



**ANA BEATRIZ  
MENDES CARVALHO**

**PREOCUPAÇÕES REPRODUTIVAS E  
IMPORTÂNCIA DA PARENTALIDADE EM  
MULHERES JOVENS COM PROBLEMAS DE  
FERTILIDADE**



**ANA BEATRIZ  
MENDES CARVALHO**

**PREOCUPAÇÕES REPRODUTIVAS E  
IMPORTÂNCIA DA PARENTALIDADE EM  
MULHERES JOVENS COM PROBLEMAS DE  
FERTILIDADE**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Sara Otília Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à minha mãe.

## **o júri**

presidente

**Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**  
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves**  
Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

**Prof. Doutora Sara Otília Marques Monteiro**  
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

## **Agradecimentos**

Ao terminar este importante e exigente percurso, não posso deixar passar a oportunidade de agradecer a todos os que com o apoio, colaboração e carinho, tornaram este estudo possível.

Começo por agradecer à Professora Doutora Sara Monteiro, pela disponibilidade e acompanhamento que demonstrou ao longo deste percurso e pela ajuda prestada na realização do trabalho.

À Doutora Ana Bárto, bolsista de Doutoramento, que me incluiu na sua investigação e transmitiu desde logo o gosto pela área em estudo. Agradeço por todo o apoio, disponibilidade e acompanhamento ao longo do trabalho.

A toda equipa da Unidade de Medicina de Reprodução do Centro Hospitalar de São João no Porto, pela forma tão afetuosa e receptiva com que me receberam. Em particular, à administrativa Susana Coutinho que colaborou na articulação entre as recolhas e as atividades do serviço.

A todas as pessoas, familiares e anónimos, que contribuíram para que a recolha do grupo de controlo fosse possível, sem elas este estudo não seria exequível.

À minha família, à minha mãe pela força inimaginável e ao meu pai pelo apoio prestado. À minha madrinha pelo auxílio, força e incentivo, à minha prima pela partilha e pelas palavras de encorajamento. Agradeço aos meus avós, tios e primos pelo apoio e carinho ao longo deste percurso.

Ao meu namorado Gui, agradeço o apoio incansável, a presença, as palavras de força, o incentivo, a paciência. Agradeço por estar presente nas conquistas e nas dificuldades.

Aos meus amigos, aos que a Universidade me trouxe, em especial à Salomé pela disponibilidade, ajuda e carinho, que sempre transmitiu ao longo desta fase. À Kelly e ao Rui pela ajuda, partilha e apoio. À minha colega Maria, com quem partilhei esta jornada, pela ajuda e acompanhamento.

Aos amigos de sempre, em especial à Rita, pela força e preocupações constantes, pela presença, pelas palavras de conforto nos momentos de maior desânimo. Às maravilhosas e aos sPlay.

Agradeço a todos os que tornaram este projeto possível e que me acompanharam nesta que foi uma das fases mais marcantes e impactantes, tanto a nível académico como pessoal.

**palavras-chave**

reprodução medicamente assistida, problemas de fertilidade, preocupações reprodutivas, importância da parentalidade, depressão, ansiedade, qualidade de vida

**resumo**

O presente estudo pretende analisar as preocupações reprodutivas e o ajustamento psicológico em mulheres com problemas de fertilidade, em início de tratamento de reprodução medicamente assistida (RMA), em comparação com mulheres jovens sem história de infertilidade. A recolha da amostra clínica foi efetuada na Unidade de Medicina de Reprodução do Centro Hospitalar de São João no Porto, onde foram recrutadas 56 mulheres com problemas de fertilidade. Por sua vez, o grupo de controlo foi constituído por 52 mulheres recrutadas a partir da população geral. Todas as participantes preencheram três subescalas da Escala de Preocupações Reprodutivas Após o Cancro (RCAC), a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do cancro (EORTC QLQ-C30, versão 3), e duas subescalas do Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI). Verificou-se que as mulheres com problemas de fertilidade apresentam mais preocupações reprodutivas e maior necessidade de parentalidade do que o grupo de controlo. Foram também encontradas associações com o período de tempo a tentar engravidar espontaneamente, e ainda uma associação entre a idade da mulher com diagnóstico de infertilidade e a necessidade de parentalidade. Devem ser conduzidos programas de intervenção que se foquem nas preocupações reportadas pelas mulheres jovens que se confrontam com uma ameaça à fertilidade.

**keywords**

Medically assisted reproduction, fertility problems, reproductive concerns, importance of parenthood, depression, anxiety, quality of life

**abstract**

The present study aims to analyze reproductive concerns and psychological adjustment in women with fertility problems in the beginning of medically assisted reproductive treatment (AMR) compared with young women with no history of infertility. The clinical sample was collected at the Reproductive Medicine Unit of the São João Hospital Center in Porto, where 56 women with fertility problems were recruited. In turn, the control group consisted of 52 women recruited from the general population. All participants completed three subscales of the Reproductive Concerns After Cancer (RCAC) scale, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the European Organization for Cancer Research and Treatment Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), version 3), and two subscales of the Fertility Problems Inventory (FPI). Women with fertility problems were found to have more reproductive concerns and a greater need for parenting than the control group. Associations were also found with time trying to conceive spontaneously, as well as an association between the age of women diagnosed with infertility and the need for parenting. Intervention programs that address the concerns reported by young women facing a fertility threat should be conducted.

## Índice

Introdução.....	1
Método .....	7
Participantes.....	7
Instrumentos.....	10
Procedimento .....	13
Resultados .....	13
Caracterização e comparação do ajustamento psicossocial entre mulheres com ou sem problemas de fertilidade.....	13
Fatores sociodemográficos e clínicos que afetam as preocupações reprodutivas, a importância da parentalidade, o <i>distress</i> e a qualidade de vida em mulheres com problemas de fertilidade .....	15
Associação entre preocupações reprodutivas, importância da parentalidade e aspetos psicossociais.....	18
Discussão.....	19
Referências .....	25
Anexos.....	31



## **Introdução**

A infertilidade é definida como uma doença do sistema reprodutivo, que leva à incapacidade de alcançar uma gravidez desejada, após 12 meses de relações sexuais desprotegidas, ou devido a um comprometimento da capacidade de reprodução de uma pessoa como indivíduo ou com o seu parceiro (Zegers-Hochschild et al., 2017). A infertilidade pode ser de dois tipos, primária e secundária. A infertilidade primária acontece quando o casal não consegue conceber uma gravidez nem nunca o conseguiu anteriormente, já a secundária refere-se à incapacidade de conceber em casais que já conseguiram uma gravidez anteriormente (Moura-Ramos, 2011).

As taxas globais de prevalência de infertilidade são difíceis de determinar, devido à presença de fatores masculinos e femininos que complicam qualquer estimativa que possa ser dirigida apenas à mulher e a um diagnóstico de gravidez (WHO, 2019). Estima-se que cerca de 48,5 milhões de casais em todo o mundo sejam inférteis, 1.9% das mulheres entre os 20 e os 44 anos não conseguiram ter a sua primeira gravidez (infertilidade primária), e 10.5% das mulheres que tiveram uma gravidez anteriormente não o conseguiram atingir novamente (infertilidade secundária). Os valores e estimativas de infertilidade foram semelhantes entre os anos de 1990 e 2010 (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel, & Stevens, 2012). Recentemente, Datta e colaboradores (2016) verificaram que uma em cada oito mulheres e um em cada dez homens apresentam problemas de infertilidade. Em Portugal, o Estudo Afrodite, conduzido por Silva-Carvalho e Santos (2009) remete para uma prevalência de infertilidade ao longo da vida entre os 9% e os 10%, não tendo sido encontradas diferenças regionais.

As causas responsáveis pelo desenvolvimento da infertilidade podem ser de origem feminina, masculina, mista ou inexplicada (quando não existe aparentemente nenhum fator identificado que condicione a gravidez). As causas femininas centram-se principalmente em alterações na ovulação, na obstrução das trompas de Falópio, na endometriose e ainda em variações no muco cervical (Moura-Ramos, 2011). Já as causas com origem masculina, relacionam-se com a qualidade do sémen, na sua morfologia, na quantidade de espermatozoides produzidos e na sua mobilidade (Moura-Ramos, 2011). Estes problemas podem ser um obstáculo à conceção de uma gravidez, ameaçando a parentalidade destes casais. Outra questão que também deve ser considerada, é o período fértil do ser humano. De forma generalizada, a mulher pode alcançar uma gravidez desde a adolescência até cerca dos 40 anos, já o homem pode permanecer fértil até uma idade mais avançada (Pereira, 2011). Neste contexto, surge a Reprodução Medicamente Assistida (RMA) como forma de ultrapassar esta dificuldade,

potenciando a probabilidade de os casais inférteis concretizarem o seu desejo de parentalidade. As técnicas de RMA são todas as intervenções que incluem o manejo *in vitro* de óocitos humanos e espermatozoides, ou de embriões com o objetivo de reprodução. Incluem a fertilização *in vitro* (FIV), a transferência de embriões; injeção citoplasmática de espermatozoides (ICSI), biópsia de embrião; diagnóstico genético pré-implantação (DGPI), eclosão assistida; transferência intrafalopiana de gâmetas (GIFT), transferência intrafalopiana zigótica; criopreservação de gâmetas e embriões; doação de sémen, óocito e embrião e ciclos gestacionais (Zegers-Hochschild et al., 2017). Assim, as técnicas de RMA não incluem a inseminação assistida, que usa os espermatozoides tanto do parceiro como de um doador de esperma (Zegers-Hochschild et al., 2017).

De acordo com as diferentes causas de infertilidade é selecionado o tratamento mais adequado para cada casal. Em Portugal, a Lei nº142/2017 de 25 de julho, referente à quarta alteração da lei nº32/2016 de 26 de julho, que regula a utilização de técnicas de procriação medicamente assistida, refere que podem recorrer a estas técnicas casais de sexo diferente ou casais de mulheres, respetivamente casados ou casadas ou que vivam em condições análogas, bem como todas as mulheres independentemente do estado civil e da orientação sexual.

A infertilidade, por ser um acontecimento inesperado e imprevisível, acaba por ser um obstáculo a um dos objetivos mais esperados pelos casais, a parentalidade. Recentemente houve uma revisão da teoria da hierarquia das necessidades de Maslow, que considerou que a parentalidade está no topo da hierarquia, substituindo a autorrealização (Kenrick, Griskevicius, Neuberg, & Schaller, 2010), demonstrando assim a importância de avaliar a vivência desta impossibilidade para alguns casais. A parentalidade ainda é um dos objetivos mais desejados na vida da maioria dos indivíduos e dos casais (Galhardo, Moura-Ramos, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2015), embora existam cada vez mais casais que optam por não ter filhos de forma voluntária (Moura-Ramos, 2011). Para muitos ser pai e mãe é um objetivo primordial, daí que seja expectável, por vezes, algumas dificuldades de adaptação, sendo que a incapacidade de o alcançar pode levar a perceções de derrota, como acontece com outros objetivos de vida importantes (Gilbert, 2006).

Pelo facto de este objetivo poder ser impedido, é primordial avaliar os efeitos psicológicos subjacentes à infertilidade, destacando assim os pressupostos do Modelo das Consequências Psicológicas da Infertilidade, de Menning (1980). A perceção das dificuldades conceptivas, a hipótese de uma vivência disruptiva do casal, a possibilidade de insucesso e consequentes repetições dos tratamentos de reprodução podem levar a um sofrimento

emocional, embora não aconteça da mesma forma em todos os casais (Lopes & Leal, 2012). Portanto, a incapacidade de alcançar a gravidez e todas as etapas subsequentes, podem levar ao surgimento de efeitos emocionais como o sofrimento, a depressão, a ansiedade, a raiva, o choque, a negação, a frustração e sentimentos de culpa. Pode ainda provocar uma baixa autoestima, inadequação, problemas de identidade e mudanças na forma como encara a vida e o mundo (Lopes & Leal, 2012). Estas consequências podem provocar alterações no ajustamento conjugal e no funcionamento sexual (Valsangkar, Bodhare, Bele, & Sai, 2011), e mudanças a nível social (Chachamovich et al., 2009).

