

Ajustamento Emocional na Infertilidade

VÂNIA LOPES e ISABEL LEAL



C4



VÂNIA LOPES e ISABEL LEAL

AJUSTAMENTO EMOCIONAL NA INFERTILIDADE

Titulo: *Ajustamento Emocional na Infertilidade.*

1ª Edição.

Maio 2012

ISBN- 978-989-8463-34-0

Capa: Paula Mangia

Composição: Paula Mangia

Lisboa: Placebo, Editora LDA.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
Infertilidade: Conceitos e Definições	7
Referenciais Teóricos para o Estudo dos Aspectos Psicológicos da Infertilidade	11
Teoria Psicogénica	12
Teoria das Consequências Psicológicas da Infertilidade	14
Infertilidade e Género	16
A Infertilidade e a Mulher	16
A Infertilidade e o Homem	20
A Infertilidade no Casal	22
Personalidade	24
Personalidade e Infertilidade	26
Ansiedade, Depressão e Stresse	30
Ansiedade e Depressão na Infertilidade	32
Stresse na Infertilidade	35
Personalidade, Ansiedade, Depressão no Ajustamento à Infertilidade	38
OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO	42
MÉTODO	44
Participantes	44
Caracterização da Amostra	44
Material	49
Questionário Sócio-Demográfico (QSD)	49
Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R, Costa & McCrae, 1992)	49
Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (DASS, Lovibond & Lovibond, 1995)	50
Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI, Newton, Sherrard & Glavac, 1999)	50
Escala de Ajustamento à Fertilidade (FAS, Glover, Hunter, Richards, Katz & Abel, 1999)	51
Procedimento	51
RESULTADOS	53
Perfil da Amostra	53
Relação entre o Stresse Inerente à Infertilidade e os Traços de Personalidade	62
Relação entre o Stresse Inerente à Infertilidade e a Ansiedade, Depressão e Stresse Gerais	64
Relação entre o Stresse Inerente à Infertilidade e o Desajustamento à Fertilidade	67
Capacidade das Dimensões de Personalidade Explicarem o Stresse Percebido Relacionado com a Infertilidade	69
Capacidade da Ansiedade, Depressão e Stresse Gerais Explicarem o Stresse Percebido Relacionado com a Infertilidade	71
Capacidade do Stresse Percebido Relacionado com a Infertilidade Explicar o Desajustamento à Fertilidade	75
DISCUSSÃO	77
A Idade e a Infertilidade	82
As Gravidezes e os Tratamentos Mal Sucedidos	83
Duração da Infertilidade e Mal-Estar Psicológico	85

A Causa da Infertilidade e o Mal-Estar Psicológico	87
A Personalidade e a Infertilidade	88
Ansiedade, Depressão e Stress na Infertilidade	90
Infertilidade e Desajustamento à Fertilidade	91
CONCLUSÃO	93
Referências	97

INTRODUÇÃO

Os padrões familiares têm sofrido grandes mudanças nas últimas décadas. Frequentemente os casais tendem a adiar a parentalidade em virtude da aquisição de alguns objectivos prévios à chegada dos filhos. A natural diminuição da fertilidade com o aumento da idade leva a que muitos casais em Portugal se confrontem com quadros de infertilidade, à semelhança do que acontece em todo o mundo. As razões para o aumento da infertilidade são multifactoriais, havendo também uma grande disponibilidade de meios para ajudar os casais a cumprir o seu objectivo.

Os primeiros estudos acerca dos aspectos psicológicos da infertilidade procuraram compreender o sentido desta dificuldade através da tentativa de associação entre as características de personalidade das mulheres e a sua dificuldade conceptiva. Tais estudos vieram a ser criticados por defenderem argumentos que sugeriam a tentativa de culpabilização às mulheres que não conseguiam ter filhos. Posteriormente, veio a esboçar-se a hipótese de que a incapacidade conceptiva poderia desencadear consequências que confluíam para um mal-estar psicológico decorrente da infertilidade.

Os estudos nesta matéria contemplaram durante muito tempo exclusivamente as mulheres, embora, actualmente, ainda se situem como alvo preferencial de investigação, os homens começam progressivamente a ser integrados nos mesmos. Enfatizando-se, que a infertilidade se inscreve sempre na história de

vida de um casal e o confronto com circunstâncias inesperadas determina a mobilização de recursos.

A trajectória dos casais com problemas de fertilidade segundo Diamond, Kezur, Meyers, Scharf e Weinshel (1999) efectua-se essencialmente em torno de cinco fases distintas:

- a) Tristeza – Numa fase inicial a presença de algum desânimo prende-se com o aumento da consciência da dificuldade conceptiva confirmada pela vinda das sucessivas menstruações.
- b) Mobilização – Posteriormente os casais tendem a procurar ajuda médica, entram num período no qual sentem a necessidade de confirmar o diagnóstico de infertilidade, podendo surgir também alguma dificuldade no relacionamento do casal.
- c) Imersão – Caracteriza-se por uma elevada exigência dado que, se reveste da necessidade de inúmeros exames e tratamentos médicos, deixando os casais em suspenso, face a um objectivo de vida que pretendem alcançar, com pensamentos que os fazem oscilar entre a esperança de virem a ter um filho e o desespero de não o conseguirem ter. Paralelamente, enfrentam a dureza dos procedimentos médicos, a perda de privacidade e controlo sobre o próprio corpo e o sofrimento por um desfecho incerto, o que pode conduzir a alguma indisponibilidade e desentendimento no relacionamento do casal. Posteriormente, a ocorrência de tratamentos mal sucedidos pode conduzir ao desespero do casal em vir a ter filhos, encaminhando o mesmo para uma fase de resolução.
- d) Resolução - Envolve o fim dos tratamentos médicos, a interiorização da impossibilidade e o luto por um filho geneticamente relacionado com o casal, originando uma reorientação de objectivos de vida.
- e) Legado - Numa fase final, situa-se o que decorre de todo o processo de infertilidade, que pode ditar melhorias no relacionamento do casal, inerentes às dificuldades superadas ou desequilíbrios subsequentes às contrariedades na gestão das perdas sofridas.

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

O presente trabalho procurou analisar as dimensões de personalidade em homens e mulheres inférteis, com o objectivo de perceber as características individuais desta população, os seus índices de ansiedade, depressão e stresse gerais, e o stresse específico da infertilidade, bem como o desajustamento à fertilidade. Foram também investigadas as possíveis influências de um conjunto de dados sócio-demográficos e clínicos como sejam: a idade, a existência de gravidezes anteriores mal sucedidas, a existência de tratamentos prévios, a duração da infertilidade, a duração do pedido de ajuda, a fase do processo e a causa da infertilidade.

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

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

Numa primeira parte procurou fazer-se um enquadramento teórico da infertilidade, das diferenças de género e da vivência da infertilidade no casal, enfatizando-se os referenciais teóricos que sustentam o estudo dos aspectos psicológicos desta temática. Posteriormente, abordou-se a relação entre a personalidade e a infertilidade, a influência de determinadas características de

personalidade na infertilidade e a forma como estas ditam diferentes formas de sentir, pensar e agir perante uma condição específica. Referenciou-se ainda, a interacção entre a infertilidade e a ansiedade, depressão e stresse. A parte final do enquadramento teórico confluiu na interligação entre as dimensões de personalidade, ansiedade, depressão e stresse e o ajustamento à infertilidade. Destacaram-se por fim os objectivos principais desta investigação e as hipóteses colocadas.

A segunda parte deste trabalho consistiu na apresentação dos dados da investigação, descrição de objectivos e hipóteses. Contemplaram-se as questões metodológicas, caracterização dos participantes, descrição dos instrumentos utilizados bem como o procedimento aplicado. Posteriormente, apresentaram-se os resultados, descritos com alguma minúcia dada a importância de se constituir uma perspectiva menos fragmentada, conseguindo-se que fossem considerados os aspectos detentores de potencial relevância. Apresentaram-se primeiramente os aspectos mais gerais, prosseguindo-se em direcção aos dados mais específicos que permitiram testar as principais hipóteses levantadas.

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

Este trabalho terminou com a síntese dos aspectos mais relevantes, reflexões sobre a investigação efectuada, críticas a alguns passos do percurso realizado, limitações do estudo e apreciações finais em torno de sugestões para investigações futuras.

INFERTILIDADE: CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Sinónimo de uma falha conceptiva, devendo apenas proceder-se à sua investigação quando a mesma se arrasta há doze meses ou mais, a não ser que exista história médica ou aspectos físicos que ditem uma avaliação e tratamento mais precoces. É considerada uma doença, dado que consiste num

desvio ou interrupção de uma função ou estrutura normal de qualquer parte, órgão ou sistema do corpo, que se manifesta através de um característico conjunto de sintomas ou sinais, cuja etiologia, patologia ou prognóstico podem ser ou não conhecidos (ASRM, 2004).

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

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

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

A infertilidade admite apenas uma subdivisão consoante se deva a uma causa orgânica detectável, uma causa funcional, ou não apresente uma causa orgânica conhecida, sendo designada causa desconhecida ou idiopática. Nesta última categoria insere-se a infertilidade psicogénica, que considera os aspectos psicológicos como bloqueadores da ocorrência de uma gravidez. Actualmente sabe-se que esta seria uma visão redutora e que existe ainda muito por explicar no que concerne à infertilidade, sendo necessário considerar que, seja qual for o motivo principal ao qual se atribua a infertilidade, esta está sempre dependente do impacto das múltiplas valências das quais resultará um melhor ou pior prognóstico.

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

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

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

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

A fertilidade parece ainda ser prejudicada pelo stresse associado às exigências da vida quotidiana, que, para além do seu efeito pouco benéfico na reprodução, pode levar a alterações no funcionamento do sistema reprodutor quer feminino quer masculino, tendo também consequências práticas, nomeadamente em torno das relações sexuais que tendem a ficar limitadas a períodos de maior

desconstracção, havendo geralmente uma diminuição da sua frequência o que aumenta as probabilidades de uma sistemática descoincidência relativamente ao período fértil da mulher (Faria, 2001).

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

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

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

A par com as necessidades dos casais inférteis, têm também surgido tratamentos e técnicas altamente especializadas. Actualmente, contam-se não só com os mais comuns tratamentos hormonais e com as inseminações artificiais (IA), mas também com técnicas de topo como a fertilização in vitro (FIV) e a injeção intracitoplasmática de espermatozóides (ICSI). Para além da possibilidade crescente no recurso a material genético de dador e barrigas de aluguer, que manifestam ainda uma reduzida expressão em Portugal, apesar de serem técnicas bastante divulgadas noutros países. Sem aprofundar demasiado esta matéria, dado que este estudo contempla apenas casais que

utilizam o seu próprio material genético, importa referir que o recurso a ovócitos, espermatozóides ou embriões já se encontra contemplado pela recente legislação portuguesa para os casos em que não existe possibilidade de gravidez através da utilização do material genético dos elementos do casal. Pelo contrário, o recurso às barrigas de aluguer ou maternidade de substituição não é legalmente permitida em Portugal, sendo que nos serviços públicos de saúde, pretendendo salvaguardar o desconhecimento face a novos procedimentos, não existe como prática instalada a utilização de material genético de dador em TPMA, mesmo que não exista viabilidade pelo recurso ao material genético do casal.

