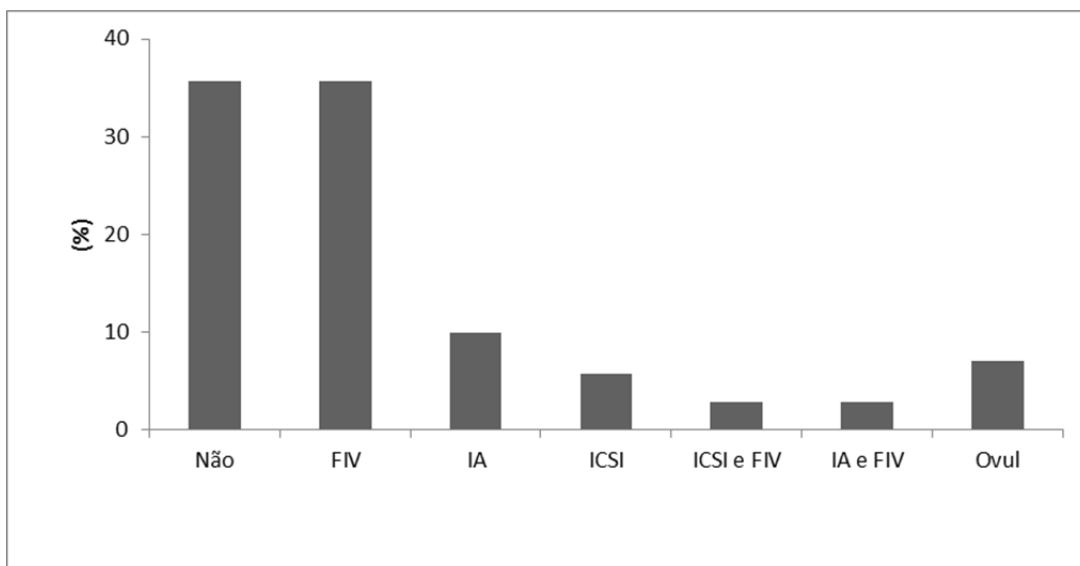


Figura 9 - Tratamentos

De acordo com a *Figura 10* percebe-se que a maioria das mulheres da amostra (70%) nunca obteve uma gravidez. A percentagem seguinte, de 8,57%, corresponde às mulheres com 1 gravidez medicamente assistida há mais de 2 anos. Seguem-se as mulheres que conseguiram engravidar de forma espontânea há mais de 2 anos (7,14%).

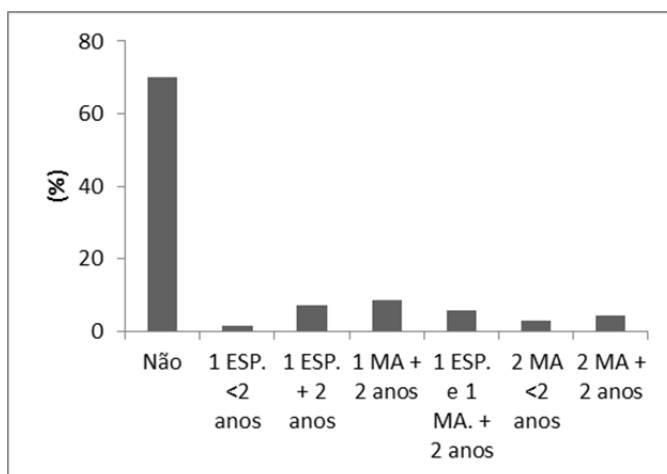


Figura 10 -Gravidez

A *Figura 11* revela que a grande maioria das mulheres (91,4%) não tem filhos, e que apenas 8,57% das mulheres têm apenas um filho do casal, com correspondência no gráfico à situação 1.

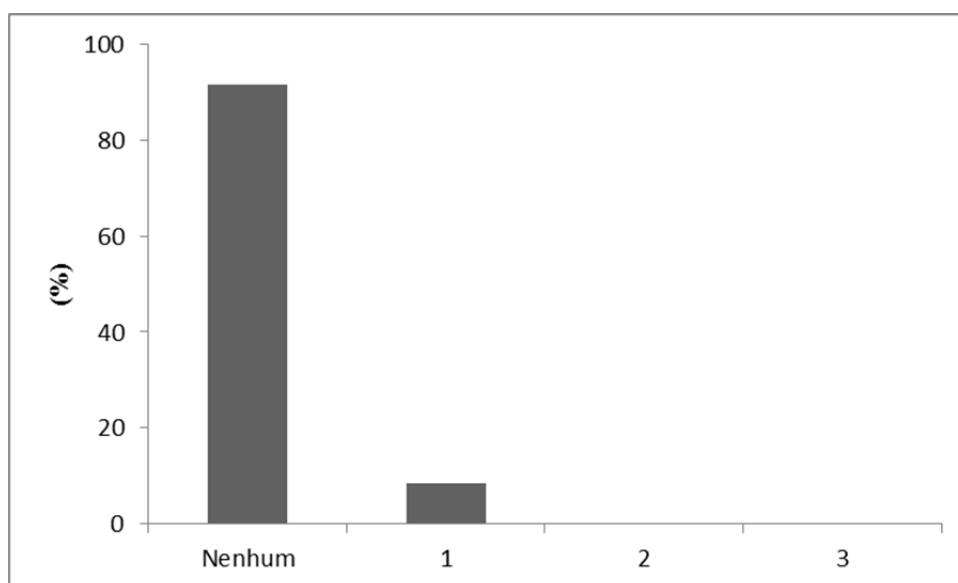


Figura 11 - Filhos

A *Figura 12* permite perceber que a existência de filhos de relações anteriores é verdade para 7,14% dos casais, sendo que nestes casos apenas existe um filho do elemento masculino do casal, representada no gráfico pela situação 1.

A restante percentagem (87,14%) que perfaz a maioria da amostra corresponde a casais que não têm filhos de relações anteriores.