O ajustamento psicológico dos casais que estão a realizar tratamentos de reprodução medicamente assistida tem sido cada vez mais estudado, apesar de existir uma grande variabilidade nos resultados (Biringer, Howard, Kessler, Stewart, & Mykleun, 2015; Galhardo, Pinto-Gouveia, Cunha, & Matos, 2011). Sendo considerada um stressor multidimensional, a infertilidade requer muitos ajustes emocionais (Verhaak et al., 2007). O impacto da infertilidade pode ser duradouro e provocar ansiedade, sintomas depressivos e afetar toda a vida do indivíduo.

Por outro lado, outro fator relevante a ter em conta, são as preocupações reprodutivas das mulheres com problemas de fertilidade. Podemos definir preocupações reprodutivas como preocupações com variáveis de natureza diversa associadas à fertilidade (Logan, Perz, Ussher, Peate, & Anazodo, 2018). Estas preocupações têm sido examinadas frequentemente em mulheres jovens sobreviventes de cancro, para as quais a saúde reprodutiva é um fator importante de qualidade de vida (Logan et al., 2018; Sodergren et al., 2017). São comuns as preocupações reprodutivas como o medo da infertilidade, o impacto negativo da infertilidade no relacionamento, medo do estado de saúde afetar a possibilidade de ter filhos, preocupações com a saúde da criança (Gorman et al., 2014). O aumento do *distress* psicológico e uma baixa qualidade de vida estão associados com as preocupações reprodutivas depois do cancro (Benedict et al., 2018; Logan et al., 2018).

Além disso, de acordo com o estudo de Carter e colaboradores (2011), realizado com mulheres inférteis, as mulheres que não têm filhos apresentam mais preocupações reprodutivas comparativamente a mulheres que já são mães, apesar de não ser uma diferença estatisticamente significativa.

Relativamente à sintomatologia depressiva e ansiosa, já vários estudos foram feitos e várias foram as conclusões retiradas. No estudo transversal de Klemetti, Raitanen, Sihvo, Saarni e Koponen (2010), verificou-se que mulheres com problemas de fertilidade e sem filhos, tinham

um risco mais elevado de distímia e de perturbações de ansiedade, em comparação com o grupo de controlo de mulheres sem problemas de fertilidade.

O estudo de Galhardo e colegas (2015) revelou que a relação entre a importância da parentalidade e a rejeição a um estilo de vida sem filhos e sintomas depressivos era explicada pela perceção de fracasso e pela dificuldade em avançar, tanto para as mulheres como para os homens. Estes resultados revelaram ainda que, quando se tem a paternidade como um objetivo importante e se tem uma visão negativa sobre um estilo de vida sem filhos, a depressão poderá ser afetada ao exacerbar as perceções de derrota.

Existem diversos fatores que podem influenciar os níveis de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa. Os níveis de depressão ou ansiedade aumentam depois de um tratamento de infertilidade sem sucesso (Maroufizadeh, Karimi, Vesali, & Omani-Samani, 2015); as mulheres com infertilidade que têm historial de depressão têm maior probabilidade de ficar depressivas durante o tratamento (Holley et al., 2015); sujeitos com infertilidade que estão a realizar tratamentos demonstram maior prevalência de sintomas depressivos quando comparados com grupos de controlo (Volgsten, Skoog, Ekselius, Lundkvist, & Sundstrom, 2008).

No estudo de Anderson, Sharpe, Rattray e Irvine (2003), apesar da baixa taxa de resposta, apurou-se que os pacientes com problemas de infertilidade revelavam níveis geralmente baixos de sofrimento emocional, no entanto, apresentavam mais sintomas de ansiedade do que depressivos, sendo mais frequentes nas mulheres do que nos homens. As mulheres revelaram mais preocupações específicas em comparação com os homens, como a satisfação com a vida, sexualidade, culpa, autoestima e evitamento.

De acordo com Reis, Xavier, Coelho e Montenegro (2013), tanto os homens como as mulheres experienciam níveis significativos de ansiedade estado, durante os tratamentos de RMA. Os homens, assim como as mulheres, apresentam sentimentos de culpa, vergonha, raiva, isolamento e perda e falha pessoal, mas tendem a expressar menos os seus sentimentos (Peterson, Newton, & Rosen, 2003). No que toca à sintomatologia depressiva, as mulheres experienciam níveis mais elevados comparativamente aos homens (Reis et al., 2013; Ramezanzadeh et al., 2004). O mecanismo pelo qual a importância da paternidade afeta a sintomatologia depressiva é semelhante para os dois membros do casal (Galhardo et al., 2015).

Além da depressão e da ansiedade, o *stress* associado à infertilidade também tem sido alvo de estudo. A incapacidade de ter filhos pode ser indutora de elevados níveis de *stress*, interferindo com vários aspetos da vida (Cousineau & Domar, 2007; Galhardo, Alves, Moura-Ramos, & Cunha, 2019), é mais prevalente nas mulheres (Anderson et al., 2003) e pode

influenciar negativamente o sucesso dos tratamentos de RMA (Boivin & Schmidt, 2005). O *stress* relacionado com a infertilidade centra-se em vários domínios da vida do indivíduo, dado que é um construto multidimensional, que avaliam os níveis de *stress* e as preocupações que resultam da sua vivência, tal como a importância da paternidade (Newton, Sherrard, & Glavac, 1999). De acordo com estes autores, existem cinco domínios: necessidade de parentalidade, rejeição a um estilo de vida sem filhos, preocupação social, preocupação sexual e preocupação com a relação, que permitem a avaliação do *stress* global associado à infertilidade.

De facto, o diagnóstico de infertilidade pode desencadear a ocorrência de pensamentos relacionados com a importância da parentalidade, onde esta necessidade de parentalidade pode ser definida como uma identificação próxima com o papel de pais e perceção da parentalidade como sendo um dos seus principais objetivos de vida. Por outro lado, a rejeição de um estilo de vida sem filhos corresponde a uma visão negativa da vida sem filhos, com uma visão de que a satisfação futura ou felicidade é dependente de ter um filho (Newton et al., 1999). Além disso, pode induzir preocupações sociais (e.g., situações que se tenha de confrontar com mulheres grávidas), preocupações sexuais (e.g., evitamento de relações sexuais) e ainda preocupações na relação (e.g., conflitos com o parceiro) (Galhardo et al., 2019). Com base nestes domínios, Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro e Soares (2012) sugeriram que o *stress* relacionado com a infertilidade se pode organizar em duas dimensões de segunda ordem: representações sobre a importância da paternidade (crenças sobre parentalidade e ausência de filhos na vida dos casais) e o impacto da infertilidade em diferentes domínios da vida dos casais (áreas da vida afetadas pela infertilidade). As representações sobre a importância da paternidade contribuem para o impacto da infertilidade em diferentes domínios da vida dos casais (Galhardo et al., 2019). Portanto, para quem ser mãe é um objetivo central e que considera que a sua felicidade depende da existência de um filho, é de esperar que a infertilidade tenha impacto em vários domínios da vida.

A infertilidade pode provocar efeitos negativos em diversos níveis do indivíduo, a nível pessoal, conjugal e social, podendo originar um decréscimo na qualidade de vida (Farinati, Rigoni, & Muller, 2006). Para obter mais conhecimento sobre o *stress* associado à infertilidade, pode avaliar-se a qualidade de vida (Santoro et al., 2016). A qualidade de vida pode ser definida como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1994). No estudo de Drosdzol e Skrvpulec (2008) verificou-se que mulheres com problemas de fertilidade apresentavam níveis mais baixos de qualidade de vida,

comparado com mulheres sem este problema, nas diversas dimensões avaliadas (saúde geral, funcionamento físico, dor corporal, saúde mental, entre outras). Já no estudo de Chachamovich e colaboradores (2009), os resultados indicam que os casais inférteis apresentam uma qualidade de vida mais baixa nos domínios físico, psicológico e relações sociais, e uma qualidade de vida mais alta no domínio ambiental, quando comparados com o grupo de controlo. As mulheres apresentaram maior qualidade de vida no domínio das relações sociais e menor qualidade de vida no domínio psicológico, em comparação com os seus parceiros.

De acordo com a investigação de Herrmann e colegas (2011), o facto de as mulheres sofrerem muito com a falta de filhos, pode ser considerado um fator de risco potencial para a redução da qualidade de vida, ao contrário do que acontece com os homens. Nestes resultados, verificaram também que a resiliência se correlacionou positivamente com a qualidade de vida em todos os domínios em homens e em mulheres. Além disso, também se correlacionou com menos *stress* associado à infertilidade em todas as escalas do Inventário de Problemas de Fertilidade.

A causa da infertilidade (feminina, masculina e/ou mista) também pode ser considerada um fator determinante da qualidade de vida, sendo que esta pode estar prejudicada no indivíduo que é considerado responsável pela infertilidade (Santoro et al., 2016). Por sua vez, outros fatores clínicos como o número de ciclos de RMA prévios e a duração da infertilidade também podem afetar o ajustamento psicológico no contexto da infertilidade, embora de diferentes formas nos homens e nas mulheres (Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, Soares, & Almeida-Santos, 2016). Nos homens, ter realizado um maior número de ciclos pode levar a que se conforme com a ideia de que é cada vez mais provável não ter filhos, promovendo a aceitação e reduzindo o sofrimento. Nas mulheres, um novo ciclo de RMA pode ser encarado como mais um momento de esperança para alcançar a gravidez (Moura-Ramos et al., 2016). Portanto, a possibilidade de realizar vários ciclos repetidos também poderá ser potenciador de diferenças ao nível da experiência de cada casal. Alguns dados apontam para um aumento dos sintomas de ansiedade e depressão em mulheres que realizam um primeiro ciclo de RMA malsucedido (Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer, & Kraaijmaat, 2005). Outro estudo, sobre as diferenças entre casais que iniciam o tratamento pela primeira vez e os que se irão submeter a tratamentos repetidos, mostra que os casais reincidentes evidenciam mais sintomas depressivos, apesar de reduzidos, e menos sintomas de ansiedade-estado (Reis et al., 2013). Além disso, a duração da infertilidade, também se manifesta como fator determinante, pois tentar engravidar

sem sucesso está associado a um aumento dos sintomas psicológicos, com uma tendência a acentuar nos últimos anos (Moura-Ramos et al., 2016; Ramezanzadeh et al., 2004).

Os estudos sobre infertilidade e a influência dos tratamentos de RMA nas diversas variáveis psicológicas continuam inconclusivos, daí que seja fundamental continuar a investigação sobre os fatores psicológicos envolvidos nestes processos. Por outro lado, a investigação das preocupações reprodutivas em mulheres inférteis ainda não foi alvo de estudo, pelo que se revela assim a importância desta temática. Os objetivos deste estudo são, portanto, averiguar as diferenças entre mulheres com e sem problemas de fertilidade, ao nível das preocupações reprodutivas e do ajustamento psicológico, como a sintomatologia depressiva e ansiosa, qualidade de vida e o *stress* associado à infertilidade. Os objetivos específicos são: 1) caracterizar as mulheres que recorrem aos tratamentos de RMA, a nível sociodemográfico e clínico; 2) Caracterizar a adaptação psicológica relativamente ao nível da sintomatologia depressiva e ansiosa, *stress* associado à infertilidade e à qualidade vida, nos dois grupos; 3) Averiguar a diferença das preocupações reprodutivas e do ajustamento psicológico entre as mulheres que recorrem a tratamentos de RMA, comparativamente a mulheres sem problemas de fertilidade.

