

Lina Sofia Amândio Antunes

Infertilidade e Satisfação Conjugal



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



RESUMO

Enquadramento: A infertilidade é um acontecimento não normativo na vida dos indivíduos e das famílias. Para além de inesperado, constitui um obstáculo à prossecução de um objetivo de vida fundamental para muitos casais: a parentalidade. Assim, para além de ser uma condição clínica, que merece atenção médica e tratamento, a infertilidade é um acontecimento de vida perturbador, com implicações em diversas dimensões da vida dos indivíduos e dos casais inférteis (pessoais, relacionais e sociais).

Objetivos: Determinar a influência das variáveis sociodemográficas, obstétricas e antecedentes pessoais no ajustamento à fertilidade e na satisfação conjugal; Avaliar a influência do ajustamento à fertilidade na satisfação conjugal.

Métodos: Trata-se de um estudo em dois eixos, não-experimental, quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, com uma amostra não probabilística por conveniência (n=106). A recolha de dados efetuou-se através de um questionário constituído por uma componente sociodemográfica, história obstétrica, antecedentes pessoais e duas escalas: a Escala de Ajustamento à Fertilidade (EAF) (Katz & Abel, 1999; Lopes & Leal, 2008) e a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) (Narciso & Costa, 1996). Este instrumento de colheita de dados foi aplicado a mulheres que se encontravam a receber acompanhamento em consultas de infertilidade, na Unidade de Medicina Reprodutiva, de um Centro Hospitalar da Beira Interior do país.

Resultados: O ajustamento à fertilidade é influenciado pela idade e pela existência de gestações anteriores no “Ajustamento Total” ($p=0,013$ e $p=0,026$, respetivamente) e pelo número de serviços a que se recorre, na “Vida em Suspenso” ($p=0,024$). A satisfação conjugal, por sua vez, é influenciada pela escolaridade nas dimensões: “Intimidade Emocional” ($p=0,002$), “Sexualidade” ($p=0,0006$), “Tempos Livres” ($p=0,002$) e “Satisfação Conjugal Global” ($p=0,022$), pela situação profissional na “Intimidade Emocional” ($p=0,030$) e “Comunicação/Conflito” ($p=0,025$), pela história de infeções vaginais na “Rede Social” ($p=0,006$) e pelo tempo de início dos tratamentos de infertilidade na “Sexualidade” ($p=0,039$). O ajustamento à fertilidade não influencia a satisfação conjugal.

Conclusão: Nesta investigação, tornou-se evidente que o ajustamento à fertilidade pode não influenciar na totalidade a satisfação conjugal, mas influencia aspetos muito importantes da vida em casal. Assim como, aspetos da satisfação conjugal vão influenciar determinantes do ajustamento à fertilidade, como é o caso da “Intimidade Emocional”, da “Sexualidade” e da “Comunicação/Conflito” na “Vida em Suspenso” e da “Autonomia” na “Centralidade da Parentalidade”.

Palavras-chave: Infertilidade, ajustamento e satisfação conjugal.

ABSTRAT

Background: Infertility is a non-normative event in the lives of individuals and their families. Besides being unexpected, it is an obstacle in the pursuit of a life goal considered essential to many couples: parenthood. Thus, in addition to being a clinical condition, which requires medical attention and treatment, infertility is a disturbing life event with implications in several dimensions of the individuals' and the infertile couples' lives (personal, relational and social).

Objectives: Determine the influence of socio-demographic and obstetric variables, as well as personal history in the adjustment to fertility and marital satisfaction; evaluate the influence of infertility and fertility adjustment on marital satisfaction.

Methods: It is a study, in two axes, non-experimental, quantitative, transversal, descriptive and correlational, with a non-probability sample by convenience ($n = 106$). Data collection was carried out through a questionnaire comprising a socio-demographic component, obstetric history, personal history and two scales: the Fertility Adjustment Scale (FAS) (Katz & Abel, 1999; Lee & Leal, 2008) and the Evaluation Scale regarding Marital Life Satisfaction (ESMLS) (Narciso & Costa, 1996). This data collection instrument was applied to women being followed at the reproductive medicine unit of Centro Hospitalar da Beira Interior.

Results: the adjustment to fertility is influenced by age and by the existence of previous pregnancies on "Total Adjustment" ($p = 0,013$ and $p = 0,026$, respectively) and by the number of services one attends, in "Life on Hold" ($p = 0,024$). Marital satisfaction, in turn, is influenced by education when considering the following dimensions: "Emotional Intimacy" ($p = 0,002$), "Sexuality" ($p = 0,0006$), "Free Time" ($p = 0,002$) and "Global" Marital Satisfaction ($p = 0,022$), the professional situation in "Emotional Intimacy" ($p = 0,030$) and "Communication/Conflict" ($p = 0,025$), by the number vaginal infections in the "Social Network" ($p = 0,006$) and by the beginning of infertility treatments on "Sexuality" ($p = 0,039$). The adjustment to fertility does not influence marital satisfaction.

Conclusion: In this research, it became clear that the adjustment to fertility may not influence at all marital satisfaction; however it influences very important aspects of the couple's life. Thus, aspects of marital satisfaction will influence determinants of fertility adjustment, such as "Emotional Intimacy", "Sexuality" and "Communication/Conflict" in "Life on Hold" and "Autonomy" in "Parenting".

Key words: Infertility, marital satisfaction and adjustment

ABREVIATURAS E SIGLAS

CNPMA – Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

cf. - Conforme

CV – Coeficiente de Variação

DGPI – Diagnóstico Genético Pré-Implantatório

D.P. – Desvio padrão

EASAVIC - Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

EAF - Escala de Ajustamento à Fertilidade

EPE – Entidade Pública Empresarial

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

FISH – Estudo dos cromossomas por hibridização *in situ*

FIV – Fertilização *in vitro*

GIFT – Transferência Intrafalopiana de Gâmetas

ICSI – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides

IUI – Inseminação Intrauterina

INE – Instituto Nacional de Estatística

K - Kurtosis/erro

N – Número

RMA – Reprodução Medicamente Assistida

OMS – Organização Mundial da Saúde

p – Nível de significância

PMA – Procriação Medicamente assistida

r – Valor da correlação Pearson

R² – Coeficiente de determinação

res - Residuais

SK - Skewess/erro

SPA – *sperm penetration assay*

SPSS – Statistical Package for Social Science

t – *t de student*

UMW – U-Mann-Whitney

\bar{X} – Média

X² – Qui-Quadrado

ZIFT – Transferência Intrafalopiana de Zigotos

DEDICATÓRIA

Para a minha mãe, por tudo.

AGRADECIMENTO

Porque este trabalho não se resume apenas ao meu esforço, dedicação e trabalho, e sem qualquer intencionalidade de ordem...

À Professora Doutora Manuela Ferreira e ao Professor Doutor João Duarte por toda a colaboração incansável e disponibilidade sempre demonstrada;

A todas as mulheres que disponibilizaram o seu tempo ao preencherem os questionários, garantido assim a viabilidade deste estudo;

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar onde foi realizado o estudo;

À equipa da Unidade de Medicina Reprodutiva do Centro Hospitalar em questão, pela colaboração e facilidades concedidas;

À Enfermeira Especialista Ana Paula Beja Pinheiro que colaborou na entrega e recolha dos questionários;

À minha mãe, que me conhece melhor que ninguém, por ter estado lá sempre que precisei e pelas estradas que juntas construímos, pelo apoio e pelo carinho de sempre e para sempre, difícil de transmitir em palavras;

À minha família por estar presente nos momentos mais difíceis e pelo apoio dado ao longo de todo este percurso;

Finalmente, a todos os amigos e colegas que me apoiaram ao longo desta caminhada.

A todos aqui referidos um bem-haja.

ÍNDICE

ABREVIATURAS E SIGLAS	7
ÍNDICE QUADROS	15
ÍNDICE DE TABELAS	19
ÍNDICE DE FIGURAS	21
1 INTRODUÇÃO	25
2 A INFERTILIDADE	33
2.1 A PREVALÊNCIA DA INFERTILIDADE.....	35
2.2 A INFERTILIDADE EM PORTUGAL.....	36
2.3 A ETIOLOGIA DA INFERTILIDADE	37
2.3.1 <i>A etiologia da infertilidade feminina e masculina</i>	40
2.4 DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDADE	42
2.4.1 <i>O diagnóstico da infertilidade feminina</i>	44
2.4.2 <i>O diagnóstico da infertilidade masculina</i>	45
2.5 A PREVENÇÃO E O TRATAMENTO DA INFERTILIDADE.....	46
2.5.1 <i>O tratamento da infertilidade feminina</i>	50
2.5.2 <i>O tratamento da infertilidade masculina</i>	51
2.5.3 <i>As técnicas de Reprodução Medicamente Assistida</i>	51
3 O AJUSTAMENTO A FERTILIDADE	59
3.1 AS ESTRATÉGIAS DE AJUSTAMENTO.....	61
4 A SATISFAÇÃO CONJUGAL E A INFERTILIDADE	67
4.1 A VIDA CONJUGAL E A INFERTILIDADE	70
5 METODOLOGIA	81
5.1 MÉTODOS	81
5.2 PARTICIPANTES	85
5.3 INSTRUMENTOS	88

5.3.1	Questionário.....	88
5.4	PROCEDIMENTOS.....	91
5.5	ANÁLISE DE DADOS	92
6	RESULTADOS	97
6.1	ANÁLISE DESCRITIVA	97
6.1.1	<i>Caracterização dos antecedentes obstétricos e pessoais.....</i>	<i>97</i>
6.1.2	<i>Ajustamento à Fertilidade.....</i>	<i>103</i>
6.1.3	<i>Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.....</i>	<i>115</i>
6.2	ANÁLISE INFERENCIAL.....	119
7	DISCUSSÃO	151
7.1	DISCUSSÃO METODOLÓGICA	151
7.2	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	152
8	CONCLUSÃO.....	173
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	179

APÊNDICES

APÊNDICE I - CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE PROFISSÕES DO INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

APÊNDICE III - AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR

APÊNDICE IV - CONSENTIMENTO LIVRE INFORMADO

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1 - Teste de UMW entre os grupos etários e o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.....	107
Quadro 2 - Teste de UMW entre estado civil e o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.....	108
Quadro 3 - Teste t para amostras independentes entre a escolaridade e o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.....	108
Quadro 4 – Teste de UMW entre a situação profissional e o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.....	109
Quadro 5 – Teste t para amostras independentes entre a existência de gestações anteriores e o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.....	111
Quadro 6 - Teste t para amostras independentes entre a existência de história de infeções vaginais e o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.....	111
Quadro 7 - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre tempo a tentar engravidar e o ajustamento à fertilidade com diagnóstico de infertilidade.....	112
Quadro 8 - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre tempo de início de tratamentos e o ajustamento à fertilidade da mulher com diagnóstico de infertilidade.....	113
Quadro 9 – Teste de UMW entre os serviços a que se recorre e o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.....	113
Quadro 10 - Teste de UMW entre os grupos etários e a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.....	120
Quadro 11 – Teste de UMW entre estado civil e a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.....	121
Quadro 12 – Teste t para amostras independentes entre a escolaridade e a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.....	122

Quadro 13 – Teste de UMW entre a situação profissional e a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.....	123
Quadro 14 – Teste t para amostras independentes entre a existência de gestações anteriores e a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.....	125
Quadro 15 – Teste t para amostras independentes entre a existência de história de infeções vaginais e a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.	126
Quadro 16 – Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre tempo de tentativa em engravidar e a satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade.	127
Quadro 17 – Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre tempo de início de tratamentos e a satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade.	128
Quadro 18 – Teste de UMW entre os serviços que se recorre e a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.....	129
Quadro 19 - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre os grupos de ajustamento e a satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade.	131
Quadro 20 – Correlação linear de <i>Pearson</i> entre a intimidade emocional e as variáveis independentes.....	133
Quadro 21 - Regressão múltipla entre a intimidade emocional e as variáveis independentes.	133
Quadro 22 – Correlação linear de <i>Pearson</i> entre a sexualidade e as variáveis independentes.....	134
Quadro 23 - Regressão múltipla entre a sexualidade e as variáveis independentes.	135
Quadro 24 – Correlação linear de <i>Pearson</i> entre a comunicação/conflito e as variáveis independentes.....	136
Quadro 25 - Regressão múltipla entre a comunicação/conflito e as variáveis independentes.	137
Quadro 26 – Correlação linear de <i>Pearson</i> entre as funções familiares e as variáveis independentes.....	138
Quadro 27 - Regressão múltipla entre as funções familiares e as variáveis independentes.	139
Quadro 28 – Correlação linear de <i>Pearson</i> entre a rede social e as variáveis independentes.	140
Quadro 29 - Regressão múltipla entre a rede social e as variáveis independentes.....	141

Quadro 30 – Correlação linear de <i>Pearson</i> entre a autonomia e as variáveis independentes.	142
Quadro 31 - Regressão múltipla entre a autonomia e as variáveis independentes.	143
Quadro 32 – Correlação linear de <i>Pearson</i> entre os tempos livres e as variáveis independentes.	144
Quadro 33 - Regressão múltipla entre os tempos livres e as variáveis independentes.	145
Quadro 34 – Correlação linear de <i>Pearson</i> entre a satisfação conjugal global e as variáveis independentes.	146
Quadro 35 - Regressão múltipla entre a satisfação conjugal global e as variáveis independentes.	147

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra.....	87
Tabela 2 – Prevalência do número de gestações anteriores.....	98
Tabela 3 - Prevalência do número de filhos vivos.....	98
Tabela 4 - Prevalência do número e tipo de aborto.....	99
Tabela 5 – Prevalência do tipo de tratamento em caso de aborto retido.....	99
Tabela 6 – Prevalência do tipo de parto em caso de filhos vivos.....	100
Tabela 7 – Prevalência do tempo de tentativa em engravidar e tempo de início de tratamentos de infertilidade.....	100
Tabela 8 - Prevalência das variáveis: idade da menarca, dismenorreia, duração da menstruação e existência de história de infecções vaginais.....	101
Tabela 9 - Prevalência da realização de tratamento ou não em caso de história de infecções vaginais.....	102
Tabela 10 – Prevalência: mulher saudável, medicação habitualmente e número de serviços.....	102
Tabela 11 – Prevalência do número de serviços a que recorreu.....	103
Tabela 12 - Estatísticas relativas ao ajustamento à fertilidade.....	104
Tabela 13 – Variáveis sociodemográficas e ajustamento à fertilidade.....	105
Tabela 14 – Variáveis obstétricas, antecedentes pessoais e ajustamento à fertilidade.....	106
Tabela 15 – Estatísticas relativas à satisfação conjugal.....	116
Tabela 16 – Variáveis sociodemográficas e satisfação conjugal.....	117
Tabela 17 – Variáveis obstétricas, antecedentes pessoais e satisfação conjugal.....	118
Tabela 18 - Ajustamento à fertilidade e satisfação conjugal.....	119

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho de Investigação do estudo	84
--	----

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas do século XX assistimos a mudanças significativas no âmbito da saúde reprodutiva. Um dos aspetos relevantes prendeu-se com a passagem do sexo sem procriação para a procriação sem sexo. Paralelamente, se antes a ida ao médico visava controlar a natalidade através de métodos anticoncepcionais, agora a grande preocupação é saber como controlar a infertilidade (Remoaldo *et al*, 2002).

Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde, estima-se que entre 60 e 80 milhões de pessoas em todo o mundo já tenham enfrentado dificuldades para levar a cabo o seu projeto de paternidade e maternidade em algum momento das suas vidas (Farinati, Rigoni & Müller, 2006). Aproximadamente um terço dos indivíduos, que encontram dificuldades em conseguir uma gravidez, terá problemas de fertilidade com causa na mulher, um terço com causa no homem e outro terço com interação de ambos, sendo que apenas 20% são de causa idiopática (Chandra, Martinez, Mosher, Abma & Jones, 2005).

Se é verdade que cada vez mais pessoas e casais optam por não ter filhos, fazem-no voluntariamente, encontrando para as suas vidas outros objetivos e diferentes formas de alcançar a realização pessoal. No entanto, para muitos, ser pai e mãe é um objetivo primordial nas suas vidas, sendo por isso expectável que possa originar, nos indivíduos e nos casais, algumas dificuldades de adaptação (Ramos, 2011).

A infertilidade é um acontecimento não normativo na vida dos indivíduos e das famílias. Para além de inesperado, constitui um obstáculo à prossecução de um objetivo de vida fundamental para muitos casais: a parentalidade. Assim, para além de ser uma condição clínica, que merece atenção médica e tratamento, a infertilidade é um acontecimento de vida perturbador, com implicações em diversas dimensões da vida dos indivíduos e dos casais inférteis (pessoais, relacionais e sociais) (Ramos, 2011).

A reprodução e o desejo de criar família é uma das necessidades naturais dos seres humanos e um dos pilares importantes da vida social. A infertilidade repercutir-se-á em aspetos, não apenas relacionados com a reprodução, mas também mentais e sociais (Ramazanzadeh *et al*, 2009 citados por Couto, 2011).

O tratamento da infertilidade afeta o sistema de valores, zonas íntimas e privadas, e as normas morais e éticas. Para muitos casais e especialmente para as mulheres, a infertilidade é vivida como uma falha e considerada uma crise. A intervenção médica pode afetar consideravelmente a qualidade de vida dos casais inférteis e as suas necessidades emocionais, sociais, físicas, sexuais, profissionais, intelectuais e bem-estar mental (Drosdzol & Skrzypulec, 2009).

A infertilidade é descrita como uma crise importante que *“comporta uma dimensão física, uma dimensão psíquica e emocional, mas sem dúvida uma dimensão sociocultural”* (Faria, 2001, p.189). É também referenciado na literatura relativa ao tema, que o modo como o casal vivencia esta crise complexa depende dos pressupostos sociais acerca da parentalidade, das reações dos outros e das características psicológicas individuais. Também as expectativas do casal relativamente à parentalidade, constituem um fator reconhecido como determinante no modo como esta crise é vivenciada. Esta influência é referenciada na medida em que, *“a situação de infertilidade é tanto mais valorizada pelo casal, quanto maior o seu empenho na parentalidade”* (Martins, 2005, p.234). Segundo Reed (2001) (citado por Delgado, 2007), para alguns casais, a infertilidade torna-se na maior obsessão das suas vidas.

A satisfação conjugal, a adaptabilidade familiar e a coesão familiar dos homens e das mulheres são elementos importantes para o bem-estar dos indivíduos, sendo que, quando confrontados com a infertilidade, poderão ser afetados. A infertilidade é tida como um momento de crise, revelador de grande stress e vulnerabilidade psicológica nos indivíduos, dando por vezes origem ao declínio da satisfação e do afastamento familiar (Silva, 2011).

Com base neste panorama, o presente estudo procura dar possíveis respostas à seguinte problemática: *Que fatores influenciam a Satisfação Conjugal em casais com problemas de Infertilidade?* Neste sentido, focalizámos o interesse naquilo que nos pareceu vir a ser mais pertinente, dividindo-o em dois estudos, o primeiro referente à satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade, e o segundo complementando o primeiro referente ao ajustamento à fertilidade dessas mesmas mulheres. Como objetivo geral pretendemos com as investigações realizadas, verificar se a infertilidade e o ajustamento à fertilidade influenciam a satisfação conjugal. Após delinear o objetivo geral surgiram os objetivos específicos do primeiro estudo: Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico da mulher, assim como o tempo de infertilidade e início e duração dos tratamentos; Determinar a influencia das variáveis sociodemográficas e obstétricas, tempo de infertilidade e início e duração de tratamentos na satisfação conjugal.

Relativamente ao segundo estudo delineamos os seguintes objetivos: Analisar a influência das variáveis sociodemográficas e obstétricas, tempo de infertilidade e início e duração de tratamentos no ajustamento à fertilidade; Avaliar a influência do ajustamento à fertilidade na satisfação conjugal.

Foi desenvolvido um estudo do tipo de investigação não-experimental, que seguiu os métodos de análise quantitativa, tratando-se também de um estudo transversal e que possuiu as características de um estudo descritivo e correlacional.

Este estudo foi desenvolvido na Unidade de Medicina Reprodutiva de um Centro Hospitalar da Beira Interior do país.

Partindo desta base, o estudo encontra-se estruturado em duas partes fundamentais. Na primeira parte faz-se o enquadramento das perspetivas teóricas da problemática, considerando-se pertinente num capítulo, uma abordagem sobre infertilidade e seus aspetos fundamentais, como o seu conceito, a prevalência, a etiologia, o diagnóstico e o tratamento. O ajustamento à fertilidade e as estratégias de ajustamento, são abordados no segundo capítulo e no terceiro capítulo do enquadramento teórico é abordado o tema da satisfação conjugal relacionado com a infertilidade.

A segunda parte consta do trabalho empírico, dividido em quatro capítulos. O primeiro diz respeito às considerações metodológicas, onde é descrito o tipo de estudo, designadamente os procedimentos metodológicos adotados, desde a seleção da amostra, até à sua caracterização, descrevendo os instrumentos e métodos de recolha de dados. No segundo capítulo é feita a apresentação e análise estatística aplicada aos dados, e a análise inferencial dos resultados. O terceiro capítulo é respeitante à discussão das opções metodológicas e dos resultados encontrados, onde se procura efetuar um confronto entre os dados obtidos mais significativos e a opinião dos autores consultados e referidos na fundamentação teórica.

Por fim apresentamos as conclusões que resultam da análise interpretativa dos dados e que são simultaneamente de grande pertinência à problemática em análise.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

A INFERTILIDADE

2 A INFERTILIDADE

“A infertilidade constitui um problema com implicações não só a nível individual, mas também familiar, social e, mais recentemente, médico e científico” (Pinto, 1998, p. 96 citado por Delgado, 2007).

Em toda a história da humanidade e em todas as civilizações encontram-se relatos relativos à fecundidade / infecundidade e aos rituais mágico-religiosos de procriação, que visavam favorecer a fecundidade, testemunhando a centralidade ocupada pela maternidade na vida humana. Atualmente, o termo infértil é aplicado caracteristicamente ao casal e não a um único indivíduo, pois culturalmente a fertilidade é apenas reconhecida como parte integrante de um relacionamento heterossexual, daí a utilização da expressão Infertilidade conjugal (Delgado, 2007).

A infertilidade tem sido considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde pública e, nos dias de hoje, a definição atualmente aceite caracteriza este problema enquanto falha conceptiva na presença de relações regulares e desprotegidas há doze meses ou mais tempo (American Society for Reproduction Medicine, 2004), e em geral, ou após seis meses para as mulheres com mais de 35 anos de idade (ASMR, 2008; Zegers-Hochschild et al., 2009, citado por Martins, Peterson, Almeida & Costa, 2011). A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) considera o período mínimo de 24 meses para essa conceituação (Bagnoli et al., 2000).

A inclusão de um intervalo de tempo no diagnóstico de infertilidade justifica-se pelo facto de ser esperado que os casais não consigam engravidar logo após a interrupção da contraceção, verificando-se que cerca de 25% dos casais alcançam uma gravidez no primeiro mês de relações sexuais desprotegidas, 60% no prazo de 6 meses e 80% no prazo de 12 meses (Keye, 1999; Zhao, Kolp, Yates, & Zacur, 2010 citados por Ramos, 2011). Porém, atualmente alguns autores defendem que o intervalo pode ser variável em função da idade da mulher (Maheshwari, Hamilton, & Bhattacharya, 2008), recomendando que as mulheres acima dos 35 anos possam iniciar o processo de avaliação e diagnóstico de infertilidade mais cedo (inferior a 12 meses). Desta forma, a World Health Organization (2002) (citada por Delgado, 2007), preconiza que a definição de infertilidade tem como

principal condicionante a idade da mulher. Também Martins (2005), refere a pertinência do aconselhamento diferenciado por estas idades.

Infertilidade é uma doença do sistema reprodutivo, segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (2011), a maioria dos casais assume que é fértil e espera conseguir conceber logo após a interrupção da contraceção. No entanto, cerca de 10% dos casais em idade reprodutiva são inférteis e pelo menos um quarto viverá um período de subfertilidade no decurso da vida.

Neste âmbito, importa distinguir entre infertilidade e esterilidade. Embora, comumente utilizados como sinónimos, estes dois conceitos visam realidades diferentes; se, por um lado, a esterilidade diz respeito à impossibilidade absoluta de conseguir ter um filho vivo, a infertilidade refere-se à incapacidade relativa de conceber, isto é, na esterilidade o problema da reprodução é inultrapassável enquanto na infertilidade a sua solução é admissível (Couto, 2011).

Neste contexto, importa ainda clarificar o conceito de hipofertilidade, frequentemente referenciado na literatura relativa ao tema, e que é entendido como a “*diminuição das capacidades reprodutivas do indivíduo, o que se traduz por um alargamento do período necessário para conceber*” (Rodrigues, 2004, p. 2), e não na sua impossibilidade.

A infertilidade pode ser de dois tipos: primária, quando se refere às situações em que o casal não consegue conceber uma gravidez nem nunca o conseguiu anteriormente; e secundária, quando se refere à incapacidade de conceber em casais que já alcançaram uma gravidez previamente, independentemente do seu termo (incluem-se aqui as situações em que os casais não conseguem conceber novamente ou que sofrem abortos repetidos). De acordo com Keye (1999) (citado por Ramos, 2011), em ambas as situações o processo de diagnóstico e tratamento é semelhante.

Segundo (Seguy e Martin, 1997) existe ainda um terceiro tipo a infertilidade relativa: quando, apesar de ter ocorrido a conceção não se consegue a evolução da gravidez.

É considerada um acontecimento não-normativo na vida de um casal, pois é inesperado, imprevisível e coloca um obstáculo a um dos objetivos mais centrais dos seres humanos: a parentalidade (Ramos, 2011).

2.1 A PREVALÊNCIA DA INFERTILIDADE

A prevalência da infertilidade varia em diferentes partes do mundo (Ramazanzadeh *et al.*, 2009 citados por Couto, 2011). Nos últimos anos, os problemas de fertilidade aumentaram abruptamente.

A cada ano, há cerca de 2 milhões de novos casais inférteis no mundo (Drosdzol & Skrzypulec, 2009 citado por Couto, 2011). De acordo com as estatísticas mundiais, a incidência da infertilidade totaliza 10-18% dos casais (Repokari *et al.*, 2007 citados por Couto, 2011).

Segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (2011), um em cada sete casais procura ajuda para conseguir uma gravidez. A Organização Mundial de Saúde estima que em todo o mundo existam 60 a 80 milhões de casais com problemas de fertilidade. Estima-se que, em Portugal, existam entre 266.088 e 292.996 casais inférteis e que entre 116.630 e 121.059 necessitam atualmente de tratamento.

São inúmeras as causas de infertilidade que atinge, em Portugal, cerca de 9 a 10% dos casais, ao longo da vida, não se verificando diferenças regionais de prevalência (Carvalho, 2009 citado por Lopes, 2010).

Segundo Sá *et al* (2005) (citada pela Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013) a prevalência da infertilidade conjugal é de 15-20% na população em idade reprodutiva. A taxa de infertilidade masculina é similar à taxa de infertilidade feminina. Em média, 80% dos casos apresentam infertilidade nos dois membros do casal, sendo, geralmente, um mais grave do que o outro. Contudo, em cerca de 10% dos casais os exames não identificam qualquer anomalia, pelo que se dá o nome de infertilidade idiopática ou inexplicada a essas situações.

Muitos casais, em determinado momento de seus relacionamentos, decidem ter filhos e interrompem o uso dos métodos contraceptivos; 60% desses casais conseguem engravidar após cerca de cinco ou seis meses de relações sexuais não protegidas, 90% aproximadamente em um ano, porém 10% não conseguem engravidar (Barros *et al*, 2009, citados por Faria, 2012).