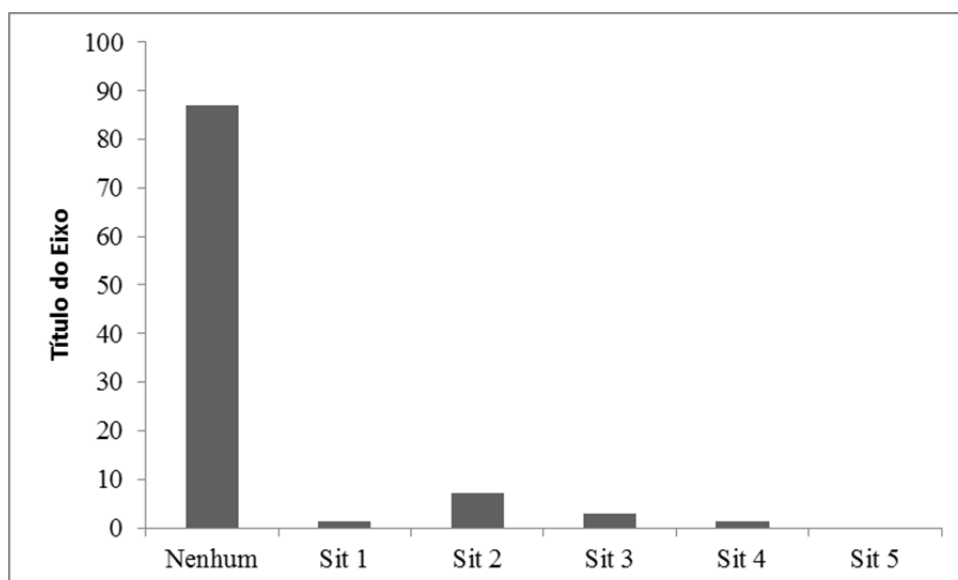
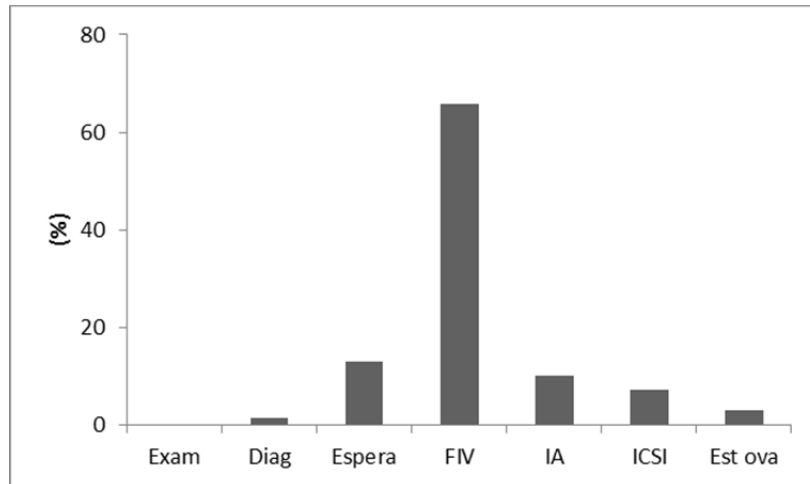


Figura 12 – Filhos/Outros

A *Figura 13* revela que no momento da recolha da amostra a maioria das mulheres (65,7%) estava a realizar tratamento de PMA, mais especificamente a FIV. Com a percentagem seguinte de 12,85% estavam as mulheres em espera para a realização de tratamentos de fertilidade. 10% das mulheres estavam num processo de IA.



**Figura 13 – Fase do processo**

#### 4. Resultados.

Os dados da amostra foram organizados, e estatisticamente tratados, tendo em conta a comparação de grupos. Para o efeito utilizou-se a versão 20.0 do programa estatístico IBM.SPSS, através da estatística inferencial e com o recurso à ANOVA (*Anexo E*). Esta análise de variância testa a hipótese de existirem diferenças significativas entre as populações dos grupos G1 e G2. Todas as diferenças entre grupos são consideradas significativas sempre que se verifica um nível de significância inferior a 0,05.

A primeira abordagem dos resultados permite a comparação dos grupos em função da variável sociodemográfica “Idade”. Por conveniência de análise dos dados, esta variável contínua foi categorizada em quatro escalões etários (Idade1: <20 anos; Idade2: 20-29 anos; Idade3: 30-39 anos; Idade4: ≥ 40 anos). A *Tabela 9* mostra que não existem diferenças significativas ao nível da “Idade” entre os dois grupos, bem como entre os géneros feminino e masculino. Sendo assim estamos perante grupos relativamente homogéneos para a variável estudada. No Grupo 1 a idade média nas mulheres é de 33,3 anos, bastante similar à idade das mulheres no Grupo 2 que é de 33,8 anos. Por curiosidade de investigação englobamos também nesta estatística o género masculino enquanto membro do casal infértil dos grupos respetivos.

Tabela 9 – Comparação dos grupos G1 e G2 em função da variável sociodemográfica “Idade” no casal infértil.

Género	Grupo	N	Média±D. Padrão	Mínimo	Máximo
Mulher	G1	30	33,3±4,3	24	40
	G2	40	33,8±3,7	27	39
	Sig.		NS		
	Total	70	33,5±4,0	24	40
Homem	G1	30	35,3±4,8	27	44
	G2	40	36,0±4,4	28	48
	Sig.		NS		
	Total	70	35,7±4,6	27	48

SIG. (Nível de Significância): \*\*\* P<0,001; \*\* P<0,01; \* P<0,05; NS: Não Significativo

A segunda abordagem dos resultados (*Tabela 10*) tem como objetivo analisar a influência da variável sociodemográfica “Idade”, relativamente aos níveis de *stress*, ansiedade e depressão nos

dois grupos, G1 e G2, comparando-os entre si. Como a variável é nominal e está agrupada em mais de duas categorias efetuou-se uma ANOVA e utilizou-se o Teste de Fisher. Os resultados do tratamento estatístico não evidenciam diferenças significativas, o que nos leva a concluir que a “Idade” não interfere nos níveis de ansiedade, depressão e *stress* nas mulheres inférteis.

**Tabela 10 – Aspectos Psicológicos: Comparação dos grupos em função da variável sociodemográfica “Idade”.**

Aspectos Psicológicos	20-29 Anos (n= 10)	30-39 Anos (n= 58)	≥ 40 Anos (n= 2)	P	SIG.
Ansiedade (BSI)	0,78 ± 0,38	0,88 ± 0,61	1,0 ± 0,71	0,842	NS
Depressão (BSI)	0,95 ± 0,58	0,75 ± 0,70	1,0 ± 0,00	0,625	NS
<i>Stress</i> (FPI)	137,20 ± 18,23	130,45 ± 29,38	120,50 ± 38,90	0,680	NS

SIG.: \*\*\* P<0,001; \*\* P<0,01; \* P<0,05; NS: Não Significativo

A terceira abordagem dos resultados (*Tabela 11*) permite investigar a influência da variável clínica “Tempo de Infertilidade”, relativamente aos níveis de *stress*, ansiedade e depressão nos dois grupos, G1 e G2, comparando-os entre si. Uma vez que a variável em causa é nominal, agrupando-se apenas em duas categorias (TempInf.1: ≤ 2 anos e TempInf.2: + de 2 anos) foi feito uma análise de variância (ANOVA) com recurso ao Teste *t* de student. A *Tabela 11* mostra o resultado do tratamento estatístico que permite concluir que os níveis de ansiedade, depressão e *stress* nas mulheres dos grupos G1 e G2 não são influenciáveis pelo “Tempo de Infertilidade”.