## **Método**

### **Participantes**

A amostra deste estudo foi constituída por 108 participantes do sexo feminino, que envolveram dois grupos, 56 com diagnóstico de infertilidade que se encontravam propostas a tratamentos de RMA, na Unidade de Medicina de Reprodução do Centro Hospitalar de São João no Porto, e 52 sem história de problemas de fertilidade para representar o grupo de controlo.

As participantes do grupo com problemas de fertilidade foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios de inclusão: idade compreendida entre os 18 e os 40 anos, diagnóstico de infertilidade (com causa de infertilidade de origem feminina, mista ou inexplicada), em início de ciclo de tratamento, sem presença de problemas oncológicos prévios e falante nativa da língua portuguesa. Por outro lado, as participantes a incluir o grupo de controlo estavam elegíveis se tivessem idade compreendida entre os 18 e os 40 anos, não apresentassem diagnóstico anterior de problemas de fertilidade, nem história de problemas oncológicos e falantes nativas de língua portuguesa.

De acordo com estes critérios, foram excluídas algumas participantes da amostra inicial. Primeiramente, o grupo com problemas de fertilidade era constituído por 59 participantes. No entanto, duas mulheres jovens foram excluídas uma vez que apresentavam uma causa de infertilidade com origem masculina e uma por ter um diagnóstico de cancro anterior. Já o grupo de controlo, era composto por 61 participantes, das quais três foram excluídas por apresentarem idade superior ao desejado, quatro por estarem grávidas no momento da recolha, uma por apresentar problemas de fertilidade e outra por ter um diagnóstico oncológico prévio.

Na amostra definitiva, as idades estavam compreendidas entre os 25 e os 40 anos. No grupo com mulheres jovens diagnosticadas com problemas de fertilidade, as idades estavam compreendidas entre os 27 e os 39 anos ( $M=35.02$  e  $DP=3.37$ ), já no grupo de controlo as idades estavam compreendidas entre os 25 e os 40 anos ( $M=32.96$  e  $DP=3.80$ ).

Relativamente ao grupo das mulheres com problemas de fertilidade, a maioria eram casadas ou viviam em coabitação ( $n=55$ ), 20 (35.7%) estavam propostas a realizar tratamentos RMA pela primeira vez, enquanto que 36 (64.3%) estavam propostas para tratamentos de RMA repetidos. Os tratamentos a que já tinham sido submetidas variavam entre inseminação intrauterina (IIU), fertilização in vitro (FIV) ou ambos. A técnica mais frequente, na amostra em estudo, era a IIU, utilizada em 23 casais (41.1%), seguida da FIV, em cinco casais (8.9%), e múltiplos tratamentos em oito casais (14.3%), que variavam entre IIU, FIV e ICSI. O número de tratamentos de RMA já realizados variava entre zero e cinco ( $M=1.62$  e  $DP=1.01$ ). A infertilidade primária era o tipo de diagnóstico mais frequente, representando 91.1% ( $n=51$ ) das mulheres propostas a tratamentos de RMA. As causas da infertilidade eram variáveis, oito (14.3%) possuíam problemas com origem mista, 28 (49.9%) com origem feminina e 20 (35.8%) com origem inexplicada. Dentro dos problemas com origem feminina, quatro eram por endometriose, 11 por problemas ovulatórios, quatro de origem uterina, seis por problemas tubários e três com problemas múltiplos. A presença de abortos também foi proeminente, onde 20 (35.7%) mulheres referem já ter tido pelo menos um. A maior parte dos abortos foi de tipo espontâneo, ocorrido em 17 destas mulheres, um por interrupção voluntária e dois por interrupção médica. Nesta amostra, 11 (19.6%) senhoras têm ou tiveram alguma perturbação do foro psicológico ou psiquiátrico, essencialmente perturbações depressivas, das quais quatro têm acompanhamento atual. Além disso, 15 (26.8%) referiram ter outro problema de saúde, como problemas endócrinos, respiratórios, doenças crónicas, entre outros, além dos supramencionados. Todas as mulheres afirmaram que era importante para si ter um filho biológico.



Por outro lado, o grupo de controlo, no que respeita ao estado civil, 15 (28.8%) eram solteiras, 35 (67.3%) eram casadas ou viviam em coabitação, representando assim a maior parte deste grupo, uma estava divorciada e outra era viúva. Ainda no grupo de controlo, 36 (69.2%) já tinham filhos, enquanto que 16 (30.8%) nunca tinham sido mães. A ocorrência de abortos também estava presente em 12 (23.1%) mulheres deste grupo, sendo que sete foram espontâneos, um por interrupção voluntária, dois por interrupção médica e um por interrupção espontânea e médica. O desejo de ter filhos (ou outro filho) representa 73.1% (n=38) das mulheres deste grupo. A presença de problemas psicológicos e psiquiátricos estava presente em 13 (25%) destas senhoras, na maioria perturbações depressivas e ansiosas, das quais quatro referem ter acompanhamento atual. Além disso, 10 (19.2%) mulheres referiram ter outro problema de saúde, entre os quais problemas respiratórios e problemas crónicos.

Ao comparar os grupos em termos de características sociodemográficas, verifica-se que tanto ao nível da escolaridade ( $\chi^2_{(2)} = 0.676$ ,  $p = .729$ ) como na história anterior de abortos ( $\chi^2_{(1)} = 2.07$ ,  $p = .206$ ), não existem diferenças significativas entre os grupos.

As características sociodemográficas e clínicas da amostra encontram-se descritas na tabela 1.

**Tabela 1.** Características Sociodemográficas e clínicas da amostra incluída no estudo.

	Grupo com Problemas de Fertilidade	Grupo de Controlo	U/ $\chi^2$ <sup>a</sup>
	N=56	N=52	
<b>Idade (M±DP)</b>	35.02 ± 3.37	32.96 ± 3.80	1009.00**
<b>Escolaridade</b>			0.676
Ensino Básico	5 (8.9%)	7 (13.5%)	
Ensino Secundário e Profissional	21 (37.5%)	17 (32.7%)	
Ensino Superior	30 (53.6%)	28 (53.8%)	
<b>Estado Civil</b>			22.07***
Solteira	1 (1.8%)	15 (28.8%)	
União de Facto	16 (28.6%)	16 (30.8%)	
Casada	39 (69.6%)	19 (36.5%)	
Divorciada	0 (0%)	1 (1.9%)	
Viúva	0 (0%)	1 (1.9%)	

<b>Ter Filhos</b>			41.63***
Sim	5 (8.9%)	36 (69.2%)	
Não	51 (91.1%)	16 (30.8%)	
<b>História anterior de Abortos</b>	20 (35.7%)	12 (23.1%)	2.07

\*p<.05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001; <sup>a</sup>teste de Mann-Whitney ou Teste exato de Fisher

## Instrumentos

O estudo incluiu a administração de uma bateria de instrumentos de avaliação psicológica composta por: *Reproductive Concerns After Cancer* (RCAC), a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30, versão 3) e o *Fertility Problem Inventory* (FPI).

Para a recolha da informação sociodemográfica e clínica, recorreu-se a um questionário envolvendo questões relacionadas com a idade, estado civil, nível educacional e situação profissional. Em termos clínicos os aspetos explorados foram o historial de saúde e antecedentes psicológicos/psiquiátricos pessoais, ocorrência de abortos, a identificação de problemas de fertilidade (tipo, duração e causas), caso se identificasse, e os tratamentos de RMA (número de tratamentos prévios e tipo de tratamento), especificamente no grupo da infertilidade (Anexos C1 e C2, para o grupo de controlo e para o grupo com problemas de fertilidade, respetivamente).

Portanto, foi aplicada a escala de Preocupações Reprodutivas Após o Cancro, *Reproductive Concerns After Cancer* (RCAC) (Gorman, Su, Pierce Roberts, Dominic & Malcarne, 2014; versão portuguesa em validação por Bártolo et al., 2019) (Anexo D). Este instrumento é usualmente utilizado em mulheres jovens sobreviventes de cancro para avaliar as preocupações relacionadas com a fertilidade e com a parentalidade. É constituído por 18 itens relacionados com preocupações reprodutivas, onde cada item é respondido através de uma escala de *Likert* de cinco pontos (1-5), em que o um corresponde a “*discordo bastante*” e o cinco a “*concordo bastante*” (Gorman et al., 2014). Originalmente os itens foram divididos em seis subescalas, nomeadamente a fertilidade potencial, divulgação ao parceiro, saúde da criança, saúde pessoal, aceitação e engravidar. Relativamente à versão portuguesa, foi obtida uma estrutura fatorial de cinco fatores, nomeadamente a fertilidade potencial, risco de saúde da criança e vida futura, divulgação ao parceiro, engravidar e aceitação (Bártolo et al., 2019). Neste estudo, foram utilizados apenas três domínios, nomeadamente a fertilidade potencial (e.g. “*Estou preocupada com a minha capacidade para engravidar*”), a divulgação ao parceiro (e.g.

“Receio ter de dizer ao meu companheiro que é possível não ter filhos”) e a aceitação (e.g. “Ficarei feliz com a minha vida independentemente de poder ou não ter filhos”). Na subescala da aceitação, pontuações mais elevadas revelam mais dificuldades de aceitação. Os coeficientes de alfa de *Cronbach* obtidos na versão original variavam entre .78 e .91 para as subescalas, com um alfa global de 0.82 (Gorman et al., 2014), enquanto que na versão portuguesa os coeficientes de alfa de *Cronbach* obtidos variaram entre .72 e .89 (Bártolo et al., 2019). Usando a amostra incluída neste estudo, a consistência interna apresentou valores de .90 para a subescala de fertilidade potencial, .83 para a de divulgação ao parceiro, e de .77, para a subescala de aceitação.

Foi também aplicada a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Snaithe & Zigmond, 1983; versão portuguesa por Pais-Ribeiro et al., 2007) de forma a medir a sintomatologia ansiosa e depressiva (Anexo E). Apesar desta escala inicialmente ter sido desenvolvida para doentes com patologias físicas e em tratamento ambulatorio, atualmente é utilizada na investigação e na prática clínica para avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em populações não psiquiátricas (Herrmann, 1997). Este instrumento é composto por 14 itens, dividido em duas subescalas, com sete itens para avaliar a ansiedade e sete itens para a depressão, que são cotadas separadamente. Cada item é respondido numa escala de quatro pontos (0-3), podendo assim a pontuação variar de zero a 21 para a ansiedade e de zero a 21 para a depressão. A pontuação entre zero e sete é considerada “normal”, entre oito e dez “leve”, entre 11 e 14 “moderada” e entre 15 e 21 “severa” (Pais-Ribeiro et al., 2007). Quando validada para a população portuguesa, indicou uma boa consistência interna para as duas subescalas, para a ansiedade o coeficiente de alfa *Cronbach* era de .76, enquanto que para a depressão era de .81 (Pais-Ribeiro, et al., 2007). Neste estudo o coeficiente de alfa *Cronbach* obtido foi de .81 para a ansiedade e de .74 para a depressão.