Grande parte das pessoas confronta-se com as dificuldades conceptivas quando ainda não existem filhos nem gravidezes no âmbito da relação actual, designando-se infertilidade primária, mas também podem surgir estas complicações quando já existem filhos do presente relacionamento, designando-se assim infertilidade secundária. Em alguns casais, os elementos têm filhos de relações anteriores, surgindo a dificuldade numa união em particular.

REFERENCIAIS TEÓRICOS PARA O ESTUDO DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA INFERTILIDADE

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

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

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

Por outro lado, apesar de se conceber que os aspectos psicológicos influenciam a fertilidade, poucos são os estudos que sugerem que o tratamento dos factores psíquicos pode alterar a fertilidade, imperando a dúvida acerca da importância ou não do tratamento das perturbações psíquicas, tendo em vista o posterior aumento das possibilidades de gravidez (Noyes & Chapnick, 1964).

Teoria Psicogénica

A infertilidade começou por ser considerada uma problemática de ordem médica. No entanto, a ausência de explicação por parte da medicina para os casos em que não era possível identificar um factor orgânico subjacente à existência da dificuldade, possibilitou o aparecimento de hipóteses explicativas baseadas em novos pressupostos, essencialmente emocionais e psicológicos. O que conseqüentemente se traduz numa necessidade de considerar novas valências no tratamento da infertilidade, nomeadamente a maturidade emocional da paciente ao nível da sua capacidade em perceber as exigências da gravidez e da maternidade (Kroger, 1952).

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

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

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

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

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

Entre as causas da infertilidade situava-se a personalidade tipicamente masculina, agressiva ou, por seu turno, uma personalidade imatura, com

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

Embora as mulheres com estas características pudessem estar mais expostas a um quadro de infertilidade de causa desconhecida, nem sempre as mesmas permitiram a diferenciação relativamente a mulheres inférteis devido a uma causa orgânica identificável (Kipper, Zigler-Shani, Serr & Insler, 1977).

Teoria das Consequências Psicológicas da Infertilidade

Após os anos 80, os estudos direccionaram-se predominantemente para os efeitos psicológicos da infertilidade, nomeadamente no que concerne ao mal-estar psicológico subjacente, diluindo-se a preponderância de uma dificuldade psicológica na sua etiologia.

A percepção das dificuldades conceptivas é provavelmente o primeiro momento de confronto com a infertilidade e, por seu turno, pode desencadear uma vivência disruptiva no casal, marcando o início de um longo percurso que pode contar com um menor ou maior sofrimento emocional, interpelado por

diversas perdas. Após a constatação da dificuldade, para algo que habitualmente se tem como adquirido, surge a procura de ajuda e a verificação que a dificuldade pode não compreender uma resolução fácil, estando sujeita a investigação, exames, muitas vezes invasivos, tratamentos para certas patologias e técnicas de reprodução que, em geral, contam com uma enorme medicalização e cujas taxas de sucesso são ainda relativamente baixas. Havendo uma elevada possibilidade de insucesso e uma consequente necessidade de repetição de todo o processo, com novas incertezas de resultados. Ao longo de todas estas etapas existem períodos mais sinuosos, que não acontecem da mesma forma em todos os casais, embora existam aspectos comuns nessa vivência emocional.

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

Desta forma podem surgir, efeitos emocionais como o sofrimento, a depressão, a ansiedade, a ira, o choque, a negação, a frustração, os sentimentos de culpa, numa procura incessante de resposta acerca de uma possível causa que possa tranquilizar e pertencer ao foro racional. Dado que a infertilidade se associa a uma perda de controlo sobre o corpo, sobre o que se faz, sobre as emoções, imperando uma enorme falta de certeza e incapacidade de prever e planear o futuro, torna-se organizador contar com alguns dados conhecidos.

A infertilidade pode ainda ter efeitos ao nível da perda de auto-estima, sentimentos de inadequação, problemas de identidade e mudanças na visão do mundo. Podendo ter consequências na interacção e satisfação com o companheiro, efeitos ao nível do funcionamento sexual, bem como alterações e dificuldades nas interacções sociais (Dunkel-Schetter & Lobel, 1991; Greil, 1997).

A literatura referente aos aspectos psicológicos da infertilidade situou-se essencialmente em torno de dois referenciais teóricos que se pretendiam excluir mutuamente. Contudo, o mais sensato parece ter sido esboçado nos primeiros estudos nesta área, através do reconhecimento da necessidade de integrar ambas as perspectivas, dado que o factor psicogénico estaria presente na maioria dos utentes inférteis, enquanto que a patologia orgânica poderia estar ou não presente (Ford, Forman, Wilson, Char, Mixson & Scholz, 1953).

INFERTILIDADE E GÉNERO

A Infertilidade e a Mulher

O aspecto que mais distingue a mulher do homem é a sua capacidade de procriar, pelo que não será de estranhar que se continue a conceber como indissociável, feminino e materno. Apesar das mudanças sociais terem aproximado os desempenhos femininos e masculinos a diversos níveis, a maternidade continua a ser um aspecto inerente à identidade da mulher. Pelo que o mal-estar psicológico pode ser elevado quando as mulheres têm dificuldade em engravidar ou em conseguir ter filhos (McQuillan, Greil, White & Jacob, 2003; Guerra, Llobera, Veiga & Barri, 1998).

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

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

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

Contudo, são múltiplas as doenças que podem atingir o aparelho reprodutor, dificultando ou impedindo a ocorrência de uma gravidez, nomeadamente as alterações menstruais, num espectro que contempla as comuns irregularidades até quadros de amenorreia. Estes desequilíbrios menstruais podem ainda fazer-se acompanhar de disfunções ovulatórias, acrescidas pelas obstruções tubárias, que impedem a passagem do óvulo em direcção ao útero, de entre outras designações médicas significativas. Contudo, o que importa salientar no âmbito desta investigação prende-se com a etiologia destas patologias. Poderá afirmar-se que estas patologias ocorrem somente devido a uma disfunção orgânica, ou poderão elas ser também uma manifestação de influências psíquicas e emocionais? A delimitação destes dois eixos parece, desde há muito, pouco racional, sugerindo-se uma visão integradora como algo que pode de facto beneficiar os casais com dificuldades conceptivas (Ford, Forman, Wilson, Char, Mixson & Scholz, 1953).

Num dos primeiros estudos a ser realizado na área da infertilidade por Ford e colaboradores (1953), com uma amostra de 38 mulheres inférteis, verificou-se que apenas 7 tinham um diagnóstico normativo quando se analisavam aspectos psicológicos. As mulheres com infertilidade funcional, às quais não era diagnosticado qualquer factor orgânico, explicavam as suas motivações

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

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

Para além da vertente somática que pode confluir em infertilidade, não se devem negligenciar os diversos aspectos aos quais a mulher fica exposta quando não consegue ter filhos. Benyamini, Gozlan e Kokia (2005) sistematizaram as dificuldades que as mulheres atravessam aquando da infertilidade e dos tratamentos, nomeadamente no que respeita à incerteza e falta de controlo, pressões familiares e sociais, impacto pessoal ou no companheiro, problemas induzidos pelos tratamentos e problemas relacionados com os tratamentos, percebendo-se que as mulheres que obtinham índices elevados nestes aspectos apresentavam mais stresse e um menor bem-estar. Descrevendo as dificuldades mais apontadas pelas mulheres por ordem decrescente de significância, apesar da elevada variabilidade, pode referir-se que o mais penoso é a antecipação mensal dos resultados do tratamento, seguindo-se a falta de espontaneidade no relacionamento sexual, incerteza quanto ao futuro, sentimentos negativos em torno do problema de infertilidade, incapacidade de resolução do problema sem ajuda, pressão social e perguntas sobre a maternidade, alteração da rotina diária, sentimento de falta de controlo sobre a própria vida, dor e desconforto físico decorrente dos tratamentos e, por fim, o impacto da infertilidade no modo como se sente vista pelo parceiro. Quando comparadas mulheres inférteis sem filhos, com um filho, ou com dois ou mais filhos, verifica-se que apenas estas últimas diferem dos outros dois grupos, por apresentarem uma menor incerteza e falta de controlo e sentirem uma menor pressão social e familiar comparativamente com as mulheres inférteis sem nenhum filho. Apesar de se considerar que as mulheres inférteis são mais ansiosas, deprimidas e com mais problemas de personalidade do que as mulheres férteis (Ping-Ling & Xiao-Bo, 2006). De início, as mulheres inférteis que se submetem a uma FIV são apenas ligeiramente diferentes emocionalmente das mulheres férteis. Todavia, o insucesso nos tratamentos de fertilidade aumenta os índices de emoções negativas que, se agravam após insucessos em posteriores ciclos. Existem também muitas mulheres que apresentam um bom ajustamento perante uma FIV mal sucedida, embora grande parte das mulheres tenda a evidenciar problemas emocionais que,

ainda assim, não se encontram na sua generalidade em patamares clínicos. Quando a FIV resulta em gravidez, as emoções negativas desaparecem, indicando que o stresse induzido pelo tratamento está relacionado com a ameaça de falha (Verhaak, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaijmaat & Braat, 2006). O que não invalida que as mulheres que tiveram filhos com recurso a tratamentos para a infertilidade, refiram o processo como doloroso, causador de mal-estar psicológico, sem possibilidade de controlo ou de escolha e com custos emocionais e financeiros. As mulheres desejam ser tratadas com respeito e dignidade, privilegiando uma adequada informação e suporte, sendo o seu mal-estar psicológico reconhecido. Dado que, perante os resultados incertos deste tipo de tratamentos, os cuidados prestados e a confiança nos profissionais de saúde assumem uma importância fulcral. Mesmo passando por tratamentos de infertilidade, após terem um filho, grande parte das mulheres sente-se completa, mas caracterizam o processo com elevados custos emocionais e financeiros (Redshaw, Hockley & Davidson, 2006).

A Infertilidade e o Homem

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

O aparelho reprodutor masculino apresenta uma menor complexidade comparativamente com o feminino e teoricamente basta um espermatozóide para que uma gravidez ocorra, embora o baixo número de espermatozoides, oligozoospermia, seja uma das causas de infertilidade. A baixa mobilidade dos

espermatozóides, astenozoospermia, e as formas atípicas, teratozoospermia, podem surgir isoladas ou combinadas dificultando a ocorrência de uma concepção. Além das causas mais comuns de infertilidade masculina provenientes dos défices na qualidade espermática, que podem estar relacionadas com uma fase de maior stresse ou com o stresse inerente a um quadro de infertilidade (Lenzi, Lombardo, Salacone, Gandini & Jannini, 2003), podem surgir outras dificuldades que impeçam a finalidade pretendida, a concepção, interferindo desse modo com a vivência da infertilidade pelo homem, embora nem sempre se verifique esta interferência (Hjollund, Bonde, Henriksen, Giwercman & Olsen, 2004; Pook, Tuschen-Caffier & Krause, 2004).

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

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

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

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

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

Em termos de características de personalidade, os homens que tinham relações sexuais, regulares e desprotegidas, há pelo menos 12 meses, apresentavam maiores índices de conscienciosidade, amabilidade, alexitimia e somatização, valores baixos de neuroticismo e abertura à experiência, existindo uma correlação negativa entre os parâmetros seminais e a extroversão, ansiedade e psicoticismo. O que parece indicar que os homens inférteis tendem a ser sinceros, disponíveis para ajudar o outro, organizados, determinados, criativos e tendem a apresentar baixos índices de psicopatologia, à excepção de alguma somatização, que pode estar associada à impossibilidade de expressão de certas emoções (Conrad, Schilling, Haidl, Geiser, Imbierowicz & Liedtke, 2002).