**Tabela 11 – Aspectos Psicológicos: Comparação dos grupos em função da variável clínica “Tempo de Infertilidade”.**

Aspectos Psicológicos	≤ 2 Anos (n= 38)	> 2 Anos (n= 32)	P	SIG.
Ansiedade (BSI)	0,86 ± 0,58	0,89 ± 0,58	0,800	NS
Depressão (BSI)	0,71 ± 0,60	0,87 ± 0,76	0,341	NS
<i>Stress</i> (FPI)	127,92 ± 27,91	134,94 ± 28,20	0,301	NS

SIG.: \*\*\* P<0,001; \*\* P<0,01; \* P<0,05; NS: Não Significativo

A quarta e última abordagem dos dados (*Tabela 12*) tem como objetivo a comparação dos dois grupos, G1 e G2, relativamente às variáveis ansiedade, depressão e *stress*. Para averiguar se existem diferenças significativas entre os dois grupos utilizou-se uma análise de variância (ANOVA). No que respeita às variáveis psicológicas percebe-se que o nível de significância obtido é muito superior a 0,05: p-value (*stress*)=0,505; p-value (ansiedade)=0,937; p-value (depressão)=0,933.

**Tabela 12 – Aspetos Psicológicos: Comparação dos grupos G1 e G2.**

Aspetos Psicológicos	G1 (n= 30)	G2 (n= 40)	P	SIG.
Ansiedade (BSI)	0,88 ± 0,58	0,87 ± 0,58	0,937	NS
Depressão (BSI)	0,78 ± 0,64	0,79 ± 0,70	0,933	NS
<i>Stress</i> (FPI)	133,73 ± 29,22	129,18 ± 27,37	0,505	NS

SIG.: \*\*\* P<0,001; \*\* P<0,01; \* P<0,05; NS: Não Significativo

Perante estes resultados não vemos confirmada a hipótese geral de investigação, o que nos leva a afirmar que não existem diferenças significativas entre o grupo de mulheres inférteis de causa feminina e o grupo de mulheres inférteis de causa masculina e/ou desconhecida. Conclui-se, portanto, através dos resultados desta investigação que o tipo de infertilidade não parece influenciar o nível de *stress*, ansiedade e depressão nas mulheres inférteis.

## 5 *Discussão*

Gravidez e parentalidade são importantes questões sociais em todas as culturas (Lopes, 2002). A gravidez é indissociável da vida humana e, por isso, tema das mais antigas esculturas. Os arqueólogos deparam-se com estátuas de mulheres com grandes seios e barrigas, espalhadas por todo o mundo, por ser este o símbolo de fecundidade (Colman & Colman, 1994). A experiência da maternidade inscreve-se na dinâmica da sociedade e num período histórico, sofrendo, ao longo da sua conceção, fortes influências dos padrões culturais, representações sociais, crenças e valores (Mendes, 2002). Segundo Lopes (2002), “a experiência materna é largamente condicionada por um modelo sociocultural de maternidade que idealiza e mistifica o conceito social de ser mãe” (p.173). Paralelamente à influência social, a maternidade também terá contornos diferentes de mulher para mulher, sendo mais adequado falar, não de maternidade, mas de maternidades, de acordo com os efeitos das diferentes culturas que dominam o meio envolvente da mulher (Lopes, 2002). A maternidade é um acontecimento fortemente valorizado na nossa sociedade, pela sua função de fecundação e conceção (Rato, 1995).

“Num plano emocional, a gravidez inicia-se muito antes da mulher estar, de facto, grávida...” (Biscaia & Sá, 1997, p.43). Segundo Biscaia e Sá (1997), a gravidez estará condicionada pela fertilidade emocional da mulher, podendo existir núcleos de esterilidade. A este propósito Cruz (1990) refere que “entre o projeto de engravidar, o desejo de ficar grávida e a gravidez, tem de haver um certo tempo de adaptação. A mulher precisa de disponibilidade psíquica para o acolhimento da criança no seu próprio corpo” (p. 367). Leal (1992) diz-nos que o desejo de ser mãe não implica necessariamente o desejo de ter uma gravidez, assim como desejar ter um filho não significa necessariamente desejar a maternidade.

Conceber um filho engloba duas etapas, o reconhecimento do desejo de ter um filho e a expressão desse mesmo desejo através da interrupção dos métodos contraceptivos (Athéa, 1987). Para Bertão (2012) um filho, do ponto de vista psicológico, assegura a eternidade dos seus pais, dos seus avós que revêm nele os seus desejos, os desejos dos seus pais.

Dias (2012) pensa a parentalidade e estabelece diferenças entre as famílias do passado e as famílias contemporâneas. Para a socióloga o ponto fulcral é o lugar da criança na conjugalidade. Nas famílias do passado a criança era associada à sua potencial instrumentalidade, estando a família acima dos interesses individuais. Eram crianças sem brinquedos, pouco investidas do ponto de vista de desenvolvimento psicológico, e vistas como mão-de-obra. O decréscimo da taxa de natalidade e do índice de fecundidade, bem como o aumento do divórcio, constituem-se como indicadores da família moderna em que a tendência é para cada vez mais famílias só com

um filho. A criança passa a ser um bem de consumo afetivo, precioso e raro, e objeto de investimento das suas competências individuais.

Dias (2012) não estabelece uma relação necessária entre a modernização da família e uma fecundidade restrita, mas refere que o empreendimento das famílias contemporâneas nas capacidades da criança, nomeadamente nas competências sociais e culturais, poderá resultar numa fecundidade diminuída. Sendo que esta poderá ser maximizada quer através do número de filhos, quer através das competências dos mesmos.

Embora haja o objetivo principal de recolha de dados que permitam uma análise quantitativa, tentou-se recolher outro tipo de informações pertinentes, que se prendem com diversas vertentes da realidade da mulher, e que acredita-se serão influenciáveis pelo contexto de infertilidade. Procurou-se obter dados que permitam uma reflexão sobre o impacto da infertilidade, e que permitam, se não contribuir para uma intervenção psicológica mais esclarecida, contribuir para uma melhor compreensão do papel do género feminino na PMA, nos dias de hoje. O processo de recolha de dados constituiu um momento privilegiado com estas mulheres, sendo que para algumas delas revelou-se até um espaço propício a interações. As impressões destes encontros, os aspetos não-verbais na relação com estas mulheres serão, do nosso ponto de vista, uma mais-valia para o estudo.

Um ponto interessante da recolha de dados foi o facto de alguns companheiros das mulheres da nossa amostra terem feito questão de acompanhá-las no momento do preenchimento dos questionários. Este facto poderá ser interpretado como uma tentativa de manipulação das respostas, contudo poderá também configurar um maior envolvimento do género masculino no processo de infertilidade, encarando-o como um problema do casal.

Uma constatação, de todo inesperada, foi a diferenciação das mulheres da nossa amostra, sendo que na sua maioria são mulheres com o ensino superior. No entanto, esta condição não demonstra relação direta com a informação que aparentam possuir acerca do próprio tratamento de infertilidade. O nome da técnica a que seriam sujeitas, em que consistiria o seu tratamento, o que vinha a seguir...eram questões às quais pareciam não ter resposta. Era como se deixassem o seu tratamento nas mãos dos técnicos, como se não dependesse delas o sucesso da intervenção.