Foi também empregue o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do cancro, *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30, versão 3) (Aronson et al., 1993; versão portuguesa por Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008) para avaliar a qualidade de vida (Anexo F). Este instrumento é constituído por 30 itens, dos quais 24 itens originam nove escalas de múltiplos itens e seis itens correspondem as medidas de sintomas individuais, cada escala é construída pela soma das pontuações dos itens. De forma a refletir a multidimensionalidade do construto de qualidade de vida, incluiu nove subescalas: cinco escalas funcionais (física, função, cognitiva, emocional e social); uma subescala global de saúde

e de qualidade de vida; três subescalas de sintomas (fadiga, dor e náusea / vômito); e itens únicos para a avaliação de sintomas adicionais comumente relatados por pacientes com cancro (dispneia, perda de apetite, distúrbios do sono, constipação e diarreia); mais um item relacionado ao impacto financeiro percebido do cancro e do tratamento do mesmo. Os itens são apresentados em formato de escala tipo *Likert* de quatro pontos (1-4), em que o um corresponde a “nada” e o quatro a “muito”, exceto os dois itens que avaliam a saúde global e a qualidade de vida, que usa uma escala analógica linear de sete pontos, de “péssima” a “ótima”. A pontuação de todas as escalas varia entre zero e 100, onde uma pontuação elevada para as escalas funcionais e escala global de saúde e qualidade de vida representa um nível alto/saudável de qualidade de vida. Enquanto que uma pontuação elevada para uma escala ou item de sintoma representa uma maior probabilidade de sintomatologia (Pais-Ribeiro et al., 2008). Os coeficientes de alfa de *Cronbach* obtidos na validação para a população portuguesa variavam entre 0.57 e 0.88. Neste estudo foram apenas utilizadas as escalas funcionais, sendo que os alfas de *Cronbach* variaram entre .63 (subescala da qualidade de vida de funcionalidade física) e .90 (subescala de funcionalidade função/papel), com um alfa global de .93.

Por último, foi aplicado o Inventário de Problemas de Fertilidade, *Fertility Problem Inventory* (FPI) (Newton, Sherrard & Glavav, 1999; versão portuguesa por Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro & Santos, 2012), de forma a avaliar o *stress* associado à infertilidade (Anexo G). Este questionário é constituído por 46 itens sobre preocupações ou crenças relacionadas com a fertilidade. As respostas são feitas através de uma escala tipo *Likert* de seis pontos (1-6), em que o um corresponde a “discordo fortemente” e o seis a “concordo fortemente”. As pontuações são organizadas em cinco subescalas, nomeadamente preocupação social, preocupação sexual, preocupação com a relação, necessidade de parentalidade e rejeição a um estilo de vida sem filhos, e uma pontuação global que incluiu todos os itens (Moura-Ramos et al., 2012). Quanto mais altas as pontuações obtidas, maiores serão os níveis de *stress* associado à infertilidade. Os coeficientes de alfa *Cronbach* obtidos para as subescalas variavam entre 0.77 e 0.87 e para o *stress* global foi obtido o valor de 0.93 (Newton et al., 1999). Neste estudo foram apenas usadas duas subescalas associadas à dimensão das representações sobre a importância da parentalidade, nomeadamente a necessidade de parentalidade (dez itens, “*desde que me lembro que desejo ser mãe/pai*”) e rejeição a um estilo de vida sem filhos (oito itens, “*ter um filho (ou outro) não é necessário para a minha felicidade*”) (Moura-Ramos et al., 2012). Os coeficientes de alfa de *Cronbach* obtidos neste estudo foram .80 para a subescala da necessidade de parentalidade e de .81 para a de rejeição a um estilo de vida sem filhos.

## **Procedimento**

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de São João. As pacientes do grupo com problemas de fertilidade foram todas recolhidas em contexto hospitalar, na Unidade de Medicina de Reprodução do Centro Hospitalar de São João no Porto. Estas senhoras foram recrutadas no momento da consulta externa e referenciadas através da equipa de médica do serviço. O grupo de controlo foi recolhido a partir da população geral, em condições idênticas ao grupo com problemas de fertilidade.

Num primeiro contacto, depois de explicados os objetivos do estudo oralmente a cada participante, foi entregue uma folha com informações para a participante, (Anexos A1 e A2, para o grupo sem e com problemas de fertilidade, respetivamente), de forma a esclarecer melhor o propósito do estudo e outras informações relevantes. De seguida, foi administrado um consentimento informado, também ajustado a cada um dos grupos, (Anexos B1 e B2, para o grupo sem e com problemas de fertilidade, respetivamente), de modo a obter a autorização das participantes para a utilização dos seus dados e garantir a confidencialidade dos mesmos. Posteriormente foi aplicado o questionário sociodemográfico e clínico, e a bateria de instrumentos de avaliação psicológica de autorresposta, demorando assim cerca de 20 minutos.

O tratamento estatístico dos dados realizou-se com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences*, versão 25 (SPSS) sendo efetuadas análises descritivas e inferenciais. De forma a analisar a distribuição da amostra recorreu-se ao teste *Kolmogorov-Smirnov*, verificando-se que a amostra não cumpre os pressupostos da normalidade. Posto isto, foram utilizados testes de *Mann-Whitney* para amostras independentes, quer para analisar diferenças entre grupos com ou sem história de fertilidade ao nível das variáveis psicossociais, quer para perceber a influência de características sociodemográficas e clínicas no ajustamento psicossocial dentro do grupo com problemas de fertilidade (e.g. causa exclusivamente feminina ou outra e ocorrência de abortos). Foram também conduzidas análises de correlação com recurso ao coeficiente de correlação de *Spearman* para investigar a existência de possíveis relações entre algumas variáveis clínicas e o ajustamento psicológico em mulheres inférteis.

## **Resultados**

### **Caracterização e comparação do ajustamento psicossocial entre mulheres com ou sem problemas de fertilidade**

Ao analisar as diferenças entre os grupos, verificou-se que as mulheres que apresentavam problemas de fertilidade reportavam mais preocupações reprodutivas, comparativamente ao grupo de controlo. O grupo com problemas de fertilidade apresentou pontuações significativamente superiores (Mdn= 3) na escala de divulgação ao parceiro,  $U=1109.50$ ,  $z=-2.14$ ,  $p=.032$ , comparativamente ao grupo de controlo (Mdn= 2.33). Verificou-se também uma diferença significativa na escala de aceitação,  $U=1000.00$ ,  $z=-2.82$ ,  $p=.004$ , sendo que o grupo com problemas de fertilidade apresentou mais dificuldades de aceitação (Mdn= 3.33), em relação ao grupo sem problemas (Mdn=2.67). O mesmo se verificou na escala da fertilidade potencial,  $U=496.00$ ,  $z=-5.92$ ,  $p<.001$ , onde o grupo com problemas de fertilidade revelou pontuações superiores (Mdn= 4), comparativamente ao grupo de controlo (Mdn= 2.25).

Ao nível da depressão, também se encontraram diferenças significativas entre o grupo com problemas de fertilidade (Mdn=3.00) e o grupo de controlo (Mdn= 4.00),  $U=1128.00$ ,  $z=-2.03$ ,  $p=.42$ , demonstrando assim que o grupo de controlo reportava níveis mais elevados de depressão. Relativamente à ansiedade, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Ao analisar a qualidade de vida verificou-se uma diferença estatisticamente significativa apenas para a subescala de funcionalidade cognitiva,  $U=1138.00$ ,  $z=-2.11$ ,  $p=.35$ , sendo que o grupo com problemas de infertilidade apresentava valores superiores (Mdn=100.00) comparativamente ao grupo de controlo (Mdn=83.33), demonstrando assim uma maior qualidade de vida a nível cognitivo neste grupo.

Relativamente à importância da parentalidade, verificam-se diferenças significativas entre os grupos na subescala da necessidade de parentalidade, sendo que o grupo com problemas de fertilidade apresenta pontuações superiores (Mdn=39.00), comparativamente ao grupo de controlo (Mdn=35.50),  $U=1083.00$ ,  $z=-2.30$ ,  $p=0.21$ . Na subescala da rejeição ao estilo de vida sem filhos não se encontram diferenças significativas entre os grupos. (Tabela 2).

**Tabela 2.** Diferenças entre os grupos ao nível das preocupações reprodutivas, ansiedade e depressão, da qualidade de vida e da importância da parentalidade.

Grupo com Problemas de Infertilidade			Grupo de Controlo			
M	DP	Mdn	M	DP	Mdn	U <sup>a</sup>

<b>Preocupações</b>							
<b>Reprodutivas</b>							
Divulgação ao Parceiro	2.91	1.07	3.00	2.49	1.17	2.33	1109.50*
Aceitação	3.12	.82	3.33	2.68	1.06	2.67	1000.00***
Fertilidade Potencial	3.82	.85	4.00	2.50	1.07	2.25	496.00***
<b>Ansiedade</b>	7.48	3.01	7.00	8.13	4.40	8.00	1366.00
<b>Depressão</b>	3.21	2.69	3.00	4.56	3.42	4.00	1128.50*
<b>Qualidade de Vida Global</b>	25.74	19.80	20.83	29.17	18.995	25.00	1290.00
Física	92.50	12.20	100.00	91.98	9.75	93.33	1278.00
Função/Papel	89.58	19.99	100.00	87.82	18.99	25.87	1340.50
Emocional	72.97	19.00	75.00	69.39	25.87	75.00	1422.00
Cognitiva	87.80	17.26	100.00	78.21	24.15	83.33	1138.00*
Social	92.86	14.16	100.00	89.74	16.55	100.00	1326.50
<b>Importância da parentalidade</b>							
Necessidade de Parentalidade	38.46	8.54	39.00	33.40	10.52	35.50	1083.00*
Rejeição do estilo de vida sem filhos	30.84	6.78	32.00	28.69	9.40	29.50	1250.00

\*p<.05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001; <sup>a</sup> Teste de Mann-Whitney

### **Fatores sociodemográficos e clínicos que afetam as preocupações reprodutivas, a importância da parentalidade, o *distress* e a qualidade de vida em mulheres com problemas de fertilidade**

Ao avaliar a variável causa exclusivamente de origem feminina ou outra (mista ou inexplicada), verificou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis psicológicas, exceto no domínio do funcionamento de papel da qualidade de vida, U= 286.00, z= -2.14, p =.031. O grupo com problemas de fertilidade com causa exclusivamente feminina (Mdn= 100.00; M= 95.24) apresentou pontuações superiores comparativamente ao

grupo com outras causas envolvidas no problema de fertilidade (Mdn= 100.00; M= 83.93). (Tabela 3).

**Tabela 3.** Ser causa exclusivamente de origem feminina ou outra e o ajustamento psicológico em mulheres inférteis.

	<b>Causa exclusivamente de origem feminina</b>				<b>Outras causas (mista, inexplicada)</b>				U <sup>a</sup>
	N	M	DP	Mdn	N	M	DP	Mdn	
<b>Preocupações Reprodutivas</b>									
Divulgação ao Parceiro	28	3.08	1.12	3.17	28	2.74	1.01	2.83	319.50
Aceitação Fertilidade	28	3.24	.81	3.33	28	3.12	.84	3.33	355.00
Potencial	28	3.84	.94	4.00	28	3.79	.77	4.00	367.50
<b>Ansiedade</b>	28	7.29	2.90	7.00	28	7.68	3.16	7.00	360.50
<b>Depressão</b>	28	2.89	2.28	2.50	28	3.54	3.05	3.00	356.50
<b>Qualidade de Vida Global</b>									
Física	28	26.49	16.67	29.17	28	25.00	22.79	16.67	339.00
Função/Papel Emocional	28	91.90	11.81	93.33	28	93.10	12.76	100.00	336.50
Cognitiva	28	95.24	11.88	100.00	28	83.93	24.63	100.00	286.00*
Social	28	74.80	19.54	75.00	28	71.13	18.63	75.00	346.50
	28	91.67	13.22	100.00	28	83.93	20.02	91.67	314.50
	28	95.83	9.76	100.00	28	89.88	17.18	100.00	329.00
<b>Importância da parentalidade</b>									
Necessidade de Parentalidade	28	39.57	8.69	41.50	28	37.36	8.41	36.50	306.50
Rejeição do estilo de vida sem filhos	28	31.36	5.77	32.00	28	30.32	7.73	31.00	366.50

\*p<.05; <sup>a</sup> Teste de Mann-Whitney



Por outro lado, ao analisar a variável ocorrência de abortos, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre ter tido ou não abortos anteriormente, no que respeita às preocupações reprodutivas, níveis de ansiedade e depressão, qualidade de vida e importância da parentalidade. (Tabela 4).