As percentagens da infertilidade feminina aumentam com a idade: aproximadamente 10% de mulheres entre os 15 e os 30 anos, 14% entre os 30 e os 34, 25% das mulheres com mais de 35 anos. O declínio é rápido a partir dos 35 anos, com a infertilidade

aumentando para 30% aos 37 anos, 45% aos 40 anos, 70% aos 43 (Mosher & Pratt, 1990, citados por Lopes, 2011).

Apesar de, atualmente, ser comum ver referido que os problemas de fertilidade têm aumentado nos últimos anos, alguns autores salientam que as taxas de infertilidade se mantêm relativamente estáveis, no entanto, nos últimos 15 anos, houve um grande aumento no número de casais que procuram ajuda especializada e tendo aumentado também a visibilidade deste problema e a afluência e acessibilidade dos casais aos tratamentos. Isto deve-se, em parte, ao facto de haver, neste momento, uma maior perceção sobre a crescente diversidade e eficácia dos tratamentos da infertilidade. A maior atenção dos meios de comunicação social tornou a infertilidade menos tabu, o que significa que amigos e conhecidos poderão estar mais abertos a conversar sobre as suas próprias experiências relacionadas com problemas de infertilidade. (Wardle & Cahill, 2010)

Dado que a infertilidade não constitui um risco de saúde imediato ou um problema clínico, os problemas reprodutivos podem não ser detetados nem diagnosticados, a não ser que seja desejada uma gravidez, sendo por isso provável que as estatísticas disponíveis subestimem a dimensão do problema (Cedars, 2005). Estes números traduzem uma realidade de dimensões suficientemente grandes para justificar todo o investimento e preocupação.

2.2 A INFERTILIDADE EM PORTUGAL

A infertilidade é, obviamente, um problema já longo em Portugal, mas nos últimos anos tem-se verificado um interesse crescente pelo tema e assistimos a importantes desenvolvimentos legislativos, regulamentares e outros. Em 2006, foi publicada a lei que regulamenta a aplicação das técnicas de RMA bem como vários procedimentos legislativos que orientam a prática da RMA em Portugal; foi constituído o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) e foram constituídos mecanismos de apoio, nomeadamente através da comparticipação de alguns medicamentos para o tratamento da infertilidade aos casais que são submetidos a tratamento (Ramos, 2011).

Apesar de o primeiro nascimento após uma técnica de RMA em Portugal datar já de 1986, apenas recentemente a utilização destas tecnologias foi devidamente regulamentada. A lei que a regula é de 2006 (Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho), mas a exigência da sua regulamentação na especialidade conduziu a que só começasse a ser devidamente aplicada

no ano 2010. A mesma lei estabeleceu igualmente a constituição do CNPMA, ao qual compete, genericamente, pronunciar-se sobre as questões éticas, sociais e legais da RMA. Paralelamente, a maior atenção dada pelos *media* e o surgimento de associações de doentes, nomeadamente a Associação Portuguesa de Fertilidade, levou a grandes mudanças na abordagem social e governamental da infertilidade e da RMA, permitindo o financiamento dos tratamentos de RMA nos serviços privados (Decreto-Regulamentar n.º 1/2010, de 26 de Abril) bem como a comparticipação dos medicamentos utilizados no tratamento para a infertilidade, bastante dispendiosos e anteriormente totalmente a cargo dos casais inférteis. Desta forma, assistiu-se muito recentemente a inúmeras e importantes alterações legislativas e regulamentares que vieram mudar significativamente o panorama nacional da RMA (Ramos, 2011).

Ainda segundo Ramos (2011), cada vez mais casais portugueses procuram as técnicas de RMA para dar resposta aos problemas de fertilidade e, o Governo Português parece pretender desenvolver formas de incentivo à realização destes tratamentos, de modo a aproximar a oferta de ciclos de RMA aos valores de outros países europeus, apesar de as causas de infertilidade serem múltiplas e por vezes complexas.

2.3 A ETIOLOGIA DA INFERTILIDADE

A maioria dos casais tem expectativas irrealistas sobre a rapidez com que vai conceber, quando começam a tentar construir família. Nos casais de fertilidade normal, as hipóteses mensais de conceção variam entre uma a três (no máximo) e cerca de uma em vinte, sendo a média de um em cada seis. Muitos casais não querem acreditar que a sorte te algo a ver com o facto de se conseguir engravidar e que o insucesso em conceber pode simplesmente ser o resultado de falta de sorte (Wardle & Cahill, 2010).

Para a maioria dos casais inférteis, é provável que a hipótese de conceberem naturalmente seja mais baixa do que o normal, quando são vistos numa clínica de especialidade, mas não significa que jamais possam ter filhos.

Se anteriormente a etiologia da infertilidade era considerada como sendo de responsabilidade feminina, hoje é encarada de outra forma, uma vez que o fator masculino é tão frequente quanto o feminino, desta forma, a infertilidade pode decorrer de uma variedade de causas, segundo a literatura especializada, 40% atribuíveis a fatores femininos, 40% a fatores masculinos e 20% a fatores mistos, que correspondem a uma

incompatibilidade entre os sistemas reprodutores masculino e feminino. Em aproximadamente 10% dos casos não é detetada uma causa, sendo este caso denominado de infertilidade inexplicada (Wardle & Cahill, 2010).

Dada a grande complexidade dos acontecimentos relacionados com a procriação em cada um dos elementos feminino e masculino, envolvendo aspetos anatómicos, funcionais, emocionais, psicológicos e sociais, é de esperar a possibilidade da ocorrência de acontecimentos que dificultam ou impedem a fecundação e a gravidez, mas também, na origem da infertilidade podem estar ainda fatores não patológicos, como a idade ou a inadequada utilização do potencial de fertilidade (Delgado, 2007).

Nas últimas décadas, o número de problemas relacionados com a fertilidade tem vindo a aumentar, pela convergência de vários fatores físicos, psíquicos, sociológicos e ambientais, reconhecidos atualmente como passíveis de afetar a fertilidade. Nestes podemos incluir, segundo Pinto (1998) (citado por Delgado, 2007), Faria (2001) e Sá *et al* (2005) (citada pela Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013), os seguintes:

a) O adiamento do primeiro filho, que determina que a mulher procure engravidar numa altura em que o seu potencial de fertilidade se encontra em declínio. Vários fenómenos sociais, tais como, o prolongamento da escolaridade, o atraso da entrada na idade adulta, as dificuldades de acesso ao emprego, o investimento na carreira profissional e no consumo, a par com a alteração de papéis das mulheres operada pela sua entrada no mercado de trabalho e a consequente oportunidade de investimento na carreira profissional, têm sido apontados como estando na origem deste acontecimento.

b) O início precoce da vida sexual, e consequentemente o aumento do número de parceiros, que contribui para o aumento da transmissão das infeções sexualmente transmissíveis e outros processos inflamatórios com compromisso da função reprodutiva.

c) O aumento da utilização de métodos contraceptivos determinando, por um lado, um menor número de ciclos ovulatórios, logo reduzindo as probabilidades de fecundação e por outro lado, a liberdade sexual, levando à possibilidade de aumento do número de parceiros, e ainda o abandono do uso do preservativo e consequentemente uma maior exposição às infeções sexualmente transmissíveis.

d) O aumento exponencial das infeções sexualmente transmissíveis.

e) A prática mais generalizada da interrupção da gravidez, que implica a manipulação uterina e o consequente risco de complicações, como infeções e traumatismos, comprometedores da fertilidade.

f) A excessiva exposição a tóxicos decorrente tanto da poluição ambiental como da atividade laboral, com efeitos nefastos nos mecanismos da reprodução, como por exemplo: a nicotina, as drogas, o álcool, os medicamentos, os químicos industriais, poluição do ar e químicos alimentares, e as radiações.

g) O aumento do stress nas sociedades atuais, constituindo um importante fator para o declínio da fertilidade, com repercussões a nível orgânico, visto que determina alterações hormonais que se refletem na ovulação e espermatogénese, mas também a nível funcional podendo contribuir para a diminuição da atividade sexual.

h) A ocorrência de importantes alterações nos hábitos e no estilo de vida adotados pela população, tais como: a prática de uma alimentação irregular e desequilibrada; o aumento do consumo do tabaco, de álcool, de estupefacientes e também de produtos farmacêuticos, sobretudo em idades mais jovens que, ao produzirem efeitos no sistema nervoso central, afetam o controlo da secreção de hormonas; e ainda, a atividade física excessiva que determina alterações do controlo cerebral do hipotálamo. Por outro lado, sedentarismo favorece a obesidade e o sobreaquecimento escrotal. A obesidade associa-se a distúrbios endócrinos, à perda da função renal e hepática, à aterosclerose e à hipertensão arterial. Por sua vez, a magreza e a perda excessiva da gordura pode condicionar disfunção ovulatória e amenorreia.

i) O aumento da temperatura testicular é outro dos fatores considerados, pois determina o compromisso da normal espermatogénese e que decorre de situações como, o uso de roupa apertada e de tecidos sintéticos, a exposição prolongada ao calor (sol, sauna, etc.) e a permanência prolongada na posição de sentado decorrente muitas vezes da ocupação laboral. Atualmente, é ainda indicado o aquecimento global como origem do acentuado decréscimo na contagem de espermatozoides que se tem vindo a observar nos últimos anos.

Sá *et al* (2005) (citada pela Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013) refere em particular os antecedentes familiares, destacando que a infertilidade pode ser hereditária, pelo que se deve avaliar cuidadosamente a história familiar referente a casos de infertilidade, casamentos intrafamiliares e doenças genéticas, hematológicas, respiratórias, cardiovasculares, endócrinas, autoimunes, renais, neurológicas, psiquiátricas e oncológicas, assim como as doenças Sistémicas como: doenças cardiovasculares, eritrocitárias, da hemoglobina e da coagulação; doenças respiratórias; doenças autoimunes; doenças gastrointestinais; doenças neurológicas; doenças psiquiátricas e mentais e os traumatismos e acidentes.

Em síntese, realçamos que, por um lado, tem sido referido que mudanças recentes no estilo de vida dos indivíduos e das sociedades, que levam a maior exposição a substâncias químicas lesivas da fertilidade. (Pinto, 1998, citado por Delgado 2007; Faria, 2001; Fathalla, 2002, citado por Ramos, 2011; Sá *et al*, 2005 citada pela Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013 e Homan, Davies, & Norman, 2007).

Por outro lado, outros autores (Velde *et al.*, 2010 citados por Ramos, 2011) sugerem que muitos destes comportamentos são modificáveis e que, por haver atualmente melhores cuidados de saúde protetores da fecundidade, bem como menor consumo de tabaco e maior preocupação com a alimentação ou maiores cuidados na toma de contraceptivos, estes fatores antagónicos podem ter-se contrabalançado mantendo, conseqüentemente, inalterada a taxa de fertilidade.

2.3.1 A etiologia da infertilidade feminina e masculina

Em 20% das situações, a causa da infertilidade é devida a algum tipo de incompatibilidade biológica existente entre os dois elementos do casal, ou a fatores desconhecidos (INE, 1998 citado por Gomes, 2009).

Infertilidade Feminina

Segundo Sá *et al* (2005) (citada pela Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013), as principais causas de infertilidade feminina podem ser devidas a alterações hormonais que contribuem para a disfunção ovulatória, como o excesso de prolactina, dos androgénios, ou das hormonas tiroideias e nos casos mais graves pode ocorrer insuficiência ovárica prematura.

Ainda segundo os mesmos autores e Cedars (2005) as causas de infertilidade feminina agrupam-se em quatro fatores, de acordo com o local responsável pela alteração da fertilidade:

a) O fator ovárico, que corresponde às alterações da ovulação e constitui a principal causa de infertilidade feminina: 30-40% (Martins, 2005; Gonçalves, 2005). Estas alterações consistem na deficiência na ovulação ou na sua ausência, maioritariamente devidas a alterações hormonais ou a fatores genéticos, é, também de referir a Síndrome dos Ovários Poliquísticos

b) O fator tubário, que corresponde às alterações da função das trompas, pode manifestar-se ao nível das funções da captação do ovócito, do transporte do ovócito em direção ao útero, do transporte dos espermatozoides em direção ao ovário, da fertilização, do transporte do embrião em direção ao útero e do crescimento do embrião. Estas são

maioritariamente devidas à alteração da permeabilidade das trompas, sendo esta, na maioria dos casos, secundária a infeções pélvicas e tubárias. Outras causas para a alteração da permeabilidade das trompas são as adesões por endometriose, e ainda as anomalias congénitas da sua morfologia.

c) O fator uterino, que inclui as anomalias anatómicas e disfunções uterinas, os fibromiomas e os pólipos endometriais. As disfunções incluem as alterações na recetividade uterina cujo impacto se manifesta no comprometimento da sequência adequada dos acontecimentos do processo de implantação.

A patologia uterina divide-se em: fibromiomas; pólipos; hiperplasia benigna do endométrio; hipoplasia do endométrio; endometrite e sinéquias.

d) O fator cervical, que se refere às alterações do muco cervical, e da estrutura do canal cervical.

Ainda segundo Sá *et al* (2005) (citada pela Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013) existem mais algumas causas femininas possíveis, são elas: anomalias do cariotipo; tumores malignos; malformações anatómicas; gravidez ectópica; interrupção voluntária da gravidez; abortos de repetição e auto anticorpos. Referindo por fim que, cerca de 10% dos casos de infertilidade parecem apresentar todo o sistema genital sem problemas, mas mesmo assim são inférteis. Em muitos casos, existem anomalias genéticas dos ovócitos, para os quais não existem testes de deteção. Frequentemente, estes só se descobrem durante a fecundação *in vitro*, momento em que se podem observar os ovócitos, a fecundação e o desenvolvimento embrionário. Podem causar incapacidade de fecundação, paragem do desenvolvimento embrionário, perda da qualidade embrionária, falhas da implantação, abortos de repetição ou fetos com anomalias estruturais.

Infertilidade Masculina

Sá *et al* (2005) (citada pela Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013) e Cedars (2005) classificam as principais causas de infertilidade masculina do seguinte modo:

a) A espermatogénese anormal, que se manifesta por alterações da quantidade e/ou da qualidade dos espermatozoides.

b) As alterações da função secretória dos órgãos acessórios, que se traduzem em alterações das características do sémen tais como o volume, a viscosidade, o pH e o teor de nutrientes, que podem comprometer a sobrevivência e a deslocação dos espermatozoides. De acordo com Martins (2005), 75-80% dos casos de infertilidade masculina devem-se a alterações nas características do esperma.

c) As obstruções do trato genital e das vias espermáticas que comprometem a maturação e transporte dos espermatozoides, bem como dificultam ou impedem a ejaculação.

d) Também as alterações da função sexual, referenciadas por outros autores como Passos e Freitas (1993) (citados por Delgado, 2007), tais como a disfunção erétil, poderão comprometer a deposição adequada do sémen no interior da vagina, dificultando o seu acesso ao colo do útero.

Segundo Sá *et al* (2005) (citada pela Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013) a causa pode dever-se também devido a: criptorquidia; anomalias endócrinas; anomalias do cariótipo; ejaculação retrógrada; anejaculação; azoospermia obstrutiva; azoospermia secretora; lesões do escroto (tais como: hidrocele; varicocele; quistos do epidídimo; torção testicular e traumatismos escrotais); tumores malignos e anomalias anatômicas.

e) O fator imunológico, referenciado por diversos autores (Speroff, Glass e Kase, 1999 citados por Delgado, 2007; Cedars, 2005), resulta da imunização pelo esperma e pode ocorrer tanto no homem como na mulher. Como fator masculino de infertilidade, a presença de anticorpos anti espermáticos, pode decorrer da obstrução das vias espermáticas, do trauma ou torção testicular, da infeção ou da exposição crónica ao calor (Cedars, 2005). A presença de anticorpos anti espermáticos tem vindo também, a ser documentada como fator feminino de infertilidade (Speroff, Glass e Kase, 1999, citados por Delgado, 2007) podendo resultar na perda da capacidade de fertilização dos espermatozoides ou na falha de implantação de um óvulo fecundado. Existem ainda situações de infertilidade que se devem à incompatibilidade da interação entre os sistemas reprodutivos masculino e feminino, designadas como causas mistas. Estas podem ser, a incompatibilidade imunológica, a hipofertilidade de um ou ambos os membros do casal, bem como inadequação da frequência coital e da sua não ocorrência durante os períodos favoráveis à fecundação (Rodrigues e Rodrigues, 2000 citados por Delgado, 2007).

2.4 DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDADE

Freitas (2001) (citado por Souza, 2005), observando as pesquisas realizadas em universidades, considera que várias especialidades devem abordar o processo reprodutivo, tais como genética, biologia molecular, ginecologia, urologia, endocrinologia, farmacologia, enfermagem e psicologia.

Segundo a Sociedade Americana de Fertilidade, os exames clínicos devem abranger homens e mulheres (Souza, 2005). Alguns exames de diagnóstico têm um carácter invasivo, sendo particularmente importantes para a experiência emocional dos casais tendo implicações negativas no relacionamento sexual do casal (Boivin, Takefman, Brender, & Tulandi, 1992; Takefman, Brender, Boivin, & Tulandi, 1990 citados por Ramos, 2011). Outro aspeto que igualmente tem implicações no relacionamento conjugal, diz respeito à existência de um fator feminino ou masculino como causa da infertilidade, tendo-se verificado que ocorrem mais dificuldades maritais quando existe um diagnóstico de infertilidade masculina em comparação com situações em que a infertilidade é atribuída à mulher ou a ambos os parceiros (Connolly & Cook, 1987 citado por Gomes, 2009).

É de igual forma, reconhecido que a infertilidade pode ter origem em alguma área da vida sexual, pois as doenças sexualmente transmissíveis constituem uma possível causa para os problemas de infertilidade (Burns, 1999 citado por Ramos, 2011; Santos & Moura-Ramos, 2010 citada por Ramos, 2011), para além de outras situações ou infeções que facilitem a obstrução tubar. O impacto é, nestes casos, físico, mas pode igualmente afetar a adaptação emocional, dado que a infertilidade decorrente de comportamentos de risco anteriores pode intensificar os sentimentos de culpa, de depressão ou de isolamento frequentes na infertilidade (Burns, 1999 citado por Ramos, 2011).

Em suma, quando diagnosticada a infertilidade, as pessoas deparam com sentimentos que interferem na sua autoestima, nos seus planos e desejos para o futuro e até no seu relacionamento conjugal. O tratamento gera alterações na intimidade sexual – ou seja, o casal perde a sua privacidade a partir do momento em que profissionais de saúde determinam quando e como esse casal se irá relacionar sexualmente, desaparecendo assim a espontaneidade da intimidade sexual. Situações como estas são ameaçadoras e problemáticas e requerem tomadas de posições e decisões que exigem do casal capacidades adaptativas (Souza, 2005).

Segundo Wardle & Cachill (2010), a resposta para pergunta: Quando se deve procurar ajuda? Não é tão simples quanto dizer que são seis meses, doze ou qualquer outro período de tempo em particular. Inicialmente, um casal deve consultar o seu médico de família, que terá capacidade para avaliar a situação, programar alguns dos exames preliminares e aconselhar sobre as consultas em clínicas especializadas em fertilidade.

Segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (2011) o número de exames de fertilidade que um casal necessitará realizar depende, geralmente, da complexidade do seu problema. É impossível generalizar e cobrir todas as possibilidades.

O encaminhamento para um serviço de reprodução que acompanhe adequadamente o caso é necessário para confirmar o diagnóstico de infertilidade e implica um período dedicado à avaliação da origem dos problemas de infertilidade antes de se dar início ao tratamento (Ramos, 2011).

Quando o casal procura uma clínica, tanto as mulheres como os homens devem ser investigados. Embora, a etiologia possa ser especificamente, causada por fatores femininos ou masculinos, a infertilidade é considerada um problema do casal (Faria *et al*, 2012). A avaliação do casal decorre num percurso de evolução gradual, começando geralmente com uma avaliação da história médica e reprodutiva completa (Boyle, Vlahos, & Jarow, 2004 citados por Ramos, 2011; Santos & Moura-Ramos, 2010 citados por Ramos, 2011). Os mecanismos de avaliação mais invasivos e até relativamente dolorosos, são geralmente realizados no final do processo de avaliação, quando nenhuma causa foi identificada até ao momento.

2.4.1 O diagnóstico da infertilidade feminina

O estudo da infertilidade feminina segundo a Sá *et al* (2005) (citada pela Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013) e Santos e Santos (1996) comporta, a obtenção de uma anamnese na procura de acontecimentos que possam ter repercussões na função reprodutora, seguida de um exame físico rigoroso e completo. De seguida, devem ser pedidos exames auxiliares de diagnóstico para complementar a história clínica e o exame físico, estes exames são obrigatórios e devem ser efetuados antes do início de qualquer tipo de tratamento; seguindo-se a realização de um exame físico e ginecológico/ pélvico.

Complementa-se o diagnóstico com a realização do estudo orgânico através da realização de exames especiais, como: a **Laparoscopia**, que permite diagnosticar e corrigir diversas lesões, tais como: endometriose, ovário poliquístico, quistos e tumores do ovário, aderências, desobstrução tubar e biópsia de ovário; pode ainda realizar-se a **Faloposcopia** (trans-vaginal ou trans-cervical) e a **Salpingoscopia** (trans-fimbrial ou trans-laparoscópica; a **Histerosalpingografia**; ou ainda a **Histeroscopia**.

Por fim é efetuado o estudo funcional que comporta a realização de diversos procedimentos tais como: os **doseamentos hormonais** no sangue e na urina. E também a realização de: Hemograma; *Estudo Bioquímico*; *Urina II, com estudo do sedimento*; *Serologias*; *Estudo imunológico* e *Cariótipo*; a determinação da **curva de temperatura basal**; a análise do **esfregaço vaginal**; a avaliação das características do **muco cervical**; o **teste pós-coital**; a **biópsia do endométrio**; a **ecografia pélvica, trans-vaginal** e ainda a **histerossalpingosonografia**.

2.4.2 O diagnóstico da infertilidade masculina

O estudo da infertilidade masculina segundo a Sá *et al* (2005) (citada pela Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013) e Santos e Santos (1996) comporta, tal como acontece na investigação da infertilidade feminina, a obtenção de uma história clínica, seguida de um exame físico rigoroso e completo. De seguida, devem ser pedidos exames auxiliares de diagnóstico para complementar a história clínica e o exame físico. Estes exames são obrigatórios e devem ser efetuados antes do início de qualquer tipo de tratamento.

Ao exame físico geral, seguem-se então os doseamentos hormonais, em que são avaliados os níveis no sangue das hormonas relacionadas com a produção espermática, e ainda: Hemograma; Estudo Bioquímico; Urina II, com estudo do sedimento e Serologias; complementando-se com o espermograma, podendo também realizar-se: a *Espermocultura* e o *Teste imunológico do sémen*; outro exame que se poderá ter que efetuar será o teste da função espermática (*sperm penetration assay* - SPA) e ainda, *estudos especiais nos espermatozoides* do sémen ou no tecido testicular, tais como: Estudo molecular do Imprinting genómico; Estudo dos cromossomas por hibridização in situ (FISH); Estudo molecular dos recetores dos androgénios; Estudo molecular da doença de Huntington (repetições CAG; Teste da imaturidade da cromatina; Teste da fragmentação da cromatina (apoptose) e Microscopia eletrónica de transmissão.

Todos estes exames podem ser complementados com os testes genéticos como por exemplo o *Cariótipo*; e ainda com a deferentografia; a ecografia trans-retal; a ecografia e o doppler escrotal e por fim com a biópsia testicular.

Outro aspeto importante para a avaliação da situação de infertilidade diz respeito ao relacionamento sexual do casal, devendo ser investigados aspetos, tais como: frequência do coito e masturbação, existência de disfunção erétil que comprometa a penetração, disfunção ejaculatória, posições utilizadas, uso de lubrificantes, aspetos culturais e/ou religiosos relacionados e detenção de conhecimentos relativos à fisiologia da reprodução (Delgado, 2007).

O processo de avaliação possibilita a identificação de problemas responsáveis pela infertilidade em cerca de 85% a 90% dos casais, sendo os restantes classificados como infertilidade idiopática. O diagnóstico de infertilidade idiopática (ou inexplicada) é realizado quando, após uma avaliação exaustiva do casal, nenhum fator justificativo da infertilidade foi encontrado. Isso não significa que não exista uma causa para a infertilidade ou que a causa seja psicológica ou emocional, mas apenas que as técnicas de diagnóstico utilizadas na

avaliação daquele casal não permitiram encontrar a origem do problema de fertilidade (Ramos, 2011).

2.5 A PREVENÇÃO E O TRATAMENTO DA INFERTILIDADE

Os cuidados de saúde relativos à infertilidade inserem-se num contexto amplo, que compreende um nível de prevenção, relativo às causas conhecidas e evitáveis da infertilidade, com programas de educação em saúde e para uma sexualidade responsável, a implementação de serviços de aconselhamento e a investigação relativa a outras causas não conhecidas. Este contexto compreende ainda as opções sociais, como a adoção e o assumir uma vida sem filhos, que constituem uma alternativa ou a única possibilidade para superar a ausência de filhos, e que devem ser apresentadas aos casais através de serviços de aconselhamento, de modo que estes se tornem conhecedores e conscientes de todas as possibilidades (Delgado, 2007).

Uma referência importante, apontada pelo mesmo autor, quando se aborda o tema da infertilidade, é o reconhecimento do carácter perturbador do percurso diagnóstico e terapêutico, relacionado com a ansiedade da espera, os resultados dos exames e os insucessos dos tratamentos, entre outros fatores, desta forma é fortemente recomendado aos profissionais um entendimento profundo das implicações e da importância da sua intervenção para o bem-estar dos indivíduos inférteis.

São vários os autores que salientam as consequências que o contexto médico traz para o casal infértil: os elementos do casal sentem-se explorados enquanto pessoas e induzidos a experimentarem novos procedimentos, muitas vezes dolorosos, como se fizessem parte de uma investigação (Daniluk, 2001); sentem que perderam a sua privacidade e que tornaram público o facto de tentarem ter um filho (Cudmore, 2005 citado por Gomes, 2009); sentem-se humilhados com as questões colocadas pelos médicos e com os procedimentos invasivos que lhes são solicitados (Schaffer & Diamond, 1993 citados por Gomes, 2009), e sentem que a sua atividade sexual se tornou num ato pré-programado com o único objetivo de conceberem uma criança (Cooper-Hilbert, 2001 citado por Silva 2011, Daniluk, 2001), tendendo a haver falta de envolvimento emocional e espontaneidade, tendo como único objetivo a conceção de um bebé. A relação sexual, portanto, inevitavelmente, torna-se "a relação sexual devida às necessidades". A incapacidade de reproduzir desperta um sentimento de fracasso sexual (Ramazanzadeh *et al*, 2009 citado por Couto, 2011).

É também no desenrolar dos vários procedimentos exigidos pelo tratamento médico que o casal infértil passa por aquilo que tem sido descrito na literatura como uma “montanha russa emocional” (Whiteford & Gonzalez, 1995 citados por Gomes, 2009).

Um estudo realizado por Ramos (2011) constatou que se, por um lado, a maior duração da infertilidade acarreta maiores dificuldades emocionais, nomeadamente, maior sintomatologia depressiva bem como maior intensidade da necessidade da parentalidade e maior rejeição de estilo de vida sem filhos, o mesmo não acontece com o número de tratamentos realizados. Neste caso, os casais que realizaram até dois tratamentos relatam maiores dificuldades, mas a partir dos três tratamentos, aquelas parecem diminuir, através de uma maior aceitação de um estilo de vida sem filhos. Estes resultados sugerem que a diminuição da expectativa de engravidar após três tratamentos permite aos casais preparem-se para a impossibilidade de engravidar, diminuindo, conseqüentemente, as suas dificuldades emocionais.