Podemos pensar que esta pseudoignorância de algumas mulheres relativamente aos seus tratamentos de infertilidade funcione como uma defesa contra a angústia inerente ao processo de infertilidade. Talvez estas mulheres não procurem mais informação com o simples e legítimo intuito de proteção. Talvez seja um aspeto mais narcísico em que a distância emocional, que por vezes parecem conseguir, lhes permita não se implicarem tanto no processo, por forma a dispor de alguma folga emocional para lidarem com o que vem a seguir.

A opção do género feminino como variável significativa do nosso projeto poderá ser apontada como uma limitação importante do nosso estudo. Ter estudado só as mulheres foi uma opção consciente e justificada pelo interesse de estudar a possível correlação entre género feminino e tipo de infertilidade. O pensamento, à priori, de que poderíamos encontrar diferenças a este nível foi determinante. No entanto com esta investigação verificamos que não existem diferenças significativas na reação emocional das mulheres de acordo com o tipo de infertilidade diagnosticado. Poderemos fazer duas interpretações dos resultados: ou a mulher permanece muito culpabilizada e fragilizada pelo diagnóstico, e ainda encara a infertilidade como um problema só seu, isto é, o género feminino ainda permanece muito fragilizado e o sentimento de responsabilidade na maternidade/infertilidade, ou o problema de infertilidade já é visto e encarado como um problema do casal, sendo que as mulheres não diferenciariam o elemento do casal a quem é identificado o fator de infertilidade. Uma visão mais positiva e encorajadora do ponto de vista social e cultural. Estes resultados também poderão estar relacionados com o facto de, hoje em dia, tanto os técnicos de PMA como as mulheres e os homens encararem a infertilidade como um problema do casal e não apenas do elemento a quem é identificado o fator de infertilidade.

Os resultados obtidos não permitem a confirmação da hipótese geral do nosso estudo, que afirma que o tipo de infertilidade influencia o nível de *stress*, ansiedade e depressão nas mulheres inférteis. Isto permite-nos concluir que não são os diferentes tipos de infertilidade, nas mulheres, que influenciam os níveis de *stress*, ansiedade e depressão que apresentam. O facto do estudo não ter revelado diferenças significativas entre as mulheres dos grupos G1 e G2 aponta para uma homogeneidade na reação à infertilidade nas mulheres independentemente do tipo de infertilidade diagnosticado. Estes resultados vão de encontro a estudos atuais que atenuam as diferenças sobre a reação emocional à infertilidade entre géneros, e neste caso específico entre mulheres com diferentes fatores de infertilidade. Poderemos aqui refletir que uma vez que a maioria dos casais da nossa amostra já tinham iniciado os seus tratamentos, e, por isso, terem já vivenciado todo o *stress*, ansiedade e angústia associados, ter-lhes-á permitido obter uma distância emocional que lhes permita suportar melhor o resto do processo. Poderemos pensar que terá sido esta folga emocional das mulheres, já em tratamento, que não terá permitido encontrar diferenças significativas entre elas.

Em síntese, e dando resposta à questão de investigação colocada neste estudo, o tipo de infertilidade e as variáveis psicológicas em causa não se relacionam de forma estatisticamente significativa, na amostra estudada. Não tendo sido identificadas diferenças significativas entre os grupos de estudo parece-nos evidente concluir que o tipo de infertilidade não se constitui como

uma variável diferenciadora entre o gênero feminino. A comparação dos grupos em função da variável sociodemográfica “Idade” e da variável clínica “Tempo de Infertilidade” também não apresenta uma relação significativa com as variáveis ansiedade, depressão e *stress*. Estes resultados realçam uma homogeneidade na resposta à infertilidade dos grupos da nossa amostra, e consequentemente do gênero feminino.

Partindo das conclusões deste estudo podemos pensar que as diferenças de gênero, culturalmente atribuídas, estarão atualmente esbatidas na sociedade. Tendo em consideração que estudos anteriores que encontram diferenças entre gêneros, na infertilidade, explicam estas diferenças com base na expressão social da identidade de gênero, acreditamos que a evolução do papel da mulher na sociedade atual pode ter desvanecido a associação entre gênero feminino e procriação, e materno, por consequência. A existência numa maioria de mulheres diferenciadas a nível educacional, na nossa amostra, comprova a evolução do papel da mulher. Não se sentindo já tão associada ao papel de mãe, ela adquire outros papéis na sociedade atual e estabelece novos desafios a nível pessoal e profissional.

Do ponto de vista profissional, na esfera da medicina e da psicologia, cuida-se do problema de infertilidade do casal e não se responsabiliza só a mulher, ou o homem. Pode estar a olhar-se mais para o casal como unidade conjugal e não como unidades separadas. O todo será agora mais do que a soma das partes, e o apoio técnico prestado ao casal comprova este pressuposto.

Nazaré, Fonseca e Canavarro (2012) realçam a importância de pensar neste apoio ao casal infértil com uma intervenção que vá no sentido, não só de ajudar o casal a desenvolver competências necessárias para lidar com a incapacidade de terem um filho, no fundo a fazer um luto saudável deste filho biológico, ajudando-o a aceitar esta realidade, mas também numa intervenção clínica que possibilite ao casal a investir em diferentes áreas de vida. Será importante pensar com o casal a existência de outras saídas para a parentalidade, como por exemplo a adoção. Ou uma vida sem filhos, acrescentaríamos nós. Segundo Lazaratou e Golse (2006) estes casais precisam de fazer um trabalho de luto da sua capacidade reprodutiva e de aceitação do incumprimento do desejo de uma família dita tradicional.

Talvez, para muitos casais, o desejo de parentalidade não seja a componente mais importante da sua identidade conjugal, talvez não os faça mais felizes enquanto casal. Talvez ser pai e ser mãe não seja para muitos homens e muitas mulheres a dimensão mais importante da sua identidade, enquanto indivíduos. Relembramos a este propósito as palavras de Belo (2012), que parecem fazer muito sentido aqui: “Não existem instintos nos humanos, o dito instinto maternal, mas sim um instinto cultural. É a cultura que nos formata a ser mãe e pai, diferente do instinto

animal...” Coimbra de Matos (2012) diz-nos que aprende-se a ser pai logo na infância, aprendem-se as funções parentais ao ajudar a cuidar dos irmãos e dos animais.

Gonçalves (2008) refere que na PMA estão intrínsecas as noções de “desejo, amor, identidade e pensamento” (p.16). Almeida et al. (2002) fala ainda em “parentalidade, filiação e sexualidade” realçando que as técnicas de PMA podem ser “fontes de construções fantasmáticas parentais fascinantes, mas também constrangedoras” (p.70). Para Bertão (2012), a propósito do processo de filiação, a capacidade de amar estará para sempre ligada à capacidade de ter sido amado.