Além disso, verificou-se que variáveis como o número de filhos biológicos anteriores não apresenta associações significativas com aspetos psicossociais, a não ser uma correlação negativa com o funcionamento de papel da qualidade de vida ( $r_s = -.329$ ,  $p = .013$ ). E ainda que o número de tratamentos de RMA prévios não apresenta associações estaticamente significativas com aspetos psicossociais. (Anexo I).

**Tabela 4.** O historial de abortos e o ajustamento psicológico em mulheres inférteis.

	<b>Historial de Aborto(s)</b>				<b>Sem ocorrência de abortos</b>				<b>U<sup>a</sup></b>	
	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mdn</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mdn</b>		
<b>Preocupações Reprodutivas</b>										
Divulgação ao Parceiro	20	2.62	.94	2.67	36	3.07	1.12	3.33	260.00	
Aceitação	20	3.12	.64	3.17	36	3.21	.90	3.33	325.50	
Fertilidade Potencial	20	3.80	.86	4.00	36	3.83	.85	4.00	359.00	
<b>Ansiedade</b>	20	6.80	2.76	7.00	36	7.86	3.12	7.00	284.00	
<b>Depressão</b>	20	3.55	3.15	3.00	36	3.02	2.42	2.50	342.00	
<b>Qualidade de Vida Global</b>										
Física	20	89.67	16.54	100.00	36	94.07	8.84	96.67	356.00	
Função/Papel	20	87.50	26.42	100.00	36	90.74	15.66	100.00	359.50	
Emocional	20	74.31	17.66	75.00	36	72.22	19.92	75.00	342.00	
Cognitiva	20	89.17	17.33	100.00	36	87.04	17.42	100.00	336.00	
Social	20	90.00	18.26	100.00	36	94.44	11.27	100.00	326.00	
<b>Importância da parentalidade</b>										

Necessidade de Parentalidade	20	38.85	8.47	39.00	36	38.25	8.69	38.50	347.50
Rejeição do estilo de vida sem filhos	20	31.00	7.22	32.00	36	30.75	6.63	31.00	353.00

<sup>a</sup>Teste de Mann-Whitney

### **Associação entre preocupações reprodutivas, importância da parentalidade e aspectos psicossociais (Tabela 5 e Anexo I)**

Através da análise correlacional de *Spearman*, verificou-se que a qualidade de vida global apresentou uma correlação negativa com o período de tempo decorrido desde que iniciaram as tentativas de engravidar espontaneamente ( $r_s = -.316$ ,  $p = .019$ ).

O domínio de funcionamento emocional da qualidade de vida apresentou uma correlação negativa com a divulgação ao parceiro ( $r_s = -.314$ ,  $p = .018$ ). O domínio de funcionamento cognitivo apresentou uma correlação positiva fraca com o tempo que tem tentado engravidar espontaneamente ( $r_s = .268$ ,  $p = .048$ ).

Ao nível das representações sobre a importância da parentalidade, a necessidade de parentalidade correlacionou-se negativamente com a idade da participante ( $r_s = -.283$ ,  $p = .035$ ); apresentou uma correlação positiva significativa com as dificuldades de aceitação ( $r_s = .566$ ,  $p < .001$ ) e com as preocupações com a fertilidade potencial ( $r_s = .302$ ,  $p = .024$ ). A rejeição de um estilo de vida sem filhos apresenta uma correlação positiva significativa com as dificuldades de aceitação ( $r_s = .574$ ,  $p < .001$ ).

A necessidade de parentalidade apresentou ainda uma correlação positiva fraca com a ansiedade ( $r_s = .269$ ,  $p = .045$ ). Por outro lado, a rejeição a um estilo de vida sem filhos apresentou uma correlação positiva fraca com a qualidade de vida global ( $r_s = .283$ ,  $p = .034$ ) e uma correlação positiva significativa com a necessidade de parentalidade ( $r_s = .522$ ,  $p = .000$ ).

**Tabela 5.** Associações entre variáveis psicológicas em mulheres inférteis.

**Preocupações Reprodutivas**

**Importância da Parentalidade**

	Divulgação ao Parceiro		Aceitação		Fertilidade Potencial		Necessidade de Parentalidade		Rejeição a um estilo de vida sem filhos	
	<i>r</i> <sup>a</sup>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Ansiedade</b>	.258	.055	.233	.084	.204	.132	.269*	.045	.260	.053
<b>Depressão</b>	.174	.200	.140	.303	.048	.723	.257	.055	.057	.675
<b>Qualidade de Vida Global</b>	.027	.844	.205	.130	.008	.954	.122	.370	.283*	.034
Física	-.148	.277	-.077	.571	.095	.488	-.049	.717	-.077	.574
Função/Papel	-.045	.744	.023	.866	.064	.640	-.013	.926	-.037	.784
Emocional	-.314*	.018	-.096	.483	-.248	.065	-.100	.463	-.197	.145
Cognitiva	-.128	.346	.054	.695	-.034	.805	-.036	.793	.080	.557
Social	.041	.762	-.043	.755	-.129	.342	-.157	.247	-.127	.353

\* $p < .05$ ;  $r^a$  coeficiente de correlação de Spearman rho;

### Discussão

Através do presente estudo é possível verificar que os problemas de fertilidade podem conduzir à presença de preocupações reprodutivas, entre mulheres jovens com projetos de construção familiar ainda por satisfazer. Globalmente, os dados sugerem que, em comparação com jovens sem história de infertilidade, mulheres que serão submetidas a um ciclo de RMA, embora apresentem uma funcionalidade a nível físico, psicológico e social idêntica, reportam um maior nível de preocupações reprodutivas e maior necessidade de parentalidade.

Atualmente, devido à tardia independência e estabilidade financeira, às responsabilidades profissionais, entre outros fatores, o adiamento dos projetos parentais é cada vez mais frequente (Bernardi, 2018), o que leva a que os casais, e especificamente as mulheres, adiem e eventualmente comprometam a possibilidade de engravidar. O aumento da prevalência da infertilidade parece estar relacionado com a decisão do adiamento de ter filhos, nos países desenvolvidos e com a ocorrência frequente de doenças sexualmente transmissíveis, em áreas em desenvolvimento (Ombelet, Cooke, Dyer, Serour, & Devroey, 2008).

De acordo com Carter e colaboradores (2011), as mulheres sem filhos apresentam mais preocupações reprodutivas comparativamente com mulheres que foram previamente mães. No presente estudo, verificamos ainda que mulheres com problemas de fertilidade, na maioria sem filhos, apresentam mais preocupações relativas ao seu estado de fertilidade, bem como no que concerne à divulgação da potencial infertilidade ao parceiro. De facto, sabe-se que a preocupação de divulgação ao parceiro da impossibilidade de ter filhos, pode estar relacionada com o medo da rejeição do (potencial) parceiro (Benedict et al., 2018). Existem diversos estudos que têm sido desenvolvidos no sentido de analisar o impacto que os problemas de fertilidade têm na relação conjugal, no seu ajustamento e na satisfação (Valsangkar et al., 2011; Cserepes, Kollár, Sápy, Wischmann, & Bugán, 2013). Os conflitos e problemas de comunicação entre os membros do casal podem advir do insucesso no cumprimento do desejo de ter filhos e dos papéis de género (Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard, & Verres, 2001; Chachamovich et al., 2010).

O domínio do funcionamento emocional da qualidade de vida pode ficar comprometido, pela dificuldade de transmitir ao parceiro que existe a impossibilidade de ter filhos. Uma correlação negativa entre estas variáveis foi demonstrada pelos resultados obtidos. Esta associação pode estar relacionada com o medo da rejeição do parceiro e possíveis consequências na relação conjugal, como abordado anteriormente (Benedict et al., 2018).

Adicionalmente, mulheres jovens com história de problemas de fertilidade, apresentam também mais dificuldades de aceitação da possibilidade de não poder ter filhos. Uma vez que a transição para a parentalidade integra uma fase do ciclo de vida e pode ser entendida como um objetivo primário para a maioria dos casais (Galhardo et al., 2015), aceitar a hipótese de não conseguir ter filhos e, por sua vez, reconhecer a ameaça à construção do projeto de vida pode ser desorganizador. A incapacidade de satisfazer os projetos de construção familiar pode gerar sentimentos de fracasso (Gilbert, 2006). Relativamente ao grupo de controlo, como não se percebe uma ameaça à possibilidade de engravidar e não é uma preocupação eminente, este apresentou menos preocupações reprodutivas. Estes resultados podem, uma vez mais, ser justificados pelo adiamento da concretização dos projetos parentais (Bernardi, 2018).

Os problemas de fertilidade são um fator de vulnerabilidade e a literatura tem mostrado que casais inférteis apresentam maior *distress* associado à infertilidade (Moura-Ramos et al., 2016). Quando analisadas as representações sobre a importância da parentalidade no presente estudo, o grupo de mulheres jovens com problemas de fertilidade manifestou uma maior necessidade de parentalidade. Estes dados sugerem que o desejo de parentalidade e de construir

um projeto familiar é mais notório nestas mulheres jovens. A identificação próxima com o papel de pais e a manifestação deste desejo é superior comparativamente ao grupo sem história de infertilidade. Importa destacar que as mulheres jovens que constituem o grupo com problemas de fertilidade, encontravam-se todas em início de ciclo de tratamentos de RMA, ou seja, todas elas estavam no processo de tentativa de engravidar, o que pode explicar essa necessidade e esse desejo.

Relativamente ao nível da qualidade de vida relacionada com a saúde, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos, tal como se verificou também no estudo de Moura-Ramos e colegas (2010). No entanto, no grupo com problemas de fertilidade, a qualidade de vida global apresentou uma correlação negativa com o período de tempo a tentar engravidar espontaneamente. Os resultados do estudo de Moura-Ramos e colaboradores (2016), estão em linha com este resultado, uma vez que indicaram que um maior número de tentativas de engravidar sem sucesso poderá comprometer a qualidade de vida, devido ao impacto que vai causando nos diversos domínios de funcionamento da mulher.

A necessidade de parentalidade, no grupo com história de infertilidade, correlacionou-se negativamente com a idade das participantes (neste grupo as idades estavam compreendidas entre 27 e 39 anos). Pode existir uma maior necessidade de parentalidade quando se é mais jovem pelo facto de ainda não se ter iniciado a construção familiar, e na maioria dos casos, estabelecer como projeto conjugal a parentalidade. De facto, Martin e colaboradores (2015) concluíram que há uma maior percentagem de nascimentos associados a mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 29 anos.

Este estudo permitiu observar ainda que no grupo com problemas de fertilidade, a necessidade de parentalidade apresentou correlações positivas com as dificuldades de aceitação da possibilidade de não ter filhos e com as preocupações com a potencial fertilidade. O desejo parental pode estar assim na base do *stress* associado à infertilidade, essencialmente quando a necessidade de parentalidade não é satisfeita nestes casais (Chachamovich et al., 2010). Uma correlação positiva foi também encontrada entre a necessidade de parentalidade e a ansiedade. Este resultado não é surpreendente uma vez que esta necessidade pode gerar preocupações sociais, sexuais e relacionais (Galhardo et al., 2019) que poderão explicar o surgimento de níveis mais elevados de ansiedade.