A Infertilidade no Casal

Independentemente da perspectiva individual da infertilidade, faz sentido que se aborde a infertilidade no casal, nomeadamente quando se considera a necessidade de recurso a TPMA, dado que, segundo a legislação portuguesa (Lei nº32/2006, 1ªSérie, Nº 143 de 26 de Julho de 2006), apenas podem recorrer às mesmas pessoas com indicação clínica para este tipo de técnicas, maiores de idade e que estejam casadas ou que sendo de sexo diferente vivam

em condições análogas às dos conjugues há pelo menos dois anos. A presente legislação não contempla nem casais com diferentes orientações sexuais, nem homens ou mulheres que, apesar de não terem um relacionamento, queiram ter filhos.

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

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

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

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

Quando um casal planeia ter filhos, habitualmente surge uma representação de uma fase de grande harmonia, havendo um tempo e um espaço na relação para a parentalidade, embora a constatação da dificuldade em ter filhos quando

se deseja, possa conduzir a um lacuna na trajectória desenvolvimental do adulto (Cousineau & Domar, 2007). Na perspectiva das mulheres, os casais propostos para técnicas de procriação, nomeadamente a FIV e ICSI, apresentam relacionamentos mais instáveis do que os casais que não se confrontam com problemas de fertilidade. Todavia, importa salientar que factores como a idade, o rendimento anual, a duração da infertilidade e a história de insucessos nos tratamentos, têm uma correlação negativa com a qualidade do relacionamento, o que sugere a existência de outras variáveis que interferem com o desconforto relacional independentemente do tratamento proposto (Wang, Li, Zhang, Zhang, Yu & Jiang, 2007).

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

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

PERSONALIDADE

As definições de personalidade são múltiplas, embora a consideração da personalidade como um agregado de características pessoais, consistentes e contínuas, que têm como pano de fundo uma coesão interna, seja a característica que mais unifica as diferentes perspectivas. Saindo do âmbito da

presente investigação, um estudo exaustivo da personalidade será focada apenas a perspectiva dos traços de personalidade, por ser essa a forma com que se analisou a personalidade em homens e mulheres inférteis. Deste modo, não se pretende incidir na riqueza e individualidade da personalidade, mas no que caracteriza de forma geral as pessoas inférteis.

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

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

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

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

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

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

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

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

PERSONALIDADE E INFERTILIDADE

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

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

Os estudos pioneiros consideravam que o perfil psicológico das mulheres inférteis tendia a subdividir-se em dois grupos. Por um lado, mulheres aparentemente femininas, mas imaturas física e emocionalmente, que pela sua forte dependência pretendiam recriar no seu casamento uma relação pai/filha. A infância destas mulheres era geralmente marcada pela timidez, passividade e indecisão. Estas características, ao suscitarem uma sobreprotecção parental, eram transpostas para o casamento, não capacitando estas mulheres para serem boas esposas e boas mães (Mandy, Scher, Farkas & Mandy, 1951; Wittkower & Wilson, 1940).

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

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

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

As mulheres inférteis tendem a apresentar maiores níveis de alexitimia comparativamente com mulheres férteis, independentemente da causa da infertilidade, o que parece indicar que a alexitimia representa uma estratégia de coping perante o diagnóstico, investigação e tratamento da infertilidade, podendo mesmo ser considerada um sinal de adaptação, dado que a incapacidade para identificar e exprimir afectos e sentimentos pode funcionar neste caso como um invólucro protector contra o sofrimento psíquico associado (Lamas, Chambry, Nicolas, Frydman, Jeammet & Corcos, 2006). Embora, quando se atende apenas à expressão da irritabilidade, se verifique que as mulheres com infertilidade sem uma causa orgânica detectável tendam a suprimir mais este sentimento (Fassino, Pierò, Boggio, Piccioni & Garzaro, 2002). Num estudo de Daini, Bernardini e Panetta (2007), onde se pretendia analisar os aspectos psicológicos em mulheres inférteis através de uma prova projectiva, verificou-se que as mulheres com infertilidade orgânica apresentam menor capacidade de integração e adaptação e as mulheres com abortos sucessivos pareciam ser afectadas por fortes problemas de identidade, levando a crer que estes dois grupos apresentam uma menor estabilidade afectiva comparativamente com as mulheres com infertilidade inexplicada ou com o grupo de mulheres férteis. Contudo, a infertilidade parece ter um impacto emocional no plano imaginário e no plano racional.

Também nos homens inférteis se destacam os índices de alexitimia, quando comparados com homens férteis, o que parece desempenhar um papel primordial na supressão de sentimentos e emoções, advindos da reacção a um diagnóstico de infertilidade e à sua forte estigmatização pessoal e social, não

se tratando por isso de uma falha primária no processamento mental (Conrad, 2002).

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

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

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

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

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

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE

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

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

A depressão constitui uma perturbação do humor caracterizada por uma diminuição global do estado de ânimo (Crespo, 2003) e constitui a negação do sentimento de perda (Coimbra de Matos, 2001). As depressões podem ocorrer na sequência de um determinado acontecimento, embora um mesmo evento

possa desencadear respostas diversas, que nem sempre conduzem à depressão, em diferentes pessoas e em diferentes fases da sua vida (Widlocher, 2001). Existem pessoas claramente mais propensas a esta perturbação quer por condicionantes biológicas, nomeadamente alterações hormonais, quer por aspectos psicológicos que podem contribuir para uma visão mais negativa quer interna quer externa, acarretando uma maior vulnerabilidade (Gleitman, 1999).

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

O stresse, por seu turno, é um estado no qual se encontra uma pessoa ameaçada de desequilíbrio pela acção de condições que põem em causa a sua homeostasia. O stresse acaba por resultar do desajuste entre as exigências da situação e os recursos pessoais disponíveis para gerir essas perturbações, o que significa que não depende da situação em si mas da percepção do sujeito sobre ela (Doron & Parot, 2001).

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

A incerteza na infertilidade é múltipla. Se a infertilidade pode ser considerada uma doença, o que é certo é que muitas vezes não produz sintomas detectáveis para além da dificuldade em engravidar, dificuldade essa que a

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

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

ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA INFERTILIDADE

Os maiores índices de ansiedade e depressão tendem a distinguir homens e mulheres inférteis de homens e mulheres férteis, verificando-se mesmo diferenças entre elementos de casais inférteis nos índices de ansiedade e depressão. As mulheres tendem a ser caracterizadas por índices mais elevados de ansiedade e depressão (Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard &

Verres, 2001; Wright, Duschene, Sabourin, Bissonnette, Benoit & Girard, 1991). A etiologia dessas diferenças centra-se muitas vezes na percepção da causa da infertilidade e na duração da mesma.

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

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

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

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

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

Jacob (2003) examinou os factores emocionais em casais que necessitavam de recorrer a TPMA, avaliando a ansiedade em homens e mulheres inférteis

antes do início do tratamento propriamente dito, concretamente aquando da recolha de óvulos e da amostra de sémen, verificando que as mulheres apresentavam elevada ansiedade traço comparativamente com os homens e índices semelhantes no que concerne à ansiedade estado.

STRESSE NA INFERTILIDADE

A infertilidade desencadeia nos casais, uma necessidade de fazer face a múltiplas dificuldades perante as quais se torna essencial a mobilização de recursos internos, viabilizando-se perante um estímulo “stressor” uma resposta ao mesmo. As exigências da infertilidade colocam-se quer ao nível de todas as alterações de vida decorrentes desta dificuldade, quer de todo o processo de diagnóstico e tratamento. O stresse da infertilidade constitui-se pelos múltiplos stresses decorrentes das diversas etapas desta problemática.

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

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

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

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

A infertilidade acaba assim por ter também grandes repercussões em termos sociais. As técnicas de procriação medicamente assistidas, apesar de concederem uma nova esperança aos casais que desejam ter filhos, são extremamente invasivas, implicando um enorme desgaste pessoal e constrangimentos a nível social. A necessidade de recorrer a frequentes procedimentos clínicos torna difícil que o conhecimento da infertilidade se mantenha num domínio privado. Muitas mulheres revelam no seu local de trabalho que se encontram em consultas de infertilidade essencialmente pela necessidade de justificarem a razão pela qual faltam ao emprego. As mulheres que optam por não revelar fazem-no essencialmente para manter a sua privacidade. Contudo, a decisão de revelar não representa um significativo impacto no stresse sentido (Finamore, Seifer, Ananth & Leiblum, 2007). Pelo contrário, a decisão de revelar a dificuldade conceptiva pode estar associada a um elevado mal-estar psicológico (Slade, O'Neill, Simpson & Lashen, 2007).

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

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

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

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

PERSONALIDADE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE NO AJUSTAMENTO À INFERTILIDADE

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

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

A reacção emocional do casal relacionada com todo o processo de infertilidade encontra-se associada à concretização de um objectivo, a gravidez, após os tratamentos. Se o casal não consegue engravidar, o seu bem-estar emocional piora, enquanto que, se conseguem engravidar sentem-se melhor do que antes do início do tratamento. Embora as mulheres apresentem uma reacção emocional mais manifesta que os homens, esta diferença tende a dissuadir-se nos casos em que a gravidez não sucede. Contudo, os casais que iniciam um primeiro tratamento FIV são um grupo bem ajustado e conseguem gerir adequadamente a tensão implícita ao tratamento (Holter, Andersheim, Bergh & Moller, 2006).

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

Apesar de se conceber que o stresse inerente à infertilidade afecta homens e mulheres, para além de lidarem com ele de forma diferente, também existem particularidades no modo como cada vertente do stresse tende a afectar homens e mulheres. As mulheres diferem significativamente dos homens,

apresentando índices mais elevados de stresse global inerente à infertilidade, bem como um maior stresse relacionado com a infertilidade na sua dimensão social, sexual e necessidade de parentalidade (Newton, Sherrard & Glavac, 1999).

O estudo de Cooper, Gerber, McGettrick e Johnson (2007) pretendeu determinar a relação entre o stresse percebido relacionado com a infertilidade e os resultados de um primeiro ciclo FIV, verificando que os casais que conseguiam conceber apresentavam índices significativamente superiores nas escalas de necessidade de parentalidade e perda de gratificação sexual, comparativamente com os casais que não concebiam. Uma análise independente de mulheres e homens, verificou que as mulheres que conseguiam engravidar apresentavam índices mais elevados quanto à necessidade de parentalidade, aspectos sexuais, visão negativa da vida sem filhos e stresse global inerente à infertilidade, embora estas diferenças não fossem estatisticamente significativas relativamente às mulheres que não conseguiam engravidar. Relativamente aos homens, não se registaram quaisquer diferenças entre aqueles cujas companheiras conseguiam ou não engravidar. Os casais que conseguiram prosseguir a gravidez obtiveram índices mais elevados relativamente à visão negativa de uma vida sem filhos, necessidade de parentalidade e stresse total comparativamente com os que não tinham conseguido. Quando as mulheres eram analisadas separadamente, verificava-se que aquelas que conseguiam manter a gravidez tinham índices mais elevados na visão negativa da vida sem filhos e na necessidade de parentalidade. Relativamente aos homens, verificou-se que aqueles cujas companheiras mantinham a gravidez apenas tinham índices mais elevados na necessidade de parentalidade. Verificando-se que nas diferenças registadas as mulheres têm um papel determinante e um stresse moderado parece ser benéfico para o sucesso da FIV.