Num estudo em que o impacto negativo da infertilidade é relatado, os resultados indicam que alguns casais foram capazes de identificar diversos benefícios decorrentes daquela experiência, não só a nível pessoal (como avaliarem-se como pessoas mais fortes), como interpessoal (pois quase todos os entrevistados consideraram que a infertilidade tinha sido uma oportunidade de fortalecimento da sua relação conjugal, bem como das relações com amigos e familiares) e transpessoal, nomeadamente porque relataram que a infertilidade permitiu a alteração de algumas perspetivas acerca do mundo, tendo conseguido aceitar a sua condição clínica (Boden, 2007; G. L. Lee *et al*, 2009 citados por Ramos 2011). A infertilidade foi vista como uma experiência de perda que, simultaneamente, tinha trazido alguns ganhos às suas vidas. Embora diversos estudos relatem a perceção de benefício na relação em determinadas fases do processo de infertilidade, outros revelam as suas fragilidades, mostrando mesmo que os problemas relacionais estão muitas vezes na origem da desistência precoce do processo de avaliação e tratamento de infertilidade (Brandes *et al.*, 2009).

Verifica-se ainda que, quando se analisa o impacto a longo prazo da realização de tratamentos de infertilidade, duas tendências se verificam: os casais que obtiveram uma gravidez tendem a apresentar melhor adaptação que os casais que permaneceram sem filhos (Hammarberg, Astbury, & Baker, 2001 citados por Ramos, 2011), e ainda que aqueles que optaram por não realizar mais tratamentos e orientaram o seu futuro para novos objetivos mostraram níveis superiores de adaptação do que aqueles casais que continuaram a tentar engravidar (Verhaak, Smeenk, Nahuis *et al*, 2007 citados por Ramos, 2011).

O tratamento da infertilidade nos últimos anos tem sido objeto de rápidos e notáveis progressos, decorrentes do melhor conhecimento dos mecanismos fisiológicos da reprodução, como do enriquecimento das possibilidades terapêuticas decorrente do desenvolvimento tecnológico e farmacêutico, permitindo novas modalidades de intervenção médicas e cirúrgicas.

Alguns grupos internacionais que apoiam os indivíduos inférteis tais como, a *International Consumer Support for Infertility* e a *International Federation of Infertility Patient Associations*, consideram o direito de procriar como um direito humano, baseando-se na Declaração Universal dos Direitos do Homem (Delgado 2007).

Os cuidados de saúde relativos à infertilidade inserem-se num contexto amplo, que compreende um nível de prevenção, as opções sociais, como a adoção e o assumir uma vida sem filhos. E por fim surgem as opções médicas, que incluem os tratamentos dos problemas médicos diagnosticados como causadores de infertilidade e as técnicas de RMA (Delgado, 2007).

Segundo Wardle & Cahill (2010) muitos problemas de infertilidade não necessitam de técnicas de RMA, podendo ser tratados com métodos mais simples. Os tratamentos que se efetuam dependem da causa da infertilidade de cada casal, dependendo também da idade da mulher, da duração do problema de infertilidade, entre outros, os casais receberão um plano de tratamento que visa maximizar a probabilidade de gravidez causando o menor impacto possível.

Segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (2011), no mundo da infertilidade “cada caso é um caso”, muitas pessoas com problemas de fertilidade atravessam um longo período de tratamentos, sem garantias de sucesso. Alguns casais conseguem uma gravidez pouco tempo depois da primeira consulta da especialidade; outros têm sucesso após um número moderado de tratamentos; outros ainda conseguem uma gravidez após terem desistido dos tratamentos ou adotado uma criança. No entanto, cerca de metade dos casais com mais de dois anos de infertilidade atingem uma gravidez.

Ainda segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (2011), na última década, os avanços na medicina reprodutiva aumentaram a variedade de tratamentos disponíveis para ajudar casais a conseguirem uma gravidez. O tratamento adequado depende dos fatores anteriormente referidos, do diagnóstico feito pelo especialista, bem como da decisão do casal sobre os tratamentos que pretende efetuar.

O especialista procura, em primeiro lugar, ajudar os elementos do casal a compreenderem o verdadeiro significado da sua condição, e permite-lhes expressarem sentimentos como tristeza, raiva e desamparo, muitas vezes negados ou encobertos até

esse momento (Atwood & Dobkin, 1992; Williams, Bischoff, & Ludes, 1992 citados por Gomes, 2009). É importante que o casal passe a perceber a sua infertilidade como um desafio externo que tem uma origem médica, em vez de um problema individual (Cooper-Hilbert, 2001 citado por Silva, 2011; Daniluk, 2001; McDaniel, Hepworth, & Doherty, 1992 citados por Gomes, 2009). Mais tarde, o especialista dará a conhecer os diversos tratamentos médicos indicados para aquela situação específica, deixando o casal escolher livremente a opção que mais lhe fizer sentido, e deverá tranquilizá-lo relativamente aos receios e medos que possam surgir (Butler & Koraleski, 1990 citados por Gomes, 2009). Essa liberdade de escolha é, no entanto, ilusória visto que o casal infértil é fortemente condicionado pela probabilidade de sucesso de cada tratamento (Schaffer & Diamond, 1993 citados por Gomes, 2009).

Desta forma, após a fase do diagnóstico, em função da avaliação efetuada, o plano de tratamento, poderá ou não implicar a realização de técnicas de RMA. Muito frequentemente, antes da utilização da RMA, os casais submetem-se a outros tipos de tratamento menos invasivos, como, por exemplo, a indução de ovulação, procedimentos cirúrgicos ou a realização da IIU (Ramos, 2011).

Alguns casos podem ser corrigidos através da introdução de medidas simples, incluindo o aconselhamento e alterações nos hábitos de vida, de modo a produzir uma melhoria geral do estado de saúde. E também a utilização de uma abordagem denominada por Cedars (2005), de *terapia coital*, com vista à utilização do potencial de fertilidade do casal e a supressão dos fatores que comprometem a fertilidade. Outros requerem procedimentos diagnósticos e terapêuticos complicados, que exigem um atendimento especializado e multidisciplinar.

Uma outra abordagem no tratamento da infertilidade é a utilização das terapias complementares. Embora esta se encontre recentemente divulgada, existe na literatura médica poucas referências aos seus resultados como abordagem complementar ou alternativa aos tratamentos convencionais. As terapias complementares tendem a utilizar a acupunctura, acupressão e a Medicina Tradicional Chinesa numa abordagem holística de regulação da função endócrina e da fertilidade. Além do efeito produzido sobre a função reprodutiva, são ainda utilizados para alívio do stress, que é indiscutivelmente um componente importante do tratamento da infertilidade. São sugeridos como benefícios desta abordagem, o fato destas terapias não serem invasivas, serem menos dispendiosas, terem menos efeitos colaterais e não levantarem dilemas éticos. Contudo, a falta de garantias decorrentes da realização de estudos científicos abrangentes e controlados implica uma aceitação muito cautelosa destas terapias (Delgado, 2007).

2.5.1 O tratamento da infertilidade feminina

O tratamento da infertilidade feminina deve ser dirigido à correção das anomalias específicas, encontradas durante a investigação realizada, podendo ter uma abordagem médica ou cirúrgica (Delgado, 2007 e Associação Portuguesa de Fertilidade, 2011). Os tratamentos médicos estão, normalmente, indicados para correção das disfunções endócrinas que originam as alterações da ovulação, pela introdução da correção do fator causal ou pela administração de medicamentos específicos para induzir a ovulação. Podem estar também indicados em situações de infeção, com a administração de antibióticos. A correção de hábitos de vida, de consumo de fatores nocivos e as correções do peso corporal podem também ser muito importantes.

Por sua vez os tratamentos de doenças ou correção de anomalias por intermédio de atos cirúrgicos resolve muitas situações de infertilidade. A intervenção cirúrgica pode ser realizada por via abdominal ou através de qualquer dos procedimentos endoscópicos descritos como meios de diagnóstico, que podem também ser utilizados para corrigir defeitos encontrados, com a possibilidade de recurso às técnicas de microcirurgia. As alterações da ovulação podem também ser tratadas através de um procedimento cirúrgico, conhecido por *drilling*, no entanto, algumas situações podem necessitar de tratamento mais complexo ou, ocasionalmente, até mesmo de tratamento cirúrgico incluem o hipopituitarismo; o hipogonadismo hipogonadotrófico; a hiperprolactinemia e a síndrome dos ovários poliquísticos.

A indução da ovulação em situações de infertilidade, consiste numa das grandes conquistas da endocrinologia reprodutiva. Desde há 50 anos que se têm desenvolvido várias opções de tratamento, possibilitando a obtenção de uma gravidez em mulheres que no passado teriam poucas esperanças de resolver a sua disfunção ovulatória (Wardle & Cahill, 2010).

Esta terapêutica de indução da ovulação, segundo Delgado (2007), não é inócua e implica efeitos secundários, tais como: labilidade emocional, alterações do comportamento e mal-estar geral, sendo o seu maior risco, a síndrome de hiperestimulação, que constitui uma entidade clínica importante que pode ameaçar a vida da mulher e que pode resultar numa gravidez múltipla, implicando riscos para o bem-estar materno e para o decorrer da gravidez. A indução da ovulação é geralmente combinada com a prática de relações sexuais programadas.

As relações programadas, segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (2011), é uma das atitudes mais básicas na tentativa de resolução de um problema de infertilidade.

2.5.2 O tratamento da infertilidade masculina

O tratamento da infertilidade masculina sofreu uma revolução nos últimos anos oferecendo esperança a homens que nunca tinham tido hipóteses de procriar. Este passa pela introdução de correção nos fatores causais através de meios específicos, sendo também eles, médicos ou cirúrgicos (Delgado, 2007 e Associação Portuguesa de Fertilidade 2011).

Os tratamentos médicos consistem no tratamento hormonal, indicados para correção das disfunções endócrinas, de desequilíbrios ou insuficiências hormonais detetadas, na introdução de medidas gerais para melhorar a qualidade dos espermatozoides, na administração de antibióticos quando diagnosticada uma infeção, ou ainda no tratamento da infertilidade de causa imunológica.

Por sua vez, é também utilizada a abordagem cirúrgica, em caso de obstrução que comprometa a progressão dos espermatozoides, em qualquer nível do trato genital ou ainda, na correção de um varicocele.

2.5.3 As técnicas de Reprodução Medicamente Assistida

O tratamento de infertilidade provoca inevitavelmente uma enorme tensão emocional, o processo é também fisicamente incómodo e psicologicamente muito duro para a mulher. Além disso, não é controlável e não há garantias de ser bem sucedido. Todos estes fatores contribuem para o aumento da ansiedade. Enquanto muitos casais lidam bem com as técnicas de RMA, outros cedem à pressão. (Associação Portuguesa de Fertilidade, 2011)

Recorrer a técnicas de RMA é uma decisão importante. O tratamento, seja por FIV ou por ICSI, implica perturbação na vida do casal, na sua vida emocional e relacional, na condição financeira e também a nível profissional, pelas frequentes deslocações à clínica de fertilidade. No entanto, as técnicas de RMA representam um acréscimo significativo na probabilidade de casais inférteis alcançarem uma gravidez, quando comparados com outros tratamentos, menos invasivos, como a indução de ovulação ou a IIU (Andersen *et al.*, 2009), pelo que, geralmente os casais que recorrem à RMA estão geralmente bastantes motivados, tendo expectativas geralmente elevadas em relação ao resultado do tratamento (Slade, Emery, & Lieberman, 1997 citados por Ramos, 2011).

Sabe-se, no entanto, que mesmo utilizando técnicas modernas a viabilização do projeto parental pode não ocorrer, e é preciso que a equipe multidisciplinar esteja preparada para dar suporte aos casais inférteis (Faria *et al*, 2012).

Desta forma, é necessária uma intervenção apropriada dos profissionais de saúde, de modo a facilitar a vivência desta situação, evidenciando a importância da relação estabelecida entre os profissionais e o casal. As competências comunicacionais, são de extrema importância, no sentido em que contribuem para uma intervenção de qualidade junto dos indivíduos inférteis que procuram ajuda profissional.

O carácter perturbador dos tratamentos de RMA é profundamente influenciado pela experiência de infertilidade, não estando, associado apenas às características do tratamento, mas fundamentalmente ao confronto que este tratamento obriga com a possibilidade de a situação de infertilidade não ser resolvida. Desta forma, apesar das diferenças que a experiência de infertilidade e de RMA implicam, a experiência do tratamento é indissociável do que lhe está subjacente: a experiência de infertilidade (Ramos, 2011).

Ao longo do tempo, os dois elementos do casal sofrem mudanças extremas nas suas emoções que variam entre a confiança e esperança sentidas em cada mês, por haver a possibilidade de se atingir uma gravidez, e a frustração e o desespero perante a chegada do período menstrual da mulher que lhes indica que o tratamento foi fracassado depois de terem investido uma grande quantidade de dinheiro, tempo e energia (Atwood & Dobkin, 1992; Cudmore, 2005; Klempner, 1992; Olshansky, 1988 citados por Gomes, 2009).

Também a exposição da sua intimidade durante as intervenções médicas e o receio de consequências a longo prazo dos tratamentos realizados são fontes de ansiedade (Harrison *et al.*, 1984 e Kraft *et al.*, 1980, citados por Ramos 2011). “*A natureza técnica dos serviços de reprodução assistida desumaniza a maneira de procriar e reforça os sentimentos de ansiedade e perda de controlo*” (Reed, 2001 p.1018 citado por Delgado, 2007) sobre as suas vidas.

Nos estudos dedicados à adaptação à infertilidade e à RMA e às implicações da experiência dessas realidades na adaptação a longo prazo dos casais, verifica-se que, de um modo geral, estes resultados mostram que o impacto da infertilidade é negativo, tanto a nível individual como a nível relacional. Por exemplo, no estudo de Sundby, Schmidt, Heldaas, Bugge e Tanbo (2007) (citado por Ramos, 2011), em que 66 mulheres foram avaliadas dez anos após terem realizado tratamentos de RMA, dois terços das mulheres entrevistadas avaliaram a experiência como uma das piores e mais stressantes por que tinham passado e 17% afirmaram mesmo ter problemas associados à infertilidade, como depressão, sentimentos de perda, sentimentos de inferioridade ou sintomas somáticos. No que se refere à relação conjugal, os autores verificaram que 17% das mulheres tinham-se divorciado; de entre as que mantinham a mesma relação, apenas 14% considerava que o processo tinha tido um impacto positivo na relação e 70% afirmavam que o período de

infertilidade e RMA tinha sido negativo e tinha afetado negativamente a relação com o companheiro. Foram encontrados resultados semelhantes no relacionamento sexual do casal: metade das mulheres referiu que, por vezes, a infertilidade tinha afetado negativamente o relacionamento sexual com o companheiro, ao ser instrumentalizada para obtenção da gravidez. Apesar de, no momento do estudo, 82% das mulheres terem filhos (por FIV, adoção ou gravidez espontânea), 66% referiram ainda, na atualidade, dificuldades em falar do assunto, apesar de 52% afirmarem que tinham conseguido encontrar novos objetivos na sua vida.

De acordo com um estudo realizado em Fortaleza, os exames e as medicações, indispensáveis a um ciclo de fertilização *in vitro*, podem levar ao surgimento da ansiedade (Faria *et al*, 2012). No entanto, um outro estudo, constatou que a realização dos tratamentos inseminação artificial, Fertilização *in vitro* (FIV) e Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) não provocaram mudanças na atividade sexual dos indivíduos inférteis. (Palacios *et al*, 2002 citados por Faria, 2012).

A Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), por ser uma técnica avançada, aumenta as expectativas dos sujeitos, quanto à concretização do projeto parental. O fracasso ao término do tratamento leva-os a correlacionarem o fato a uma punição por ações realizadas no passado, podendo gerar ou potencializar o sentimento de culpa, além disso pode aumentar os sintomas psicopatológicos como depressão, angústia e perda (Schmidt *et al*, 2005 citado por Delgado, 2007).

Uma referência importante no contexto da infertilidade é o reconhecimento do carácter perturbador do percurso diagnóstico e terapêutico. Este, para além de implicar a exposição da intimidade do casal, é quase sempre prolongado, penoso e implica a submissão a intervenções médicas, muitas delas invasivas e dolorosas e com riscos diretos sobre a saúde (Delgado, 2007). Com o insucesso do tratamento, o casal infértil confronta-se não só com o sentimento de impotência e de repetição de uma falha, mas também com um intenso dilema: continuar com o tratamento médico de forma a poder realizar o seu desejo de parentalidade biológica ou não avançar mais, tendo que se perceberem como um casal permanentemente incapaz de conceber uma criança (Atwood & Dobkin, 1992; Butler & Koraleski, 1990; Cudmore, 2005 citados por Gomes, 2009). Porém, quando o casal decide parar de tentar conceber uma criança, é necessário chorar a perda definitiva do filho que foi tão desejado (Butler & Koraleski, 1990; Forrest & Gilbert, 1992; McDaniel *et al.*, 1992 citados por Gomes, 2009). O processo de luto só se inicia quando o casal infértil acredita e sente que tentou e fez tudo o que estava ao seu alcance para conseguir ter um filho biológico (Connolly & Cooke, 1987; Greil, 1991 citados por Gomes, 2009). Quando isso acontece, é altura de ambos os elementos do casal aceitarem a sua incapacidade biológica de procriar

uma criança, e de reconstruírem a sua identidade enquanto indivíduos inférteis e membros de um casal infértil (Daniluk, 2001).

Porém, os estudos têm demonstrado que os casais inférteis nem sempre se mantêm no tratamento o tempo necessário até alcançarem uma gravidez, devido ao ser carácter perturbador. A decisão de terminar os tratamentos, mesmo podendo parecer precoce, pode ser importante e benéfica (Peddie, van Teilingen, & Bhattacharya, 2005; Sewall & Burns, 2006 citados por Ramos, 2011). Por vezes, esta resulta de um processo de decisão ponderado, maduro, em que o casal, por diversos motivos, opta por desistir do seu projeto parental em benefício de outros projetos pessoais e familiares, escolhendo um projeto de vida futuro sem filhos, ou, então, pelo abandono da parentalidade biológica, optando pela adoção (Ramos, 2011).

O avanço tecnológico na área da medicina reprodutiva tem feito com que muitos casais inférteis decidam procurar apoio e aconselhamento, na esperança de que haja uma cura para a sua infertilidade e que o seu desejo de parentalidade possa ser realizado (Cudmore, 2005; Schmidt *et al.*, 2003 citados por Gomes, 2009). A introdução das técnicas de RMA tornou-se o avanço da ciência mais significativo no tratamento da infertilidade (Couto, 2011). No final da década de 1970 foi relatado o primeiro nascimento de uma criança, a partir de uma fertilização extracorpórea, confirmando o êxito do homem em solucionar situações de conflitos que se apresentavam aos casais em busca da concretização do projeto parental (Faria *et al.*, 2012).

Sempre que a correção do problema de origem da infertilidade não seja possível ou não tenha sucesso, existe a possibilidade de recurso às técnicas de RMA para obter uma gravidez. Este é o nome atribuído aos tratamentos que pretendem obter uma gravidez sem recurso a relações sexuais, (Delgado, 2007) referem-se a todos os tratamentos que incluem a manipulação dos gâmetas femininos e masculinos ou de embriões com o objetivo de alcançar uma gravidez (Ramos, 2011).

Existem vários procedimentos disponíveis, utilizados mediante as circunstâncias e combinados de modo a obter as melhores taxas de sucesso, estes incluem a inseminação intrauterina (IIU), a fertilização *in vitro* (FIV), a microinjecção intracitoplasmática (ICSI), a transferência intrafalopiana de gâmetas (GIFT), a transferência intrafalopiana de zigotos (ZIFT) a transferência de embriões criopreservados e a maternidade de substituição (Zegers-Hochschild *et al.*, 2009 citados por Silva, 2011). Estas duas últimas técnicas são consideradas procedimentos adjuvantes e não técnicas propriamente ditas (Boyle *et al.*, 2004 citados por Ramos, 2011). A maternidade de substituição não é, permitida por lei em Portugal. Estão ainda disponíveis como possibilidades para os casais inférteis, outras

técnicas associadas, como a doação de ovócitos, de esperma e de embriões, a criopreservação de esperma e de embriões.

Existe ainda o diagnóstico genético pré-implantatório (DGPI), que se trata de uma técnica muito complexa que permite excluir a existência de alguns tipos de doenças genéticas em cada embrião analisado, e é recomendável em casos de doenças genéticas hereditárias dos progenitores, com origem em alterações conhecidas de um só gene, com risco superior a 25% de transmissão ao feto; anomalias do cariótipo dos progenitores responsáveis por doenças graves, com risco superior a 25% de transmissão ao feto e ainda casos de abortamentos de repetição sem causa aparente.

Perante estas técnicas acima referidas, Wardle & Cahill (2010), referem que todos os casais com problemas de fertilidade pretendem saber quais as suas hipóteses de sucesso, no entanto a resposta pode não ser fácil, pois depende daquilo que cada casal entende por “sucesso”, que pode significar conseguir engravidar ou ter um bebé que nasça vivo, tendo ainda em conta a possibilidade de algumas formas de tratamento terem de ser suspensas se não estiverem a correr bem.

As probabilidades de sucesso dependem também do período de tempo em causa e de quantos ciclos de tratamento são efetuados. A experiência e qualificações dos médicos, enfermeiros e cientistas envolvidos nos tratamentos de fertilidade irão influenciar as probabilidades de sucesso, também podendo haver variações entre as clínicas.

Ainda que a maioria dos tratamentos de fertilidade atuais ofereçam uma probabilidade de sucesso equivalente à de um casal com fertilidade normal, (Wardle & Cahill, 2010), os resultados destes tratamentos têm índices de sucesso relativos e não oferecem resposta para todas as situações. Mesmo quando estes tratamentos são iniciados, pode ser inevitável a sua interrupção antes de obtida uma gravidez. Esta pode decorrer da evidência de problemas médicos que alteram o prognóstico, da situação psicológica do casal, nomeadamente da inconsistência dos objetivos que garantem a instabilidade do casal, da falha repetida do tratamento sem causa conhecida, da desmotivação do casal, da consciência de que foram exploradas todas as possibilidades e por incapacidade económica para suportar os custos dos tratamentos.

CAPÍTULO II

O AJUSTAMENTO À INFERTILIDADE

3 O AJUSTAMENTO A FERTILIDADE

A maior parte das pessoas, em todo o mundo, têm expectativas de vida que incluem o exercício da parentalidade. Contudo, nem todos os casais que desejam uma gravidez irão atingir esse objetivo espontaneamente e uma percentagem desses indivíduos necessitará de intervenção médica para o fazer, através de técnicas de RMA, uma vez que têm problemas associados à capacidade de procriar.

Devido a ser unânime, que a situação de infertilidade provoca sintomas que são habituais nas situações de crise, a transmissão do diagnóstico de infertilidade deverá de ser considerado como um acontecimento stressante de vida.

Deste modo, podem ser identificadas quatro fases principais de resolução: a fase inicial é caracterizada pelo choque e pela negação da situação; numa segunda fase, dá-se a reação à situação (raiva ou depressão); na fase seguinte dá-se a adaptação à nova condição (aceitação) e, finalmente, na última fase, será possível ocorrer a resolução ou planeamento de uma solução (Leal & Pereira, 2005).

A infertilidade é interpretada, como um acontecimento inesperado constituindo um obstáculo à prossecução de um objetivo de vida fundamental para grande parte dos casais, a parentalidade (Clark, Henry, & Taylor, 1991 citados por Ramos, 2011), tendo implicações pessoais, relacionais e sociais: pessoais, porque interfere com o objetivo individual de cada um ser pai/mãe; relacionais, porque a parentalidade inscreve-se, maioritariamente, no contexto de uma relação conjugal, constituindo frequentemente um motivo da sua simbolização (Newton, Hearn, Yuzpe, & Houle, 1992), e sociais, porque a maternidade e a paternidade são identidades marcadamente influenciadas por expectativas sociais (Cassidy & Sintrovani, 2008 citados por Ramos, 2011; Dyer, Mokoena, Maritz, & van der Spuy, 2008; Newton *et al.*, 1992), pelo que o fracasso na concretização desse objetivo pode ter igualmente implicações nos relacionamentos sociais.

Nesse sentido, tanto a mulher como o homem, sentem-se traídos pelo seu próprio corpo (Cooper-Hilbert, 2001, citado por Silva 2011) e diminuídos no seu papel de adultos (Atwood & Dobkin, 1992 citado por Gomes, 2009), na medida em que um distúrbio de fertilidade pode distorcer a avaliação positiva do próprio corpo. Por outro lado, a perda de

atratividade física por causa da doença, o trauma, a idade, a perda de autoaceitação e o desamparo aprendido que advém de repetidos fracassos face à tentativa de conceber podem levar à depressão (Drosdzol & Skrzypulec, 2009). A depressão associada à infertilidade parece resultar da perda de relacionamentos, saúde, *status* social, baixa autoestima, desconfiança, falta de autoconfiança, insegurança e falta de fé no cumprimento dos sonhos (Drosdzol & Skrzypulec, 2009). Desta forma, a infertilidade deve ser considerada uma situação que causa grande sofrimento, assim como dificuldade de realização pessoal, familiar e inserção e que pode interferir nas relações familiares e sociais, no desempenho profissional, e ainda no bem-estar psíquico (Couto, 2011).

O ciclo de esperança / desapontamento, relatado maioritariamente pelos elementos femininos do casal, que participaram de um estudo realizado por Delgado (2007) consiste na dificuldade mais visível, na medida em que, todos os meses, com o início de um novo ciclo, surge a esperança na possibilidade de conseguir uma gravidez mas que se desvanece quando o casal se apercebe que a gravidez não ocorreu, precipitando-se no sentimento de desapontamento gerado pela perda da criança desejada. Os indivíduos inférteis manifestam como principal preocupação, o receio de, apesar de todos os esforços, não realizarem o seu desejo de ter um filho.

Sem dúvida, a vivência da infertilidade é claramente diferente de indivíduo para indivíduo, variando em função do sexo, personalidade, cultura, história pessoal e familiar, assim como do investimento que projetam no futuro filho (Faria, 2001), no entanto, numa revisão elaborada Dunkel-Schetter e Lobel (1991) (citados por Ramos, 2011), as reações emocionais mais descritas na infertilidade são, de um modo geral, negativas, caracterizadas por depressão e sentimentos de perda, frustração, culpa, negação e ansiedade, bem como por perda de controlo (sobre a vida, o corpo, as emoções ou o futuro), entre outras. Num estudo realizado por Delgado (2007) um dos sentimentos mais referidos pelos participantes relativamente à sua infertilidade é a esperança de resolução do problema e de concretização do desejo de terem um filho. Existe ainda, o sentimento de domínio da infertilidade sobre as suas vidas. A infertilidade é percebida como mais ameaçadora do bem-estar pelos indivíduos e casais para quem a parentalidade é um objetivo de elevada importância na vida, gerando por isso maior *stress*. Aqueles para quem a parentalidade é avaliada como um objetivo menos central tenderão a avaliar a infertilidade como menos ameaçadora e, portanto, terão menor risco de inadaptação (Stanton & Dunkel-Schetter, 1991 citados por Ramos, 2011). Faria *et al* (2012) refere que, se por um lado, o grau de escolaridade proporciona aos indivíduos facilidade de entendimento e busca de conhecimento sobre as questões que envolvem o tratamento, por outro, pode torná-los mais vulneráveis às mudanças positivas ou negativas.

3.1 AS ESTRATÉGIAS DE AJUSTAMENTO

Também a Associação Portuguesa de Fertilidade (2011), considera que as pessoas são afetadas de modo diferente pela infertilidade. Este facto tem ainda que ver com a forma como o homem e a mulher aprendem a pensar, agir e exprimir os sentimentos.

A mulher poderá sentir-se individual e socialmente mais responsabilizada pela infertilidade e, em consequência, desenvolver sentimentos especialmente negativos. Sendo ela objeto de boa parte dos tratamentos, a dor, a raiva e o medo podem conduzir à ansiedade e à depressão, situações que são muito mais frequentes nos casais inférteis do que na população em geral. A tensão causada por estes sentimentos acaba por agravar a relação do casal.