A rejeição a um estilo de vida sem filhos apresentou uma correlação positiva significativa com as dificuldades de aceitação. Estas mulheres, uma vez que poderão identificar a maternidade como objetivo central na sua vida e fator exclusivo de felicidade (Galhardo et

al., 2019), apresentam mais dificuldades em aceitar a possibilidade de não conseguirem realizar este projeto. A rejeição a um estilo de vida sem filhos apresentou, ainda, uma correlação positiva significativa com a necessidade de parentalidade. Nestes casos, em que os indivíduos têm dificuldade em visualizar uma vida sem filhos e que acreditam que a sua felicidade depende exclusivamente de ter um filho, o seu funcionamento pode sofrer alterações, fazendo com que fiquem comprometidas outras áreas de vida, nomeadamente a nível social, relacional e sexual (Galhardo et al., 2019).

De forma a complementar estes resultados, foi também avaliada a sintomatologia depressiva e ansiosa. Verificou-se que, no que respeita à sintomatologia depressiva, o grupo de controlo apresenta níveis mais elevados comparativamente ao grupo clínico, contrariamente ao que se verificou em outros estudos (Klemetti et al., 2010; Volgsten et al., 2008). No entanto, no estudo de Biringer e colaboradores (2015), os resultados revelaram que a sintomatologia depressiva e ansiosa não era estatisticamente diferente entre mulheres com problemas de fertilidade e mulheres sem esse problema. Além disto, neste estudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que diz respeito à ansiedade. Estes resultados podem ser justificados pelo facto do grupo de mulheres com problemas de fertilidade estar, ainda, em início de ciclo de tratamento, o que pode revelar uma sintomatologia mínima de depressão e ansiedade.

Fatores sociodemográficos e clínicos podem afetar o ajustamento psicossocial das mulheres jovens com problemas de fertilidade. No estudo de Massarotti e colaboradores (2019), verificou-se que nas mulheres em que a causa do problema de fertilidade era de origem exclusivamente feminina, os níveis de ansiedade eram superiores, comparativamente às mulheres onde a causa era de origem mista ou masculina, tanto antes como durante os tratamentos, o que não se verificou neste estudo. Na amostra deste estudo, como não se incluiu a causa de origem exclusivamente masculina, mas apenas causa feminina, mista e inexplicada, não foi possível realizar esta comparação. Adicionalmente, o facto de analisarmos a causa mista e inexplicada em conjunto pode ter influenciado os resultados, uma vez que o desconhecimento da origem do problema pode causar mais ansiedade. Além disso, a possibilidade de o problema ser misto e poder ser mais difícil de solucionar, também pode originar mais sintomatologia ansiosa. Na verdade, verificaram-se maiores níveis de ansiedade no grupo de mulheres com outras causas, em comparação com o grupo de causa exclusivamente feminina, apesar de este resultado não ser significativo. Relativamente às outras variáveis do ajustamento psicossocial também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

No que concerne ao historial de abortos, também não ocorreram associações com o ajustamento psicossocial das mulheres inférteis. Também o número de tratamentos de RMA prévios, ao contrário do que seria esperado, (Verhaak et al., 2005; Reis et al., 2013), não teve impacto no ajustamento psicossocial das mulheres inférteis. Na verdade, nas mulheres, um novo ciclo de RMA pode ser encarado como mais um momento de esperança para alcançar a gravidez (Moura-Ramos et al., 2016), o que pode justificar a ausência de impacto no ajustamento psicossocial.

Este estudo apresenta um carácter inovador, uma vez que as preocupações reprodutivas têm sido exploradas essencialmente em mulheres jovens sobreviventes de cancro, que se confrontam com a incerteza acerca da sua capacidade reprodutiva (Logan et al., 2018). Contudo, esta variável não tem sido explorada quando os problemas de fertilidade têm origem em outros fatores, como problemas ginecológicos não relacionados com uma doença oncológica.

Este estudo também apresentou algumas limitações que são dignas de nota. No que concerne ao tamanho da amostra, estudos com uma amostra maior permitiriam obter um maior poder para detetar diferenças pequenas a moderadas entre os grupos. Relativamente ao procedimento da recolha em si, o grupo de controlo não foi todo recolhido presencialmente, tal como seria esperado e desejado inicialmente, o que impediu que se efetuassem algumas explicações ou o esclarecimento de dúvidas no decorrer do preenchimento dos questionários. Por outro lado, as diferenças entre os grupos, em termos de características sociodemográficas como o estado civil e o número de filhos, poderão ter influenciado os resultados obtidos ao nível das variáveis de ajustamento psicológico. No grupo com problemas de fertilidade, quando avaliada a ocorrência de abortos como fator de influência no ajustamento psicossocial, não foi possível comparar os diferentes tipos de abortos, espontâneos ou provocados, devido ao número reduzido de cada um deles. Salienta-se ainda, o facto de ter sido conduzido um estudo transversal, que não permitiu identificar a trajetória das preocupações reprodutivas e do seu impacto ao longo do tempo. Investigações futuras deverão incluir estudos longitudinais, explorando preditores e moderadores das preocupações reprodutivas ao longo do tratamento. Em estudos posteriores, seria ainda pertinente replicar o mesmo estudo, em senhoras com problemas de fertilidade em fases diferentes dos ciclos de tratamentos de RMA (e.g. punção ovárica), a fim de identificar as suas preocupações e vulnerabilidades. Seria igualmente pertinente conduzir um estudo, incluindo homens diagnosticados com infertilidade de origem

masculina, com o objetivo de identificar primariamente as suas preocupações reprodutivas e o seu impacto na qualidade espermática.

Concluindo, estes resultados devem ser pensados e analisados numa perspetiva clínica, enfatizando assim a importância do desenvolvimento e da implementação de programas de intervenção psicológica focalizados nas preocupações reprodutivas reportadas pelas mulheres jovens que se confrontam com uma ameaça à fertilidade. Atualmente, os casais com o adiar dos projetos parentais são confrontados com pressão social para ter filhos (Caetano, Martins, & Mota, 2016), sendo este mais um fator que impacta o ajustamento psicológico e sobrecarrega os recursos de doentes que vêm a sua capacidade reprodutiva comprometida. Assim, as intervenções devem incluir ainda a maximização das estratégias de *coping* e de resolução de problemas e gestão de *stress*.



## Referências

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365–376. doi:10.1093/jnci/85.5.365
- Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray, A., & Irvine, D. S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 353–355. doi:10.1016/s0022-3999(02)00398-7
- Bártolo, A., Santos, I. M., Valério, E., Costa, A., Reis, S., Raposo, S., & Monteiro, S. (2019). Portuguese version of the reproductive concerns after cancer scale for young females. *Psicologia, Saúde & Doenças*, XX (suplemento), 11-11.
- Benedict, C., Thom, B., Friedman, D. N., Pottenger, E., Raghunathan, N., & Kelvin, J. F. (2018). Fertility information needs and concerns post-treatment contribute to lowered quality of life among young adult female cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 26(7), 2209–2215. doi:10.1007/s00520-017-4006-z
- Bernardi, D. (2018). O adiamento do projeto parental na contemporaneidade. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 26(1), 59-64. doi: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v26n1p59-64>
- Biringer, E., Howard, L. M., Kessler, U., Stewart, R., & Mykletun, A. (2015). Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population? Results from the North-Trøndelag Health Study and the Medical Birth Registry of Norway. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36(2), 38–45. doi:10.3109/0167482x.2014.992411
- Boivin, J., & Schmidt, L. (2005). Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility and Sterility*, 83(6), 1745–1752. doi:10.1016/j.fertnstert.2004.12.039
- Carter, J., Applegarth, L., Josephs, L., Grill, E., Baser, R. E., & Rosenwaks, Z. (2011). A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. *Fertility and Sterility*, 95(2), 711–716. doi:10.1016/j.fertnstert.2010.10.004
- Caetano, C., Martins, M. S., & Motta, R. C. (2016). Família contemporânea: estudo de casais sem filhos por opção. *Pensando Famílias*, 20 (1), 43-56.

- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M. P., Knauth, D., & Passos, E. P. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *31*(2), 101–110. doi:10.3109/0167482x.2010.481337
- Chachamovich, J., Chachamovich, E., Fleck, M. P., Cordova, F. P., Knauth, D., & Passos, E. (2009). Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. *Human Reproduction*, *24*(9), 2151–2157. doi:10.1093/humrep/dep177
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). *Psychological impact of infertility*. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *21*(2), 293–308. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003
- Cserepes, R. E., Kollár, J., Sápy, T., Wischmann, T., & Bugán, A. (2013). Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: a preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *288*(4), 925–932. doi:10.1007/s00404-013-2835-7
- Datta, J., Palmer, M. J., Tanton, C., Gibson, L. J., Jones, K. G., Macdowall, W., ... Wellings, K. (2016). Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction*, *31*(9), 2108–2118. doi:10.1093/humrep/dew123
- Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *13*(3), 271–281. doi:10.1080/13625180802049187
- Farinati, D. M., Rigoni, M. dos S., & Müller, M. C. (2006). Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *23*(4), 433–439. doi:10.1590/s0103-166x2006000400011
- Galhardo, A., Alves, J., Moura-Ramos, M., & Cunha, M. (2019). Infertility-related stress and depressive symptoms – the role of experiential avoidance: a cross-sectional study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–12. doi:10.1080/02646838.2019.1612046
- Galhardo, A., Moura-Ramos, M., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2015). The infertility trap: how defeat and entrapment affect depressive symptoms. *Human Reproduction*, *31*(2), 419–426. doi:10.1093/humrep/dev311

- Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Matos, M. (2011). The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Human Reproduction*, *26*(9), 2408–2414. doi:10.1093/humrep/der209
- Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: issues and implications. *Psychological Medicine*, *36*(03), 287–297. doi:10.1017/s0033291705006112
- Gorman, J. R., Su, H. I., Pierce, J. P., Roberts, S. C., Dominick, S. A., & Malcarne, V. L. (2014). A multidimensional scale to measure the reproductive concerns of young adult female cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, *8*(2), 218–228. doi:10.1007/s11764-013-0333-3
- Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., von Hagens, C., Strowitzki, T., & Wischmann, T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *28*(11), 1111–1117. doi:10.1007/s10815-011-9637-2
- Holley, S. R., Pasch, L. A., Bleil, M. E., Gregorich, S., Katz, P. K., & Adler, N. E. (2015). Prevalence and predictors of major depressive disorder for fertility treatment patients and their partners. *Fertility and Sterility*, *103*(5), 1332–1339. doi:10.1016/j.fertnstert.2015.02.018
- Kenrick, D. T., Griskevicius, V., Neuberg, S. L., & Schaller, M. (2010). Renovating the pyramid of needs: Contemporary extensions built upon ancient foundations. *Perspectives on psychological science*, *5*(3), 292–314. doi:10.1177/1745691610369469
- Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S., & Koponen, P. (2010). Infertility, mental disorders and well-being – a nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *89*(5), 677–682. doi:10.3109/00016341003623746
- Lampic, C., Svanberg, A. S., Karlström, P., & Tydén, T. (2006). Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Human Reproduction*, *21*(2), 558–564. doi:10.1093/humrep/dei367
- Logan, S., Perz, J., Ussher, J. M., Peate, M., & Anazodo, A. (2018). Systematic review of fertility-related psychological distress in cancer patients: Informing on an improved model of care. *Psycho-Oncology*. 1–9. doi:10.1002/pon.4927
- Lopes, V., & Leal, I. (2012). *Ajustamento Emocional na Infertilidade*. Lisboa: Placebo, Editora LDA.