Os índices mais baixos de ansiedade e depressão parecem ditar um melhor prognóstico quanto ao alcançar de uma gravidez em mulheres inférteis. Em contrário, a ansiedade, a idade, a tentativa de resolver a infertilidade através de

soluções não médicas e a pressão familiar encontram-se entre as variáveis que predizem negativamente a taxa de gravidez (Gulseren, Cetinay, Tokatlioglu, Sarikaya, Gulseren & Kurt, 2006).

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

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

A ansiedade, quando é medida de uma forma genérica, parece afectar mais as mulheres do que os homens com problemas de fertilidade. Chegando a atingir níveis moderados a severos em 24% dos casos, enquanto que os homens só apresentam esta intensidade de sintomatologia em 7% dos casos. Quando se mede stresse sexual associado à infertilidade verifica-se que é mais prevalente nas mulheres que nos homens, embora 21% dos homens apresentem índices elevados comparativamente com 17% das mulheres. Quando se relaciona a ansiedade com o stresse sexual inerente à infertilidade verifica-se que existe uma associação positiva entre estas variáveis tanto nos homens como nas mulheres, sendo mais forte nos homens, principalmente no que concerne à sintomatologia ansiosa subjectiva (como a incapacidade de relaxar ou sentir-se nervoso) e autonómica (como sentir calor, transpirar ou sentimento de

indigestão) que pode ser intensificada como resultado da infertilidade, em detrimento dos sintomas neurofisiológicos da ansiedade e sintomas de pânico (Peterson, Newton & Feingol, 2007).

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

OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

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

Pelo que o objectivo do presente estudo incide na clarificação da relação entre personalidade, ansiedade, depressão e stresse gerais, stresse inerente à

infertilidade e ajustamento à fertilidade, em homens e mulheres que procuram ajuda perante a infertilidade.

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

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

MÉTODO

Participantes

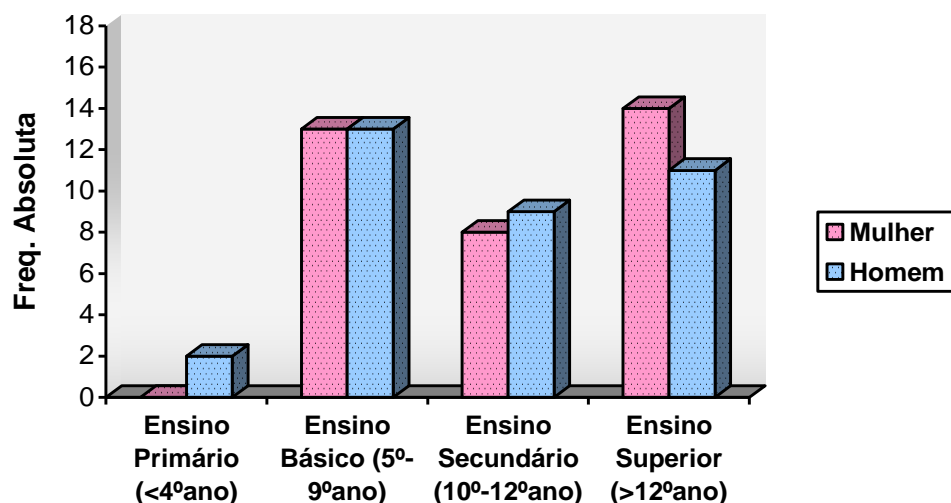
Foram incluídos neste estudo 70 sujeitos, 35 (50%) mulheres e 35 (50%) homens, que constituíam 35 casais que recorreram a consultas de infertilidade num serviço de saúde, sendo por isso uma amostra de conveniência. Os sujeitos eram incluídos na amostra, por estarem em idade fértil e pretenderem ter filhos e simultaneamente por se encontrarem com problemas de infertilidade e terem recorrido a uma consulta da especialidade.

Caracterização da Amostra

Relativamente à caracterização dos participantes da amostra verifica-se que a idade média das mulheres era de 31.77 anos (DP = 3.15) e a idade média dos homens era superior, 33.60 anos (DP = 6.22).

As habilitações literárias não diferiam significativamente entre homens e mulheres ($p = 0.637$), ainda que não existisse nenhuma mulher apenas com a instrução primária e existissem mais mulheres com habilitações literárias ao nível do ensino superior, conforme é possível verificar no gráfico seguinte:

Figura 1 – Frequências relativas às habilitações literárias



No que concerne à profissão subdivida segundo as grandes categorias da Classificação Nacional das Profissões do Instituto de Emprego e Formação Profissional, verificou-se que a maioria das mulheres (31.4%) se inseria na categoria de pessoal dos serviços e vendedores, seguindo-se o grupo profissional dos especialistas das profissões intelectuais e científicas (20.0%). No caso dos homens, a maioria enquadrava-se no grupo dos operários, artífices e trabalhadores similares (28.6%), seguindo-se os especialistas das profissões intelectuais e científicas (20.0%) e os técnicos profissionais de nível intermédio (20.0%). Nenhuma das mulheres pertencentes à amostra fazia parte de quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas, nem do grupo dos operários, artífices e trabalhadores similares, bem como da categoria dos operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem, profissões que nesta amostra eram exclusivamente representadas por homens, 2.9%, 28.6% e 8.6%, respectivamente. Verificou-se igualmente nesta amostra que os desempregados e domésticas são exclusivamente mulheres, 14.3% e 2.9%, respectivamente. Estes dados reflectiram algumas desigualdades de estatuto profissional entre homens e mulheres, bem como profissões claramente dominadas por um único género ($p < 0.001$).

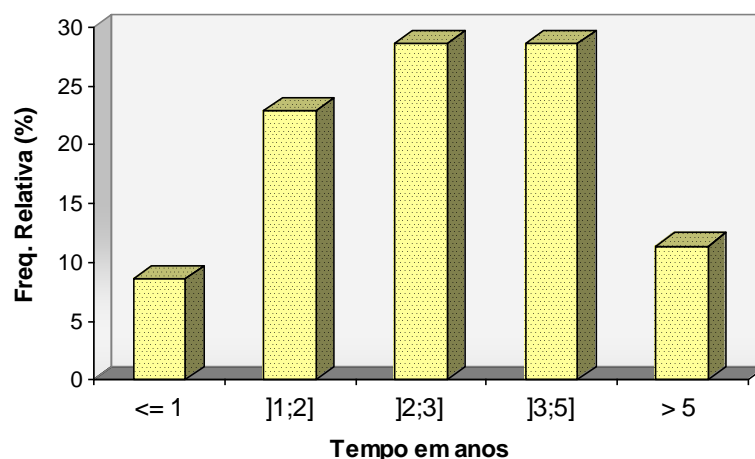
Nesta amostra predominava a nacionalidade portuguesa, 91.4% das mulheres da amostra eram de nacionalidade portuguesa, sendo as restantes guineenses (5.7%) e brasileiras (2.9%). No que concerne aos homens, 85.7 % eram de nacionalidade portuguesa, os restantes dividiam-se entre brasileiros (2.9%), guineenses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

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

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

Começando pelo estado civil, verificou-se que, entre os casais, 24 (68.6%) eram casados e 11 (31.4%) viviam maritalmente. A duração média do relacionamento conjunto era de cerca de cinco anos ($M = 63.43$ meses), com um desvio padrão de dois anos e meio ($DP = 30.22$ meses). A maioria dos sujeitos da amostra não tinha filhos (90%). Dos restantes apenas um tinha um filho, fruto do relacionamento actual, sendo que três mulheres e dois homens tinham pelo menos um filho de relacionamentos anteriores. No presente relacionamento, em 14.3% dos casais já tinha ocorrido pelo menos uma gravidez sem sucesso, todas gravidezes espontâneas, à excepção de um casal em que a mesma havia resultado de recurso a tratamentos. Apesar de 77.1% dos casais nunca ter recorrido a tratamentos, quatro (11.4%) já tinham realizado um tratamento, dois (5.7%) já tinham realizado dois, havendo um casal (2.9%) que havia efectuado três tratamentos e ainda outro que chegou a realizar quatro tratamentos (2.9%). Tratamentos esses que se distribuíam entre estimulações de ovulação, IA, FIV e transferência de embriões, todos eles sem sucesso. Sendo o procedimento mais comum em casais que já tinham recorrido a tratamentos anteriores a estimulação da ovulação, seguido pela FIV e por último a IA e a transferência de embriões no mesmo patamar. Importa, no entanto, salientar que apenas uma pequena percentagem de casais tinha recorrido a tratamentos anteriores, pelo que esta distribuição poderia ser pouco representativa da realidade. Embora em média os casais tentassem engravidar há mais de três anos ($M = 41.06$ meses), com um desvio padrão de pouco mais de um ano e meio ($M = 20.85$ meses), sendo que a amplitude varia entre três meses e oito anos a tentar engravidar. A distribuição encontra-se representada no seguinte gráfico.

Figura 2 – Frequências relativas à duração da infertilidade



Existiam poucos casais que se encontravam na consulta e que tentavam engravidar há um ano ou menos, ou há mais de cinco anos. Em média, os casais solicitaram ajuda há cerca de dois anos ($M = 25.51$ meses; $DP = 20.35$ meses), variando o pedido entre dois meses e sete anos, embora grande parte dos casais tenha solicitado ajuda apenas há um ano ou menos. Concretamente na consulta da especialidade, local onde foi aplicado o protocolo, os casais encontravam-se em média há cerca de um ano ($M = 11.74$ meses; $DP = 15.43$ meses), embora o tempo de recurso aos serviços de saúde variasse entre um e sete anos.

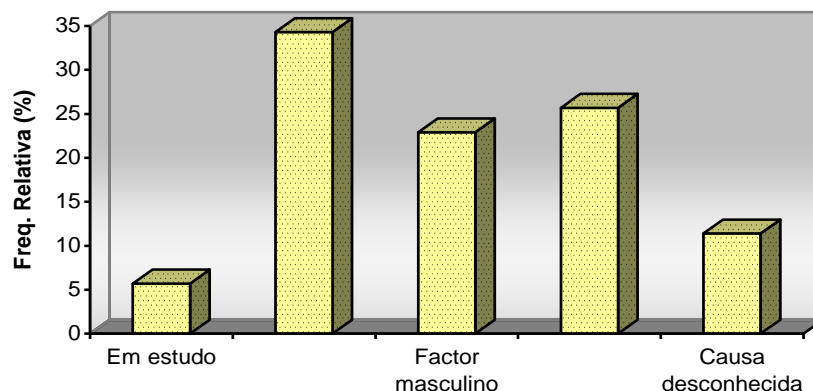
Constatou-se que quase 80% dos casais se encontravam na consulta há um ano ou menos e apenas pouco mais de 20% estava há mais de um ano. Denotando-se naturalmente um tempo de latência entre o início das tentativas de engravidar e o pedido de ajuda, período esse que, por vezes, contava com um grande desfasamento temporal. Na presente amostra grande parte dos casais encontrava-se ainda nas fases iniciais do processo.

O processo inicia-se habitualmente com a realização de uma consulta médica para perceber o historial clínico do casal e com a prescrição de vários exames ao mesmo, ainda que o casal já tenha frequentado outros serviços de saúde e tenha conhecimento acerca do diagnóstico. Nesta fase encontravam-se 34.3% dos casais e na fase em que já havia conhecimento do diagnóstico e se

aguardava o que fazer encontravam-se 28.6%, o que significa que 62.9% foram à consulta de psicologia e preencheram o protocolo de avaliação ainda em estádios de grande incerteza quanto ao processo. Cerca de 23% dos casais completaram o protocolo quando já tinham sido encaminhados e se encontravam em espera para um tratamento e apenas 14.3% dos casais iriam ser submetidos a tratamento, perspectivando-se assim várias etapas e consequentemente diversas vicissitudes inerentes a cada fase.