O homem tem geralmente maiores dificuldades em exprimir sentimentos quando confrontado com a infertilidade, podendo inclusive negar o problema ou a realização de testes e até de tratamentos. Existe uma tendência para centralizar a energia no trabalho, podendo ainda sentir-se agredido pela intensidade dos sentimentos da sua parceira, aspeto que dificulta o apoio mútuo. É também referido por Wardle & Cahill, (2010), que os homens com problemas de espermatozoides experimentam muitas vezes ansiedade e dificuldades emocionais devido à confusão entre fertilidade e virilidade.

Destacamos um estudo (Wirtberg, Moller, Hogstrom, Tronstad, & Lalos, 2007 citado por Ramos, 2011) que, ao avaliar, 20 anos após a realização dos tratamentos de fertilidade, a adaptação psicológica à infertilidade em mulheres, mostrou que o impacto negativo da infertilidade estava a ser particularmente intenso no momento em que as mulheres das suas relações próximas começavam a ser avós. É ainda importante ter em conta que este obstáculo não se circunscreve apenas ao momento da transição para a parentalidade, prolongando-se para toda a vida, dado que a parentalidade é, de todos os papéis que um indivíduo pode desempenhar ao longo da sua vida, provavelmente o mais definitivo (Canavarro, 2001).

A Associação Portuguesa de Fertilidade (2011), refere que a infertilidade é uma experiência cuja intensidade flutua continuamente, cada pessoa sente, diferentes necessidades e emoções ao longo do tempo, devendo encontrar formas de ultrapassar as diversas situações, apontando para isso algumas sugestões, nomeadamente:

- Ter presente que a infertilidade pode ser um período difícil na vida

A infertilidade pode ser uma das situações mais difíceis que alguma vez, um indivíduo já tenha enfrentado, a ponto de por em causa as expectativas mais básicas em relação a si próprio e ao seu relacionamento, sendo normal a sensação de perda, a tensão e a depressão.

- Querer informar-se

Cada indivíduo deve ler tudo o que conseguir e não ter receio em fazer perguntas. Isto, é essencial em qualquer área, mas é especialmente importante na área da infertilidade, onde a tecnologia é complexa e as técnicas evoluem continuamente. Falar com o médico e compreender as opções disponíveis vai permitir tomar decisões conscientes.

- É essencial não se culpar

Os sentimentos negativos só pioram a situação, desta forma, quando um indivíduo começa a sentir o que “deveria fazer” ou o que “poderia ter feito”, deve tentar lembrar-se de que a infertilidade não é culpa sua, concentrar-se no presente, no futuro e na forma como pode lidar efetivamente com a situação, é a melhor opção.

- Manter sempre a união emocional

Nesta fase, os indivíduos no casal podem sentir-se adversários. É fundamental não atribuir culpas a ninguém. Isto não implica que tenham que sentir o mesmo, na verdade, muitos especialistas consideram que os casais raramente estão em sintonia, mas é necessário compreender os sentimentos do outro. Sendo um problema comum, a dois resolve-se com maior sucesso.

- Procurar ajuda

A sociedade falha frequentemente no reconhecimento da dor causada pela infertilidade, levando os que dela sofrem a esconderem os seus sentimentos. Este facto contribui para o sentimento de vergonha e de isolamento. É, desta forma, aconselhável procurar grupos que estejam numa situação idêntica, para se sentir e saber que não se está só. Falar abertamente alivia a tensão e contribui positivamente para se conseguir a gravidez desejada.

- Ser realista

No que se refere aos tratamentos de infertilidade não há garantias absolutas. Manter-se realista permite ao indivíduo fazer escolhas mais acertadas.

- Encontrar outros motivos de interesse

Apesar, de os indivíduos, sentirem que o tratamento de infertilidade os absorvem durante todo o tempo, é importante participar em atividades ou passatempos que sejam agradáveis. Por vezes as antigas atividades tornam-se dolorosas, devido ao facto de os amigos já serem pais, nestes casos os indivíduos devem procurar novas atividades que proporcionem felicidade.

- Fazer pausas e definir limites

Só os elementos do casal podem definir os seus limites, devendo fazê-lo na medida do possível. Há determinadas perguntas que podem e devem ser feitas quando o tratamento começa a pesar. Por vezes, a interrupção temporária do tratamento pode aliviar a tensão e permitir recuperar algum equilíbrio. Abordar o assunto com a equipa e analisar até que ponto interromper ou mesmo desistir do tratamento pode ou não ser benéfico.

Estas sugestões parecem fáceis de seguir para um indivíduo que não esteja a vivenciar a situação, no entanto a infertilidade é uma crise complicada e psicologicamente ameaçadora e desafiadora, com sentimentos como confusão, frustração, medo, isolamento, raiva, vergonha e culpa associados. Uma percentagem significativa de pessoas apresenta sinais clínicos, tais como a incapacidade de se adaptar ao problema e inadequadas reações emocionais, o que destaca a importância das intervenções psicológicas e psicoterapêuticas (Ramazanzadeh *et al.*, 2009 citados por Couto, 2011).

Segundo Delgado (2007), o atendimento numa perspetiva holística melhora os resultados em saúde, aumenta a satisfação dos utentes e da equipa, reduz as reações psicológicas negativas e contribui para que os utentes tenham uma experiência mais positiva e melhorem de forma significativa o seu ajustamento à situação que se encontram a vivenciar. Ao nível das instituições de saúde torna-se necessário uma adequação da sua organização no sentido de melhorar o acolhimento e atendimento dos casais, tornando o espaço físico acolhedor e funcional, reduzindo os tempos de espera e adequando a dotação de pessoal de forma a diminuir o constrangimento decorrente da pressão da falta de tempo, pois se existe um espectro previsível de respostas à infertilidade, então a intervenção deve ser planeada no sentido de ajudar o casal a vivenciar o percurso da sua infertilidade, o caminho das suas emoções, da melhor forma possível.

Desta forma a ajuda de técnicos especializados, o apoio significativo de outros e a passagem do tempo, tendem a promover nos indivíduos e na maioria dos casais o ajustamento ao seu destino como casais biologicamente sem filhos e a continuar a construir uma vida significativa e satisfatória que pode ou não incluir a paternidade (Daniluk & Tench, 2007).

CAPÍTULO III

A SATISFAÇÃO CONJUGAL E A INFERTILIDADE

4 A SATISFAÇÃO CONJUGAL E A INFERTILIDADE

De acordo com Graham *et al* (2011) (citados por Silva, 2011), ao longo dos tempos, a temática mais estudada no âmbito das relações conjugais tem sido a da satisfação conjugal.

Tal como a própria origem da palavra satisfação indica – *facere satis* – *fazer o bastante*, este é um conceito que remete para uma avaliação sobretudo positiva do outro e da relação (Narciso, 2001).

Wagner e Falcke (2001) (citados por Couto, 2011) destacam que a satisfação conjugal é um constructo de complexa definição. Tal complexidade deve-se ao facto de que ela é composta por diferentes variáveis, desde as características de personalidade dos cônjuges às experiências que eles trazem das suas famílias de origem, até a maneira como eles constroem o relacionamento a dois. Este é um termo que tem despoletado alguma divergência ao longo dos anos, implicando uma avaliação pessoal do casamento, o que apenas permite a sua análise do ponto de vista dos cônjuges, tendo sido reservada a expressão satisfação conjugal para os sentimentos pessoais e avaliação subjetiva do indivíduo face ao casamento (Narciso e Ribeiro, 2009). Porém, é de salientar que a satisfação conjugal tem uma influência que varia consoante a fase do ciclo de vida em que o casal se encontra.

O relacionamento conjugal está associado à saúde e qualidade de vida, principalmente nos anos de maturidade e velhice, embora o facto de um casamento durar não necessariamente signifique que o mesmo seja satisfatório para os cônjuges. De qualquer modo, segundo Costa (2005), a conjugalidade é fundamental para o bem-estar psicológico e social dos indivíduos.

A relação conjugal distingue-se, ainda, dos restantes sistemas relacionais pelo facto de o casal ser o precursor da família (Shorter, 1981 citado por Pina Prata, 2008), estabelecendo-se enquanto a unidade primordial que vai permitir a renovação dos laços e das gerações ao longo do tempo: «*É da relação conjugal – resultante de um querer livre de marido e mulher – que partem todas as outras – paternidade, maternidade, filiação, fraternidade, parentesco*» (Narciso & Ribeiro, 2009, p. 50).

Lopes (2009), refere que a satisfação conjugal é considerada uma fonte privilegiada de bem-estar, contribuindo de um modo significativo para a felicidade individual. A vivência da conjugalidade vai ainda ser importante na forma como o casal gere a transição para a parentalidade, nomeadamente para a mulher.

Greil *et al.* (1988) e Schmidt (1996) (citados por Ramos, 2011) reconhecem que a infertilidade pode reforçar a coesão do casal, fortalecendo o seu casamento. Contudo, também é suportada cientificamente a perspetiva que enfatiza a ideia de que a infertilidade concorre para a deterioração da relação conjugal, revelada na hostilidade, na perda de prazer sexual devido ao objetivo central de procriar, podendo mesmo culminar na separação e no divórcio (Andrews *et al.*, 1991; Costigan, 1993; Greil, 1997 citados por Ramos, 2011). Relativamente à perspetiva que sustenta a existência de um impacto negativo da infertilidade sob a qualidade relacional, são referenciadas várias causas que concorrem para a deterioração das relações conjugais, de entre as quais sobressaem os sentimentos de culpa (van Balen & Trimbos-Kemper, 1994; van Balen, Trimbos-Kemper & Verdurmen, 1996 citados por Silva, 2011), a diminuição da autoestima (Abbey, Halman & Andrews, 1992), os sentimentos de invalidez enquanto homem ou mulher (Lee *et al.*, 2001) a deterioração da vida sexual (van Balen & Trimbos-Kemper, 1994 citados por Ramos, 2011; Oddens, den Tonkelaar & Nieuwenhuys, 1999) e, ainda, a escassa comunicação (Wright *et al.*, 1991 citado por Silva, 2011). Em boa verdade, o facto de os casais tornarem a sua vida quotidiana monótona, devido às incessantes tentativas para conceberem um filho, pode conduzir ao aparecimento de ressentimentos, quando um dos elementos do casal está mais motivado e implicado no processo do que o outro (Coeffin-Driol & Giami, 2004 citados por Silva, 2011).

Um aspeto importante prende-se com o modo como a problemática da infertilidade é percecionada pelo casal: os casais que perspetivam a experiência da infertilidade como algo incontrolável e devastador para as suas vidas, não só reportam um maior número de problemas conjugais (Greil, Gannon, Sherr, & Abel, 1988, citados por Gomes 2009), como perdem o verdadeiro significado do conceito “ser família” ao focarem-se apenas na incapacidade biológica de conceberem uma criança (Cooper-Hilbert, 2001 citado por Silva, 2011). A semelhança entre as perceções formuladas pelos dois elementos do casal face a infertilidade também é uma variável importante para a satisfação conjugal, visto que os casais inférteis que avaliam congruentemente a sua condição, e possuem desejos de parentalidade semelhantes, experimentam níveis de satisfação marital mais elevados (Peterson *et al.*, 2003 citados por Gomes, 2009). Pontos de vista divergentes entre os parceiros acerca de como a infertilidade influencia o seu relacionamento ou a importância de ter uma família podem dificultar a comunicação positiva. As mulheres são pessoalmente

afetadas, o que pode levar a um sentimento de isolamento e depressão (Peterson *et al.*, 2003 citados por Gomes, 2009).

Referimos aqui os resultados de um estudo realizado por Ramos (2011), que sugerem o papel moderador da relação conjugal, nomeadamente da satisfação com a relação conjugal e da resolução de conflitos no casal, na associação entre a experiência de infertilidade (a necessidade da parentalidade e a duração dos problemas de fertilidade) e a perturbação emocional um ano mais tarde. Especificamente, verificou-se que os casais que apresentam elevada satisfação na relação com o/a companheiro/a e com a forma como, no contexto da sua relação, lidam com os seus conflitos, apresentam sempre valores baixos de depressão independentemente do grau de necessidade da parentalidade e da duração da sua infertilidade; o mesmo já não acontece nos participantes que revelaram maior insatisfação na relação e com a resolução de conflitos no âmbito da sua relação.

De referir a importância que o fator temporal exerce na qualidade relacional do casal a vivenciar a infertilidade, dado que quanto mais o processo da infertilidade se prolonga, mais o funcionamento conjugal se deteriora. Berg e Wilson (1991) reportam que nos primeiros dois anos de tratamento, os casais demonstram, frequentemente, elevados níveis de satisfação conjugal, embora no terceiro ano estes diminuam.

Os resultados do estudo já referido anteriormente, realizado por Ramos (2011) mostram ainda, que a experiência de infertilidade, nomeadamente a sua duração, está associada a maiores dificuldades emocionais (no caso, sintomatologia depressiva), mas apenas nas situações em que os participantes se mostravam menos satisfeitos com a forma como os conflitos eram geridos na relação. Quando os participantes mostravam estar satisfeitos com a capacidade de o casal resolver os seus conflitos, e se mostravam satisfeitos na sua relação, não havia qualquer impacto da experiência da infertilidade na depressão.

Jonaidy e colaboradores (2009) (citados por Couto, 2011) constataram que problemas de infertilidade não afetaram a diminuição da satisfação conjugal em mulheres inférteis. Outro autor verificou no seu estudo que a satisfação conjugal de mulheres sem filhos parece bastante semelhante ao de mães adotivas e biológicas (Leiblim *et al.*, 1998 citados por Ramos, 2011) ainda Drosdzol & Skrzypulec (2009), constataram que os conflitos conjugais intensificaram-se no período de três a seis anos de duração do problema de infertilidade, tanto entre os homens como entre as mulheres.

A ajuda de técnicos especializados, o apoio significativo de outros e a passagem do tempo tendem a promover nos indivíduos e na maioria dos casais o ajustamento ao seu

destino como casais biologicamente sem filhos e a continuar a construir uma vida significativa e satisfatória que pode, ou não, incluir a paternidade (Daniluk & Tench, 2007).

Outra variável encontrada relaciona-se com a partilha de experiências entre o casal infértil: os casais que falam abertamente sobre a sua problemática, as suas esperanças e desapontamentos, também encontram menos dificuldade em conversar com os outros sobre este assunto, fazendo com que o apoio por eles recebido promova o apoio mútuo e uma maior satisfação conjugal (Cudmore, 2005 citado por Gomes, 2009). Pelo contrário, os casais que negam ou encobrem as suas frustrações e que, simultaneamente, afirmam que a sua relação conjugal não é alvo de tensões ou conflitos, tendem a sentir-se progressivamente mais isolados e menos satisfeitos com o seu casamento (Cudmore, 2005 citado por Gomes, 2009). Aliás, a difícil comunicação com o parceiro mostrou-se um preditor de pior ajustamento conjugal (Schmidt, Holstein, Christensen, & Boivin, 2005 citados por Ramos, 2011).

4.1 A VIDA CONJUGAL E A INFERTILIDADE

A satisfação conjugal e o ajustamento familiar afetam a saúde mental, a satisfação com a vida, realizações profissionais, e interações sociais. De entre os fatores que podem afetar a satisfação conjugal e o ajustamento familiar, um dos mais importantes é a fertilidade. Os autores teorizam que a infertilidade põe em causa duas funções principais do casamento: o controlo sobre um mundo privado e a paternidade (Myers & Wark, 1996 citados por Couto, 2011).

Segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (2011), saber que se sofre de infertilidade constitui um choque e pode causar um sofrimento muito profundo no casal, obrigando-o a repensar alguns aspetos da vida em comum até então tidos como certos: uma família com filhos; a continuidade genética; a experiência da gravidez e do nascimento; o sentido do casamento ou da vida conjugal e a própria sexualidade.

A dificuldade em cumprir o desejo de ter um filho pode fazer pensar que algo está errado na relação. Muitos casais veem como principal objetivo de vida ter um filho e a incapacidade para ter esse filho pode perturbar os alicerces da relação. A dinâmica conjugal tem um papel importante na vivência da infertilidade, assim como esta tem impacto na vida conjugal e na satisfação sexual ao longo do processo de diagnóstico e tratamento. O stress relacionado com a vivência desta situação pode ter como consequência, o aumento dos

conflitos conjugais (World Health Organization, 2002 citada por Delgado, 2007), podendo ocorrer a deterioração da relação conjugal durante o progresso da intervenção terapêutica.

No entanto, considera-se que a infertilidade é hodiernamente encarada como um processo promotor do benefício conjugal, para uns, e da deterioração conjugal, para outros. Neste plano, as suas consequências estão dependentes da forma como o casal lida com os fatores adversos, de origem interna ou externa, emergentes ao longo do processo. O stress, por sua vez, apresenta-se como um desses fatores provenientes da vivência de um acontecimento não normativo, como é a infertilidade, podendo prejudicar gravemente a qualidade da relação de casal e comprometer o sentido de vida que os seus elementos até então haviam construído a dois (Silva, 2011). Assim sendo, alguns autores defendem que a infertilidade tem um efeito positivo na relação de casal, porquanto ao ser um acontecimento adverso promove a sua coesão para enfrentar esta problemática (Greil, Leikto & Porter, 1988; Schmidt, 1996; Tjornhoj-Thomsen, 1999 citados por Ramos, 2011); por sua vez, outros autores advogam que a infertilidade desempenha um efeito negativo no casal podendo gerar conflitos, problemas de comunicação e falta de empatia passíveis de o conduzir à sua separação (Andrews, Abbey & Halman, 1991; Berg & Wilson, 1991; Costigan, 1993; Greil, 1997 citados por Ramos, 2011).

De acordo com alguns autores, certos casais consideram que a vivência da infertilidade deu origem a um aumento da proximidade (Callan, 1987; Leiblum, Kemmann & Lane, 1987 citado por Leal & Pereira, 2005), comunicação, envolvimento intenso no processo de tratamento, reforço no apoio emocional, sentimento de compromisso, lealdade, sensibilidade face ao outro, aumento da confiança mútua e intimidade (Leiblum, Kemmann e Lane 1987, citados por Leal & Pereira 2005), promovendo a união entre o casal e criando novos canais de comunicação e de resolução de dificuldades (Callan, 1987 citado por Ramos, 2011). A infertilidade pode aumentar o crescimento pessoal, ativar recursos e fortalecer as relações conjugais, como acontece com outras crises de vida (Repokari *et al*, 2007 citados por Couto, 2011), podendo, também, estar relacionada com o isolamento do casal, levando os conjugues a apoiarem-se exclusivamente um ao outro.

Desta forma, Ramos (2011) considera que a infertilidade ultrapassa claramente a dimensão diagnóstica e clínica para se revestir de significações que afetam o bem-estar e a adaptação dos indivíduos. Esta significação é, sem dúvida, um processo idiossincrático, pois depende largamente dos significados atribuídos à parentalidade, deste modo, tem um impacto diferente em cada casal (e em cada membro do casal), pois é vivenciada de forma distinta, em função das suas experiências prévias, dos objetivos de vida, da história clínica passada, do contexto familiar e do contexto social em que está inserido, entre outros fatores. Verifica-se também que além de enfrentar problemas nos órgãos do corpo, os casais

inférteis têm problemas psicológicos, como a depressão, ansiedade, agressividade, sentimento de culpa, crítica, medo, sentimento de descontentamento, inveja, solidão, falta de autoestima, queixas somáticas, dificuldades interpessoais, falta de confiança, sentimento de não ser desejado, falta de flexibilidade com o seu parceiro, e insatisfação sexual (Ramazanzadeh *et al.*, 2009 citados por Couto, 2011). O sexo pode tornar-se tarefa, dissociando-se do prazer; além disso, pode haver uma diminuição na frequência sexual (Monga, *et al.*, 2004).

Parece ser mais clara a associação entre o funcionamento sexual e a satisfação no relacionamento sexual em momentos específicos do percurso de infertilidade, como sejam o processo de avaliação da causa (Saleh, Ranga, Raina, Nelson, & Agarwal, 2003) e os tratamentos de RMA. Tem-se verificado que, durante a experiência de infertilidade, a relação sexual pode tornar-se metódica, previsível e monótona, ao ser instrumentalizada para a concepção (Burns, 1999; Greil, Leitzo, & Porter, 1989 citados por Ramos, 2011), e durante o tratamento a satisfação tende a diminuir (Berg & Wilson, 1991; Verhaak *et al.*, 2001 citados por Ramos, 2011).

Num estudo realizado por Faria *et al.* (2012), as variáveis sociodemográficas escolaridade, renda mensal, anos de coabitação, tempo de infertilidade, FIV e ICSI foram responsáveis por alterações negativas no aspeto emocional dos casais inférteis.

Um outro estudo realizado por Ramos (2011) mostrou que há variabilidade na adaptação dos casais à infertilidade e à RMA, indicando que esta depende da história da infertilidade (a duração da infertilidade e o número de ciclos de RMA realizados), de fatores relacionais (a maior satisfação com a relação conjugal e com a resolução de conflitos no casal modera a associação entre a história da infertilidade ou a necessidade da parentalidade no tratamento e a depressão um ano mais tarde), e de fatores socioculturais (casais com nível socioeconómico mais baixo e provenientes de meio não-urbano tendem a apresentar maior dificuldade em lidar com a infertilidade, originando dificuldades emocionais).

Os resultados de Ramos (2011) mostram ainda, que a perturbação emocional durante a realização do tratamento é mais intensa nas situações em que há uma maior valorização da parentalidade e mais dificuldades dos casais se perspetivarem no futuro sem filhos; mostram ainda que quando os casais são confrontados com a menor probabilidade de engravidarem, parecem aceitar melhor a sua condição de sem filhos, vivendo o tratamento de forma emocionalmente menos intensa.

Os casais demonstram sentimento de luta no decorrer do tratamento e, quando não se obtém uma gestação ao final do ciclo, eles fazem desse sentimento o alicerce para iniciar

mais um ciclo em busca da realização do projeto parental. Além disso, os casais podem gerar sentimentos de frustração, em maior ou menor proporção, dependendo da idade da mulher e do tempo da infertilidade (Faria *et al*, 2012).

O sentimento de culpa de não poder realizar o desejo de paternidade do parceiro, leva muitas vezes a mulher ou homem inférteis a considerar a hipótese de divórcio, de forma a possibilitarem ao outro a hipótese de constituir uma família com filhos. Aliada à culpa surge a tristeza de saber que a sua infertilidade significa também o sofrimento de outros, candidatos a avós, tios, padrinhos ou amigos que adiam esse compromisso. Estes sentimentos de culpa geram diminuição da autoestima e da autoconfiança o que acarreta como consequências um elevado sofrimento pessoal e implicações no desempenho profissional, no relacionamento conjugal, familiar e social (Delgado, 2007).

Na maioria dos casos, a infertilidade tem um forte impacto na situação emocional do casal (Lopes, 2010), este impacto gera transtornos emocionais individuais ou conjugais e também contribui para o surgimento e/ou agravamento dos problemas conjugais (Faria *et al*, 2012). Para Maluf e Vasconcelos (2001) citados por Souza (2005), a vivência de problemas com a fertilidade provoca modificações na vida de casais que, ao necessitarem de avaliações ou se submeterem a tratamento, experimentam uma avalanche de emoções e sentimentos que interferem na sua autoestima, nos seus planos e desejos para o futuro e sem dúvida no seu relacionamento pessoal.

A infertilidade torna-se o assunto central na vida dos indivíduos que dela sofrem, constituindo uma fonte de sofrimento psicológico e social, tanto para as mulheres como para os homens, colocando a relação conjugal sob uma forte pressão (World Health Organization, 2002 citada por Delgado, 2007).

Segundo Reed (2001) (citado por Delgado, 2007), para alguns casais, a infertilidade torna-se na maior obsessão das suas vidas. Pelo que a infertilidade pode afetar a adaptação do casal não só no momento em que este pretende engravidar mas, no caso de a parentalidade não ser alcançada, para o resto das suas vidas (Ramos, 2011). De acordo com Leiblum *et al* (1998) e colaboradores (citados por Ramos, 2011), a "crise de infertilidade" nunca é completamente resolvida e o desejo de paternidade pode prontamente reacender-se com novas técnicas de RMA promissoras de sucesso.

Também a Associação Portuguesa de Fertilidade (2011), considera que a infertilidade provoca mudanças significativas no relacionamento do casal. Quando o apoio mútuo conduz a uma maior partilha e intimidade pode fortalecer os laços entre os parceiros, mas quando os tratamentos se repetem e se prolongam por muito tempo, pode também provocar sentimentos de culpa, de ressentimento e de rutura no seio do casal.

Frequentemente inicia-se uma família na altura mais favorável e até à gravidez utilizam-se contraceptivos durante anos, até se atingirem determinados objetivos, sejam económicos, pessoais ou profissionais. Contudo, com o aparecimento da infertilidade, os projetos deixam de fazer sentido e perde-se frequentemente o controlo sobre a vida e as emoções.

Estes casais experimentam, em muitos aspetos, uma sensação de perda ou falta, concentrando-se nos filhos que não conseguem ter. Uns lidam bem com tudo isto e outros não tão bem. O apoio e compreensão da família e dos amigos mais próximos podem ser valiosos, mas infelizmente, nem sempre é assim. Os casais que nunca viveram a dor emocional de não conseguir ter filhos podem ter dificuldade em compreender a profundidade e duração da tristeza que isso provoca (Wardle & Cahill, 2010).

Estes casais poderão ter o desgosto de não dar continuidade às suas famílias, sendo, diversas vezes, invadidos por emoções desagradáveis face a outros indivíduos que tiveram facilidade em procriar, (Leal & Pereira 2005), tais como o ciúme e a raiva, podendo levar ao impedimento do casal comparecer a eventos sociais, como aniversários de crianças. O casal pode tornar-se furioso com outros casais que conseguiram uma gravidez sem realmente tentar (Watkins & Baldo, 2004 citados por Ramos, 2011), levando, muitas vezes, ao seu isolamento social (Leal & Pereira, 2005; Leiblum *et al.*, 1998 citados por Ramos, 2011). Como exemplo referimos os participantes de um estudo realizado por Delgado (2007) que referem dificuldades sentidas intensamente durante o decurso da sua infertilidade. O contacto com grávidas é uma das dificuldades mais sentidas pelas mulheres, na medida em que os sinais da fertilidade de outros são uma penosa lembrança da possibilidade que não está ao seu alcance, produzindo, por vezes, o sentimento de frustração e inveja. É também apontada a pressão externa para ter um filho como uma dificuldade sentida pelo casal, por se confrontar com a incapacidade de realizar o objetivo sociocultural que lhes é atribuído.

Muitas vezes, também o sofrimento e os sentimentos de culpa podem levar ao isolamento do companheiro, o que produz um afastamento entre os elementos do casal. Também a depressão surge frequentemente associada à infertilidade, na medida em que “*o reconhecimento de que nunca se poderá ter filhos pode causar um profundo sentimento de perda*” (Bryan e Higginns, 2001, p. 180).

Em suma podemos referir que ultrapassar o facto de não poder ter filhos pode levar anos. Por vezes, esta adaptação será mais fácil se o casal sentir que fez todos os possíveis para conseguir engravidar, mesmo que isto implique uma tentativa final de tratamento, que tem muito poucas probabilidades de sucesso. As enfermeiras e os médicos das clínicas de

infertilidade tentam ajudar os casais a lidar com a sua infertilidade, a difícil decisão de parar o tratamento pode, por vezes, libertar um casal para seguir em frente com a sua vida.

É importante que os casais reconheçam que a sua incapacidade de conceber não deve afetar a forma como se veem enquanto homens ou mulheres e que isto não é um reflexo da sua atividade sexual (Wardle & Cahill, 2010).