- Maroufizadeh, S., Karimi, E., Vesali, S., & Omani Samani, R. (2015). *Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 130(3), 253–256.* doi:10.1016/j.ijgo.2015.03.044
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., Osterman, M. J., Curtin, S. C., & Mathews, T. J. (2015). Births: final data for 2013. *National Vital Statistics Reports, 64(1), 1-65.*
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLoS Medicine, 9(12), e1001356.* doi:10.1371/journal.pmed.1001356
- Massarotti, C., Gentile, G., Ferreccio, C., Scaruffi, P., Remorgida, V., & Anserini, P. (2019). Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Gynecological Endocrinology, 35(6), 485-489.* doi:10.1080/09513590.2018.1540575
- Moura-Ramos, M. (2011). *Adaptação psicossocial de casais portugueses à infertilidade e à reprodução medicamente assistida.* Dissertação de doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Soares, I. (2012). Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Human Reproduction, 27(2), 496–505.* doi:10.1093/humrep/der388
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I., & Almeida-Santos, T. (2016). Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? the mediating role of the importance of parenthood. *British Journal of Health Psychology, 21(2), 302–317.* doi:10.1111/bjhp.12169
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility, 72(1), 54–62.* doi:10.1016/s0015-0282(99)00164-8
- Ombelet, W., Cooke, I., Dyer, S., Serour, G., & Devroey, P. (2008). Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries. *Human Reproduction Update, 14(6), 605–621.* doi:10.1093/humupd/dmn042
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V. 3. *Psicologia, Saúde e Doenças, 9(1), 89-102.*

- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 225–237. doi:10.1080/13548500500524088
- Pereira, A. (2011). *Depressão e apoio social percebido em homens e mulheres com diagnóstico de infertilidade*. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H. (2003). Examining Congruence Between Partners' Perceived Infertility-Related Stress and Its Relationship to Marital Adjustment and Depression in Infertile Couples. *Family Process, 42*(1), 59–70. doi:10.1111/j.1545-5300.2003.00059.x
- Peterson, B. D., Sejbaek, C. S., Pirritano, M., & Schmidt, L. (2014). Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Human Reproduction, 29*(1), 76–82. doi:10.1093/humrep/det412
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health, 4*(1), 1-7. doi:10.1186/1472-6874-4-9
- Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., & Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 171*(1), 61–66. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.07.034
- Santoro, N., Eisenberg, E., Trussell, J. C., Craig, L. B., Gracia, C., Huang, H., ... Zhang, H. (2016). Fertility-related quality of life from two RCT cohorts with infertility: unexplained infertility and polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction, 31*(10), 2268–2279. doi:10.1093/humrep/dew175
- Silva-Carvalho, J. L., & Santos, A. (2009). *Estudo Afrodite: Caracterização da Infertilidade em Portugal. (Vol. 1. Estudo na Comunidade)*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Sodergren, S. C., Husson, O., Robinson, J., Rohde, G. E., Tomaszewska, I. M., ... Darlington, A.-S. (2017). Systematic review of the health-related quality of life issues facing adolescents and young adults with cancer. *Quality of Life Research, 26*(7), 1659–1672. doi:10.1007/s11136-017-1520-x
- Valsangkar, S., Bele, S., Bodhare, T., & Sai, S. (2011). An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. *Journal of Human Reproductive Sciences, 4*(2), 80. doi:10.4103/0974-1208.86088

- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaimaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, *13*(1), 27–36. doi:10.1093/humupd/dml040
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., van Minnen, A., Kremer, J. A. M., & Kraaimaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, *20*(8), 2253–2260. doi:10.1093/humrep/dei015
- Volgsten, H., Svanberg, A. S., Ekselius, L., Lundkvist, O., & Poromaa, I. S. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, *23*(9), 2056–2063. doi:10.1093/humrep/den154
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Human Reproduction*, *16*(8), 1753-1761.
- World Health Organization (WHO), (2019). *Sexual and reproductive health*. Retirado de <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/>
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., ... van der Poel, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertility and Sterility*, *108*(3), 393–406. doi:10.1016/j.fertnstert.2017.06.005
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, *67*(6), 361-370.

## Anexos

### Anexo A – Informação para o Participante

Anexo A1 – Folha do Grupo de Controlo

#### INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

*Preocupações reprodutivas e ajustamento psicológico e social de mulheres jovens:  
uma análise comparativa*

**Objetivo Geral:** Examinar as preocupações reprodutivas e o ajustamento psicológico e social de mulheres jovens dos 18 aos 40 anos.

**Método de Recolha:** Preenchimento de questionários de auto-resposta que avaliam preocupações reprodutivas específicas, *distress* emocional e qualidade de vida. A realização deste procedimento demorará aproximadamente 20 minutos.

**Potenciais riscos e benefícios:** As questões apresentadas são emocionalmente relevantes e poderão causar-lhe algum desconforto. O desenvolvimento de projetos deste tipo potencia a promoção da eficácia da intervenção psicológica tanto a nível remediativo como preventivo.

**Participação:** A participação é de carácter voluntário e poderá abandonar o estudo a qualquer momento, mesmo após a aceitação do consentimento informado.

**Confidencialidade:** Os dados obtidos serão recolhidos e tratados de modo confidencial e, em nenhum momento, serão associados à sua identidade.

**Contactos:** Para a apresentação de questões relativas à participação no projeto de investigação e/ou devolução dos resultados, poderá contactar a investigadora principal, Ana Cláudia Pereira Bártolo, Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde e Doutoranda do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, através do contacto de e-mail [anabartolo@ua.pt](mailto:anabartolo@ua.pt).

O Investigador Responsável,

---

## INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

*Preocupações reprodutivas e ajustamento psicológico e social de mulheres jovens:  
uma análise comparativa*

**Objetivo Geral:** Examinar as preocupações reprodutivas e o ajustamento psicológico e social de mulheres jovens (18-40 anos) com problemas de fertilidade, em acompanhamento na Unidade Orgânica de Ginecologia e Medicina da Reprodução.

**Método de Recolha:** Preenchimento de questionários de auto-resposta que avaliam preocupações reprodutivas específicas, *distress* emocional e qualidade de vida. A realização deste procedimento demorará aproximadamente 20 minutos.

**Potenciais riscos e benefícios:** A administração das medidas de auto-resposta será realizada após uma consulta externa não implicando consultas extra e/ou custos em deslocações. As questões apresentadas são emocionalmente relevantes e poderão causar-lhe algum desconforto. O desenvolvimento de projetos deste tipo potencia a promoção da eficácia da intervenção psicológica tanto a nível remediativo como preventivo ao identificar dificuldades específicas.

**Participação:** O projeto de investigação proposto teve a aprovação da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João, E.P.E. A participação é de carácter voluntário e poderá abandonar o estudo a qualquer momento, mesmo após a aceitação do consentimento informado, sem prejuízo na assistência médica que lhe é prestada.

**Confidencialidade:** Os dados obtidos serão recolhidos e tratados de modo confidencial e, em nenhum momento, serão associados à sua identidade.

**Contactos:** Para a apresentação de questões relativas à participação no projeto de investigação e/ou devolução dos resultados, poderá contactar a investigadora principal, Ana Cláudia Pereira Bártolo, Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde e Doutoranda do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, através do contacto de e-mail [anabartolo@ua.pt](mailto:anabartolo@ua.pt).

O Investigador Principal,

---



## Anexo B – Consentimento Informado

Anexo B1 - Consentimento Informado do Grupo de Controlo

### Consentimento Informado

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

#### **Designação do Projeto de Investigação:**

*Preocupações reprodutivas e ajustamento psicológico e social de mulheres jovens:  
uma análise comparativa*

**Eu, abaixo-assinado,** \_\_\_\_\_

Recebi o texto de Informação ao Participante relativo ao procedimento que concordei em efetuar. Compreendi a explicação que me foi fornecida pelo investigador que assina este documento. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo.

Por isso, consinto que me sejam aplicados os questionários propostos pelo investigador.

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_/\_\_\_/201\_\_

**Nome do investigador responsável:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do investigador responsável:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_/\_\_\_/ 201\_\_

#### **Anulação do Consentimento Informado:**

Declaro que me foi fornecida uma explicação do estudo relativo ao projeto de investigação em questão, pelo investigador que assina este documento, e **pretendo anular** o consentimento dado na data \_\_\_/\_\_\_/201\_\_.

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_/\_\_\_/201\_\_

**Assinatura do investigador responsável:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_/\_\_\_/ 201\_\_

**Nota: Fornecimento obrigatório de cópia ao participante.**

## Anexo B2 - Consentimento Informado do Grupo com Problemas de Fertilidade

### CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE



SÃO JOÃO

### PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seul 2008; Fortaleza 2013)

#### Designação do Estudo (em português)

Preocupações reprodutivas e ajustamento psicológico e social de mulheres jovens: uma análise comparativa

Confirmando que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo:  Não  Sim (Nº de páginas 1 )

#### O Investigador responsável

Nome: \_\_\_\_\_  
legível assinatura

#### Identificação do participante

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

BI/CC nº: \_\_\_\_\_

#### Participante/ Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_\_\_  
assinatura

Nome (Pais/Representante legal): \_\_\_\_\_

BI/CC nº: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_\_\_  
assinatura

## Anexo C – Questionário Sociodemográfico e Clínico

### Anexo C1 – Questionário do Grupo de Controlo

#### QUESTIONÁRIO

##### Grupo I – Caracterização Sociodemográfica

- 
1. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Residência (Distrito): \_\_\_\_\_
4. Estado Civil:
- Solteira
  - Casada
  - União de Facto
  - Divorciada
  - Viúva
5. Escolaridade:
- 1º Ciclo do Ensino Básico
  - 2º Ciclo do Ensino Básico
  - 3º Ciclo do Ensino Básico
  - Ensino Secundário
  - Ensino Técnico-Profissional
  - Licenciatura
  - Mestrado
  - Doutoramento
  - Outro. Qual? \_\_\_\_\_
6. Situação Profissional:
- Desempregada
  - Empregada a Tempo Completo
  - Empregada a Tempo Parcial
  - Estudante
  - Baixa Médica
  - Pensionista por Invalidez
  - Outra. Qual? \_\_\_\_\_

##### Grupo II – Caracterização de Aspetos Clínicos

- 
1. Tem ou teve algum problema oncológico?
- Sim
  - Não
- 1.1. Se respondeu "SIM" na questão anterior, qual o diagnóstico? \_\_\_\_\_
2. Tem algum outro problema de saúde (e.g. diabetes, asma, insuficiência renal, patologia cardíaca...)?
- Sim
  - Não
- 2.1. Se respondeu "SIM" na questão anterior, qual? \_\_\_\_\_
3. Teve alguma doença psicológica ou psiquiátrica (e.g. depressão, perturbações de ansiedade, perturbações alimentares...)?
- Sim
  - Não

3.1. Se respondeu "SIM" na questão anterior, qual? \_\_\_\_\_

3.2. Nessa altura, recebeu acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

Sim

Não

4. Atualmente, recebe acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

Sim

Não

4.1. Se respondeu "SIM" na questão anterior, qual o motivo do acompanhamento? \_\_\_\_\_

---

### Grupo III – Reprodução e Parentalidade

---

1. Tem filhos biológicos?

Sim

Não

1.1. Se respondeu "SIM", na questão anterior, quantos? \_\_\_\_\_

2. Teve algum aborto?

Sim

Não

6.1. Se respondeu "SIM" na questão anterior, que tipo de aborto teve?

Espontâneo \_\_\_\_ Interrupção Voluntária \_\_\_\_ Interrupção Médica \_\_\_\_ Ovo Desvitalizado \_\_\_\_

3. Foi-lhe diagnosticado algum problema de fertilidade?

3.1. Se respondeu "SIM" na questão anterior, qual? \_\_\_\_\_

4. É importante para si ter um filho/a (ou outro/a filho/a) biológico/a?

Sim

Não

4.1. Se respondeu "SIM" na questão anterior, como classificaria a importância atribuída a ter um filho/a (ou outro/a filho/a) biológico/a?