Quanto à causa que os casais referenciavam como estando na origem da dificuldade conceptiva, pode observar-se a sua distribuição consoante a Figura 3 . Salientando-se que os motivos inerentes à infertilidade eram fornecidos pelo casal, não sendo consultado o processo clínico, pelo que poderiam estar sujeitos à influência das percepções acerca da dificuldade.

Figura 3 – Frequências relativas à causa da infertilidade



O factor feminino era o mais referido pelos casais como causa da infertilidade (34.3%), ainda assim abaixo dos valores de prevalência referidos nesta população, cerca de 40%. Dentro do factor feminino eram referidos quadros de factor tubário, disfunções ovulatórias, síndrome do ovário poliquístico, amenorreia, factor hormonal e laqueação tubária. O factor masculino também se encontrava claramente abaixo da prevalência nesta população que seria igualmente de 40%, embora nesta amostra tenha sido referido isoladamente em 22.9% dos casos, nomeadamente alterações na qualidade e quantidade dos espermatozóides e varicocelo. Contudo, a combinação de factores

registava uma percentagem de 25.7, claramente superior à percentagem esperada, tal como a infertilidade de causa desconhecida (11.4%), enquadrando-se nesta categoria os casais que, apesar de já se encontrarem a tentar engravidar há algum tempo e terem recorrido a ajuda médica, não detinham uma indicação médica. Os casais que estavam há pouco tempo na consulta e se encontravam em fase de realização de exames foram enquadrados na categoria, em estudo, registando-se que apenas 5.7% dos casais permaneciam sem qualquer indicação de diagnóstico.

Material

Questionário Sócio-Demográfico (QSD)

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

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

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

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

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

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

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

satisfatórios). As pontuações são obtidas através do somatório dos itens de cada dimensão, sendo que o conjunto de todas as dimensões permite ainda obter o stresse global. Tanto para cada dimensão como para o stresse global, resultados mais elevados indicam que o indivíduo experimentou mais stresse psicológico.

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

Esta escala foi construída após análise qualitativa de entrevistas com casais atendidos numa clínica de fertilidade, que se encontravam em diversos estádios de investigação e tratamento. Pretende medir o ajustamento à fertilidade, perante a possibilidade de uma vida com ou sem filhos, traduzindo-se pelas respostas cognitivas, emocionais e comportamentais perante problemas de fertilidade. Na sua versão original, a escala é constituída por 12 itens. Para este estudo traduzimos e adaptámos a escala para a nossa amostra, ficando a mesma reduzida a 10 itens (Lopes & Leal, 2010). Esta medida apresenta um formato de resposta tipo Likert de 6 pontos (1 - Discordo Fortemente; 6 - Concordo Fortemente). Esta escala avalia uma única dimensão e a amplitude de resposta varia entre 10 e 60, os valores mais elevados correspondem a um menor ajustamento.

Procedimento

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

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

não era possível a aplicação prévia do protocolo, solicitava-se aos casais o seu preenchimento no final da consulta.

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

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

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

RESULTADOS

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

No sentido de facilitar a leitura dos resultados optou-se por uma subdivisão dos mesmos. Parte-se de resultados gerais que enquadram o perfil da amostra para a descrição da associação entre variáveis.

Perfil da Amostra

Apresenta-se na Tabela 1, as médias e desvios padrão de mulheres e homens no que concerne aos traços de personalidade, ansiedade, depressão e stresse gerais, stresse relacionado com a infertilidade e desajustamento à fertilidade.

Tabela 1 – Médias e desvios padrão para os traços de personalidade, ansiedade, depressão e stresse gerais, stresse percebido relacionado com a infertilidade e desajustamento à fertilidade em mulheres e homens

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

Nota: † ≤ 0.10 ; * $p \leq 0.05$

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

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

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

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

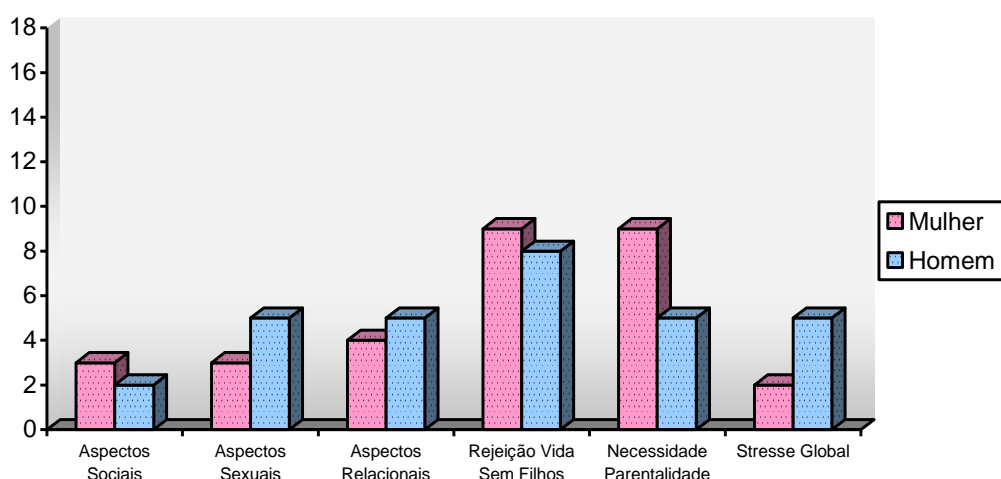
A influência negativa da infertilidade no relacionamento sexual tinha um maior impacto nas mulheres ($M = 16.8$) que nos homens ($M = 13.4$), sendo essa

diferença marginalmente significativa ($t(64) = 2.0$; $p = 0.051$). As mulheres sentiam uma maior perda de prazer no relacionamento sexual, sentiam-se mais pressionadas com as relações sexuais programadas, abalando a sua auto-estima sexual.

Eram também as mulheres que evidenciavam uma maior necessidade de parentalidade, relacionada com a forte identificação com o papel materno, sendo a parentalidade percebida como um objectivo central de vida. Os índices apresentados pelas mulheres ($M = 43.2$) eram superiores aos dos homens ($M = 38.4$), verificando-se uma diferença significativa ($t(60) = 2.5$; $p = 0.015$).

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

Figura 4 – Frequências absolutas de mulheres e homens com índices elevados nas dimensões do FPI



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

Os resultados do ajustamento à fertilidade indicaram que as mulheres e os homens não diferiam significativamente ($t(58) = 1.67$; $p = 0.10$). Apesar das mulheres apresentarem um pior ajustamento à fertilidade ($M = 36.6$; $DP = 9.1$) comparativamente com os homens ($M = 32.8$; $DP = 8.3$). Tendo em conta que a amplitude de resultados pode oscilar entre 10 e 60 a média dos resultados obtidos parece apontar para um moderado ajustamento à fertilidade, resultados que não diferem dos que foram obtidos por Glover e colaboradores (1999).

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

Verificou-se, no que concerne às dimensões de personalidade, que a abertura à experiência apresentou uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa com a idade ($r = 0.56$; $p = 0.001$). A idade também evidenciou correlações positivas, baixas e estatisticamente menos expressivas com a amabilidade ($r = 0.30$; $p = 0.094$) e com a conscienciosidade ($r = 0.32$; $p = 0.065$). As correlações encontradas entre a idade e o neuroticismo e a extroversão não eram estatisticamente significativas.

A idade apresentou correlações negativas com o stresse, ansiedade e depressão, embora as mesmas não fossem estatisticamente significativas. No que concerne ao stresse relacionado com a infertilidade apenas se salientou a

relação negativa, moderada e estatisticamente significativa entre a idade e a rejeição da vida sem filhos ($r = -0.45$; $p = 0.010$).

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

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

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

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

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

Para os homens, o tempo em relação ao qual o casal tenta engravidar apenas apresentou uma correlação tendencialmente significativa com o desajustamento à fertilidade, sendo essa correlação negativa e baixa ($r = -0.32$; $p = 0.076$), tal como se verifica com o tempo em relação ao qual o casal

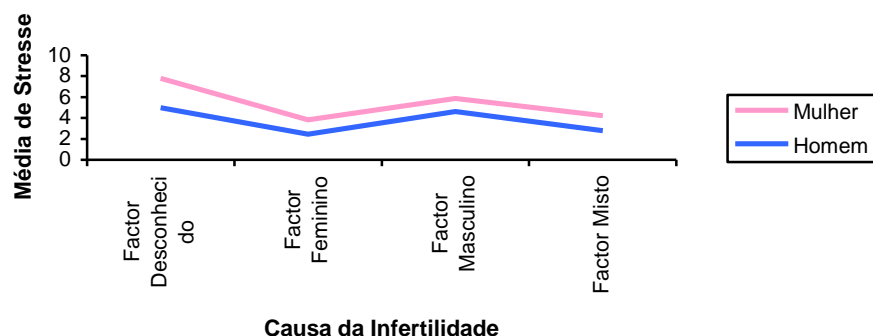
solicitou ajuda para a resolução da dificuldade ($r = -0.31$; $p = 0.087$). O tempo do pedido de ajuda correlacionou-se ainda negativamente com a rejeição da vida sem filhos ($r = -0.30$; $p = 0.094$). O tempo em relação ao qual o casal se encontrava no serviço de saúde não apresentava qualquer relação significativa com as variáveis em estudo.

Considerou-se também relevante a análise das possíveis diferenças entre grupos no que concerne à causa da infertilidade, considerando-se a mesma um factor feminino, masculino ou misto consoante o diagnóstico referido pelo casal, como uma infertilidade devida a causa feminina, masculina ou conjunta. Agruparam-se os casos em que não era conhecido um diagnóstico e os casos que ainda se encontravam sob estudo, em causa desconhecida. Utilizou-se a ANOVA one-way para amostras independentes, separadamente para mulheres e homens, no sentido de perceber a influência da causa de infertilidade em algumas das dimensões do NEO-FFI-20, da EADS, do FPI ou da EAF, fazendo-se ainda o teste Post Hoc no caso de se verificarem influências, percebendo-se posteriormente entre que grupos essas diferenças eram significativas.

Desta forma, foi possível constatar que as dimensões de personalidade não influenciavam significativamente a causa da infertilidade nem em mulheres nem em homens.

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

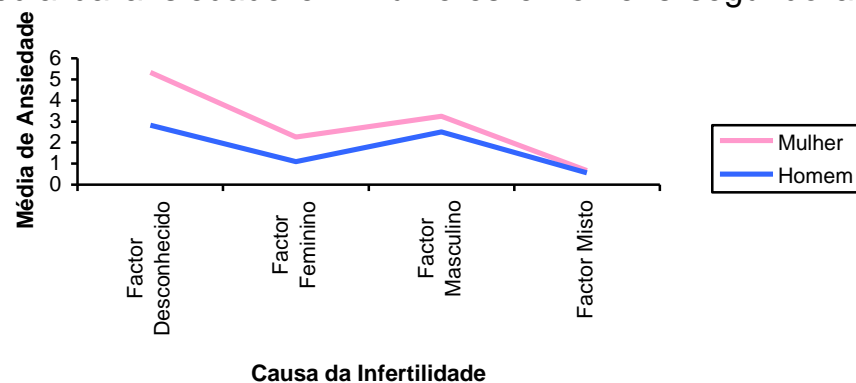
Figura 5 – Média de stresse em mulheres e homens segundo a causa da infertilidade



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

Relativamente à ansiedade nos homens verificou-se apenas uma diferença tendencial entre a média de ansiedade e as causas da infertilidade ($F(3,30) = 2.89$; $p = 0.052$). Nas mulheres existiam diferenças significativas ($F(3,30) = 3.16$; $p = 0.039$) entre pelo menos dois grupos, respectivamente entre a causa desconhecida e o factor misto ($p = 0.027$), sendo neste último que a média dos índices de ansiedade eram menores.