Lazaratou e Golse (2006) colocam uma questão interessante para futuras investigações. Estes autores revelam que se, por um lado, a literatura indica que crianças concebidas mediante PMA apresentam um desenvolvimento normativo, eles, por outro lado encontraram, na prática clínica, crianças com alguns transtornos psicológicos. A abordagem psicodinâmica relaciona os problemas da criança com a vivência traumática da esterilidade para os pais. Ou seja, a patologia na criança poderá estar relacionada com o trauma da infertilidade, sendo que para os autores existem condicionantes a ter em conta tais como: os pais terem, ou não, mantido o segredo em relação à natureza da conceção do filho, o investimento excessivo da criança como objeto raro e valioso e objeto de desejo absoluto dos pais. A chegada desta criança pode não ter, para alguns casos, um papel reparador do psiquismo dos pais. Torna-se, assim, fundamental tentar perceber os transtornos de crianças nascidas por PMA, nascidas mediante vários métodos, através da interpretação psicodinâmica que leva em consideração a personalidade destes pais, assim como os conflitos e privações sofridas por eles nas suas próprias infâncias.

Acreditamos que este estudo, para além de cumprir o seu propósito de estudar a relação do género feminino e a infertilidade, na sociedade atual, também cumpre o dever de deixar em aberto novas linhas de investigação, mais abrangentes e complementares. Será de extrema importância perceber, então, quais as consequências para a futura relação parental com a criança que há de vir, e que muitas vezes vem. Este jogo de representações mentais, paternas e maternas, não acabará aqui e terá como prolongamento as representações parentais agora na relação com o filho do casal, biológico ou não. Para Lazaratou e Golse (2006) é evidente que as circunstâncias especiais que envolvem os tratamentos de PMA poderão influenciar a atitude e comportamento materno, durante a gravidez, e depois dela.

Nestas linhas finais aproveitamos para retomar o otimismo de que fazemos parte de uma sociedade mais evoluída e socialmente mais equilibrada, acreditando que a não confirmação das nossas hipóteses estará intimamente relacionada com a evolução cultural do papel da mulher. Julgamos que esta evolução não será exclusiva ao contexto da infertilidade, mas transversal á

sociedade. Se por um lado, a importância atribuída ao casal infértil é já evidente, por outro ainda se assume que a mulher deva ser mãe. Talvez muitos dos casos de infertilidade se resumam simplesmente ao facto de um dos elementos do casal, ou ambos, não desejem assim tão profundamente a maternidade/paternidade.

Quando pensamos em parentalidade talvez nos ocorra pensar numa família dita tradicional, mas este modelo parental tem vindo a transformar-se. Leal (2005) fala-nos na pluralidade das famílias e em novas parentalidades, “as parentalidades por adoção, as monoparentalidades, as parentalidades plurais, as parentalidades mistas ou famílias ditas reconstruídas, as parentalidades homossexuais e as parentalidades medicamente assistidas” (p. 373). E acrescenta que “são apenas as fórmulas que as pessoas, dos tempos que correm, vão encontrando para serem pais e mães” (p.373).

Abrem-se novos horizontes de investigação e de pensamento, e a perspetiva da parentalidade para o futuro terá que ser a da inclusão dos diferentes tipos de organização familiar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adler, N. E., Keyes, S. & Robertson, P. (1991). Psychological Issues in New Reproductive Technologies: Pregnancy-Inducing Technology and Diagnostic Screening. In Rodin, J. & Collins, A. (Eds.), *Women and New Reproductive Technologies: Medical, psychosocial, Legal and Ethical Dilemmas*, (pp. 111-133). Hove and London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Alarcão, M. (2012, Março). *Parentalidade: Um desafio para o terceiro milénio*. Comunicação apresentada no 1º Congresso Internacional de Parentalidade do IPNP. Porto.

Almeida, A., Nix, C. M., Germond, M. & Ansermet, F. (2002). Investissement Parental Précoce De L'Enfant Conçu Par Procréation Médicalement Assistée Autologue. *La Psychiatrie de L'Enfant*, 45 (1-2), 45-75.

Andrews, F. M., Abbey, A., & Halman, L. J. (1992). Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertility and Sterility*, 57 (6), 1247-1253.

Athea, N. (1987). Nouvelles Techniques de Procréation. Quelques réflexions d'une gynécologue sur la medicalization et la psychologisation du désir d'enfant. *Revue Française de Psychanalyse*, 51 (5-6), 1531-1542.

Belo, M. (2012). *Maternidade e Paternidade versus Parentalidade*. Comunicação apresentada no 1º Congresso Internacional de Parentalidade do IPNP. Porto.

Bertão, A. (2012). *Parentalidade e educação: Algumas questões em torno do narcisismo e do processo de filiação*. Comunicação apresentada no 1º Congresso Internacional de Parentalidade do IPNP. Porto.

Biscaia, J., & Sá, E. (1997). A gravidez no pensamento das mães. In Sá, E. (Ed.), *A maternidade e o bebé*, (pp. 41-50). Lisboa: Fim de Século.

Boivin, J., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Hjelmstedt, A. & Bergh, T. (1998). Psychological reactions during in-vitro fertilization: Similar response pattern in husbands and wives. *Human Reproduction*, 13, 3262-3267.

Brazelton, T. & Cramer, B. (2001). *A Relação Mais Precoce* (3ª reimpressão). Lisboa: Terramar.

Bydlowski, M. (1984). Désir d'enfant du côté maternel. In Pasini, W., Bydlowski, M., Papiernik, E. & Beguin, F. (Eds.), *Biologie & Psychologie: Relation Précoce Parents-Enfants* (pp. 19-26). France: SIMEP.

Bydlowski, M. (1990). Procréations Médicalement Assistées - Problèmes psychologiques et éthiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38 (12), 665-668.

Canavarro, M. C. S. (1999). *Relações Afetivas e Saúde Mental. Uma abordagem ao longo do ciclo da vida*. Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In Simões, M., Gonçalves, M. e Almeida, L. (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II, pp. 95-109). Braga: SHO-APPORIT.

Canavarro, M. C. (Ed.), (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In Simões, M. R., Machado, C., Gonçalves, M. M., & Almeida L., S. (Eds.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.

Coimbra, A. C. (2012). *Cuidar é...Amar*. Comunicação apresentada no 1º Congresso Internacional de Parentalidade do IPNP. Porto.

Colman, L. L., Colman, A. D. (1994). *Gravidez: Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Costa-Lascoux, J. (1991). Procriação e bioética. In Thébaud Françoise (Ed.), *História das Mulheres. O século XX*, (5), 637-657. Afrontamento.

Cruz, J. M. (1995). Ecografia e Diagnóstico Pré-natal: Implicações nos cuidados integrados de saúde materno-infantil. *Entre-tanto*, 3.