1	2	3	4	5	6	7
Pouco						Muito

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Anexo C2 – Questionário do Grupo com Problemas de Fertilidade

### QUESTIONÁRIO

#### Grupo I – Caracterização Sociodemográfica

1. Nacionalidade: \_\_\_\_\_ 2. Idade: \_\_\_\_\_ 3. Residência (Distrito): \_\_\_\_\_
4. Estado Civil:
- Solteira
  - Casada
  - União de Facto
  - Divorciada
  - Viúva
5. Escolaridade:
- 1º Ciclo do Ensino Básico
  - 2º Ciclo do Ensino Básico
  - 3º Ciclo do Ensino Básico
  - Ensino Secundário
  - Ensino Técnico-Profissional
  - Licenciatura
  - Mestrado
  - Doutoramento
  - Outro. Qual? \_\_\_\_\_
6. Situação Profissional:
- Desempregada
  - Empregada a Tempo Completo
  - Empregada a Tempo Parcial
  - Estudante
  - Baixa Médica
  - Pensionista por Invalidez
  - Outra. Qual? \_\_\_\_\_
7. Tem filhos biológicos?
- Sim
  - Não
- 7.1. Se respondeu "SIM", na questão anterior, quantos? \_\_\_\_\_
8. Como classificaria a importância atribuída a ter um filho/a (ou outro/a filho/a) biológico/a?
- |       |   |   |   |   |   |       |
|-------|---|---|---|---|---|-------|
| 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7     |
| Pouco |   |   |   |   |   | Muito |

#### Grupo II – Caracterização de Aspetos Clínicos

1. Tem tentado engravidar espontaneamente há quanto tempo? (meses) \_\_\_\_\_
2. Qual(ais) os fatores envolvidos no seu problema de fertilidade?
- Masculino
  - Endometriose
  - Múltiplos
  - Ovulatório
  - Cervical
  - Inexplicada
  - Tubário
  - Uterino

3. Já realizou algum tratamento de Reprodução Medicamente Assistida?

Sim

Não

3.1. Se respondeu "SIM" na questão anterior, quantos tratamentos realizou?

3.2. Qual(ais) os tratamentos realizados?

IIU

ICSI

FIV

DGPI

4. Teve algum aborto?

Sim

Não

4.1. Se respondeu "SIM" na questão anterior, que tipo de aborto teve?

Espontâneo \_\_\_\_ Interrupção Voluntária \_\_\_\_ Interrupção Médica \_\_\_\_ Ovo Desvitalizado \_\_\_\_

**Nota:** Identificar se o aborto ocorreu antes ou depois da submissão aos tratamentos de Reprodução Medicamente Assistida. (em caso de jovens que já tenham efetuado tratamentos prévios)

5. Tem ou teve algum problema oncológico?

Sim

Não

1.1. Se respondeu "SIM" na questão anterior, qual o diagnóstico? \_\_\_\_\_

6. Tem algum outro problema de saúde (e.g. diabetes, asma, insuficiência renal, patologia cardíaca...)?

Sim

Não

2.1. Se respondeu "SIM" na questão anterior, qual? \_\_\_\_\_

7. Teve alguma doença psicológica ou psiquiátrica (e.g. depressão, perturbações de ansiedade, perturbações alimentares...)?

Sim

Não

7.1. Se respondeu "SIM" na questão anterior, qual? \_\_\_\_\_

7.2. Nessa altura, recebeu acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

Sim

Não

8. Atualmente, recebe acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

Sim

Não

8.1. Se respondeu "SIM" na questão anterior, qual o motivo do acompanhamento? \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Anexo D – RCACS

### RCACS

(JR Gorman, HI Su, JP Pierce, SC Roberts, SA Dominick & VL Malcarne, 2014)

Considerando a sua opinião atual sobre a hipótese de ter (mais) filhos biológicos um dia, diga-nos se discorda bastante, discorda, não concorda nem discorda, concorda ou concorda bastante com cada uma das afirmações. Se considerar que determinada afirmação não se aplica a si, escolha “Não concordo nem discordo”.

	<b>Discordo Bastante</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não concordo, nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Bastante</b>
1. Receio que não possa ter (mais) filhos.					
2. Receio ter de dizer ao meu (potencial) cônjuge/companheiro que é possível não poder ter filhos.					
3. Posso aceitar o facto de poder não ter (mais) filhos.					
4. Sinto-me dominada pela ideia de tentar engravidar (outra vez).					
5. Receio que o meu (potencial) cônjuge/companheiro fique desiludido por eu não poder engravidar.					
6. Estou preocupada com a minha capacidade para engravidar (outra vez).					
7. Ficarei feliz com a minha vida independentemente de poder ou não ter (mais) filhos.					
8. Receio que engravidar (outra vez) exija demasiado tempo e esforço.					

	<b>Discordo Bastante</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não concordo, nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Bastante</b>
9. <b>Causa-me tensão pensar em tentar engravidar (outra vez).</b>					
10. <b>Não me importo se não tiver (mais) filhos.</b>					
11. <b>A ideia de dizer ao meu (potencial) cônjuge/companheiro que é possível não poder ter filhos deixa-me transtornada.</b>					
12. <b>Receio a possibilidade de não poder ter (mais) filhos.</b>					

## Anexo E – HADS

### EADH

(Snaith & Zigmond, 1994; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, et al., 2006)

Este questionário foi construído com o objetivo de ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e selecione a que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, selecione apenas uma resposta em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto agora <input type="checkbox"/> Só um pouco <input type="checkbox"/> Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	<input type="checkbox"/> Sim e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige <input type="checkbox"/> De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Muito menos agora <input type="checkbox"/> Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações	<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca
6. Sinto-me animado(a)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Quase sempre

<p>7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a)</p>	<p><input type="checkbox"/> Quase sempre  <input type="checkbox"/> Muitas vezes  <input type="checkbox"/> Por vezes  <input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p>8. Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar</p>	<p><input type="checkbox"/> Quase sempre  <input type="checkbox"/> Muitas vezes  <input type="checkbox"/> Por vezes  <input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p>9. Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca  <input type="checkbox"/> Por vezes  <input type="checkbox"/> Muitas vezes  <input type="checkbox"/> Quase sempre</p>
<p>10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico</p>	<p><input type="checkbox"/> Completamente  <input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia  <input type="checkbox"/> Talvez cuide menos que antes  <input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre</p>
<p>11. Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a)</p>	<p><input type="checkbox"/> Muito  <input type="checkbox"/> Bastante  <input type="checkbox"/> Não muito  <input type="checkbox"/> Nada</p>
<p>12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro</p>	<p><input type="checkbox"/> Tanto como antes  <input type="checkbox"/> Não tanto como antes  <input type="checkbox"/> Bastante menos agora  <input type="checkbox"/> Quase nunca</p>
<p>13. De repente, tenho sensações de pânico</p>	<p><input type="checkbox"/> Muitas vezes  <input type="checkbox"/> Bastantes vezes  <input type="checkbox"/> Por vezes  <input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p>14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou programa de rádio ou televisão</p>	<p><input type="checkbox"/> Muitas vezes  <input type="checkbox"/> De vez em quando  <input type="checkbox"/> Poucas vezes  <input type="checkbox"/> Quase nunca</p>

## Anexo F - EORTC QLQ-C30, versão 3

### EORTC QLQ-C30 (versão 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Por favor, responda você mesmo(a) a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4
<b>Durante a última semana:</b>	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4
	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>

16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado(a)?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldades em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido(a)?	1	2	3	4
25. Teve dificuldades em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

**Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso**

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

## Anexo G – FPI

### IPF

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

As seguintes afirmações expressam diferentes opiniões acerca da importância da parentalidade. Indique, para cada afirmação, o quando concorda ou discorda. 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	2	3	4	5	6
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. Para mim, ser pai/mãe é um objetivo mais importante do que ter uma carreira gratificante.						
4. O meu casamento precisa de um(a) filho/a (ou outro/a).						
5. É difícil sentir-me como um verdadeiro adulto até ter um(a) filho/a.						
6. Um futuro sem um filho/a (ou outro/a) assustar-me-ia.						
7. Conseguiria encontrar uma série de vantagens em não termos um(a) filho/a (ou outro/a).						
8. Sinto-me vazio/a por causa do nosso problema de fertilidade. <b>(Nota: Caso esta afirmação não se aplique a si, por favor, não responda)</b>						
9. Conseguiria visualizar uma vida feliz juntos, sem um(a) filho/a (ou outro/a).						
10. Ter um(a) filho/a (ou outro/a) não é o principal objetivo da minha vida.						
11. Às vezes pergunto-me se realmente quero ter um(a) filho/a (ou outro/a).						
12. Não ter um(a) filho/a (ou outro/a) permitir-me-ia ter tempo para fazer outras coisas gratificantes.						
13. Tenho sentido com frequência que nasci para ser pai/mãe.						
14. Ter um(a) filho (ou outro/a) não é necessário para a minha felicidade.						
15. Desde que me lembro que desejo ser pai/mãe.						
16. Conseguiríamos ter uma relação longa e feliz sem um(a) filho/a (ou outro/a).						
17. Existe uma certa liberdade em não ter filhos que me atrai.						
18. Farei tudo o que for preciso para ter um(a) filho/a (ou outro/a).						





## Anexo I – Tabela de Resultados

Correlações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o ajustamento psicológico nas mulheres inférteis.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>1. Idade da participante</b>	-									
<b>2. Quantos filhos tem?</b>	.096	-								
<b>3. Tem tentado engravidar espontaneamente há quanto tempo?</b>	.023	.182	-							
<b>4. Quantos tratamentos RMA realizou?</b>	-.119	.090	.247	-						
<b>Preocupações reprodutivas</b>										
<b>5. Divulgação ao parceiro</b>	-.083	-1.146	-.041	-.130	-					
<b>6. Aceitação</b>	-.127	-2.58	.047	-.072	-.083	-				
<b>7. Fertilidade Potencial</b>	-.111	-.088	.146	-.048	.482**	.362**	-			
<b>8. Depressão</b>	.027	.078	-.120	-.025	.174	.140	.048	-		
<b>9. Ansiedade</b>	-.202	-.035	.120	-.104	.258	.233	.204	.511**	-	
<b>10. Qualidade de vida global</b>	-.101	.116	-.316*	-.119	.027	.205	.008	.388*	.410**	-

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>11. Física</b>	-.027	-.130	.064	-.174	-.148	-.077	.095	-.269*	-.281*	-.427**
<b>12. Função/Papel</b>	-.059	-.329*	.071	.017	-.045	.023	.064	-.328*	-.258	-.476**
<b>13. Emocional</b>	.051	-.133	.140	.154	-.314*	-.096	-.248	-.406**	-.519**	-.417**
<b>14. Cognitiva</b>	-.179	-.212	.268*	.288*	-.128	.054	-.034	-.383**	.302*	-.397**
<b>15. Social</b>	-.062	-.100	.077	.217	.041	-.043	-.129	-.443**	-.465**	-.416**
<b>Stress associado à infertilidade</b>										
<b>16. Necessidade de parentalidade</b>	-.282*	.037	.214	.031	.247	.566**	.302*	.257	.269*	.122
<b>17. Rejeição a um estilo de vida sem filhos</b>	-.159	.074	.138	-.170	.038	.574**	.163	.057	.260	.283*

\*p<.05, \*\*p<.01

	11	12	13	14	15	16	17
<b>11. Física</b>	-						
<b>12. Função/Papel</b>	.308*	-					
<b>13. Emocional</b>	.281*	.463**	-				
<b>14. Cognitiva</b>	.296*	.539**	.541**	-			
<b>15. Social</b>	.273*	.448**	.451**	.422**	-		
<b>Stress associado à infertilidade</b>							
<b>16. Necessidade de parentalidade</b>	-.049	-.013	-.100	.036	-.157	-	
<b>17. Rejeição a um estilo de vida sem filhos</b>	-.077	-.037	-.197	.080	.080	.522**	-

\*p<.05, \*\*p<.01