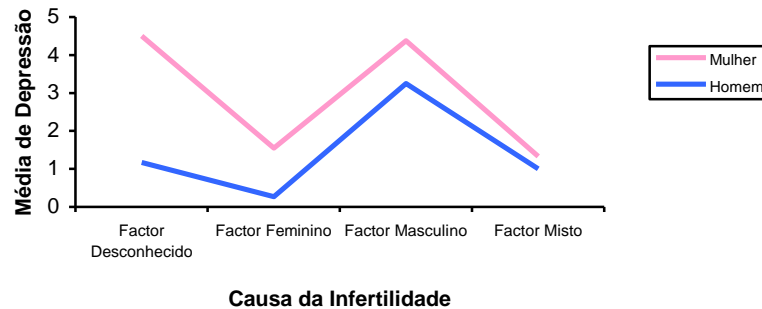
Figura 6 – Média da ansiedade em mulheres e homens segundo a causa da infertilidade



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

desconhecido ($p = 0.086$), sendo o factor desconhecido aquele que apresentava índices depressivos mais baixos.

Figura 7 – Média da depressão em mulheres e homens segundo a causa da infertilidade



Nas mulheres, a causa da infertilidade não influenciava significativamente o stresse específico da infertilidade em nenhuma das suas dimensões, nem o desajustamento à fertilidade, como é possível verificar na Tabela 2.

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

Tabela 2 – Médias e influência da causa da infertilidade nas dimensões do FPI e da EAF em mulheres

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

Nota: † $n < 0.10$ · * $n < 0.05$ · ** $n < 0.01$ · *** $n < 0.001$

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

Tabela 3 – Médias e influência da causa da infertilidade nas dimensões do FPI e da EAF em homens

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

Nota: † $p < 0.10$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

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

Deste modo, foi possível constatar que a fase do processo, de uma forma geral, não influenciava o sentimento de stresse, ansiedade e depressão, nem em homens nem em mulheres. Relativamente às dimensões do stresse específico da infertilidade verificou-se apenas que nas mulheres a necessidade de parentalidade era influenciada pela fase em que o processo de infertilidade

se encontrava ($F(3,27) = 3.22$; $p = 0.039$), as mulheres que já sabiam o diagnóstico e aguardavam o que fazer apresentavam índices médios na necessidade de parentalidade superiores aos das mulheres que já estavam encaminhadas para um tratamento e aguardavam pela realização do mesmo. O desajustamento à fertilidade também não era significativamente influenciado pela fase do processo nem em homens nem em mulheres.

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

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

Tabela 4 – Correlações entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e os traços de personalidade para o total da amostra

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

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

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

Todas as dimensões do stresse relacionado com a infertilidade apresentavam correlações positivas, moderadas e estatisticamente significativas

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

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

Tabela 5 – Correlações entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e os traços de personalidade na mulher e no homem

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

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

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

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

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

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

Com o intuito de analisar a possível relação entre a ansiedade, depressão e stresse gerais e as dimensões específicas de stresse na infertilidade, efectuaram-se análises correlacionais de Spearman para o total da amostra e obtiveram-se os resultados apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Correlações entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e a ansiedade, depressão e stresse gerais para o total da amostra

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

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

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

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

Tabela 7 – Correlações entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e a ansiedade, depressão e stresse gerais na mulher e no homem

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

Nota: M = Mulheres; H = Homens

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

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

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

No que concerne ao stresse em sentido lato verificou-se que apenas nas mulheres existiam correlações significativas, positivas e moderadas, com os

aspectos sexuais ($r = 0.41$; $p = 0.015$) e com os aspectos relacionais ($r = 0.48$; $p = 0.005$), respectivamente. Nos homens o stresse não se correlacionava significativamente com nenhuma das dimensões do FPI, as associações encontradas eram muito ténues. Nos homens apenas a depressão se encontrava correlacionada com algumas dimensões do stresse relacionado com a infertilidade, nas mulheres existiam algumas dimensões do FPI que também se correlacionavam com os índices de ansiedade e stresse.

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

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

Tabela 8 – Correlações entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e o desajustamento à fertilidade para o total da amostra

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

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

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

correlação moderada ($r = 0.55$; $p < 0.001$) e os aspectos sociais ($r = 0.76$; $p < 0.001$), a necessidade de parentalidade ($r = 0.72$; $p < 0.001$) e o stresse global ($r = 0.82$; $p < 0.001$) apresentavam correlações altas com o desajustamento à fertilidade.

Verificando-se desta forma que quanto maior era o stresse percebido relacionado com a infertilidade maior era o desajustamento à fertilidade. No sentido de aferir as associações que se evidenciavam quando se analisavam mulheres e homens separadamente, correlacionaram-se as dimensões do FPI com as pontuações obtidas na escala que mede o desajustamento à fertilidade. Salientando-se diferenças entre os sexos, conforme foi possível verificar pela Tabela 9. Podendo desde logo salientar-se que o desajustamento à fertilidade se associava com os aspectos relacionais no caso das mulheres e o mesmo não acontecia no caso dos homens. As restantes variações remetiam somente para a intensidade da correlação, embora todas fossem estatisticamente significativas e positivas.

Tabela 9 – Correlações entre as dimensões da escala de stresse percebido relacionado com a infertilidade e o desajustamento à fertilidade em mulheres e homens

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

Nota: M = Mulheres; H = Homens

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

Nas mulheres os aspectos sexuais ($r = 0.62$; $p > 0.001$), aspectos relacionais ($r = 0.40$; $p = 0.035$) e a rejeição da vida sem filhos ($r = 0.63$; $p > 0.001$) apresentavam uma correlação positiva, moderada e estatisticamente

significativa relativamente ao desajustamento à fertilidade. As restantes dimensões, aspectos sociais ($r = 0.72$; $p > 0.001$), necessidade de parentalidade ($r = 0.77$; $p > 0.001$) e o stresse global ($r = 0.79$; $p > 0.001$) apresentavam uma correlação positiva, estatisticamente significativa e elevada, relativamente ao desajustamento à fertilidade.

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

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

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

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

$p=0.082$), da conscienciosidade ($\beta=0.047$; $t(52)=0.407$; $p=0.686$) e da extroversão ($\beta = -0.128$; $t(52)=-1.091$; $p=0.280$) não eram significativos.

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

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

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

No que concerne à sub-escala dos aspectos relacionais, o modelo de regressão era estatisticamente significativo ($F(5,23)=3.22$; $p=0.024$), e a variância explicada pelo mesmo era de cerca de 28%. Somente o neuroticismo explica de maneira significativa os aspectos relacionais. A conscienciosidade era também tendencialmente significativa na predição dos aspectos relacionais.

O modelo de regressão linear, cuja variável dependente eram os aspectos sociais, era estatisticamente significativo ($F(5,23) = 7.40$; $p < 0.001$), sendo a

variância explicada pelo modelo de 53%. Contudo, apenas o neuroticismo explicou o modelo de forma significativa.

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

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

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

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

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

Tabela 10 – Regressão linear das variáveis predictoras, ansiedade, depressão e stresse, da variável aspectos sexuais em mulheres

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

Nota: $R^2_a=0.516$; $p<0.001$

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

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

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

Tabela 11 – Regressão linear das variáveis predictoras, ansiedade, depressão e stresse, da variável aspectos relacionais em mulheres

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

Nota: $R^2_a=0.433$; $p<0.001$

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

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

Ainda nas mulheres, o modelo de regressão linear cuja variável dependente eram os aspectos sociais era estatisticamente significativo ($F(3,28) = 7.50$; $p =$

0.001), sendo a variância explicada pelo modelo de 39%. As variáveis independentes que mais explicaram os aspectos sociais encontram-se descritas na tabela seguinte.

Tabela 12 – Regressão linear das variáveis predictoras, ansiedade, depressão e stresse, da variável aspectos sociais em mulheres

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

Nota: $R^2_{\text{aj}}=0.386$; $p=0.001$

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

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

Nos homens, considerando em cada modelo de regressão linear, cada uma das dimensões do FPI como variáveis dependentes e a ansiedade, depressão e stresse gerais como variáveis independentes, concluiu-se que os modelos cujas variáveis dependentes eram a rejeição da vida sem filhos ($F(3,27) = 0.348$; $p = 0.791$) e os aspectos sociais ($F(3,26) = 2.08$; $p = 0.128$) não eram significativos. A necessidade de parentalidade ($F(3,27) = 2.302$; $p = 0.100$) era apenas tendencialmente significativa quando se considera um $\alpha=0.10$, sendo a depressão a única variável que contribuía significativamente para explicar o modelo ($\beta = 0.50$; $t(26)=2.07$; $p=0.048$). Desta forma, apenas os modelos de regressão linear cujas variáveis dependentes eram os aspectos sexuais ($F(3,27) = 8.43$; $p < 0.001$) e os aspectos relacionais ($F(3,27) = 4.70$; $p = 0.009$) eram significativos. A influência de cada uma das variáveis independentes é apresentada nas Tabelas 13 e 14, para os aspectos sexuais e para os aspectos relacionais.

Tabela 13 – Regressão linear das variáveis predictoras, ansiedade, depressão e stresse, da variável aspectos sexuais em homens

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

Nota: $R^2_a=0.426$; $p<0.001$

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

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

Tabela 14 – Regressão linear das variáveis predictoras, ansiedade, depressão e stresse, da variável aspectos relacionais em homens

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

Nota: $R^2_a=0.270$; $p=0.009$

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

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

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

Examinando a totalidade da amostra, o modelo de regressão que determinava o desajustamento à fertilidade como variável dependente e o stresse global específico da infertilidade como variável independente era significativo ($F(1,52)$

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

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

Tabela 15 – Regressão linear das variáveis predictoras da variável desajustamento à fertilidade em mulheres

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

Nota: $R^2_{\text{aj}}=0.809$; $p<0.001$

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

Nas mulheres o modelo de regressão linear era significativo ($F(5,21) = 23.02$; $p < 0.001$), sendo a variância explicada pelo modelo de cerca de 81%. A análise das variáveis independentes permitia afirmar que nem todas explicavam de

forma significativa o desajustamento à fertilidade. Apenas os aspectos sociais e a necessidade de parentalidade explicavam de forma significativa e directa o modelo. Os aspectos sexuais explicavam de forma tendencialmente significativa e indirecta o desajustamento à fertilidade.