Cruz, M. M. (1990). Encantos e Desencantos da Maternidade. *Análise Psicológica*, VIII (4), 367-370.

David, D., Soulé, M. & Noel, J. (1995). Les procréations médicalement assistées. In Lebovici, S., Diatkine, R. & Soulé, M. (Eds.), *Nouveau Traité de Psychiatrie de L'Enfance et de L'Adolescent* (Vol. IV, pp. 2701-2721). Paris: PUF.

David, G. (2002). Quel rêve derrière le clonage? Reproduction ou immortalité? *La Psychiatrie de L'Enfant*, 45 (1-2), 27-43.

Demyttenaere, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem, D., & D'Hooghe, T. (1998). Coping style and depression level influence outcome in in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 69 (6), 1026-1033.

Dias, I. (2012). *O lugar da criança nas famílias contemporâneas*. Comunicação apresentada no 1º Congresso Internacional de Parentalidade do IPNP, Porto.

Domar, A. D., Broome, A., Zuttermeister, P. C., Seibel, M., & Friedman, R. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58 (6), 1158-1163.

Duval, A. R. & Frydman, R. (1984). Fécondation in vitro: les hors la mere. In Pasini, W., Bydlowski, M., Papiernik, E. & Beguin, F. (Eds.), *Biologie & Psychologie: Relation Précoce Parents-Enfants* (pp. 211-220). France: SIMEP.

ESHRE (2010-2012). *Assisted Reproductive Technology (ART) – Glossary*. Consultado em através de <http://www.eshre.eu/ESHRE/English/Guidelines-legal//ART-glossary/page.aspx/1062>

Edelmann, R. J. & Connolly, K. J. (1986). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 209-219.

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

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

Faure, S. & Pragier, G. (1987). Les enjeux d'une recherche psychanalytique sur la stérilité féminine. *Revue Française de Psychanalyse*, 51 (5-6), 1543-1567.

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

Gonçalves, M. J. (2008). Desafios da parentalidade face às novas tecnologias, *Revista Portuguesa de Psicanálise* 28 (2), 9-18.

Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45 (11), 1679-1704.

Hart, V. A. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 23 (1), 31-41.

Herz, E. K. (1989). Infertility and Bioethical Issues of the New Reproductive Technologies. *The Psychiatric Clinics of North America*, 12 (1), 117- 131.

Langer, M. (2000). Fertility Disorders. In Langer, M. (Ed.), *Motherhood and Sexuality* (pp. 135-160). Other Press.

Lazaratou, H. & Golse, B. (2006). Du désir à l'acte: les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA), *La Psychiatrie De L'Enfant*, 2 (XLIX), 573-599. PUF.

Leal, I. (1992). Psicologia da Maternidade: Alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. *Psicologia e Saúde, Análise Psicológica*, 2 (X), 229-234.

Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

Leiblum, S. R. (Ed.), (1997). *Infertility: Psychological Issues and Counselling Strategies*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Lopes, R. B. (2002). Maternidade, Trabalho e a Construção Social do Feminino: Reflexões Exploratórias. *Interações*, 3, (173-182).

Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertility and Sterility*, 43 (3), 335-346.

Matos, I. (1995). Sobre a Infertilidade e as Novas Tecnologias de Reprodução. *Análise Psicológica*, 1-2 (XIII), 95-99.

Mazet (1990). Procréations médicalement assistées. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38 (12), 629-630.

Mejia, C., Germond, M. & Ansermet, F. (2005). Les mots et les choses autor de la fécondation in vitro. *La Psychiatrie de L'Enfant*, XLVIII (1), 245-270.

Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto Editora.

Missonnier, S. (2002). Parentalité et grossesse, devenir mère, devenir père par Sylvain Missonnier et Leticia Solis-Ponton. Les interactions des parents et de l'enfant avant la naissance. In Solis-Ponton, L. (Ed.), *La parentalité*. Paris: PUF.

Moura-Ramos, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2008). Inventário de problemas de fertilidade: Características psicométricas da versão portuguesa do Fertility Problem Inventory. In *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios.

Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Soares, I., Almeida Santos, T., & Canavarro, M. C. (2010). Psychosocial Adjustment in Infertility: a Comparison Study of Infertile Couples, Couples Undergoing Assisted Reproductive Technologies and Presumed Fertile Couples, *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11 (2), 299-319.

Nachtigall, R., 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.

Nazaré, B., Fonseca, A. & Canavarro, M. C. (2012). *Pode a experiência da parentalidade atenuar o impacto traumático da interrupção médica de gravidez e o processo de luto subsequente?* Comunicação apresentada no 1º Congresso Internacional de Parentalidade do IPNP. Porto.

Neto, M. G. (2002). Fertilidade e Infertilidade Humanas: A Mulher, as Técnicas e a Ética. *Hospitalidade*, 256, (19-23).

Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72 (1), 54-62.

Oliveira, A. P. (2005). *Infertilidade e Procriação Medicamente Assistida*. Comunicação apresentada na formação Gravidez e Maternidade do ISPA. Lisboa.

Pasch, L. & Dunkel-Schetter, C. (1997). Fertility Problems: Complex Issues Faced by Women and Couples. In Gallant, S. J., Keita, G. P. & Royak-Schaler R. (Eds.), *Health Care for Women: Psychological, Social and Behavioral Influences* (pp. 187-201). Washington, DC: American Psychological Association.

Paulson, J.D., Haarmann, B.S., Salerno, R.L., & Asmar, P. (1988). An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility. *Fertility and Sterility*, 49 (2), 258-262.

Peterson, B. D., Newton, C. R., & Feingold, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 88 (4), 911-914.

Pfeffer, N., & Woollett, A. (1983). *The experience of infertility*. London: Virago Press.

Pines, D. (1990). Emotional Aspects to Infertility and It's Remedies. *International Journal of Psychological Analysis*, 71 (4), 561-568.

Pinto, H. G. (1998). Infertilidade. Aspectos psicológicos, emocionais e sociais. In Cardoso, R. M. (Coordenador), *A Outra Metade de Medicina. Monografias Breves de Psicologia Clínica* (pp. 95-11). Lisboa: Climepsi Editores.

Pires, L. C. (1990) Novas Tecnologias do Nascimento: Técnicas de Reprodução Medicamente Assistida (T.R.M.A.). *Análise Psicológica*, VIII (4), 425-428.

Rato, P. I. (1995). Ansiedades Perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 405-413.

Rodin, J. & Collins, A. (1991). The New Reproductive Technologies: What Have We Learned? In Rodin, J. & Collins, A. (Eds.) *Women and New Reproductive Technologies: Medical, Psychosocial, Legal and Ethical Dilemmas* (pp. 153-161). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Rosenfeld, D. L. & Mitchell, E. (1979). Treating the emotional aspects of infertility: Counselling services in an infertility clinic. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 9, 171-180.