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

5 METODOLOGIA

Tendo por base o quadro teórico, elaborou-se este capítulo onde definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudarão a dar respostas às questões de investigação. Os métodos seguidos serão apresentados e explicados no decorrer das várias etapas do processo de pesquisa, integrando uma sequência de operações, que compreendem: conceptualização e objetivos do estudo, formulação de questões de investigação, definição de variáveis, instrumento de colheita de dados, determinação da amostra, procedimentos desenvolvidos e tratamento estatístico.

5.1 MÉTODOS

Falar de infertilidade é, segundo Esteves (2009), falar na impossibilidade de concretizar o desejo, que se enreda entre tantos outros, de ter um filho; é falar do impacto na vida interior de cada um dos elementos do casal.

Assim a infertilidade apresenta-se como assunto pertinente, deveras atual, com acontecimentos reveladores do peso da problemática aos mais diversos níveis de fatores da sociedade, aparece também como elemento perturbador/desencadeador de mal-estar/doença. (Esteves, 2009)

A satisfação conjugal e o ajustamento familiar afetam a saúde mental, satisfação com a vida, realizações profissionais, e interações sociais. É também uma das características mais importantes de satisfação com a vida. De entre os fatores que podem afetar a satisfação conjugal e o ajustamento familiar, um dos mais importantes é a fertilidade.

O estudo da satisfação conjugal também tem sido desenvolvido no âmbito da infertilidade com o objetivo de se averiguar o impacto que esta problemática tem na qualidade de um casamento. Porém, a divergência de resultados patente na literatura conduziu a duas perspectivas opostas relativamente a esta questão. Por um lado, a

infertilidade é percebida como uma experiência que oferece uma oportunidade de crescimento ao casal (Shapiro, 1982 citado por Gomes, 2009), na medida em que funciona como um desafio que aumenta a união entre o casal e cria novas linhas de comunicação e de resolução de problemas (Callan, 1987 citado por Ramos, 2011). Por outro lado, a infertilidade constitui um ponto de viragem, a partir do qual se esgotam os vários recursos da relação conjugal e surgem problemas que nunca tinham sido abordados pelo casal até esse momento (Andrews *et al.*, 1991; Greil, 1997 citados por Ramos, 2011).

Tendo em conta estas referências, propomos a realização do presente estudo que pretende descrever se a Infertilidade e o Ajustamento à Fertilidade influenciam a Satisfação Conjugal nas mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Após um complexo processo do conhecimento prévio da problemática em estudo, evidenciou-se o que pareceu vir a ser mais pertinente, no sentido de dar possíveis respostas à seguinte problemática:

Que fatores influenciam a Satisfação Conjugal em casais com problemas de Infertilidade?

Neste estudo focalizámos o interesse naquilo que nos pareceu vir a ser mais pertinente, dividindo-o em dois estudos, o primeiro referente à satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade, e o segundo complementando o primeiro referente ao ajustamento à fertilidade dessas mesmas mulheres. Como objetivo geral pretendemos com as investigações realizadas, verificar se a infertilidade e o ajustamento à fertilidade influenciam a satisfação conjugal. Após delinear o objetivo geral surgiram os objetivos específicos do primeiro estudo:

- Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico da mulher, assim como o tempo de infertilidade e início e duração dos tratamentos;
- Relacionar as variáveis sociodemográficas e obstétricas, tempo de infertilidade e início e duração de tratamentos com a satisfação conjugal;

Neste estudo, pretendemos dar respostas às seguintes questões:

- ***Qual a influência das variáveis sociodemográficas na satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade?***
- ***Que impacto têm as variáveis obstétricas e antecedentes pessoais na satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade?***

Relativamente ao segundo estudo delinear os seguintes objetivos:

- Relacionar as variáveis sociodemográficas e obstétricas, tempo de infertilidade e início e duração de tratamentos com o ajustamento à fertilidade;

- Relacionar o ajustamento à fertilidade com a satisfação conjugal.

Neste segundo estudo, pretendemos dar respostas às seguintes questões:

- ***Qual a influência das variáveis sociodemográficas no ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade?***
- ***Que impacto têm as variáveis obstétricas e antecedentes pessoais no ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade?***
- ***Que impacto terão as variáveis do ajustamento à fertilidade, idade e número de gestações anteriores na satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade?***
- ***Qual a relação entre o ajustamento à fertilidade e a satisfação conjugal?***
- ***Em que medida o ajustamento à fertilidade, a idade e o número de gestações anteriores são preditoras da satisfação conjugal?***

Deste modo para melhor dar cumprimento às questões de investigação e aos objetivos dos nossos estudos, foi delineado o seguinte esquema de investigação, que se apresenta sob a forma pictórica:

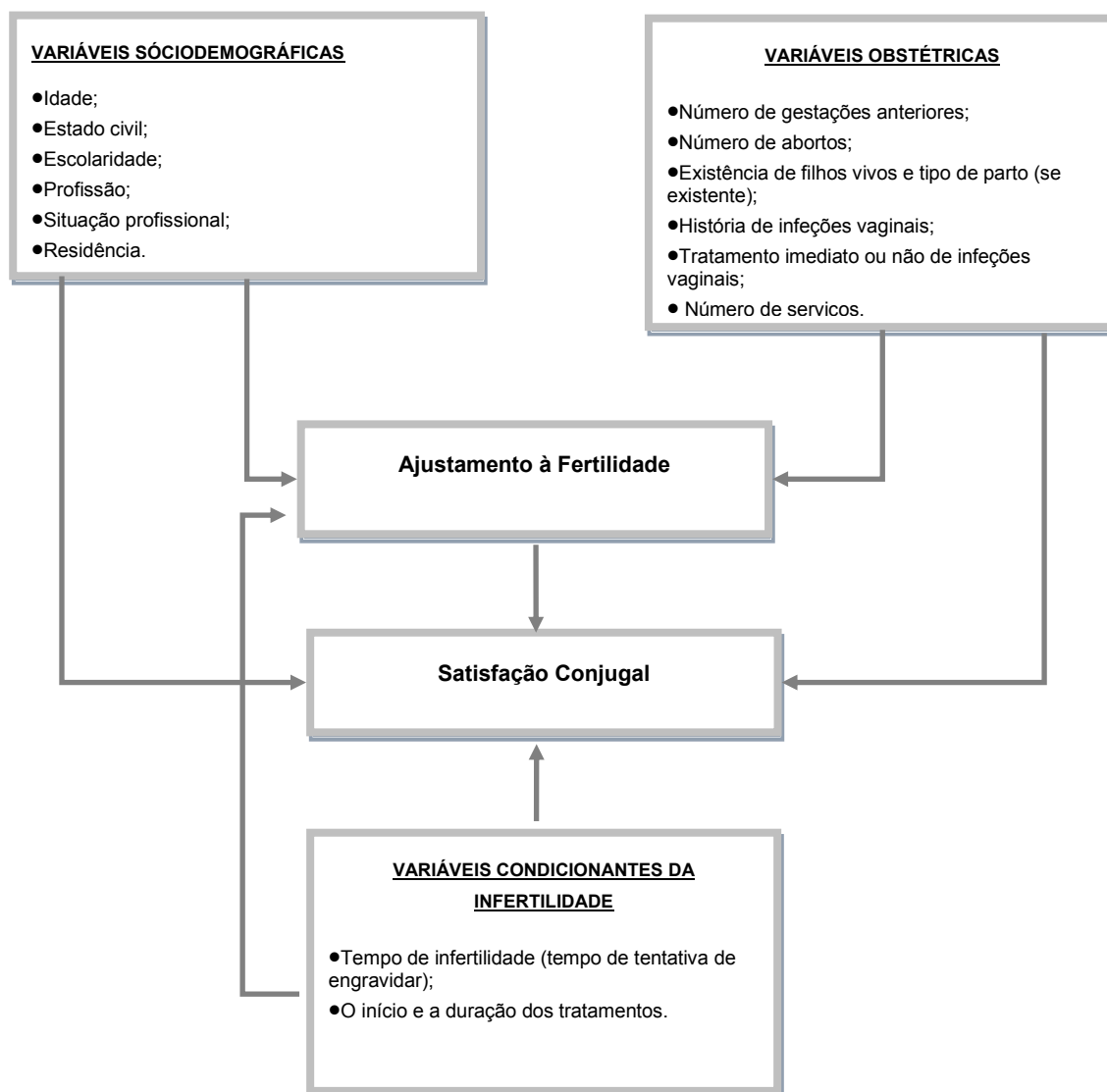


Figura 1 – Desenho de Investigação do estudo

Para o desenvolvimento desta temática concebeu-se um estudo de natureza não-experimental, quantitativo, em corte transversal, descritivo e correlacional.

O desenho do estudo enquadra-se no tipo de investigação não-experimental, pois não procura manipular as variáveis em estudo. Segue os métodos do estudo de análise quantitativa, uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação. Trata-se de estudo transversal, pois caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo. Possui as características de um estudo descritivo e correlacional, pois se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis, especificando as suas propriedades e características oferecendo

ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Duarte, 2011), ou como refere Fortin (2009), assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar as variáveis.

5.2 PARTICIPANTES

Este estudo foi desenvolvido na Unidade de Medicina Reprodutiva de um Centro Hospitalar da Beira Interior do país.

A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: mulheres que se encontrem a receber acompanhamento em consultas de infertilidade, na Unidade de Medicina Reprodutiva em questão e que concordem em participar no estudo.

Utilizamos um tipo de **amostragem** não probabilística por conveniência, uma vez que, os elementos da amostra foram selecionados em razão da sua presença num local, num dado momento (Fortin, 2009), sendo formada por 106 mulheres, que se encontram a ser acompanhadas na consulta de infertilidade, no período compreendido entre 2 de Janeiro de 2013 e 28 de Junho de 2013.

Caracterização sociodemográfica da Amostra

Neste ponto abordamos as características gerais da amostra como a idade da mulher, estado civil, escolaridade, profissão, situação profissional e local de residência.

Idade

As estatísticas relativas à idade revelam que as mulheres apresentam uma idade mínima de 19 anos e uma idade máxima de 42 anos, ao que corresponde uma idade média de 33,57 anos com um desvio padrão de 3,92 anos, cujo coeficiente de variação (CV) foi de 11,68%. A idade não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (Skewness/erro=-2,26) indicam uma curva assimétrica negativa ou enviesada à direita e a curtose (Kurtosis/erro = 2,44) uma curva leptocúrtica.

Para efeitos de tratamento estatístico posterior, considerámos dois grupos de idade: mulheres com idades até 35 anos e mais de 35 anos. O critério subjacente à constituição destes grupos respeita o conceito de extremos da vida reprodutiva de Graça (2005) a qual

se situa antes dos 18 anos e após os 35 anos de idade, no entanto para o presente estudo apenas tivemos como referência os 35 anos. Foram criados grupos de coorte, de acordo com esta definição que serviram de base para análise das restantes variáveis.

Estado Civil

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada e operacionalizada como uma variável nominal de cinco níveis (solteira, casada/união de facto, divorciada e viúva), tendo sido recodificada em solteira e casada/união de facto, incluindo no grupo das solteiras as divorciadas e viúvas.

Questionadas as mulheres sobre o seu estado civil, a maioria (89,6%), é casada/união de facto. Realça-se entretanto que a menor percentagem 10,4% das mulheres inquiridas é solteira. (cf. Tabela 1)

Escolaridade

Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta tendo sido codificada em escolaridade até ao 12º ano e ensino superior.

No que concerne à escolaridade das mulheres em estudo, constatámos que a maior parte possui escolaridade até ao 12º ano (53,8%), e as restantes possuem o ensino superior com 40,5%. Por sua vez, 5,7% das mulheres em estudo não responderam á questão (cf. Tabela 1).

Profissão

Esta variável foi recodificada tendo por base a Classificação Portuguesa de Profissões 2010 – Grandes Grupos e Sub-Grandes Grupos (Apêndice I), nas seguintes categorias: dirigentes, intelectuais, pessoal administrativo, trabalhadores de serviços pessoais, trabalhadores qualificados da indústria e trabalhadores não qualificados.

Quanto à profissão das mulheres em estudo, podemos verificar que o maior percentual (35,8%) são intelectuais, seguindo-se com 21,7% as trabalhadoras de serviços pessoais. Por sua vez, com menor percentual (3,8%) encontram-se as dirigentes (cf. Tabela 1).

Situação Profissional

Analisada através de uma questão fechada e tratada como uma variável nominal com quatro opções de escolha (empregada integral; empregada tempo parcial; desempregada e em formação) foi recodificada como empregada e desempregada.

Acerca da situação profissional atual, a grande maioria das mulheres em estudo está empregada (80,2%), estando as desempregadas em minoria (19,8%). (cf. Tabela 1)

Residência

Quanto a distribuição das mulheres segundo a sua zona de residência, podemos constatar que metade da amostra (50,0%) reside na cidade, seguindo-se 28,3% das mulheres que vivem nas aldeias, com menor percentual (21,7%) encontram-se as mulheres que residem em vilas. (cf. Tabela 1)

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Total	
	N	%
	(106)	(100)
Estado Civil		
Solteira	11	10,4
Casada/União de facto	95	89,6
Escolaridade		
Até 12º ano	57	53,8
Ensino Superior	43	40,5
Profissão		
Dirigentes	4	3,8
Intelectuais	38	35,8
Pessoal Administrativo	9	8,5
Trab. de Serviços Pessoais	23	21,7
Trab. Qualificados da Indústria	14	13,2
Trab. não Qualificados	18	17,0
Situação Profissional		
Empregada	85	80,2
Desempregada	21	19,8
Residência		
Aldeia	30	28,3
Vila	23	21,7
Cidade	53	50,0

5.3 INSTRUMENTOS

Neste estudo optámos pela utilização de um questionário (Apêndice II), a sua estruturação reflete preocupações de carácter temporal e de conteúdo, tentámos, simultaneamente obter um instrumento que pudesse ser operacionalizado num período de tempo razoável e abranger uma diversidade de instrumentos que permitissem medir as variáveis pertinentes, para alcançar os objetivos definidos.

O questionário aplicado é estruturado em duas secções distintas. A primeira secção é constituída por duas partes, e a segunda engloba duas escalas validadas para a população portuguesa.

5.3.1 Questionário

I Secção

A primeira parte é composta por um questionário com 6 questões com o objetivo de proceder à caracterização sociodemográfica da amostra: idade, estado civil, escolaridade, profissão, situação profissional e local de residência.

A segunda parte, tem como objetivo avaliar os antecedentes pessoais e obstétricos sendo constituída por 17 questões: número de gestações anteriores, o tipo de aborto (em caso de aborto), técnica utilizada em caso de aborto retido, existência de filhos vivos e tipo de parto, tempo de tentativa em engravidar, tempo de início de tratamentos de infertilidade, idade da menarca, dismenorreia, duração da menstruação, história de infecções vaginais e se existente se tratamento imediato, se é saudável e se não que doenças tem, se faz medicação e se sim que medicação faz, número de serviços de infertilidade a que recorreu.

II Secção

A segunda secção é dirigida à avaliação do ajustamento à fertilidade e da satisfação conjugal sendo constituída por duas escalas: a Escala de Ajustamento à Fertilidade (EAF) (Katz & Abel, 1999; Lopes & Leal, 2008) e a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) (Narciso & Costa, 1996).

Escala de Ajustamento à Fertilidade (EAF) (Katz & Abel, 1999; Lopes & Leal, 2008)

A existência de temáticas recorrentes entre mulheres e homens que se encontravam nos serviços de medicina reprodutiva de Londres, levou Glover, Hunter, Richards, Katz e Abel (1999) a construir a Fertility Adjustment Scale após análise qualitativa das entrevistas de casais que se encontravam em diversos estádios de investigação e tratamento da infertilidade. Os autores chegaram assim a 12 afirmações que consideraram pertinentes para incluir na escala. Estes itens pretendiam 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.

A ausência de escalas que avaliassem de forma padronizada os casais com problemas de fertilidade fez com que os autores traduzissem e adaptassem esta escala para a população portuguesa.

Após validação da escala para a população portuguesa, por Leal *et al* (2010), o valor de fiabilidade ao nível do alpha de Cronbach traduz uma moderada a elevada correlação entre os itens, uma vez que os resultados encontrados foram de 0,80 para os dez itens, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Glover e colaboradores (1999) citados por Leal *et al* (2010).

Deste modo, a escala é constituída por 10 itens de tipo Likert de 6 pontos “1-Discordo Fortemente” a “6-Concordo Fortemente”, sendo os itens 6, 9 e 10 cotados de modo invertido. A EAF destaca-se pela sua facilidade e rapidez de aplicação, proporcionando de forma célere a obtenção da vivência da infertilidade por parte das mulheres e homens que com ela se deparam. Esta escala é constituída por determinadas especificidades do ajustamento à fertilidade, nomeadamente a posição que ocupa o objetivo da parentalidade na vida destes casais, a extensão da disponibilidade de investimento pessoal na tentativa de ter filhos, a possibilidade de realização pessoal, independentemente do alcance deste objetivo, bem como a incapacidade de perspetivar um futuro sem filhos, designando-se esta dimensão de “Centralidade da parentalidade” (itens 1, 5 e 8). Outra dimensão designada “Vida em suspenso” (itens 3, 7 e 10) respeita essencialmente à impossibilidade de projetar um futuro devido à incerteza face à parentalidade. Finalmente, a dimensão “Aceitação da vida sem filhos” (itens 6 e 9) respeita à possibilidade de gratificação alternativa independentemente da existência de filhos (Leal *et al*, 2010).

A pontuação para cada uma destas dimensões obtém-se através da soma dos itens que as compõem. Numa perspetiva global pode avaliar-se o ajustamento à fertilidade pela soma de todos os itens. Pontuações mais elevadas, tanto em cada uma das sub-escalas como para o total, correspondem a um menor ajustamento.

O âmbito de aplicação da EAF incide em mulheres e homens que se defrontam com uma situação pessoal de infertilidade, independentemente de se tratar de uma infertilidade primária ou secundária, considerando-se desta forma a sua potencialidade de aplicação a pessoas que já tenham filhos.

Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) (Narciso & Costa, 1996)

Esta escala foi criada pelas autoras Narciso & Costa (1996), visa a avaliação do nível de satisfação de indivíduos casados, ou em união de facto, em áreas específicas da sua vida conjugal. Deste modo, conceberam um instrumento de autoavaliação da satisfação que permite ser um indicador da satisfação experienciada em várias áreas da vida conjugal global, pela análise da satisfação referida na totalidade das áreas.

A satisfação conjugal corresponde a uma avaliação subjetiva e pessoal da conjugalidade, quer em relação ao funcionamento conjugal, quer em relação ao amor não devendo, por isso, ser avaliada a partir de critérios externos aos indivíduos (Thompon, 1998, citado por Narciso & Costa, 1996), a escala EASAVIC e constitui-se por 44 itens, organizados em cinco áreas da vida conjugal relativas à dimensão funcionamento conjugal – funções familiares, tempos livres, autonomia, relações extra-familiares, e comunicação e conflitos; e a cinco áreas relativas à dimensão amor – sentimentos e expressão de sentimentos, sexualidade, intimidade emocional, continuidade, características físicas e psicológicas. Desses 44 itens, 16 representam zonas da vida conjugal cujo foco é o casal (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 28, 35 e 38); 14 representam zonas da vida conjugal cujo foco é o outro (8, 11, 13, 20, 22, 24, 27, 30, 32, 34, 37, 40, 42 e 44); e 14 representam zonas da vida conjugal cujo foco é o próprio (9, 10, 12, 19, 21, 23, 26, 29, 31, 33, 36, 39, 41 e 43) (Narciso, 2001). São as seguintes as escalas que se podem obter através da aplicação da EASAVIC: a) Intimidade Emocional (itens 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44 e $\alpha=.96$); b) Sexualidade (itens 23, 24, 25, 26, 27, 28 e $\alpha=.93$); c) Comunicação/Conflito (itens 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22 e $\alpha=.91$); d) Funções familiares (itens 1, 2, 3, 4 e $\alpha=.84$); e) Rede Social (itens 7, 8, 9 e $\alpha=.73$); f) Autonomia (itens 10, 11, 12, 13 e $\alpha=.82$); g) Tempos Livres (itens 5, 6 e $\alpha=.70$) e h) Satisfação Conjugal Global (todos os itens e $\alpha=.97$).

Como descrito anteriormente, esta escala permite realizar duas cotações, para o nosso estudo optámos pela referida por último.

A resposta a cada um dos itens é feita com base numa escala de tipo Likert de seis pontos (desde 1 = “Nada Satisfeito” até 6 = “Completamente Satisfeito”). A cotação faz-se

pela atribuição de um valor de 1 a 6 a cada item, podendo obter-se cotações por dimensão (Funcionamento Conjugal e Amor), e respectivas subescalas, por Foco (Casal, Outro e Próprio) e um resultado Total. Resultados mais elevados na EASAVIC correspondem a níveis mais altos de satisfação conjugal. A EASAVIC apresenta, segundo Narciso (2001), uma boa consistência interna, sendo os valores do coeficiente alpha de Cronbach bastante elevados ($> 0,90$), para ambos os fatores, a dimensão *Amor* e a dimensão *Funcionamento Conjugal*.

Uma das vantagens da utilização desta escala é o facto de ter subjacente uma conceção dinâmica que compatibiliza satisfação e insatisfação, permitindo discriminar áreas de força ou de fragilidade que constituirão um elemento válido de diagnóstico ao nível da prática clínica. Contudo, o emaranhamento conceptual é ainda nítido, na medida em que se confundem áreas com processos. A importância da valorização pessoal da satisfação em cada área para a satisfação conjugal global, não é tomada em consideração, o que se traduz nalguma relatividade do resultado global da escala. A EASAVIC não contempla a área relativa aos Filhos, o que constitui um limite da escala quando aplicada também a casais com filhos, dada a influência destes na vida conjugal. Finalmente, e como em qualquer instrumento quantitativo, a informação é limitada, na medida em que não permite o acesso à compreensão dos processos e significações inerentes à satisfação (Narciso, 2001).

5.4 PROCEDIMENTOS

Relativamente aos procedimentos formais e éticos para a colheita de dados, deve ter-se sempre em consideração a necessidade do consentimento institucional para aplicação do instrumento de colheita de dados, motivo pelo qual foi solicitada a autorização, através de ofício, ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar (Apêndice III) onde foi implementado o estudo. No referido pedido de autorização expôs-se o tema e a finalidade do estudo e as condições em que seria feita a colheita de dados ao mesmo tempo que se garantia a disponibilidade dos resultados obtidos para o desenvolvimento de investigações futuras.

Foi pedida a colaboração voluntária e obtido formalmente o consentimento livre e informado (Apêndice IV) de todas as mulheres da amostra, tendo sido explicado o objetivo do estudo, a garantia de confidencialidade, o anonimato, bem como todos os princípios

éticos e morais inerentes aos dados indicando claramente a participação no estudo estritamente voluntária.

Os questionários foram entregues, pessoalmente, com a colaboração da Enfermeira Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia responsável pela Unidade de Medicina Reprodutiva, com indicação para, após o preenchimento, serem devolvidos sem qualquer identificação, tendo-se posteriormente procedido à sua recolha.

Recolhidos os dados, efetuámos o tratamento estatístico.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

O tratamento estatístico inicia-se com a colheita de dados prolongando-se até à análise e interpretação dos resultados. Foi realizado informaticamente através do programa SPSS 21.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), tendo-se recorrido a métodos da estatística descritiva e inferencial. Para uma melhor interpretação e análise, os dados serão apresentados em tabelas e quadros.

Relativamente à estatística **descritiva** fazemos uso das frequências relativas e absolutas, como medidas de tendência central, utilizamos a média aritmética, como medidas de dispersão o desvio padrão e o coeficiente de variação e analisamos a simetria (Skewness/erro) e a curtose (Kurtosis/erro).

Nas análises estatísticas dos valores relativos aos coeficientes de dispersão utilizámos os seguintes intervalos (PESTANA e GAGEIRO, 2003):

- $CV \leq 15\%$ – Dispersão fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$ – Dispersão média;
- $CV > 30\%$ – Dispersão elevada.

Em relação à **estatística inferencial**, utilizamos provas paramétricas e não paramétricas.

Quanto à estatística paramétrica os testes utilizados foram:

- **O Teste t para Amostras independentes**: permite inferir sobre a igualdade de médias de dois grupos diferentes de sujeitos.

- **Regressões Múltiplas** para testar modelos preditivos com mais de uma variável independente. O método de inclusão das variáveis utilizado foi o **Stepwise** (passo a passo) que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditivas da variável dependente.

Associado às regressões múltiplas efetuámos o teste de associação denominado **de Correlação de Pearson** que é uma prova paramétrica que avalia o grau de associação entre duas variáveis não estabelecendo uma relação de causalidade. O seu valor varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos maiores serão a associação linear entre as variáveis. Para avaliar os resultados obtidos, considerámos os propostos por Pestana & Gageiro (2005) que são os seguintes:

- $R < 0,2$ – associação linear muito baixa;
- $0,2 < R < 0,39$ – associação linear baixa;
- $0,4 < R < 0,69$ – associação linear moderada;
- $0,7 < R < 0,89$ – associação linear alta;
- $0,9 < R < 1$ – associação linear muito alta.

No que se refere à estatística não paramétrica fazemos uso:

- **Teste U de Mann-Whitney (U M-W)**: utilizado para comparar o centro de localização das duas amostras, como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes.

- **Teste de Kruskal-wallis**: para comparação de médias em três ou mais grupos diferentes de sujeitos. É a alternativa não paramétrica ao One-Way Anova e permite generalizar o teste de Mann-Whitney a mais dois grupos.

- **O Teste do Qui-Quadrado**: compara frequências observadas e esperadas de uma variável nominal que tem duas ou mais categorias. Como complemento aplicámos o *teste da percentagem residual* que nos dará as diferenças percentuais de variável a variável, em detrimento do teste de qui quadrado, em virtude do tamanho dos grupos com determinadas variáveis não permitir a sua utilização.

Como referem Pestana & Gageiro (2003, p.141) o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que (...)“os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou (...)“os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis”.

Os testes estatísticos da análise inferencial foram testados de acordo com os seguintes níveis de significância:

- $p < 0,05$ – Diferença estatística significativa
- $p < 0,01$ – Diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001$ – Diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0,05$ – Diferença estatística não significativa.

Finalizada a descrição dos procedimentos estatísticos passaremos, à apresentação e análise dos resultados. Os dados são apresentados através de tabelas e quadros, de forma a organizar e sistematizar melhor a informação. Recorremos à estatística descritiva para sumariar os dados obtidos para permitir uma leitura clara e objetiva dos mesmos de forma a analisá-los.

Uma vez, que os dados apresentados, são todos eles retirados da mesma amostra omite-se essa indicação. O processo de análise que agora se inicia está estruturado para dar resposta às diferentes questões de investigação.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

6 RESULTADOS

Este capítulo refere-se à apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados. Propomos, desta forma, descrever e explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos.

6.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo, destinado à análise descritiva dos dados obtidos, são evidenciadas um conjunto de características da amostra em relação às diversas variáveis em estudo, determinadas com recurso a testes estatísticos apropriados.

A apresentação dos dados consiste no fornecimento de todos os resultados pertinentes, relativamente às questões de investigação formuladas. Inicialmente, será caracterizada a amostra em estudo, com o objetivo de obter uma melhor perceção dos resultados obtidos, sendo os dados apresentados em quadros e comentados imediatamente antes da sua exposição. Nesta análise, procura-se enfatizar os resultados mais relevantes, diretamente relacionados com os objetivos da investigação em causa.

6.1.1 Caracterização dos antecedentes obstétricos e pessoais

Gestações Anteriores

O número mínimo de gestações anteriores é de 1 e o máximo de 4, o que revela uma média de 0,64 gestações na amostra em estudo, com um desvio padrão de 0,96, e um coeficiente de variação (CV) de 150%. O número de gestações anteriores não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria ($Skewness/erro=5,85$) indicam uma curva assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e a curtose ($Kurtosis/erro = 2,23$) indica uma curva leptocúrtica.