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

Tabela 16 – Regressão linear das variáveis predictoras da variável desajustamento à fertilidade em homens

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

Nota: $R^2_{\text{aj}}=0.639$; $p<0.001$

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

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

DISCUSSÃO

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

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

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

Os participantes deste estudos apresentaram índices mais elevados no que concerne à conscienciosidade, o que parece identificar a capacidade de orientação, persistência, determinação, forte motivação para atingir objectivos a que se propõem, privando a ponderação em detrimento de acções impulsivas e pouco reflectidas, o que mais uma vez vai ao encontro das características indispensáveis aos casais que atravessam um processo tão moroso e pouco controlável como é o caso da infertilidade. A amabilidade também era uma característica que se distinguiu nestes casais pelos níveis moderados, o que sugere que habitualmente estes casais são honestos, capazes de confiar nos outros, não desconfiando das suas intenções de forma infundada. Estas

características talvez não sejam muito surpreendentes, dada a necessidade destes casais dependerem de uma equipa de técnicos de saúde para os ajudar na resolução de um problema, que lhes escape a um controlo unicamente pessoal. Estes resultados confirmavam os que eram sugeridos pela literatura (e.g. Conrad et al., 2002; Fassino et al., 2002).

Tanto os homens como as mulheres apresentaram índices moderados na dimensão de extroversão, o que indicava a sua sociabilidade, algum optimismo, satisfação, gosto e necessidade de ocupação, energia e procura de algumas emoções. Não tendem a ser pessoas demasiadamente fechadas sobre si próprias, numa perspectiva geral, embora, como se referirá mais adiante na área da infertilidade em concreto, estas pessoas apresentem algum afastamento perante o exterior, conforme é conferido pelo stresse inerente aos aspectos sociais na infertilidade.

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

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

Apenas existiam diferenças significativas entre géneros no que concerne ao stresse, as mulheres apresentavam valores mais elevados que os homens, o que indicava que as mulheres tendiam a sentir uma maior pressão com todo o processo da infertilidade, embora o stresse permanecesse em níveis baixos, tal como a ansiedade e a depressão. Estes dados pareciam indicar que numa perspectiva geral, estes casais eram pessoas pouco vulneráveis, podendo este aspecto remeter para alguma movimentação defensiva, havendo como que a criação de um invólucro protector que lhes permitia lidar com as adversidades, o que ia ao encontro dos baixos índices de neuroticismo encontrados.

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

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

Eram as mulheres que mais sentiam uma perda de prazer com a relação sexual, maiores sentimentos de pressão por relações sexuais sujeitas ao seu período fértil, perdendo a sua auto-estima relacionada com os aspectos sexuais, o que se encontrava de acordo com o estudo de Peterson e colaboradores (2007). Os homens lidavam melhor com esta situação, não se sentindo particularmente lesados em termos do relacionamento sexual. Estes dados sugeriam quer a maior disponibilidade dos homens para a relação sexual, independentemente das condicionantes exteriores, quer a dificuldade em assumir que a relação sexual se encontrava prejudicada pela

direccionalidade nas relações sexuais para a sua vertente procriativa. Embora fosse igualmente de assinalar que, quando se abordavam os valores mais elevados de stresse na infertilidade associado aos aspectos sexuais, eram os homens que apresentavam mais valores extremos, o que parecia significar que existiam homens que sentiam efectivamente que a sua vida sexual tinha ficado bastante abalada, ficando por saber como era a vida sexual destes casais antes da problemática.

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

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

terceiro elemento. Podendo ainda questionar-se a partilha de outros objectivos de vida comuns aos elementos do casal.

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

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

A IDADE E A INFERTILIDADE

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

As mulheres mais velhas apresentavam ainda maiores índices de conscienciosidade, o que indicava uma maior orientação para um determinado objectivo e uma maior persistência e determinação para o alcançar, o que parecia relacionar-se mais uma vez com a delimitação temporal que tinham, nomeadamente no que concerne à fertilidade. Sendo também mulheres com maiores índices de amabilidade, o que ditava essencialmente uma maior disponibilidade para confiar nos outros. Nestes casos as mulheres encontravam-se completamente dependentes de uma equipa técnica, sendo adaptativa esta cooperação em oposição ao cepticismo e desconfiança face aos outros.

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

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

AS GRAVIDEZES E OS TRATAMENTOS MAL SUCEDIDOS

As gravidezes anteriores mal sucedidas não estavam associadas nem em homens nem em mulheres a determinadas dimensões de personalidade, nem a uma possível maior ansiedade, depressão ou stresse gerais, ao contrário do que se poderia esperar, sendo de salientar que na presente amostra 14% dos casais já tinham passado por esta situação. Não havendo também relação

significativa entre o número de gravidezes anteriores mal sucedidas e o stresse específico da infertilidade, à semelhança do que aconteceria com o desajustamento à fertilidade. Uma experiência negativa associada a uma gravidez não parecia ensombrar significativamente os casais que pretendiam engravidar, ao contrário do que tendia a ser sugerido por diversos autores (e.g. Berghuis & Stanton, 2002; Rajkhowa et al., 2006). Estes casais tinham características que os remetiam para a resolução das dificuldades e um determinismo no alcance dos objectivos, o que parecia explicar os resultados obtidos. Os factores de risco para uma maior vulnerabilidade aos insucessos seriam os índices elevados de neuroticismo e o desamparo, o que não se verificou nestes casais (Verhaak et al., 2005).

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

da infertilidade fossem vividos mais intensamente. Não havendo igualmente qualquer associação entre os tratamentos anteriores e o desajustamento à fertilidade.

DURAÇÃO DA INFERTILIDADE E MAL-ESTAR PSICOLÓGICO

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

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

O tempo do pedido de ajuda tanto nos homens como nas mulheres não apresentava qualquer relação com as dimensões de personalidade. Nos homens não existia também qualquer relação com o stresse, ansiedade ou depressão, nas mulheres quanto maior era o tempo em relação ao qual pediram ajuda menor o stresse sentido, de alguma forma como se sentissem que o facto de estarem a tentar resolver a sua dificuldade e estarem à mercê dos técnicos, permitisse que se sentissem mais tranquilas. O stresse específico da infertilidade nas mulheres não apresentava qualquer relação com o tempo

do pedido de ajuda. Os homens que solicitaram ajuda há mais tempo tendiam a estar mais adaptados perante uma vida sem filhos, consideravam que podiam ser felizes mesmo sem filhos, tendo havido uma adaptação perante uma vida sem descendência. Estes homens também apresentavam um menor desajustamento à fertilidade, enquanto que nas mulheres não se verificava qualquer relação.

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

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

A CAUSA DA INFERTILIDADE E O MAL-ESTAR PSICOLÓGICO

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

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

Nas mulheres a causa da infertilidade não influenciava o stresse específico da infertilidade, em nenhum dos seus aspectos, nem o desajustamento à fertilidade. Sendo de salientar que os índices de stresse específico da infertilidade e o desajustamento à fertilidade eram superiores quando a causa era masculina ou desconhecida, o que sugeria que as mulheres se sentiam melhor quando a causa lhes estava atribuída, havendo um profundo sentimento de solidariedade para com o marido, ou um maior constrangimento no assumir perante os outros a existência de um factor de infertilidade masculino. Nos homens, verificava-se que quando a causa da infertilidade era devida a um factor masculino, estes tendiam a apresentar uma maior necessidade de parentalidade, ocupando a parentalidade um objectivo primordial, como se

necessitassem de provar a si próprios o desejo em terem um filho, em detrimento de quando a causa era desconhecida e por sua vez permitia uma maior fantasia acerca da atribuição de um “responsável” pela infertilidade. A relação também era considerada menos harmoniosa quando o factor era masculino em detrimento de quando era desconhecido, como se os homens considerassem que não cumpriam o seu papel e pioravam a relação. Sendo ainda de salientar que entre os homens, quando a causa da infertilidade era atribuída a um factor masculino, o stresse inerente à infertilidade e o desajustamento à fertilidade eram sempre mais elevados.

A PERSONALIDADE E A INFERTILIDADE

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

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

A análise em separado de homens e mulheres, permitiu conhecer as particularidades de cada género, denotando-se que nas mulheres a amabilidade não se encontrava associada significativamente a nenhuma das

dimensões do stresse específico da infertilidade, embora a direcção dessas relações, ainda que ténues, fossem negativas, o que indicava que nas mulheres quanto maior a amabilidade e a confiança depositada nos outros, menor o stresse específico da infertilidade. Nos homens apenas se verificava uma associação entre uma dimensão de amabilidade mais vincada e uma maior necessidade de parentalidade, o que indicava que quanto maior era a confiança depositada nos outros, mais elevada era a centralidade da parentalidade. Nas mulheres a abertura à experiência não apresentava qualquer relação significativa com as dimensões de stresse específico da infertilidade, enquanto que nos homens quanto maior era a abertura à experiência e a abertura ao novo e menos familiar, menor era o stresse associado aos aspectos sociais, existindo uma menor preocupação e um menor envolvimento face aos comentários acerca da infertilidade. Verificando-se que numa perspectiva geral uma maior abertura à experiência conferia aos homens um menor stresse global específico da infertilidade.

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

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

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

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

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

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE NA INFERTILIDADE

A ansiedade, depressão e stresse gerais quando medidas na totalidade da amostra também apresentavam relação com as dimensões do stresse inerente

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

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

INFERTILIDADE E DESAJUSTAMENTO À FERTILIDADE

Quando se atendia ao desajustamento perante a fertilidade, percebeu-se que, conforme se esperava, todas as dimensões do stresse específico da infertilidade se encontram relacionadas positivamente com o desajustamento à fertilidade. Nas mulheres confirmou-se a tendência de que um maior stresse específico da infertilidade correspondia a um maior desajustamento perante a fertilidade, e nos homens também se verificou essa tendência, à excepção dos

aspectos relacionais que não apresentavam uma relação significativa com o desajustamento à fertilidade. As variáveis capazes de explicar o desajustamento à fertilidade nas mulheres eram os aspectos sociais, sendo o desajustamento maior quando existia um maior isolamento e evitamento do contacto com os outros, e quando a parentalidade se situava como objectivo central de vida, o que corrobora os resultados obtidos por Daniluk e Tench (2007). Pelo contrário existia uma tendência a que o desajustamento fosse maior quando os índices dos aspectos sexuais eram mais baixos, havendo uma percepção de que tudo se encontrava satisfatório ou uma negação das dificuldades existentes. Nos homens o desajustamento à fertilidade era apenas explicado de forma directa pela necessidade de parentalidade.

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

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

CONCLUSÃO

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

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

uma aprendizagem social adquirida ao longo dos tempos, que permite uma gestão mais adaptativa a par com uma maior disponibilidade de recursos.

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

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

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

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

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

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

Apesar dos casais não se encontrarem numa perspectiva geral demasiadamente abalados com a infertilidade, é necessária a atenção a características mais depressivas que podem indicar um maior mal-estar na infertilidade, tanto nos homens como nas mulheres. Por outro lado, a forma como se referem à vida sexual, ao relacionamento com o cônjuge, ou à relação com os outros, situam-se como aspecto chave para ponderar o desajustamento emocional destes casais. Por seu turno, quando a parentalidade se coloca como o principal e, muitas vezes, único objectivo de vida, a par com as limitações de outros investimentos, sabe-se que existe um pior ajustamento face à fertilidade.

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

específicos e validados para a população do presente estudo, e as limitações temporais impostas para a realização da investigação.

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

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

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

REFERÊNCIAS

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

Campagne, D. (2006). Should fertilization treatment start with reducing stress? *Human Reproduction*, 21 (7), 1651-1658.

Charvet, F., & Chevret, M. (1983). Stérilité psychogène. *Rev. fr. Gynécol. Obstét.*, 78 (5), 315-318.

Coimbra de Matos, A. (2001). A depressão. Lisboa: Climepsi.