Sá, E. (1997). Aspectos Psicológicos da Esterilidade e da Infertilidade. In Sá, E. (Ed.) *A maternidade e o bebé* (pp. 23-32). Lisboa: Fim de Século.

Santos, A., & Vara, N. (2002). Dimensões psicológicas da esterilidade e infertilidade. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17-18, 215-221.

Santos, A. T., & Moura-Ramos, M. (2010). *Esterilidade e Procriação Medicamente Assistida*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Seibel, M. M., & Taymor, M. L. (1982). Emotional aspects of infertility. *Fertility and Sterility*, 37 (2), 137-145.

Serra, A. M. & Algarvio, S. (2006). Preocupações parentais dos pais de crianças nascidas por fertilização in vitro. *Análise Psicológica*, XXIV (2), 149-154.

Serra, A. V. (2002). *O Stress na vida de todos os dias* (2ª ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

Shaw, P. (1991). Infertility Counselling. In Davis, H. & Fallowfield, L. (Eds.) *Counselling and Communication in Health Care* (161-175). England: John Wiley & Sons Ltd.

Soulé, M. & Lévy-Soussan, P. (2002). Les fonctions parentales et leurs problèmes actuels dans les différentes filiations. *La Psychiatrie de L'Enfant*, 45 (1-2), 77-102.

Sousa, M., & Sá, R. (2008). Sofrimento e Constrangimento na Reprodução. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 28 (2), 195-205.

Sparrenberger, F., Santos, I., & Lima, R. C. (2003). Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. *Revista Saúde Pública*, 37 (4), 434-439.

Springer-Kremser, M. & Jessee, S. S. (1996). Panel Report. Infertility, surrogacy and the new reproductive techniques: psychoanalytic perspectives. *International Psycho-Analysis Association*, 77, 129-133.

Stoleru e Lebovici (1985). L'interaction parente-nourrison. In Lebovici, S., Diatkine, R. & Soulé, M. *Nouveau Traité de Psychiatrie de L'enfant et de L'adolescence* (pp. 319-339). Presses Universitaires de France.

Trindade, Z. A., & Enumo, S. R. F. (2002). Triste e incompleta: Uma visão feminista da infertilidade feminina. *Psicologia USP*, 13 (2), 151-182.

Vila. D. A. C., Vandenberghe, L. & Silveira, A. N. (2010). A Vivência de Infertilidade e Endometriose: Pontos de Atenção para Profissionais de Saúde, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (2), 219-228.

Vicent-Dospital, G., Neuman, D. & Lebovici, S. (1990). Modalités spécifiques de paternalité en particulier dans procréations médicalement assistées. *Neuropsychiatrie de L'Enfance et de L'Adolescence*, 38 (12), 681-685.

Von Doellinger, O. J. P. (1999). Procriação Medicamente Assistida: A Necessidade de um Apoio Psicoterapêutico In Guimarães, Lopes (coordenador), *Temas CL de Psiquiatria, Psicossomática e Psicologia* (pp. 215-222). Lisboa: Grupo Português de Psiquiatria Consiliar-Ligação e Psicossomática.

Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J., & Girard, Y. (1991). Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 55 (1), 100-108.

Zalusky, S. (2000). Infertility in the age of technology. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 48 (4), 1541-1562.

## ANEXOS

## Questionário Sociodemográfico e Clínico

**Mulher:**

Idade: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Religião: \_\_\_\_\_  
Etnia: \_\_\_\_\_

**Homem:**

Idade: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Religião: \_\_\_\_\_  
Etnia: \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

Casados  União de Facto

**Duração da relação com o seu actual companheiro:** \_\_\_\_\_

**Habilitações Literárias:**

**Mulher:**

Ensino Primário  \_\_\_\_\_  
Ensino Preparatório  \_\_\_\_\_  
Ensino Secundário  \_\_\_\_\_  
Curso Técnico-Profissional  \_\_\_\_\_  
Bacharelato  \_\_\_\_\_  
Licenciatura  \_\_\_\_\_  
Mestrado  \_\_\_\_\_  
Doutoramento  \_\_\_\_\_

**Homem:**

Ensino Primário   
Ensino Preparatório   
Ensino Secundário   
Curso Técnico-Profissional   
Bacharelato   
Licenciatura   
Mestrado   
Doutoramento

**Há quanto tempo está a tentar engravidar?** \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo foi detetada a infertilidade?** \_\_\_\_\_

**Já fizeram tratamentos?**

Não

Sim  Qual? \_\_\_\_\_

**Já houve alguma gravidez?**

Não

Sim  Espontânea  Medicamente Assistida

Quantas? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**Tem filhos?**

Não

Sim Quantos? \_\_\_\_\_

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

Não

Sim  De qual dos elementos?

Feminino  Masculino  Adotado

Quantos? \_\_\_\_\_

**Fase do processo:**

Realização de exames (Início)

Diagnóstico (Aguardam o que fazer)

Em espera para iniciar tratamento

Em tratamento  Qual? \_\_\_\_\_

**Tipo de Infertilidade:**

Em estudo

Fator feminino

Fator masculino

Fator Misto

Causa Desconhecida



## INVENTÁRIO DE PROBLEMAS DE FERTILIDADE

(Newton et. al, 2005; Versão Portuguesa: M. Moura-Ramos, S. Gameiro & M. C. Canavarro, 2006)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

P. U. \_\_\_\_\_ N<sup>o</sup> Código: \_\_\_\_\_

As seguintes afirmações expressam diferentes opiniões acerca de problemas de fertilidade. Coloque, para cada afirmação, um número na linha à esquerda, indicando o quanto concorda ou discorda com essa afirmação. Se tem um(a) filho/a, responda conforme se sente **neste momento**, **após** ter tido a criança.

Por favor preencha todos os itens. Use as seguintes categorias de resposta:

**1 = discordo fortemente**

**2 = discordo moderadamente**

**3 = discordo levemente**

**4 = concordo levemente**

**5 = concordo moderadamente**

**6 = 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.

1 = discordo fortemente  
4 = concordo levemente

2 = discordo moderadamente  
5 = concordo moderadamente

3 = discordo levemente  
6 = concordo fortemente

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.
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.

**BSI**

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

<b>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

### Instituto Superior de Psicologia Aplicada

No âmbito de um projeto de investigação, conduzido pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada, em colaboração com o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, estou a desenvolver um projeto sobre os “Aspetos Psicológicos em Mulheres com Diagnóstico de Infertilidade”. A investigação pretende comparar o nível de *stress*, ansiedade e depressão em 2 grupos de mulheres: inférteis com fator feminino e inférteis com fator masculino e\ou desconhecido.

Solicito a sua participação neste projeto, que será voluntária e implica, apenas, o preenchimento de um conjunto de questionários. Todos os dados fornecidos serão tratados confidencialmente e será garantido o anonimato. Não existem despesas ou compensações financeiras para o participante.

A sua colaboração é muito importante.

Agradeço, desde já, a atenção dispensada, e coloco-me ao dispor para quaisquer esclarecimentos.