A prevalência relativa às gestações anteriores revela que da totalidade da amostra em estudo apenas (37,7%) das mulheres estiveram alguma vez grávidas, destas 47,5% apenas tiveram 1 gestação e 52,5% tiveram duas ou mais gestações (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Prevalência do número de gestações anteriores

Variável	Total	
	N	%
	(106)	(100)
Existência de Gestações Anteriores		
Não	66	62,3
Sim	40	37,7
Número de Gestações Anteriores		
1 Gestação	19	47,5
>= 2 Gestações	21	52,5

Filhos Vivos

O número mínimo de filhos vivos é de 0 e o máximo de 2, o que revela uma média de 0,35 filhos na amostra em estudo, com um desvio padrão de 0,53 cujo coeficiente de variação (CV) foi de 151,43%. O número de filhos vivos não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (Skewness/erro=3,15) indicam uma curva assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e a curtose (Kurtosis/erro = 0,59) indica uma curva mesocúrtica.

Relativamente á prevalência do número de filhos vivos verificamos que das 40 mulheres da amostra que desenvolveram uma gravidez 67,5% revelaram ter resultado em aborto, 92,3% tiveram um filho vivo e 7,7% tiveram 2 filhos vivos. (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência do número de filhos vivos.

Variável	Total	
	N	%
	(40)	(100)
Existência de Filhos Vivos		
Sem Filhos	27	67,5
Com Filhos	13	32,5
Número de Filhos Vivos		
1 Filho Vivo	12	92,3
2 Filhos Vivos	1	7,7

Número de Abortos, tipo e tratamento

As estatísticas relativas ao número de abortos, revelou que o mínimo encontrado foi de 1 e o máximo de 4 por mulher, que corresponde a uma média de 1,63 abortos e +/- 0,65 de desvio padrão. O coeficiente de variação (CV) apresenta uma dispersão alta (39,88%), valores de assimetria ou enviesamento à esquerda e uma curva leptocúrtica.

A tabela 4 dá-nos a prevalência do número de abortos ocorridos, assim, verificamos que das mulheres com história de aborto, 42,4% referiram 1 aborto e 57,6% 2 ou mais. Quanto ao tipo de aborto, ele foi espontâneo em 63,6% e retido em 36,4% da amostra.

Tabela 4 - Prevalência do número e tipo de aborto.

Variável	Total	
	N	%
	(33)	(100)
Número de Abortos		
1 Aborto	14	42,4
>= 2 Abortos	19	57,6
Tipo de Aborto		
Espontâneo	21	63,6
Retido	12	36,4

Quanto à prevalência do tipo de tratamento em caso de aborto retido, verificamos que o tratamento de eleição em 58,3% destes casos foi a medicação e nos restantes 41,7% foi a curetagem. (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Prevalência do tipo de tratamento em caso de aborto retido.

Variável	Total	
	N	%
	(12)	(100)
Tipo de Tratamento		
Medicação	7	58,3
Curetagem	5	41,7

Tipo de Parto

No que diz respeito à prevalência do tipo de parto que as mulheres com filhos vivos tiveram, verificámos que o parto eutócico apresenta um valor percentual igual ao de cesariana (50,0%). Apesar de 13 mulheres referirem ter filhos vivos apenas 10 responderam à questão relativa ao tipo de parto. (cf. Tabela 6)

Tabela 6 – Prevalência do tipo de parto em caso de filhos vivos.

Variável	Total	
	N	%
	(10)	(100)
Tipo de Parto		
Normal	5	50,0
Cesarina	5	50,0

Tempo de tentativa em engravidar e início de tratamentos de infertilidade

No que respeita à duração de tentativa em engravidar (cf. Tabela 7), constatámos que o maior percentual de mulheres (51,9%) já se encontra há mais de 3 anos a tentar engravidar, seguindo-se as que tentam há 2 anos (32,1%) e por fim, as que apenas há 1 ano se encontram nesta tentativa (16,0%). Ainda na mesma tabela podemos analisar o tempo de início de tratamentos de infertilidade, onde se verifica que o maior percentual corresponde às mulheres que os iniciaram há um ano (50%), seguindo-se as de início há 2 anos (33%) e por fim as que já se encontram há mais de 3 anos em tratamentos (17%).

Tabela 7 – Prevalência do tempo de tentativa em engravidar e tempo de início de tratamentos de infertilidade

Variável	Total	
	N	%
	(106)	(100)
Tempo de Tentativa em Engravidar		
1 Ano	17	16,0
2 Anos	34	32,1
>3 Anos	55	51,9
Tempo de Início de Tratamentos		
1 Ano	53	50,0
2 Anos	35	33,0
>3 Anos	18	17,0

Idade de Menarca

Das estatísticas relativas à idade da menarca, podemos verificar uma idade mínima da primeira menstruação de 9 anos e uma máxima de 18 anos, o que corresponde a uma média de idade de 12,78 anos e desvio padrão de 1,66, com um coeficiente de variação (CV) de 12,99%. A idade de menarca não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (Skewness/erro=1,99) indicam uma curva assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e a curtose (Kurtosis/erro = 2,19) indica uma curva leptocúrtica. (cf. Tabela 8)

Ainda em relação à idade da menarca, verificámos que 72,6% das mulheres tiveram a menarca com 13 anos ou menos e 27,4% com 14 anos ou mais.

Dismenorreia

Ao analisarmos a tabela 8, verificamos que o maior percentual (65,1%) corresponde às mulheres que revelam ter dores durante a menstruação, contrapondo com 34,9% que referem não ter história de dismenorreia.

Duração da Menstruação

Relativamente à duração da menstruação, podemos verificar que o percentual mais elevado (63,2%), corresponde às mulheres com duração superior a 5 dias, e que 38,8% refere uma duração inferior a 3 dias. (cf. Tabela 8).

Infeção Vaginal

Avaliando a amostra quanto à existência de infeções vaginais anteriores ou não, verificamos que 50,9% das mulheres tiveram infeção vaginal e 49,1% nunca desenvolveram este tipo de infeção. (cf. Tabela 8)

Tabela 8 - Prevalência das variáveis: idade da menarca, dismenorreia, duração da menstruação e existência de história de infeções vaginais

Variáveis	Total	
	N	%
	(106)	(100)
Idade da Menarca		
<=13 Anos	77	72,6
>=14 Anos	29	27,4
Dismenorreia		
Sim	69	65,1
Não	37	34,9
Duração da Menstruação		
<3 dias	39	36,8
>5 dias	67	63,2
Existência de História de Inf. Vag.		
Sim	54	50,9
Não	52	49,1

Tratamento de infeção vaginal

Das 106 mulheres da amostra em estudo, 54 revelaram história de infeção vaginal, destas apenas 7,4% não realizaram tratamento enquanto que 92,6% recorreu a tratamento. (cf. Tabela 9)

Tabela 9 - Prevalência da realização de tratamento ou não em caso de história de infecções vaginais.

Variável	Total	
	N	%
	(54)	(100)
Tratamento		
Sim	50	92,6
Não	4	7,4

Antecedentes pessoais

Analisando a tabela 10, verificamos que a maioria das mulheres inférteis (95,3%) da amostra em estudo, revelam ser saudáveis e apenas 4,7% responderam não o ser.

Medicação

Em relação à toma de medicação habitual, verificamos pela mesma tabela, que 72,6% das inquiridas responderam não tomar qualquer medicação, enquanto que 27,4% refere tomar.

Primeiro serviço a que recorreu

Na pergunta “*Este é o primeiro serviço de infertilidade a que recorre?*”, podemos verificar que 77,4% das mulheres refere que sim, por sua vez, 22,6% das mulheres responderam não o ser. (cf. Tabela 10).

Ao analisarmos as estatísticas verificamos que o mínimo de serviços recorridos foi de 1 e o máximo de 5, o que resulta numa média de 2,07, um desvio padrão de 1,15 e cujo coeficiente de variação (CV) é de 55,56%. O número de serviços a que recorreu não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (Skewness/erro=2,29) indicam uma curva assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e a curtose (Kurtosis/erro = 0,22) indica uma curva mesocurtica.

Tabela 10 – Prevalência: mulher saudável, medicação habitualmente e número de serviços

Variáveis	Total	
	N	%
	(106)	(100)
Saudável		
Sim	101	95,3
Não	5	4,7
Medicação Habitualmente		
Sim	29	27,4
Não	77	72,6
1º Serviço a que recorreu		
Sim	82	77,4
Não	29	22,6

Continuando a analisar a mesma questão, 12 mulheres (41,4%) referem ter recorrido a mais um serviço e 17 mulheres (58,6%) recorreram a 2 ou mais serviços. (cf. Tabela 11)

Tabela 11 – Prevalência do número de serviços a que recorreu

Variável	Total	
	N	%
	(29)	(100)
Nº de Serviços a que recorreu		
1 Serviço	12	41,4
>= 2 Serviços	17	58,6

6.1.2 Ajustamento à Fertilidade

As estatísticas relativas ao ajustamento à fertilidade, revelam que as mulheres em estudo apresentam um bom ajustamento na dimensão “Ajustamento Total” com uma média de 30,94, dado que é inferior à média esperada que seria 35, cujo mínimo é de 24 e o máximo de 38, um desvio padrão de 3,15 e uma dispersão fraca com um CV=10,18%. Esta dimensão apresenta uma distribuição normal, simétrica e mesocúrtica (Skewess/erro=0,80) e (Kurtosis/erro=-0,46).

Quanto à dimensão “Centralidade da Parentalidade” estas mulheres apresentam um mau ajustamento, com uma média de 13,35, dado que é superior à média esperada que seria 11, cujo mínimo é de 7 e o máximo de 18, um desvio padrão de 2,06 e uma dispersão média com um CV=15,43%. Esta dimensão apresenta uma curva com distribuição normal, simétrica e mesocúrtica (Skewess/erro=-1,26) e (Kurtosis/erro = 0,002).

No que se refere à dimensão “Vida em Suspenso”, estas mulheres apresentam, também, um mau ajustamento, com uma média de 11,42, dado que é superior à média esperada que seria 11, cujo mínimo é de 6 e o máximo de 18, um desvio padrão de 2,02 e uma dispersão média com um CV=17,69%. Esta dimensão apresenta uma curva com distribuição normal, simétrica e mesocúrtica (Skewess/erro=-1,01) e (Kurtosis/erro = 1,44).

As estatísticas relativas ao ajustamento à fertilidade, revelam ainda que, as mulheres em estudo apresentam um bom ajustamento na dimensão “Aceitação da Vida sem Filhos” com uma média de 6,17, dado que é inferior à média esperada que seria 7, cujo mínimo é de 2 e o máximo de 12, um desvio padrão de 2,81 e uma dispersão elevada com um CV=45,54%. Esta dimensão não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (Skewess/erro=2,01) indicam uma curva assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e a curtose (Kurtosis/erro = -1,58) indica uma curva mesocúrtica. (cf. Tabela 12)

Tabela 12 - Estatísticas relativas ao ajustamento à fertilidade.

Dimensões	N	Min	Max	\bar{X}	D.P.	CV (%)	KS	K	SK
Centralidade da Parentalidade	106	7	18	13,35	2,06	15,43	0,002	0,63	-1,26
Vida em Suspenso	106	6	18	11,42	2,02	17,69	0,000	1,44	-1,01
Aceitação da Vida se Filhos	106	2	12	6,17	2,81	45,54	0,000	-1,58	2,01
Ajustamento Total	106	24	38	30,94	3,15	10,18	0,004	-0,46	0,80

Ajustamento à fertilidade e variáveis sociodemográficas

Para o valor global foram utilizados grupos de coorte com base na forma mediana +/- 0,25 do desvio padrão o que nos permitiu classificar as participantes em estudo em ajustamento bom e fraco. Podemos constatar pela análise da tabela 13 que o grupo de mulheres mais representativo (67,0%), pertence ao grupo etário ≤ 35 anos, contribuindo para este percentual o grupo de mulheres com bom ajustamento à fertilidade (75,0%).

Quanto ao grupo etário de idade igual ou inferior a 35 anos constatamos que 75,0% das mulheres apresenta bom ajustamento à fertilidade. No que respeita ao grupo etário de idade igual ou superior a 36 anos, 40,7% das mulheres, apresenta fraco ajustamento à fertilidade.

Observa-se que não existem diferenças percentuais ($res = 1,7; -1,7$) nem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2,968; p=0,085$) entre os grupos de ajustamento à fertilidade (bom e fraco ajustamento) e os grupos etários.

O ajustamento à fertilidade foi também analisado por grupos de ajustamento relativamente às variáveis sociodemográficas, estado civil, escolaridade e situação profissional.

A análise da mesma tabela permite inferir que a maioria das mulheres é casada/união de facto (89,6%), contribuindo para esta representatividade o grupo de mulheres com bom ajustamento à fertilidade (90,4%). Podemos verificar ainda, que o grupo de mulheres com escolaridade até ao 12º ano (57,0%), é o grupo mais representativo, sendo que o percentual mais elevado no ajustamento à fertilidade corresponde às mulheres com fraco ajustamento (59,6%). Por fim, ao analisarmos a situação profissional das mulheres em estudo, verificamos pela análise da mesma tabela que o percentual mais elevado (80,2%) corresponde à situação de empregada, constatando-se a nível de ajustamento um bom ajustamento (80,8%).

Verifica-se que não existem diferenças percentuais nem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de ajustamento à fertilidade (bom e fraco ajustamento) e as

variáveis sociodemográficas, comprovado pelos valores residuais e valores de probabilidade.

Tabela 13 – Variáveis sociodemográficas e ajustamento à fertilidade.

Variáveis Sociodemográficas	Ajustamento à Fertilidade				Totais		Resíduos Ajustados		χ^2	P
	Bom		Fraco		N	%	Bom	Fraco		
	N	%	N	%						
Grupos Etários										
<= 35 anos	39	75,0	32	59,3	71	67,0	1,7	-1,7	2,968	0,085
>= 36 anos	13	25,0	22	40,7	35	33,0	-1,7	1,7		
Estado Civil									0,064	0,801
Solteira	5	9,6	6	11,1	11	10,4	-0,3	0,3		
Casada/União de Facto	47	90,4	48	88,9	95	89,6	0,3	-0,3		
Escolaridade									0,302	0,582
Até 12ºAno	26	54,2	31	59,6	57	57,0	-0,5	0,5		
Ensino Superior	22	45,8	21	40,4	43	43,0	0,5	-0,5		
Situação Profissional									0,022	0,883
Empregada	42	80,8	43	79,6	85	80,2	0,1	-0,1		
Desempregada	10	19,2	11	20,4	21	19,8	-0,1	0,1		

*p< 0,05

Ajustamento à fertilidade e variáveis obstétricas e antecedentes pessoais

Relativamente às variáveis obstétricas e antecedentes pessoais, elaborou-se a tabela 14 que a seguir se apresenta, para possibilitar a análise da distribuição das participantes segundo as variáveis obstétricas e antecedentes pessoais por grupos do ajustamento à fertilidade.

A análise da referida tabela permite inferir que a maioria das mulheres nunca teve gestações anteriores (62,3%), contribuindo para esta representatividade o grupo de mulheres com bom ajustamento à fertilidade (65,4%). Podemos verificar ainda, que o grupo de mulheres que tentam há mais de 3 anos engravidar (51,9%), é o grupo mais representativo, sendo que o percentual mais elevado no ajustamento à fertilidade corresponde às mulheres com fraco ajustamento (57,4%). Ao analisarmos o tempo de início de tratamentos de infertilidade das mulheres em estudo, verificamos que o percentual mais elevado (50,0%) corresponde ao tempo de 1 ano de início de tratamentos, verificando-se quer a nível do fraco ajustamento quer do bom ajustamento (50,0%). Constatamos ainda que a maioria das mulheres não toma medicação habitualmente (72,6%), contribuindo para esta representatividade o grupo de mulheres com fraco ajustamento à fertilidade (75,9%).

Ao analisarmos a questão de o serviço em causa ser o primeiro serviço a que as mulheres em estudo recorreram, verificamos pela análise da mesma tabela que o percentual mais elevado (72,6%) corresponde à situação de o serviço em questão ser o primeiro, verificando-se a nível de ajustamento um bom ajustamento (76,9%).

Por fim, relativamente ao número de serviços a que recorreram as mulheres, que referiram que o serviço em questão não era o primeiro serviço a que tinham recorrido, verificamos que a maioria já tinha recorrido anteriormente a dois ou mais serviços (58,6%), contribuindo para esta representatividade o grupo de mulheres com bom ajustamento à fertilidade (66,7%).

Observa-se que não existem diferenças percentuais nem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de ajustamento à fertilidade (bom e fraco ajustamento) e as variáveis obstétricas e antecedentes pessoais, comprovado pelos valores residuais e valores de probabilidade.

Tabela 14 – Variáveis obstétricas, antecedentes pessoais e ajustamento à fertilidade.

Variáveis Obstétricas e Antecedentes Pessoais	Ajustamento à Fertilidade				Totais		Resíduos Ajustados		χ^2	P
	Bom		Fraco		N	%	Bom	Fraco		
	N	%	N	%						
Existência de Gestações Anteriores										
Não	34	65,4	32	59,3	66	62,3	0,7	-0,7	0,423	0,515
Sim	18	34,6	22	40,7	40	37,7	-0,7	0,7		
Tempo de Tentativa em Engravidar									1,972	0,373
1 Ano	8	15,4	9	16,7	17	16,0	-0,2	0,2		
2 Anos	20	38,5	14	25,9	34	32,1	1,4	-1,4		
>3 Anos	24	46,2	31	57,4	55	51,9	-1,2	1,2		
Tempo de Início de Tratamentos									0,232	0,890
1 Ano	26	50,0	27	50,0	53	50,0	0,0	0,0		
2 Anos	18	34,6	17	31,5	35	33,0	0,3	-0,3		
>3 Anos	8	15,4	10	18,5	18	17,0	-0,4	0,4		
Uso de Medicação Habitualmente									0,597	0,440
Sim	16	30,8	13	24,1	29	27,4	0,8	-0,8		
Não	36	69,2	41	75,9	77	72,6	-0,8	0,8		
1º Serviço a que Recorreu									0,942	0,332
Sim	40	76,9	37	68,5	77	72,6	1,0	-1,0		
Não	12	13,1	17	31,5	29	27,4	-1,0	1,0		
Número de Serviços a que Recorreu									0,546	0,460
1 Serviço	4	33,3	8	47,1	12	41,4	-0,7	0,7		
>= 2 Serviços	8	66,7	9	52,9	17	58,6	0,7	-0,7		

*p< 0,05

Relação entre o ajustamento à fertilidade e as variáveis sociodemográficas: idade, estado civil, escolaridade e situação profissional.

Relação entre os grupos etários e o ajustamento à fertilidade

Para o estudo do grupo etário com o ajustamento à fertilidade nas mulheres com diagnóstico de infertilidade utilizámos o Teste *U-Mann-Whitney*.

As mulheres que pertencem ao grupo etário de idades iguais ou inferiores a 35 anos apresentam melhor ajustamento (já que são as que possuem valores médios mais baixos) em todas as dimensões da escala de ajustamento à fertilidade em comparação com as mulheres pertencentes ao grupo etário de idades igual ou superior a 36 anos. No entanto, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas na dimensão "Ajustamento Total" ($U = -2,494$; $p = 0,013$). O que nos permite afirmar que a idade influencia a dimensão "Ajustamento Total" da mulher com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 1).

Quadro 1 - Teste de UMW entre os grupos etários e o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Dimensões	Grupos Etários		U	P
		<= 35 Anos (N=71)	>= 36 Anos (N=35)		
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Escala de Ajustamento à Fertilidade	Centralidade da Parentalidade	50,92	58,73	1059,500	0,213
	Vida em Suspense	52,13	56,29	1145,000	0,503
	Aceitação da Vida sem Filhos	50,76	59,06	1048,000	0,188
	Ajustamento Total	48,30	64,04	873,500	0,013*

* $p < 0,05$

Relação entre o estado civil e o ajustamento à fertilidade

Na análise da influência da variável estado civil no ajustamento à fertilidade nas mulheres com diagnóstico de infertilidade utilizámos o Teste *U-Mann-Whitney*.

Analisando o quadro 2, verificamos que as mulheres solteiras apresentam os valores médios mais baixos, ou seja, melhor ajustamento à fertilidade nas dimensões "Centralidade da Parentalidade", "Vida em Suspense" e "Ajustamento Total", e um menor ajustamento na dimensão "Aceitação da Vida sem Filhos" relativamente às mulheres casadas/união de facto.

Contudo, não se configuram diferenças estatísticas significativas na relação do estado civil com o ajustamento à fertilidade. Verificamos assim, que o estado civil não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Quadro 2 - Teste de UMW entre estado civil e o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Estado Civil	Estado Civil		U	P
		Solteira (N=11)	Casada/união de facto (N=95)		
	Dimensões	Ordenação Média	Ordenação Média		
Escala de Ajustamento à Fertilidade	Centralidade da Parentalidade	38,14	55,28	35,500	0,076
	Vida em Suspenso	52,14	53,66	507,500	0,874
	Aceitação da Vida sem Filhos	64,00	52,28	407,000	0,228
	Ajustamento Total	49,41	53,97	477,500	0,639

* $p < 0,05$

Relação entre a escolaridade e o ajustamento à fertilidade

Com a finalidade de verificarmos a relação da variável escolaridade com o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade, utilizámos o teste t de *Student*.

As mulheres que possuem o ensino superior como escolaridade são as que apresentam melhor ajustamento em todas as dimensões exceto na dimensão “Aceitação da Vida sem Filhos”, dado que nesta dimensão os valores médios mais baixos correspondem às mulheres com a escolaridade até 12º ano.

Observando os níveis de significância constatámos que não há diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões ($p > 0,05$). Desta forma, é possível dizer que a escolaridade não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 3).

Quadro 3 - Teste t para amostras independentes entre a escolaridade e o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Escolaridade	Até 12º Ano (N=57)		Ensino Superior (N=43)		T	P
		\bar{X}	DP	\bar{X}	DP		
	Dimensões						
Escala de Ajustamento à Fertilidade	Centralidade da Parentalidade	13,51	2,22	13,12	1,93	0,925	0,449
	Vida em Suspenso	11,98	2,08	10,79	1,77	3,020	0,954
	Aceitação da Vida sem filhos	5,58	2,64	6,84	2,98	-2,231	0,324
	Ajustamento Total	31,07	3,51	30,74	2,76	0,503	0,166

* $p \leq 0,05$ sig.

t – t de student

Relação entre a situação profissional e o ajustamento à fertilidade

Na análise da influência da variável situação profissional no ajustamento à fertilidade nas mulheres com diagnóstico de infertilidade utilizámos o Teste *U-Mann-Whitney*.

As mulheres que se encontram empregadas profissionalmente apresentam melhor ajustamento nas dimensões “Vida em Suspenso” (ordenação média=51,33) e “Ajustamento Total” (ordenação média= 53,35), enquanto que as mulheres que se encontram desempregadas, apresentam maior ajustamento nas dimensões “Centralidade da Parentalidade” e “Aceitação da Vida sem Filhos”.

Observando os níveis de significância constatámos que não há diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões ($p > 0,05$). Podemos assim referir que a situação profissional não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Teste de UMW entre a situação profissional e o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Dimensões	Situação Profissional		U	P
		Empregada (N=85)	Desempregada (N=21)		
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Escala de Ajustamento à Fertilidade	Centralidade da Parentalidade	54,94	47,69	770,500	0,327
	Vida em Suspenso	51,33	62,29	708,000	0,135
	Aceitação da Vida sem Filhos	54,29	50,29	825,000	0,590
	Ajustamento Total	53,35	54,12	879,500	0,917

* $p < 0,05$

Em síntese:

- As mulheres que pertencem ao grupo etário de **idades** iguais ou inferiores a 35 anos apresentam melhor ajustamento em todas as dimensões da escala de ajustamento à fertilidade em comparação com as mulheres pertencentes ao grupo etário de idades igual ou superior a 36 anos;
- A variável **idade** influencia a dimensão “Ajustamento Total” da mulher com diagnóstico de infertilidade ($U = -2,494$; $p = 0,013$);
- As mulheres com **estado civil** de solteira possuem melhor ajustamento à fertilidade nas dimensões “Centralidade da Parentalidade”, “Vida em Suspenso” e “Ajustamento Total”, e um menor ajustamento na dimensão “Aceitação da Vida sem Filhos” relativamente às mulheres casadas/união de facto;
- Relativamente ao **estado civil**, verificamos que não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade;
- As mulheres que possuem o ensino superior como **escolaridade** são as que apresentam melhor ajustamento em todas as dimensões exceto na dimensão “Aceitação da Vida sem Filhos”, dado que nesta dimensão o melhor ajustamento corresponde às mulheres com a escolaridade até 12º ano;

- A variável **escolaridade** não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade;
- As mulheres que se encontram empregadas, na sua **situação profissional**, apresentam melhor ajustamento nas dimensões “Vida em Suspenso” e “Ajustamento Total”, enquanto que as mulheres que se encontram desempregadas, apresentam maior ajustamento nas dimensões “Centralidade da Parentalidade” e “Aceitação da Vida sem Filhos”;
- A **situação profissional** não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Podemos desta forma inferir que, a questão em estudo, se confirma parcialmente, uma vez que só se configuraram diferenças estatísticas significativas, entre a idade e a dimensão “Ajustamento Total” da mulher com diagnóstico de infertilidade, ou seja, a idade influencia a referida dimensão do ajustamento á fertilidade.

Relação do ajustamento à fertilidade e as variáveis obstétricas e antecedentes pessoais: existência de gestações anteriores, história de infeções vaginais, tempo de tentativa em engravidar, tempo de início de tratamentos de infertilidade e número de serviços a que recorreram as mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Relação entre a existência de gestações anteriores e o ajustamento à fertilidade

Com a finalidade de verificarmos a influência da variável existência de gestações anteriores no ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade, utilizámos o teste t de *Student*.

As mulheres que nunca tiveram gestações anteriores apresentam melhor ajustamento (possuem menores valores médios) em todas as dimensões da escala de ajustamento à fertilidade, comparativamente às mulheres que já tiveram gestações anteriores. No entanto, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Ajustamento Total” ($t = -1,953$; $p = 0,026$). Podemos assim referir que a existência de gestações anteriores influencia a dimensão “Ajustamento Total” da mulher com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Teste t para amostras independentes entre a existência de gestações anteriores e o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Existência de Gestações Anteriores Dimensões	Não (N=66)		Sim (N=40)		T	p
		\bar{X}	DP	\bar{X}	DP		
Escala de Ajustamento à Fertilidade	Centralidade da Parentalidade	13,18	1,98	13,62	2,19	-1,074	0,193
	Vida em Suspenso	11,27	1,99	11,67	2,07	-0,994	0,566
	Aceitação da Vida sem filhos	6,03	2,71	6,40	2,99	-0,654	0,352
	Ajustamento Total	30,48	2,89	31,70	3,45	-1,953	0,026*

* $p \leq 0,05$ sig.

t – t de student

Relação entre a história de infeções vaginais e o ajustamento à fertilidade

Com a finalidade de verificarmos a relação da variável existência de infeções vaginais com o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade, utilizámos o teste t de *Student*.

As mulheres que não apresentam história de infeções vaginais apresentam melhor ajustamento a nível das dimensões “Vida em Suspenso” (média=11,38) e “Aceitação da Vida sem Filhos” (média= 5,86), comparativamente às mulheres que apresentam história de infeções vaginais. No entanto, as mulheres que apresentam história de infeções vaginais apresentam melhor ajustamento nas dimensões “Centralidade da Parentalidade” (média= 12,93) e “Ajustamento Total” (média= 30,85).