Conrad, R., Schilling, G., Haidl, G., Geiser, F., Imbierowicz, K., & Liedtke, R. (2002). Relations between personality traits, seminal parameters and hormones in male infertility. *Andrologia*, 34, 317-324.

Cooper, B., Gerber, J., McGettrick, A. & Johnson, J. (2007). Perceived infertility related stress correlates with in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*, 88 (3), 714-717.

Corney, R. (1996). As respostas emocionais nos doentes e nos médicos. In R. Corney (Ed.), *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento na medicina* (pp. 10-15). Lisboa: Climepsi.

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

Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). NEO-PI-R Professional Manual. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Crespo, J. M. (2003) Psicopatología de la afectividad. In J. Vallejo Ruiloba (Direc.), *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria – 5ª Edición* (pp. 219- 234). Barcelona: Masson.

Daini, S., Bernardini, L., & Panetta, C. (2007). A personality perspective on female infertility: An analysis through Wartegg test. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 14 (2), 135-144.

Daniluk, J., & Tench, E. (2007). Long-term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *Journal of Counseling & Development*, 85, 89-100.

Diamond, R., Kezur, D., Meyers, M., Scharf, C. N., & Weinshel, M. (1999). *Couple therapy for infertility*. New York: The Guilford Press.

Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010 – Volume II. Orientações estratégicas*. Lisboa: DGS.

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

Donkor, E., & Sandall, J. (2007). The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social Science & Medicine*, 65 (8), 1683-1694.

Doron, R., & Parot, F. (Org.). (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi.

Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. In A. L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Ed.), *Infertility – Perspectives from Stresse and Coping Research* (pp. 29-57). New York: Plenum Press.

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

Fassino, S., Garzaro, L., Peris, C., Amianto, F., Pierò, A., & Abbate Daga, G. (2002). Temperament and character in couples with fertility disorders: a double-blind, controlled study. *Fertility and Sterility*, 77 (6), 1233-1240.

Fassino, S., Pierò, A., Boggio, S., Piccioni, V., & Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction*, 17 (11), 2986-2994.

Finamore, P., Seifer, D., Ananth, C., & Leiblum, S. (2007). Social concerns of women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 88 (4), 817-821.

Ford, E., Forman, I., Wilson, J., Char, W., Mixson, W., & Scholz, C. (1953). A psychodynamic approach to the study of infertility. *Fertility and Sterility*, 4 (6), 456-465.

Gleitman, H. (1999). *Psicologia – 4ª Edição*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Glover, L., Hunter, M., Richards, J., Katz, M. & Abel, P. (1999). Development of the Fertility Adjustment Scale. *Fertility and Sterility*, 72(4), 623-628.

Golombok, S. (1992). Psychological functioning in infertility patients. *Human Reproduction*, 7 (2), 208-212.

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

Gulseren, L., Cetinay, P., Tokatlioglu, B., Sarikaya, O., Gulseren S., & Kurt, S. (2006). Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *The Journal of Reproductive Medicine*, 51 (5), 421-426.

Guerra, D., Llobera, A., Veiga, A., & Barri, P. (1998). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13 (6), 1733-1736.

Hassan, M. A., & Killick, S. R. (2003). Effect of male age on fertility: evidence for the decline in male fertility with increasing age. *Fertility and Sterility*, 79 (S3), 1520-1527.

Hjollund, N., Bonde, J., Henriksen, T., Giwercman, A., & Olsen, J. (2004). Reproductive effects of male psychological stresse. *Epidemiology*, 15 (1), 21-27.

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

Homan, G., Davies M., & Norman, R. (2007). The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Human Reproduction Update*, 13 (3), 209-223.

Hunt, N., & McHale, S. (2007). Psychosocial aspects of andrologic disease. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 36 (2), 521-531.

Jacob, L. (2003). El impacto emocional de la infertilidad en las fases de la reproducción asistida. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de las Salud*, 11 (1), 95-113.

Kipper, D., Zigler-Shani, Z., Serr, D., & Insler, V. (1977). Psychogenic infertility, neuroticism and the feminine role: A methodological inquiry. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 353-358.

Kroger, W. (1952). Evaluation of personality factors in the treatment of infertility. *Fertility and Sterility*, 3 (6), 542-551.

Lamas, C., Chambry, J., Nicolas, I., Frydman, R., Jeammet, P., & Corcos, M. (2006). Alexithymia in infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27 (1), 23-30.

Lancastle, D. & Boivin, J. (2005). Dispositional optimism, trait anxiety and coping: Unique or shared effects on biological response to fertility treatment? *Health Psychology*, 24 (2), 171-178.

Leal, I. & Pereira, A. (2005). Infertilidade: Algumas Considerações sobre Causas e Consequências. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp.151- 173). Lisboa: Fim de Século.

Lenzi, A., Lombardo, F., Salacone, P., Gandini, L., & Jannini, E. (2003). Stresse, sexual dysfunctions, and male infertility. *Journal of Endocrinological Investigation*, 26 (3), 72-76.

Lima, M. P. (1997). NEO-PI-R – Contextos teóricos e psicométricos: “Ocean” ou “Iceberg”? Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Lima, M. P. & Simões, A. (1995). Inventário de Personalidade NEO-PI-R. In L. Almeida, M. Gonçalves & M. Simões (Eds.), *Provas Psicológicas em Portugal*, (pp. 133-150). Braga: APPORT.

Lima, M. P. & Simões, A. (1998). Aplicações clínicas do modelo dos cinco factores. *Psiquiatria Clínica*, 19 (1), 21-30.

Lima, M. P. & Simões, A. (2003). Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R) In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado

(Coords.), Avaliação Psicológica Instrumentos Validados para a População Portuguesa, Volume I (pp. 15-32). Coimbra: Quarteto.

Lopes, V. (2006). Ansiedade e Depressão em Mulheres com Problemas de Fertilidade (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica e do Aconselhamento). Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Lopes, V. & Leal, I. (2010). Escala de Ajustamento à Fertilidade (EAF). In I. Leal & J. Maroco, Avaliação em Sexualidade e Parentalidade (pp. 117-128). Porto: Livpsic.

Lovibond, P. & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy, 33(3), 335-343.

Mai, F., & Rump, E. (1972). Are infertile men and women neurotic? Australian Journal of Psychology, 24 (1), 83-86.

Mandy, T., Scher, E., Farkas, R. & Mandy, A. (1951). The psychic aspects of sterility and abortion. Journal South M A, 44, 1051.

McCrae, R. R. & John, O. P. (1992). An Introduction to the Five-Factor Model: Issues and Applications. Journal of Personality, 60 (2), 175-215.

McQuillan, J., Greil, A., White, L., & Jacob, M. (2003). Frustrated fertility: Infertility and psychological distress among women. Journal of Marriage and Family, 65 (4), 1007-1018.

Merari, D., Chetrit, A., & Modan, B. (2002). Emotional reactions and attitudes prior to in vitro fertilization: An inter-spouse study. Psychological and Health, 17 (5), 629-640.

Moreira, N., Tertulino, F., Nogueira e Silva, C., Oliveira, A., Tomaz, G., & Azevedo, G. (2005). Estudo dos aspectos psicológicos em mulheres inférteis. Acta cirúrgica Brasileira, 20 (S1), 152-158.

Nachtigall, R. D., Becker, G., & Wozny, M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. Fertility and Sterility, 57 (1), 113-121.

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

Noyes, R., & Chapnick, E. (1964). Literature on psychology and infertility – A critical analysis. Fertility & Sterility, 15 (5), 543-558.

Peronace, L., Boivin, J., & Schmidt, L. (2007). Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 28 (2), 105-114.

Peterson, B. (2006). Examining the individual and dyadic coping processes of men and women in infertile couples and their relationship to infertility stress,

marital adjustment, and depression. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 66 (9-B), 5074.

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

Perterson, B., Newton, C., & Rosen, K. (2003). Examining congruence between partners perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42 (1), 59-70.

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

Peterson, B., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23 (5), 1128-1137.

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 229-239.

Panagopoulou, E., Vedhara, K., Gaintarzi, C., & Tarlatzis, B. (2006). Emotionally expressive coping reduces pregnancy rates in patients undergoing in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 86 (3), 672-677.

Passos, E., Almeida, I., & Fagundes, P. (2007). Quando a gravidez não acontece. Porto Alegre: Artmed.

Ping-Ling, W., & Xiao-Bo, S. (2006). Anxiety, Depression and Personality Traits of Infertile Women. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 14 (3), 318.

Pook, M., & Krause, W. (2004). The impact of treatment experiences on the course of infertility distress in male patients. *Human Reproduction*, 20 (3), 825-828.

Pook, M., Tuschen-Caffier, B., & Krause, W. (2004). Is infertility a risk factor for impaired male fertility? *Human Reproduction*, 19 (4), 954-959.

Rajkhowa, M., McConnell, A., & Thomas, G. (2006). Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Human Reproduction*, 21 (2), 358-363.

Ramezanzadeh, F., Aghssa, M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health*, 4 (9), 1-7.

Redshaw, M., Hockley, C., & Davidson, L. (2006). A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Human Reproduction*, 22 (1), 295-304.

- Rosenthal, M. (1985). Grappling with the emotional aspects of infertility. *Contemporary Ob/Gyn*, 97-103.
- Rubenstein, B. (1951). An emotional factor in infertility. *Fertility and Sterility* 2, 80.
- Sanders, K., & Bruce, N. (1997). A prospective study of psychosocial stress and fertility in women. *Human Reproduction*, 12 (10), 2324-2329.
- Schmidt, L. (2006). Psychosocial burden of infertility and assisted reproduction. *The Lancet*, 367 (4), 379-380.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*, 20 (11), 3248-3256.
- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*, 22 (8), 2309-2317.
- Smeenk, J., Verhaak, C., Eugster, A., Minnen, A., Zielhuis, G., & Braat, D. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 16 (7), 1420-1423.
- Smeenk, J., Verhaak, C., Vingerhoets, A., Sweep, C., Merkus, J., Willemsen, S., Van Minnen, A., Straatman, H., & Braat, D. (2005). Stress and outcome success in IVF: the role of self-reports and endocrine variables. *Human Reproduction*, 20 (4), 991-996.
- Verhaak, C., Smeenk, J., Evers, A., Kremer, J., Kraaijmaat, F., & Braat, D. (2006). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13 (1), 27-36.
- Verhaak, C., Smeenk, J., Evers, A., Van Minner, A., Kremer, J., & Kraaijmaat, F., (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: A prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*, 28 (2), 181-190.
- Verhaak, C., Smeenk, J., Van Minner, A., Kremer, J., & Kraaijmaat, F. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20 (8), 2253-2260.
- Wang, K., Li, J., Zhang, J., Zhang, L., Yu, J., & Jiang, P. (2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization- intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and Sterility*, 87 (4), 792-798.
- Yassini, M., Khalili, M., & Hashemian, Z. (2005). The level of anxiety and depression among Iranian infertile couples undergoing in vitro fertilization or intra cytoplasmic sperm injection cycles. *Journal of Research in Medical Sciences*, 10 (6), 358-362.
- Weiss, P., Matejů, L., & Urbánek, V. (2004). Personality and characteristics of couples in infertile marriage. *Ceská Gynekologie*, 69 (1), 42-47.

Widlocher, D. (2001). *As lógicas da depressão*. Lisboa: Climepsi.

Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Human Reproduction*, 16 (8), 1753-1761.

Wittkower, E. & Wilson, A. (1940). Personality studies of dysmenorrhea and sterility. *British Medicine Journal*, 2, 586.

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