Em anexo está a Declaração de Consentimento que deverá ler e assinar, caso aceite participar.

**Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho**

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Para os questionários que se seguem não existem respostas certas nem erradas, pelo que lhe peço que responda a todas as questões com o máximo de sinceridade.

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

Agradeço, desde já, a colaboração e o tempo dispendido.

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Projeto de investigação:

### **Aspetos Psicológicos em Mulheres com Diagnóstico de Infertilidade.**

Acredito ter recebido informação suficiente a respeito do projeto, para o qual é pedida a minha participação.

Compreendi o objetivo da investigação e foi-me dada oportunidade para colocar todas as questões que julguei necessárias, para as quais obtive resposta satisfatória.

Ficou claro que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar, a todo o tempo, a minha participação no projeto, sem que essa decisão traga qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Ficou claro, também, que a minha participação é isenta de despesas ou benefícios pessoais, e que é garantida a total confidencialidade de todos os dados fornecidos.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

**Assinatura do(a) participante:** \_\_\_\_\_

**O(A) Investigador(a) responsável:**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Ansiedade, Depressão e Stress: comparação dos grupos G1 e G2 em função da variável sociodemográfica “Idade”

### STRESS

#### Descriptives

IPF Total

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
2	10	137,20	18,232	5,765	124,16	150,24	118	170
3	58	130,45	29,380	3,858	122,72	138,17	77	184
4	2	120,50	38,891	27,500	-228,92	469,92	93	148
Total	70	131,13	28,059	3,354	124,44	137,82	77	184

#### ANOVA

IPF Total

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	621,398	2	310,699	,388	,680
Within Groups	53704,445	67	801,559		
Total	54325,843	69			

### ANSIEDADE e DEPRESSÃO

	N	Mean	Std. Deviation
<b>ansiedade</b> 2	10	,7833	,37721
3	58	,8822	,60698
4	2	1,0000	,70711
Total	70	,8714	,57607
<b>depressao</b> 2	10	,9500	,57762
3	58	,7500	,69826
4	2	1,0000	,00000
Total	70	,7857	,67276

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>ansiedade</b> Between Groups	,117	2	,059	,173	,842
Within Groups	22,781	67	,340		
Total	22,898	69			
<b>depressao</b> Between Groups	,436	2	,218	,474	,625
Within Groups	30,794	67	,460		
Total	31,230	69			

# Ansiedade, Depressão e Stress: comparação dos grupos G1 e G2 em função da variável sociodemográfica “Tempo Infertilidade”

## STRESS

**Descriptives**

IPF Total

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1	38	127,92	27,909	4,528	118,75	137,09	77	172
2	32	134,94	28,199	4,985	124,77	145,10	83	184
Total	70	131,13	28,059	3,354	124,44	137,82	77	184

**ANOVA**

IPF Total

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	855,205	1	855,205	1,088	,301
Within Groups	53470,638	68	786,333		
Total	54325,843	69			

## ANSIEDADE e DEPRESSÃO

**Descriptives**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ansiedade 1	38	,8553	,58146	,09433	,6641	1,0464	,00	2,67
2	32	,8906	,57830	,10223	,6821	1,0991	,17	2,33
Total	70	,8714	,57607	,06885	,7341	1,0088	,00	2,67
depressao 1	38	,7149	,59516	,09655	,5193	,9105	,00	2,50
2	32	,8698	,75578	,13360	,5973	1,1423	,00	2,33
Total	70	,7857	,67276	,08041	,6253	,9461	,00	2,50

**ANOVA**

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Ansiedade</b> Between Groups	,022	1	,022	,065	,800
Within Groups	22,877	68	,336		
Total	22,898	69			
<b>Depressão</b> Between Groups	,417	1	,417	,920	,341
Within Groups	30,813	68	,453		
Total	31,230	69			

## Aspetos Psicológicos (Ansiedade, Depressão e Stress): comparação dos grupos G1 e G2

---

### STRESS

#### Descriptives

IPF Total

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Minimum	Maximum
1	30	133,73	29,218	5,335	83	184
2	40	129,18	27,368	4,327	77	181
Total	70	131,13	28,059	3,354	77	184

#### ANOVA

IPF Total

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	356,201	1	356,201	,449	,505
Within Groups	53969,642	68	793,671		
Total	54325,843	69			

```
GET
  FILE='C:\Users\Vitor.Vitor-PC.000\Dropbox\MIMD-AdrianaDaGraça\dados\dados
socio-MIMD-Adriana.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
```

```
GET DATA
  /TYPE=XLS
  /FILE='D:\TESE Análise Resultados\Susana Dados 11 Ago 2011.xls'
  /SHEET=name 'Folha1'
  /CELLRANGE=full
  /READNAMES=on
  /ASSUMEDSTRWIDTH=32767.
```

```
>Warning. Command name: GET DATA
>(2103) The variable name (truncated to 64 bytes) conflicts with a previous
ly
>defined variable.
>* Variable Name: "IPFTTotal"
>* Conflicting Column: 6
>* Duplicate Column: 74
```

```
>Warning. Command name: GET DATA
>(2103) The variable name (truncated to 64 bytes) conflicts with a previous
ly
>defined variable.
>* Variable Name: "BSIMedia"
>* Conflicting Column: 7
>* Duplicate Column: 128
```

```
EXECUTE.
DATASET NAME DataSet2 WINDOW=FRONT.
COMPUTE ansiedade=(BSIF1 + BSIF12 + BSIF19 + BSIF38 + BSIF45 + BSIF49)/6.
EXECUTE.
COMPUTE depressao=(BSIF9 + BSIF16 + BSIF17 + BSIF18 + BSIF35 + BSIF50)/6.
EXECUTE.
T-TEST GROUPS=Grupo(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=ansiedade depressao
  /CRITERIA=CI(.95).
```

## T-Test

[DataSet2]

**Group Statistics**

Grupo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ansiedade	Mulheres fator feminino	30	,8778	,58384	,10659
	Mulheres fator masculino e desconhecido	40	,8667	,57760	,09133
depressao	Mulheres fator feminino	30	,7778	,64376	,11753
	Mulheres fator masculino e desconhecido	40	,7917	,70180	,11096

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
ansiedade	Equal variances assumed	,272	,604
	Equal variances not assumed		
depressao	Equal variances assumed	,374	,543
	Equal variances not assumed		

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
ansiedade	Equal variances assumed	,079	68	,937	,01111
	Equal variances not assumed	,079	62,257	,937	,01111
depressao	Equal variances assumed	-,085	68	,933	-,01389
	Equal variances not assumed	-,086	65,212	,932	-,01389

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
ansiedade	Equal variances assumed	,14015	-,26855	,29077
	Equal variances not assumed	,14037	-,26945	,29168
depressao	Equal variances assumed	,16367	-,34049	,31271
	Equal variances not assumed	,16164	-,33669	,30891