Pela realização do teste *t de student*, não se configuram diferenças estatísticas significativas em nenhuma dimensão da escala ($p > 0,05$). Constatamos assim que a história de infeções vaginais não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 6).

Quadro 6 - Teste t para amostras independentes entre a existência de história de infeções vaginais e o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Existência de Infeções Vaginais Dimensões	Sim (N=54)		Não (N=52)		t	P
		\bar{X}	DP	\bar{X}	DP		
Escala de Ajustamento à Fertilidade	Centralidade da Parentalidade	12,93	2,22	13,79	1,80	-2,193	0,435
	Vida em Suspenso	11,46	2,09	11,38	1,95	0,199	0,983
	Aceitação da Vida sem filhos	6,46	2,85	5,86	2,77	1,094	0,587
	Ajustamento Total	30,85	3,44	31,04	2,84	-0,304	0,131

* $p \leq 0,05$ sig.

t – t de student

Relação entre o tempo de tentativa em engravidar e o ajustamento à fertilidade

As mulheres que se encontram há mais de 3 anos a tentar engravidar são as que apresentam menor ajustamento a nível de todas as dimensões da escala de ajustamento à

fertilidade, à exceção da dimensão “Centralidade da Parentalidade”, nesta dimensão apresentam menor ajustamento as mulheres que se encontram apenas há 1 ano a tentar engravidar, no entanto estas mulheres são as que apresentam melhor ajustamento nas dimensões “Vida em Suspenso” e “Aceitação da Vida sem Filhos”, comparativamente às mulheres que se encontram há 2 ou mais de 3 anos a tentar engravidar. Relativamente às mulheres que se encontram há 2 anos a tentar engravidar estas são as que apresentam melhor ajustamento na dimensão “Ajustamento Total”.

Por sua vez, o teste de *Kruskal-Wallis* revela-nos que não há diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões ($p > 0,05$). Podemos assim referir que o tempo de tentativa em engravidar não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 7).

Quadro 7 - Teste *Kruskal-Wallis* entre tempo a tentar engravidar e o ajustamento à fertilidade com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Tempo de tentativa em engravidar	1 Ano (N=17)	2 Anos (N=34)	>3 Anos (N=55)	χ^2	P
		Ordenações médias				
Escala de Ajustamento à Fertilidade	Centralidade da Parentalidade	61,21	50,54	52,95	1,437	0,487
	Vida em Suspenso	48,82	49,54	57,39	1,917	0,383
	Aceitação da Vida sem Filhos	47,41	51,75	56,46	1,307	0,520
	Ajustamento Total	51,15	48,13	57,55	2,114	0,347

* $p < 0,05$

Relação entre o tempo de início de tratamentos de infertilidade e o ajustamento à fertilidade

Para verificarmos a relação da variável tempo de início de tratamentos de infertilidade com ajustamento à fertilidade da mulher com diagnóstico de infertilidade aplicámos o Teste *Kruskal-Wallis*.

As mulheres que se encontram há mais de 3 anos a realizar tratamentos de infertilidade são as que apresentam menor ajustamento a nível de todas as dimensões da escala de ajustamento à fertilidade, já que são as que possuem valores médios mais baixos. Por sua vez, as mulheres que se encontram há 2 anos em tratamentos são as que apresentam melhor ajustamento em todas as dimensões da escala, à exceção da dimensão “Vida em Suspenso”, que corresponde às mulheres que apenas se encontram há 1 ano em tratamentos o melhor ajustamento.

Observando os níveis de significância constatámos que não há diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões ($p > 0,05$). Verificamos

assim, que o tempo de início de tratamentos de infertilidade não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 8).

Quadro 8 - Teste *Kruskal-Wallis* entre tempo de início de tratamentos e o ajustamento à fertilidade da mulher com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Tempo de Início de Tratamentos de Inf.	1 Ano (N=53)	2 Anos (N=35)	>3 Anos (N=18)	χ^2	P
		Ordenações médias				
Escala de Ajustamento à Fertilidade	Centralidade da Parentalidade	53,50	53,27	53,94	0,06	0,997
	Vida em Suspenso	48,78	54,73	65,00	3,988	0,136
	Aceitação da Vida sem Filhos	55,40	49,31	56,06	0,989	0,610
	Ajustamento Total	52,47	50,04	63,25	2,341	0,310

* $p < 0,05$

Relação entre os serviços a que se recorre e o ajustamento à fertilidade

Na análise da influência da variável primeiro serviço no ajustamento à fertilidade nas mulheres com diagnóstico de infertilidade utilizámos o Teste *U-Mann-Whitney*.

As mulheres em que o serviço em questão é o primeiro serviço a que recorreram apresentam um melhor ajustamento em todas as dimensões da escala do ajustamento à fertilidade com exceção da dimensão “Aceitação da Vida sem Filhos”, cujo valor médio é a mais alta (65,71).

A realização do teste de UMW revela-nos diferenças estatísticas significativas para a dimensão “Vida em Suspenso” ($U=-2,259$; $p=0,024$). Podemos inferir que, o número de serviços de infertilidade a que se recorre influencia a dimensão “Vida em Suspenso” da mulher com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 9).

Quadro 9 – Teste de UMW entre os serviços a que se recorre e o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Dimensões	1º Serviço		U	P
		Sim (N=82)	Não (N=24)		
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Escala de Ajustamento à Fertilidade	Centralidade da Parentalidade	52,88	55,60	933,500	0,699
	Vida em Suspenso	49,93	65,71	691,000	0,024*
	Aceitação da Vida sem Filhos	55,03	48,27	858,500	0,340
	Ajustamento Total	52,21	57,92	878,000	0,421

* $p < 0,05$

Em síntese:

- As mulheres que nunca tiveram **gestações anteriores** apresentam melhor ajustamento em todas as dimensões da escala de ajustamento à fertilidade, comparativamente às mulheres que já tiveram gestações anteriores;
- A existência de **gestações anteriores** influencia a dimensão “Ajustamento Total” da mulher com diagnóstico de infertilidade ($t = -1,953$; $p = 0,026$);
- As mulheres que não apresentam **história de infecções vaginais** apresentam melhor ajustamento a nível das dimensões “Vida em Suspense” e “Aceitação da Vida sem Filhos”, comparativamente às mulheres que apresentam história de infecções vaginais. No entanto, as mulheres que apresentam história de infecções vaginais apresentam maior ajustamento nas dimensões “Centralidade da Parentalidade” e “Ajustamento Total”;
- A **história de infecções vaginais** não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade;
- Relativamente ao **tempo de tentativa em engravidar**, as mulheres que se encontram há mais de 3 anos a tentar engravidar são as que apresentam menor ajustamento a nível de todas as dimensões da escala de ajustamento à fertilidade, à exceção da dimensão “Centralidade da Parentalidade”, nesta dimensão apresentam menor ajustamento as mulheres que se encontram apenas há 1 ano a tentar engravidar, no entanto estas mulheres são as que apresentam melhor ajustamento nas dimensões “Vida em Suspense” e “Aceitação da Vida sem Filhos”, comparativamente às mulheres que se encontram há 2 ou mais de 3 anos a tentar engravidar. Relativamente às mulheres que se encontram há 2 anos a tentar engravidar estas são as que apresentam melhor ajustamento na dimensão “Ajustamento Total”;
- O **tempo de tentativa em engravidar** não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade;
- As mulheres que se encontram há mais de 3 anos a realizar **tratamentos de infertilidade** são as que apresentam menor ajustamento a nível de todas as dimensões da escala de ajustamento à fertilidade, por sua vez, as mulheres que se encontram há 2 anos em tratamentos são as que apresentam melhor ajustamento em todas as dimensões da escala, à exceção da dimensão “Vida em Suspense”, que corresponde às mulheres que apenas se encontram há 1 ano em tratamentos o melhor ajustamento;
- O **tempo de início de tratamentos de infertilidade** não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade;

- As mulheres em que o **serviço** em questão é o primeiro serviço a que recorreram apresentam um melhor ajustamento em todas as dimensões da escala do ajustamento à fertilidade com exceção da dimensão “Aceitação da Vida sem Filhos”;
- O **número de serviços** a que se recorre influencia a dimensão “Vida em Suspenso” da mulher com diagnóstico de infertilidade ($U=-2,259$; $p=0,024$).

Podemos assim afirmar que, a questão em análise, se confirma parcialmente, uma vez que só se configuraram diferenças estatísticas significativas, entre a existência de gestações anteriores e a dimensão “Ajustamento Total” e entre o número de serviços a que as mulheres com diagnóstico de infertilidade recorrem e a dimensão “Vida em Suspenso”, ou seja, a existência de gestações anteriores influencia a dimensão “Ajustamento Total” e o número de serviços influencia a dimensão “Vida em Suspenso” do ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

6.1.3 Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

As estatísticas relativas à satisfação conjugal, revelam que as mulheres em estudo apresentam uma maior satisfação na dimensão “Satisfação Conjugal Global” com uma média de 223,53, cujo mínimo é de 149 e o máximo de 264, um desvio padrão de 24,26 e uma dispersão fraca com um $CV=10,85\%$. Esta dimensão não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria ($Skewness/erro=-2,85$) indicam uma curva assimétrica negativa ou enviesada à direita e a curtose ($Kurtosis/erro=0,54$) indica uma curva mesocurtica.

Quanto à dimensão em que estas mulheres apresentam uma menor satisfação evidencia-se a dimensão “Tempos Livres” com uma média de 8,70, cujo mínimo é de 4 e o máximo de 12, um desvio padrão de 2,10 e uma dispersão média com um $CV=24,14\%$. Esta dimensão apresenta uma distribuição normal, simétrica e mesocurtica ($Skewness/erro=0,05$) e ($Kurtosis/erro=-1,45$). (cf. Tabela 15)

Tabela 15 – Estatísticas relativas à satisfação conjugal.

Dimensões	N	Min	Max	\bar{X}	D.P.	CV (%)	KS	K	SK
Intimidade Emocional	106	68	108	94,83	10,43	10,99	0,007	-1,27	-2,21
Sexualidade	106	21	36	31,61	4,07	12,88	0,000	0,08	-3,80
Comunicação / Conflito	106	18	42	35,50	4,91	13,83	0,003	1,54	-3,35
Funções Familiares	106	9	24	18,59	3,34	17,97	0,005	-0,79	-0,85
Rede Social	106	7	18	14,68	2,41	16,42	0,000	-0,15	-1,87
Autonomia	106	12	24	19,61	3,12	15,91	0,000	-1,17	1,32
Tempos Livres	106	4	12	8,70	2,10	24,14	0,000	-1,45	0,05
Satisfação Conjugal Global	106	149	264	223,53	24,26	10,85	0,019	0,54	-2,85

Satisfação conjugal e variáveis sociodemográficas

Para o valor global foram utilizados grupos de coorte com base na forma mediana +/- 0,25 do desvio padrão o que nos permitiu classificar as participantes em estudo em satisfação baixa, moderada e alta. Podemos constatar pela análise da tabela 16, que o grupo de mulheres mais representativo (67,0%), pertence ao grupo etário ≤ 35 anos, contribuindo para este percentual o grupo de mulheres com alta satisfação conjugal (72,3%).

Quanto ao grupo etário de idade igual ou inferior a 35 anos constatamos que 72,3% das mulheres apresenta alta satisfação conjugal. No que respeita ao grupo etário de idade igual ou superior a 36 anos 37,8%, das mulheres, apresenta baixa satisfação conjugal.

Observa-se que não existem diferenças percentuais ($res = -0,8$, $res = -0,4$, $res = 1,0$) nem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 1,110$; $p = 0,574$) entre os grupos de satisfação conjugal (baixa, moderada e alta satisfação) e os grupos etários.

A satisfação conjugal foi também analisada por grupos de satisfação relativamente às variáveis sociodemográficas, estado civil, escolaridade e situação profissional.

A análise da mesma tabela permite inferir que a maioria das mulheres é casada/união de facto (89,6%), contribuindo para esta representatividade o grupo de mulheres com alta satisfação conjugal (95,7%). Podemos verificar ainda, que o grupo de mulheres com escolaridade até ao 12º ano (57,0%), é o grupo mais representativo, sendo que o percentual mais elevado na satisfação conjugal corresponde às mulheres com baixa satisfação conjugal (75,0%). Por fim, ao analisarmos a situação profissional das mulheres em estudo, verificamos que o percentual mais elevado (80,2%) corresponde às mulheres em situação empregada, e com uma moderada satisfação (86,4%).

Encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p=0,011$), ao nível da escolaridade, com os valores de ajustamento residual nos grupos de mulheres com baixa e moderada satisfação conjugal ($res=2,7$; $res=-2,7$ e $res=-2,2$; $res=2,2$ respetivamente). Também encontramos diferenças percentuais a nível do estado civil no grupo de mulheres com moderada satisfação conjugal ($res=2,1$; $res=-2,1$), mas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=5,509$; $p=0,064$).

Tabela 16 – Variáveis sociodemográficas e satisfação conjugal.

Variáveis Socioeconómicas	Satisfação Conjugal						Totais		Resíduos Ajustados			χ^2	P
	Baixa		Moderada		Alta		N	%	Baixa	Moderada	Alta		
	N	%	N	%	N	%							
Grupos Etários													
<= 35 anos	23	62,2	14	63,6	34	72,3	71	67,0	-0,8	-0,4	1,0	1,110	0,574
>= 36 anos	14	37,8	8	36,4	13	27,7	35	33,0	0,8	0,4	-1,0		
Estado Civil													
Solteira	4	10,8	5	22,7	2	4,3	11	10,4	0,1	2,1	-1,8	5,509	0,064
Casada/União de Facto	33	89,2	17	77,3	45	95,7	95	89,6	-0,1	-2,1	1,8		
Escolaridade													
Até 12º Ano	27	75,0	8	36,4	22	22,0	57	57,0	2,7	-2,2	-0,8	8,947	0,011*
Ensino Superior	9	25,0	14	63,6	20	47,6	43	43,0	-2,7	2,2	0,8		
Situação Profissional													
Empregada	26	70,3	19	86,4	40	85,1	85	80,2	-1,9	0,8	1,1	3,535	0,171
Desempregada	11	29,7	3	13,6	7	14,9	21	19,8	1,9	-0,8	-1,1		

* $p < 0,05$

Satisfação conjugal e variáveis obstétricas e antecedentes pessoais

Relativamente às variáveis obstétricas e antecedentes pessoais, elaborou-se a tabela 17 que a seguir se apresenta.

A análise da referida tabela permite inferir que a maioria das mulheres nunca teve gestações anteriores (62,3%), contribuindo para esta representatividade o grupo de mulheres com alta satisfação conjugal (68,1%). Podemos verificar ainda, que o grupo de mulheres que tentam há mais de 3 anos engravidar (51,9%), foi o grupo mais representativo, sendo que o percentual mais elevado na satisfação conjugal corresponde às mulheres com baixa satisfação conjugal (62,2%).

Ao analisarmos o tempo de início de tratamentos de infertilidade das mulheres em estudo, verificamos que o percentual mais elevado (50,0%) corresponde ao tempo de 1 ano de início de tratamentos, verificando-se a nível da alta satisfação conjugal o maior

percentual (51,1%). Constatamos ainda que a maioria das mulheres não toma medicação habitualmente (72,6%), contribuindo para esta representatividade o grupo de mulheres com baixa satisfação conjugal (83,8%).

Por fim, ao analisarmos a questão de o serviço em causa ser ou não o primeiro serviço a que as mulheres em estudo recorreram, verificamos pela análise da mesma tabela que o percentual mais elevado (72,6%) corresponde à situação de o serviço em questão ser o primeiro, verificando-se a nível de alta satisfação conjugal (80,9%).

Observa-se que não existem diferenças percentuais nem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de satisfação conjugal (baixa, moderada e alta satisfação) e as variáveis obstétricas e antecedentes pessoais, comprovado pelos valores residuais e valores de probabilidade.

Tabela 17 – Variáveis obstétricas, antecedentes pessoais e satisfação conjugal

Variáveis Socioeconómicas	Satisfação Conjugal						Totais		Resíduos Ajustados			χ^2	P
	Baixa		Moderada		Alta		N	%	Baixa	Moderada	Alta		
	N	%	N	%	N	%							
Existência de Gestações													
Não	23	62,2	11	50,0	32	68,1	66	62,3	0,0	-1,3	1,1	2,086	0,352
Sim	14	37,8	11	50,0	15	31,9	40	37,7	0,0	1,3	-1,1		
Tempo de Tent. Engrv.													
1 Ano	5	13,5	3	13,6	9	19,1	17	16,0	-0,5	-0,3	0,8	4,546	0,337
2 Anos	9	24,3	6	27,3	19	40,4	34	32,1	-1,3	-0,5	1,6		
>3 anos	23	62,2	13	59,1	19	40,4	55	51,9	1,6	0,8	-2,1		
Tempo de In. De Trat.													
1 Ano	18	48,6	11	50,0	24	51,1	53	50,0	-0,2	0,0	0,2	1,276	0,865
2 Anos	11	29,7	7	31,8	17	36,2	35	33,0	-0,5	-0,1	0,6		
>3 anos	8	21,6	4	18,2	6	12,8	18	17,0	0,9	0,2	-1,0		
Uso de Med. Hab.													
Sim	6	16,2	7	31,8	16	34,0	29	27,4	-1,9	0,5	1,4	3,588	0,166
Não	31	83,8	15	68,2	31	66,0	77	72,6	1,9	-0,5	-1,4		
1º Serviço Recorreu													
Sim	26	70,3	13	59,1	38	80,9	77	72,6	-0,4	-1,6	1,7	3,731	0,155
Não	11	29,7	9	40,9	9	19,1	29	27,4	0,4	1,6	-1,7		

*p< 0,05

Ajustamento à fertilidade e satisfação conjugal

Relativamente à distribuição das participantes segundo os grupos do ajustamento à fertilidade por grupos de satisfação conjugal, através da tabela 18, verificamos que uma maior percentagem de mulheres apresenta um fraco ajustamento à fertilidade (50,9%), contribuindo para esta representatividade o grupo de mulheres com baixa satisfação conjugal (64,9%).

Encontramos diferenças percentuais a nível do grupo de mulheres com baixa satisfação conjugal (res=-2,1; res=2,1), mas não se encontrando diferenças estatisticamente significativas, para qualquer grupo ($\chi^2=5,062$; $p=0,080$).

Tabela 18 - Ajustamento à fertilidade e satisfação conjugal.

Grupos do Ajustamento À Fertilidade	Satisfação Conjugal						Resíduos Ajustados			N	%	χ^2	P
	Baixa		Moderada		Alta		Baixa	Moderada	Alta				
	N	%	N	%	N	%							
Grupos do Ajustamento													
Bom	13	35,1	14	63,6	25	53,2	-2,1	1,5	0,8	52	49,1	5,062	0,080
Fraco	24	64,9	8	36,4	22	46,8	2,1	-1,5	-0,8	54	50,9		

* $p < 0,05$

6.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Uma vez realizada a caracterização da amostra pela análise descritiva, permitindo saber se os objetivos da investigação definidos inicialmente, foram ou não atingidos, são apresentados de seguida os resultados obtidos pela análise inferencial com a finalidade de validar as questões formuladas.

Relação entre a satisfação conjugal e as variáveis sociodemográficas: idade, estado civil, escolaridade e situação profissional.

Relação entre os grupos etários e a satisfação conjugal

Para o estudo do grupo etário com satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade utilizámos o Teste *U-Mann-Whitney*.

As mulheres que pertencem ao grupo etário de idades iguais ou inferiores a 35 anos apresentam maior satisfação em 5 das 8 dimensões da escala (uma vez que apresentam valores médios mais elevados) (“Intimidade Emocional”, “Sexualidade”, “Rede Social”, “Autonomia” e “Satisfação Conjugal Global”), e uma menor satisfação nas outras três dimensões da escala (“Comunicação/Conflito”, “Funções Familiares” e “Tempos Livres”) em comparação com as mulheres pertencentes ao grupo etário de idades iguais ou superiores a 36 anos.

Contudo, não se configuram diferenças estatísticas significativas na relação da idade com qualquer dimensão. Verificamos assim que a idade não influencia a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 10).

Quadro 10 - Teste de UMW entre os grupos etários e a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Grupos Etários Dimensões	<= 35 Anos (N=71)	>= 36Anos (N=35)	U	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Escala de Satisfação Conjugal	Intimidade Emocional	55,18	50,09	1123,000	0,421
	Sexualidade	54,35	51,77	1182,000	0,682
	Comunicação/Conflito	52,92	54,69	1201,000	0,780
	Funções Familiares	50,55	59,49	1033,000	0,157
	Rede Social	55,08	50,30	1130,000	0,446
	Autonomia	53,87	52,74	1216,000	0,857
	Tempos Livres	51,23	58,11	1081,000	0,270
	Satisfação Conj. Global	54,33	51,81	1183,500	0,692

* $p < 0,05$

Relação entre o estado civil e a satisfação conjugal

Na análise da relação da variável estado civil com a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade utilizámos o Teste *U-Mann-Whitney*.

Analisando o quadro 11, verificamos que as mulheres casadas/união de facto apresentam os valores médios mais baixos, ou seja, menor satisfação conjugal na dimensão “Sexualidade”, e uma maior satisfação em todas as outras dimensões da escala relativamente às mulheres solteiras.

Contudo, não se configuram diferenças estatísticas significativas na relação do estado civil com qualquer dimensão. Verificamos que o estado civil não influencia a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Quadro 11 – Teste de UMW entre estado civil e a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Estado Civil Dimensões	Solteira (N=11)	Casada/união de facto (N=95)	U	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Escala de Satisfação Conjugal	Intimidade Emocional	51,27	53,76	498,000	0,799
	Sexualidade	57,18	53,07	482,000	0,672
	Comunicação/Conflito	48,50	54,08	467,500	0,568
	Funções Familiares	49,41	53,97	477,500	0,639
	Rede Social	51,14	53,77	496,500	0,785
	Autonomia	50,23	53,88	486,500	0,706
	Tempos Livres	44,18	54,58	420,000	0,281
	Satisfação Conj. Global	48,64	54,06	469,000	0,579

* $p < 0,05$

Relação entre a escolaridade e a satisfação conjugal

Com a finalidade de verificarmos a influência da variável escolaridade na satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade, utilizámos o teste t de *Student*.

As mulheres que possuem o ensino superior como escolaridade são as que apresentam maior satisfação conjugal em todas as dimensões exceto na dimensão “Tempos Livres”, dado que nesta dimensão os valores médios mais elevados pertencem às mulheres desempregadas.

A realização do teste teste t de *Student* revela diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Intimidade Emocional” ($t = -2,558$; $p = 0,002$), “Sexualidade” ($t = -2,809$; $p = 0,006$), “Tempos Livres” ($t = -0,212$; $p = 0,022$) e “Satisfação Conjugal Global” ($t = -2,152$; $p = 0,022$). Sendo assim possível referir que a escolaridade influencia as dimensões:

"Intimidade Emocional", "Sexualidade", "Tempos Livres" e "Satisfação Conjugal Global" da satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 12).

Quadro 12 – Teste t para amostras independentes entre a escolaridade e a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Dimensões	Escolaridade				t	P
		Até 12º Ano (N=57)		Ensino Superior (N=43)			
		\bar{X}	DP	\bar{X}	DP		
Escala de Satisfação Conjugal	Intimidade Emocional	92,33	11,44	97,56	8,02	-2,558	0,002*
	Sexualidade	30,67	4,31	32,84	3,06	-2,809	0,006*
	Comunicação/Conflito	34,72	4,73	36,07	4,91	-1,389	0,707
	Funções Familiares	18,30	3,14	18,53	3,35	-0,363	0,613
	Rede Social	14,53	2,55	14,86	2,13	-0,695	0,159
	Autonomia	19,16	3,09	20,00	2,96	-1,373	0,463
	Tempos Livres	8,72	2,34	8,63	1,84	-0,212	0,022*
	Satisfação Conjugal Global	218,42	25,56	228,49	19,49	-2,152	0,022*

* $p \leq 0,05$ sig.

t – t de student

Relação entre a situação profissional e a satisfação conjugal

Na análise da relação da variável situação profissional com a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade utilizámos o Teste *U-Mann-Whitney*.

As mulheres que se encontram empregadas são as que apresentam maior satisfação conjugal em todas as dimensões exceto na dimensão "Tempos Livres", dado que nesta dimensão os valores médios mais elevados, pertencem às mulheres desempregadas.

A realização do teste de UMW revela-nos diferenças estatísticas significativas para as dimensões "intimidade Emocional" ($U=-2,176$; $p=0,030$) e "Comunicação/Conflito" ($U=-2,246$; $p=0,025$). Podemos inferir que, a situação profissional influencia as dimensões "Intimidade Emocional" e "Comunicação/Conflito" da satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 13).

Quadro 13 – Teste de UMW entre a situação profissional e a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Situação Profissional Dimensões	Empregada (N=85)	Desempregada (N=21)	U	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Escala de Satisfação Conjugal	Intimidade Emocional	56,72	40,45	618,500	0,030*
	Sexualidade	55,74	44,43	702,000	0,128
	Comunicação/Conflito	56,82	40,05	610,000	0,025*
	Funções Familiares	53,72	52,60	873,500	0,880
	Rede Social	54,89	47,88	774,500	0,343
	Autonomia	55,19	46,67	749,000	0,251
	Tempos Livres	50,76	64,57	660,000	0,061
	Satisfação Conj. Global	56,18	42,64	664,500	0,071

* $p < 0,05$

Em síntese:

- As mulheres que pertencem ao grupo etário de **idades** iguais ou inferiores a 35 anos apresentam maior satisfação em 5 das 8 dimensões da escala de satisfação conjugal;
- A variável **idade** não influencia a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade;
- As mulheres com **estado civil** de casada/união de facto apresentam menor satisfação conjugal na dimensão “Sexualidade”, e uma maior satisfação em todas as outras dimensões da escala relativamente às mulheres solteiras;
- O **estado civil** não influencia a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade;
- As mulheres que possuem o ensino superior como **escolaridade** são as que apresentam maior satisfação conjugal em todas as dimensões exceto na dimensão “Tempos Livres”, dado que nesta dimensão as ordenações médias mais elevadas pertencem às mulheres desempregadas;
- A **escolaridade** influencia as dimensões: “Intimidade Emocional” ($t = -2,558$; $p = 0,002$), “Sexualidade” ($t = -2,809$; $p = 0,006$), “Tempos Livres” ($t = -0,212$; $p = 0,022$) e “Satisfação Conjugal Global” ($t = -2,152$; $p = 0,022$) da mulher com diagnóstico de infertilidade;
- A nível da **situação profissional**, as mulheres que se encontram empregadas são as que apresentam maior satisfação conjugal em todas as dimensões exceto na dimensão “Tempos Livres”, em comparação com as mulheres desempregadas;

- A **situação profissional** influencia as dimensões “Intimidade Emocional” ($U=-2,176$; $p=0,030$) e “Comunicação/Conflito” ($U=-2,246$; $p=0,025$) da mulher com diagnóstico de infertilidade.

Constatamos assim que, a questão aqui em estudo, se confirma parcialmente, uma vez que só se configuraram diferenças estatísticas significativas, entre a escolaridade e as dimensões: “Intimidade Emocional”, “Sexualidade”, “Tempos Livres” e “Satisfação Conjugal Global”, e ente a situação profissional e as dimensões: “Intimidade Emocional” e “Comunicação/Conflito”, ou seja, a escolaridade influencia as dimensões: “Intimidade Emocional”, “Sexualidade”, “Tempos Livres” e “Satisfação Conjugal Global”, e a situação profissional influencia as dimensões: “Intimidade Emocional” e “Comunicação/Conflito” da satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Relação da satisfação conjugal e as variáveis obstétricas e antecedentes pessoais: existência de gestações anteriores, história de infecções vaginais, tempo de tentativa em engravidar, tempo de início de tratamentos de infertilidade e número de serviços a que recorreram as mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Relação entre a existência de gestações anteriores e a satisfação conjugal

Com a finalidade de verificarmos a influência da variável existência de gestações anteriores na satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade, utilizámos o teste t de *Student*.

As mulheres que já tiveram gestações anteriores apresentam maior satisfação conjugal (possuem valores médios mais elevados) em 5 das 8 dimensões da escala de satisfação conjugal, são exceção as dimensões: “Intimidade Emocional”, “Rede Social” e “Satisfação Conjugal Global” que comparativamente às mulheres que nunca tiveram gestações anteriores apresentam satisfação conjugal mais baixa.

Contudo, não se configuram diferenças estatísticas significativas na relação da existência de gestações anteriores com qualquer dimensão. Podemos inferir que a existência de gestações anteriores não influencia a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 14).

Quadro 14 – Teste t para amostras independentes entre a existência de gestações anteriores e a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Existência de Gestações Anteriores Dimensões	Não (N=66)		Sim (N=40)		t	P
		\bar{X}	DP	\bar{X}	DP		
Escala de Satisfação Conjugal	Intimidade Emocional	95,21	10,94	94,20	9,62	0,482	0,367
	Sexualidade	31,50	4,25	31,80	3,79	-0,367	0,523
	Comunicação/Conflito	35,48	4,93	35,52	4,95	-0,041	0,888
	Funções Familiares	18,69	3,30	18,72	3,43	0,405	0,972
	Rede Social	14,69	2,45	14,65	2,38	0,097	0,570
	Autonomia	19,39	3,03	19,97	3,26	-0,929	0,993
	Tempos Livres	8,67	2,09	8,75	2,14	-0,197	0,854
	Satisfação Conjugal Global	223,65	24,81	223,32	23,62	0,067	0,615

* $p \leq 0,05$ sig.

t – t de student

Relação entre a história de infeções vaginais e a satisfação conjugal

Com a finalidade de verificarmos a influência da variável existência de infeções vaginais na satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade, utilizámos o teste t de *Student*.

As mulheres que apresentam história de infeções vaginais apresentam maior satisfação conjugal a nível da dimensão “Intimidade Emocional” (média=94,87) comparativamente às mulheres que não apresentam história de infeções vaginais. No entanto, as mulheres que não apresentam história de infeções vaginais apresentam maior satisfação em todas as outras dimensões da escala (médias mais elevadas)

A realização do teste teste t de *Student* revela diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Rede Social” (t= -1,184; p=0,006). Verificamos que a história de infeções vaginais influencia a dimensão “Rede Social” da satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 15).

Quadro 15 – Teste t para amostras independentes entre a existência de história de infeções vaginais e a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Existência de Infeções Vaginais Dimensões	Sim (N=54)		Não (N=52)		T	P
		\bar{X}	DP	\bar{X}	DP		
Escala de Satisfação Conjugal	Intimidade Emocional	94,87	10,73	94,79	10,21	0,040	0,573
	Sexualidade	31,24	4,43	32,00	3,66	-0,960	0,215
	Comunicação/Conflito	35,11	5,43	35,90	4,33	-0,829	0,233
	Funções Familiares	18,24	3,48	18,96	3,18	-1,112	0,451
	Rede Social	4,41	2,76	14,96	1,98	-1,184	0,006*
	Autonomia	19,02	3,30	20,23	2,81	-2,030	0,127
	Tempos Livres	8,50	2,16	8,90	2,04	-0,988	0,767
	Satisfação Conjugal Global	221,39	26,91	225,75	21,19	-0,925	0,258

* $p \leq 0,05$ sig.

t – t de student

Relação entre o tempo de tentativa em engravidar e a satisfação conjugal

Para verificarmos a relação da variável tempo de tentativa em engravidar com a satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade aplicámos o Teste *Kruskal-Wallis*.

As mulheres que se encontram há 2 anos a tentar engravidar são as que apresentam maior satisfação a nível de todas as dimensões da escala de satisfação conjugal (maiores valores médios), comparativamente às mulheres que se encontram há 1 ano ou há mais de 3 anos a tentar engravidar. Verificamos ainda, que as mulheres que se encontram há mais de 3 anos a tentar engravidar são as que apresentam menor satisfação conjugal (menores valores médios) em todas as dimensões da escala, à exceção da dimensão “Comunicação/Conflito”, dimensão esta que são as mulheres que se encontram apenas há 1 ano a tentar engravidar que apresentam uma satisfação mais baixa, comparativamente com as outras.

Por sua vez, o teste de *Kruskal-Wallis* revela-nos que não há diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões ($p > 0,05$). Podemos constatar que o tempo de tentativa em engravidar não influencia a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 16).

Quadro 16 – Teste *Kruskal-Wallis* entre tempo de tentativa em engravidar e a satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Tempo de tentativa em Engravidar Dimensões	1 Ano (N=17)	2 Anos (N=34)	>3 Anos (N=55)	χ^2	P
		Ordenações médias				
Escala de Satisfação Conjugal	Intimidade Emocional	58,50	58,79	48,68	2,819	0,244
	Sexualidade	53,53	54,76	52,71	0,095	0,953
	Comunicação/Conflito	48,88	58,53	51,82	1,467	0,480
	Funções Familiares	54,18	55,84	51,85	0,368	0,832
	Rede Social	53,00	61,19	48,90	3,450	0,178
	Autonomia	55,50	57,28	50,55	1,116	0,572
	Tempos Livres	55,50	58,35	49,88	1,734	0,420
	Satisfação Conjugal Global	54,71	60,07	49,06	2,727	0,256

* $p < 0,05$

Relação entre o tempo de início de tratamentos de infertilidade e a satisfação conjugal

Para verificarmos o efeito que a variável tempo de início de tratamentos de infertilidade tem sobre a satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade aplicámos o Teste *Kruskal-Wallis*.

As mulheres que se encontram há 2 anos a realizar tratamentos de infertilidade são as que apresentam maior satisfação a nível de todas as dimensões da escala de satisfação conjugal (maiores valores médios), à exceção da dimensão “Autonomia”, que cabe às mulheres que se encontram a realizar tratamentos há mais de 3 anos a satisfação conjugal mais elevada a nível desta dimensão. No entanto, verificamos ainda, que as mulheres que se encontram há mais de 3 anos a realizar tratamentos de infertilidade, são as que apresentam menor satisfação conjugal (menores valores médios) nas restantes dimensões, excetuando (além da dimensão “Autonomia”), também a dimensão “Funções Familiares”, sendo as mulheres que se encontram apenas há 1 ano a realizar tratamentos que revelam a menor satisfação nesta dimensão.

Entre os grupos encontrámos diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Sexualidade” ($\chi^2=6,500$; $p=0,039$). Podemos inferir que o tempo de início dos tratamentos de infertilidade influencia a dimensão “Sexualidade” da mulher com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 17).

Dado existirem diferenças significativas, efetuaram-se os testes Post Hoc de Tukey, no intuito de determinar os grupos que se diferenciam. Os resultados dos testes mostram, no entanto, que não existem diferenças significativas entre os grupos.

Quadro 17 – Teste *Kruskal-Wallis* entre tempo de início de tratamentos e a satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Tempo de Início de Tratamentos de Inf. Dimensões	1 Ano (N=53)	2 Anos (N=35)	>3 Anos (N=18)	χ^2	P
		Ordenações médias				
Escala de Satisfação Conjugal	Intimidade Emocional	53,03	58,11	42,92	1,903	0,386
	Sexualidade	49,58	63,97	44,69	6,500	0,039*
	Comunicação/Conflito	51,53	58,84	48,92	1,685	0,431
	Funções Familiares	51,54	57,20	52,08	0,770	0,680
	Rede Social	53,61	56,20	47,92	0,887	0,64
	Autonomia	53,88	52,37	54,58	0,079	0,961
	Tempos Livres	53,39	55,63	49,69	0,458	0,795
	Satisfação Conjugal Global	52,42	58,00	47,94	1,404	0,496

* $p < 0,05$

Relação entre os serviços a que se recorre e a satisfação conjugal

Na análise da relação da variável primeiro serviço com a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade utilizámos o Teste *U-Mann-Whitney*.

As mulheres que referem que o serviço em questão é o primeiro serviço a que recorreram apresentam maior satisfação conjugal (valores médios mais elevados) em 5 das 8 dimensões da escala de satisfação conjugal, são exceção as dimensões: “Sexualidade”, “Comunicação/Conflito” e “Tempos Livres”, que apresentam valores médios mais elevados, logo satisfação conjugal mais elevada, nas mulheres que referem que já recorreram a outros serviços anteriormente.

Por sua vez, o Teste *U-Mann-Whitney* revela-nos que não há diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões ($p > 0,05$). Sendo assim possível dizer que o número de serviços a que se recorre não influencia a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade. (cf. Quadro 18).

Quadro 18 – Teste de UMW entre os serviços que se recorre e a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Escala	1º Serviço Dimensões	Sim (N=77)	Não (N=29)	U	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Escala de Satisfação Conjugal	Intimidade Emocional	53,58	53,28	1110,000	0,963
	Sexualidade	53,06	54,67	1082,500	0,808
	Comunicação/Conflito	53,21	54,28	1094,000	0,873
	Funções Familiares	54,50	50,84	1039,000	0,583
	Rede Social	53,81	52,67	1092,500	0,8863
	Autonomia	55,01	49,50	1000,500	0,406
	Tempos Livres	53,49	53,53	1115,500	0,994
	Satisfação Conj. Global	54,42	51,05	1045,500	0,615

* $p < 0,05$

Em síntese:

- As mulheres que já tiveram **gestações anteriores** apresentam maior satisfação conjugal em 5 das 8 dimensões da escala de satisfação conjugal;
- A **existência de gestações anteriores** não influencia a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade;
- As mulheres que apresentam **história de infeções vaginais** apresentam maior satisfação conjugal a nível da dimensão “Intimidade Emocional” comparativamente às mulheres que não apresentam história de infeções vaginais. No entanto, as mulheres que não apresentam história de infeções vaginais apresentam maior satisfação em todas as outras dimensões da escala;
- A **história de infeções vaginais** influencia a dimensão “Rede Social” ($t = -1,184$; $p = 0,006$), da mulher com diagnóstico de infertilidade;
- Relativamente ao **tempo de tentativa em engravidar**, as mulheres que se encontram há 2 anos a tentar engravidar são as que apresentam maior satisfação a nível de todas as dimensões da escala de satisfação conjugal, comparativamente às mulheres que se encontram há 1 ano ou há mais de 3 anos a tentar engravidar. Verificamos ainda, que as mulheres que se encontram há mais de 3 anos a tentar engravidar são as que apresentam menor satisfação conjugal em todas as dimensões da escala, à exceção da dimensão “Comunicação/Conflito”, dimensão esta que são as mulheres que se encontram apenas há 1 ano a tentar engravidar que apresentam uma satisfação mais baixa, comparativamente com as outras;

- O **tempo de tentativa em engravidar** não influencia a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade;
- As mulheres que se encontram há 2 anos a realizar **tratamentos de infertilidade** são as que apresentam maior satisfação a nível de todas as dimensões da escala de satisfação conjugal, à exceção da dimensão “Autonomia”, que cabe às mulheres que se encontram a realizar tratamentos há mais de 3 anos a satisfação conjugal mais elevada a nível desta dimensão. No entanto, verificamos ainda, que as mulheres que se encontram há mais de 3 anos a realizar tratamentos de infertilidades, são as que apresentam menor satisfação conjugal nas restantes dimensões, excetuando (além da dimensão “Autonomia”), também a dimensão “Funções Familiares”, sendo as mulheres que se encontram apenas há 1 ano a realizar tratamentos que revelam a menor satisfação nesta dimensão;
- O **tempo de início dos tratamentos de infertilidade** influencia a dimensão “Sexualidade” ($\chi^2=6,500$; $p=0,039$) da mulher com diagnóstico de infertilidade. Dado existirem diferenças significativas, efetuaram-se os testes Post Hoc de Tukey, no intuito de determinar os grupos que se diferenciam. Os resultados dos testes mostram, no entanto, que não existem diferenças significativas entre os grupos;
- As mulheres em que o **serviço** em questão é o primeiro serviço a que recorrem apresentam maior satisfação conjugal em 5 das 8 dimensões da escala de satisfação conjugal, são exceção as dimensões: “Sexualidade”, “Comunicação/Conflito” e “Tempos Livres”;
- O **número de serviços** a que se recorre não influencia a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Verificamos assim que, a questão aqui em estudo, se confirma parcialmente, uma vez que só se configuraram diferenças estatísticas significativas, entre a história de infeções vaginais e a dimensão “Rede Social” e entre o tempo de início de tratamentos de infertilidade e a dimensão “Sexualidade”, ou seja, a história de infeções vaginais influencia a dimensão “Rede Social” e o tempo de início de tratamentos de infertilidade influencia a dimensão “Sexualidade” da satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade.

Relação entre o ajustamento à fertilidade e a satisfação conjugal.

Relação entre os grupos de ajustamento à fertilidade e a satisfação conjugal

Para verificarmos o efeito que a variável ajustamento à fertilidade tem sobre a satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade aplicámos o Teste *Kruskal-Wallis*.

Analisando o quadro 19 verificamos que as mulheres que apresentam um bom ajustamento à fertilidade, são também as mulheres que apresentam níveis mais elevados de satisfação conjugal (valores médios mais elevados) em quase todas as dimensões, excetuando-se as dimensões: “Funções Familiares”, “Rede Social” e “Tempos Livres”, dimensões estas nas quais são as mulheres que apresentam fraco ajustamento à fertilidade que apresentam maior nível de satisfação.

Por sua vez, o Teste *Kruskal-Wallis* revela-nos que não há diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões ($p > 0,05$). Assim, é possível dizer que o ajustamento à fertilidade não influencia a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Quadro 19 - Teste *Kruskal-Wallis* entre os grupos de ajustamento e a satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade.

Escala	Grupos de Ajustamento	Bom (N=52)	Fraco (N=54)	χ^2	P
		Ordenações médias			
	Dimensões				
Escala de Satisfação Conjugal	Intimidade Emocional	55,84	51,25	0,592	0,442
	Sexualidade	56,63	50,49	1,071	0,301
	Comunicação/Conflito	55,78	51,31	0,564	0,453
	Funções Familiares	52,32	54,64	0,153	0,696
	Rede Social	53,06	53,93	0,022	0,883
	Autonomia	55,90	51,19	0,637	0,425
	Tempos Livres	50,03	56,84	1,343	0,247
	Satisfação Conjugal Global	55,91	51,18	0,629	0,428

* $p < 0,05$

Em síntese:

- As mulheres que apresentam um bom **ajustamento à fertilidade**, são também as mulheres que apresentam níveis mais elevados de **satisfação conjugal** em quase todas as dimensões, excetuando-se as dimensões: “Funções Familiares”, “Rede Social” e

“Tempos Livres”, dimensões estas nas quais são as mulheres que apresentam fraco ajustamento à fertilidade que apresentam maior nível de satisfação.

- O **ajustamento à fertilidade** não influencia a **satisfação conjugal** das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Constatamos assim que, a questão em análise, não se confirma, uma vez que não se configuraram diferenças estatísticas significativas, entre o ajustamento à fertilidade e a satisfação conjugal, ou seja, o ajustamento à fertilidade não influencia a satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade.

Procuramos agora dar resposta à seguinte questão de investigação:

Em que medida o ajustamento à fertilidade, a idade e o número de gestações anteriores são variáveis preditoras da satisfação conjugal.

Decidiu-se testar o valor preditivo das variáveis independentes em relação à variável dependente “Satisfação Conjugal” nas mulheres com diagnóstico de infertilidade, usando-se para o efeito a análise de regressão múltipla. Este método é o mais utilizado quando se pretende análises multivariadas principalmente quando possuímos uma variável dependente (endógena) e duas ou mais variáveis independentes (exógenas). O método de estimação usada foi o de *stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos quantos os necessários até se conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

Relação entre a intimidade emocional e as variáveis independentes.

Através do quadro 20 verificamos que a dimensão “Vida em Suspenso” é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada com a “Intimidade Emocional” numa mulher com diagnóstico de infertilidade ($r=0,217$), enquanto que a “Centralidade da Parentalidade” é a que apresenta a correlação mais baixa ($r=0,013$). Podemos ainda referir que a variável idade é a única que estabelece uma relação negativa com a “Intimidade Emocional”, pelo que podemos afirmar que menores índices de ajustamento, correspondem a menor idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal no que respeita à “Intimidade Emocional”. As correlações encontradas apenas são estatisticamente significativas para a “Vida em Suspenso” ($p=0,013$).

Quadro 20 – Correlação linear de *Pearson* entre a intimidade emocional e as variáveis independentes.

	r	P
Idade	-0,125	0,102
Centralidade da Parentalidade	0,013	0,449
Vida em Suspenso	0,217	0,013*
Aceitação da Vida sem Filhos	0,070	0,239
Ajustamento à Fertilidade Total	0,068	0,243
Nº de Gestações Anteriores	0,073	0,229

* p < 0,05

Neste modelo de regressão, a primeira e única variável a entrar foi a “Vida em Suspenso” que decorre por ser a que apresenta maior coeficiente de correlação em valor absoluto. A percentagem de variância explicada é de 4,7% sendo o valor correlacional fraco ($r = 0,217$), com um erro padrão de estimação de 10,230. Os testes F e t ao apresentarem significância estatística reforçam que a “Vida em Suspenso” é preditora da “Intimidade Emocional”. Pelos coeficientes padronizados beta, verificamos que a “Vida em Suspenso” estabelece uma relação inversa com a “Intimidade Emocional”, o que nos leva a afirmar que quanto menor a satisfação relacionada com a “Intimidade Emocional”, menor a “Vida em Suspenso”.

A fórmula final do modelo de regressão pode ser traduzida pela seguinte equação: Intimidade Emocional = 107,629 + (- 1,120 Vida em Suspenso). (cf. Quadro 21)

Quadro 21 - Regressão múltipla entre a intimidade emocional e as variáveis independentes.

Variável dependente = Intimidade Emocional					
R = 0,217					
R ² = 0,047					
R ² Ajustado = 0,038					
Erro padrão da estimativa = 10,230					
Incremento de R ² = 0,047					
F = 5,130					
P = 0,026					
Variáveis independentes		Pesos de Regressão		T	P
Constante		Coeficiente padronizado			
		107,629			
Vida em Suspenso		-0,217		-2,265	0,026
Efeito		Análise de variância		F	P
		Média			
Soma		GL	quadrados		
Quadrados					
Regressão	537,010	1	537,010	5,130	0,026
Residual	10885,933	104	104,672		
Total	11422,943	105			

Em síntese:

- No que respeita à relação entre a **”Intimidade Emocional”** e as variáveis independentes, podemos afirmar que menores índices de ajustamento, correspondem a menor idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal. As correlações encontradas apenas são estatisticamente significativas para a “Vida em Suspenso” ($p=0,013$);
- A **“Vida em Suspenso”** é preditora da **“Intimidade Emocional”**. Verificamos, ainda que, a “Vida em Suspenso” estabelece uma relação inversa com a “Intimidade Emocional”, o que nos leva a afirmar que quanto menor a satisfação relacionada com a “Intimidade Emocional”, menor a “Vida em Suspenso”.

Relação entre a sexualidade e as variáveis independentes.

Através do quadro 22 verificamos que a dimensão “Vida em Suspenso” é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada com a “Sexualidade” numa mulher com diagnóstico de infertilidade ($r=-0,217$), enquanto que o número de gestações anteriores é a que apresenta a correlação mais baixa ($r=0,062$). Verificamos ainda que as variáveis: idade, “Centralidade da Parentalidade”, “Vida em Suspenso” e “Ajustamento à Fertilidade Total”, estabelecem uma relação negativa com a “Sexualidade”, pelo que podemos afirmar que maiores índices de ajustamento, correspondem a menor idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal no que respeita à “Sexualidade”. As correlações encontradas apenas são estatisticamente significativas para a “Vida em Suspenso” ($p=0,010$).

Quadro 22 – Correlação linear de Pearson entre a sexualidade e as variáveis independentes.

	r	P
Idade	-0,083	0,197
Centralidade da Parentalidade	-0,110	0,131
Vida em Suspenso	-0,227	0,010*
Aceitação da Vida sem Filhos	0,067	0,249
Ajustamento à Fertilidade Total	-0,158	0,053
Nº de Gestações Anteriores	0,062	0,264

* $p < 0,05$

Neste modelo de regressão, a primeira e única variável a entrar foi a “Vida em Suspenso” que decorre por ser a que apresenta maior coeficiente de correlação em valor absoluto. A percentagem de variância explicada é de 5,1% sendo o valor correlacional fraco

($r = 0,227$), com um erro padrão de estimação de 3,980. Os testes F e t ao apresentarem significância estatística reforçam que a “Vida em Suspenso” é preditora da “Sexualidade”. Pelos coeficientes padronizados beta, verificamos que a “Vida em Suspenso” estabelece uma relação inversa com a “Sexualidade”, o que nos leva a afirmar que quanto menor a satisfação relacionada com a “Sexualidade”, menor a “Vida em Suspenso”.

A fórmula final do modelo de regressão pode ser traduzida pela seguinte equação: $\text{Sexualidade} = 36,835 + (-0,457 \text{ Vida em Suspenso})$. (cf. Quadro 23)

Quadro 23 - Regressão múltipla entre a sexualidade e as variáveis independentes.

Variável dependente = Sexualidade					
R = 0,227 R ² = 0,051 R ² Ajustado = 0,042 Erro padrão da estimativa = 3,980 Incremento de R ² = 0,051 F = 5,643 P = 0,019					
Variáveis independentes	Pesos de Regressão			T	P
	Constante	Coeficiente padronizado			
		36,835			
Vida em Suspenso		-0,227		-2,376	0,019
Efeito	Análise de variância		GL	F	P
	Soma	Média			
	Quadrados	Quadrados			
Regressão	89,408	89,408	1	5,643	0,019
Residual	1647,734	15,844	104		
Total	1737,142		105		

Em síntese:

- No que respeita à relação entre a “**Sexualidade**” e as variáveis independentes, podemos afirmar que maiores índices de ajustamento, correspondem a menor idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal. As correlações encontradas apenas são estatisticamente significativas para a “Vida em Suspenso” ($p=0,010$);
- A “**Vida em Suspenso**” é preditora da “**Sexualidade**”. Verificamos, ainda que, a “Vida em Suspenso” estabelece uma relação inversa com a “Sexualidade”, o que nos leva a afirmar que quanto menor a satisfação relacionada com a “Sexualidade”, menor a “Vida em Suspenso”.

Relação entre a comunicação/conflito e as variáveis independentes.

Através do quadro 24 verificamos que a dimensão “Vida em Suspenso” é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada com a “Comunicação/Conflito” numa mulher com diagnóstico de infertilidade ($r=-0,215$), enquanto que o “Ajustamento à Fertilidade Total” é a que apresenta a correlação mais baixa ($r=-0,001$). Podemos ainda referir que todas as variáveis estabelecem relação negativa com a “Comunicação/Conflito” com exceção das variáveis: “Aceitação da Vida sem Filhos” e número de gestações anteriores, pelo que podemos afirmar que maiores índices de ajustamento, correspondem a menor idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal no que respeita à “Comunicação/Conflito”. As correlações encontradas apenas são estatisticamente significativas para a “Vida em Suspenso” ($p=0,014$).

Quadro 24 – Correlação linear de Pearson entre a comunicação/conflito e as variáveis independentes.

	r	P
Idade	-0,022	0,410
Centralidade da Parentalidade	-0,005	0,479
Vida em Suspenso	-0,215	0,014*
Aceitação da Vida sem Filhos	0,157	0,054
Ajustamento à Fertilidade Total	-0,001	0,497
Nº de Gestações Anteriores	0,020	0,418

* $p < 0,05$

Neste modelo de regressão, a primeira e única variável a entrar foi a “Vida em Suspenso” que decorre por ser a que apresenta maior coeficiente de correlação em valor absoluto. A percentagem de variância explicada é de 4,6% sendo o valor correlacional fraco ($r= 0,215$), com um erro padrão de estimação de 4,822. Os testes F e t ao apresentarem significância estatística reforçam que a “Vida em Suspenso” é preditora da “Comunicação/Conflito”. Pelos coeficientes padronizados beta, verificamos que a “Vida em Suspenso” estabelece uma relação inversa com a “Comunicação/Conflito”, o que nos leva a afirmar que quanto menor a satisfação relacionada com a “Comunicação/Conflito”, menor a “Vida em Suspenso”.

A fórmula final do modelo de regressão pode ser traduzida pela seguinte equação: Comunicação/Conflito = 41,467 + (- 0,522 Vida em Suspenso). (cf. Quadro 25)

Quadro 25 - Regressão múltipla entre a comunicação/conflito e as variáveis independentes.

Variável dependente = Comunicação/Conflito					
R = 0,215					
R ² = 0,046					
R ² Ajustado = 0,037					
Erro padrão da estimativa = 4,822					
Incremento de R ² = 0,046					
F = 5,022					
P = 0,027					
Variáveis independentes		Pesos de Regressão			
		Coeficiente padronizado	T	P	
Constante		41,467			
Vida em Suspenso		-0,215	-2,241	0,027	
		Análise de variância			
Efeito	Soma	GL	Média	F	P
	Quadrados		Quadrados		
Regressão	116,739	1	116,739	5,022	0,027
Residual	2417,761	104	23,248		
Total	2534,500	105			

Em síntese:

- No que respeita à relação entre a “**Comunicação/Conflito**” e as variáveis independentes, podemos afirmar que maiores índices de ajustamento, correspondem a menor idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal. As correlações encontradas apenas são estatisticamente significativas para a “Vida em Suspenso” (p=0,014);
- A “**Vida em Suspenso**” é preditora da “**Comunicação/Conflito**”. Verificamos, ainda que, a “Vida em Suspenso” estabelece uma relação inversa com a “Comunicação/Conflito”, o que nos leva a afirmar que quanto menor a satisfação relacionada com a “Comunicação/Conflito”, menor a “Vida em Suspenso”.

Relação entre as funções familiares e as variáveis independentes.

Através do quadro 26 verificamos que a idade é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada com as “Funções Familiares” numa mulher com diagnóstico de infertilidade (r=0,132), enquanto que o número de gestações anteriores é a que apresenta a correlação mais baixa (r=0,023). Podemos ainda referir que a variável “Vida em Suspenso” é a única que estabelece uma relação negativa com as “Funções Familiares”,

pelo que podemos afirmar que menores índices de ajustamento, correspondem a maior idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal no que respeita às “Funções Familiares”. As correlações encontradas não apresentam diferenças estatisticamente significativas para qualquer variável.

Quadro 26 – Correlação linear de *Pearson* entre as funções familiares e as variáveis independentes.

	r	P
Idade	0,132	0,089
Centralidade da Parentalidade	0,116	0,118
Vida em Suspenso	-0,093	0,172
Aceitação da Vida sem Filhos	0,123	0,105
Ajustamento à Fertilidade Total	0,126	0,098
Nº de Gestações Anteriores	0,023	0,409

* $p < 0,05$

Procedemos à determinação das variáveis preditoras através do método *stepwise*, tendo-se verificado que nenhuma das variáveis em análise é preditora das “Funções Familiares”. Nesse sentido recorremos ao método *enter* que veio confirmar a não predição das variáveis em estudo conforme resultados dos testes t. As cinco variáveis apresentam, no seu conjunto uma correlação fraca ($r=0,248$) com uma variabilidade de 6,2% e um erro padrão de estimação de 3,315. Pelos coeficientes padronizados beta verificamos que a “Vida em Suspenso”, a “Aceitação da Vida sem Filhos” e o número de gestações anteriores estabelecem uma relação inversa e a idade e o “Ajustamento à Fertilidade Total” uma relação direta, inferindo-se assim que a uma maior idade, corresponde uma maior satisfação conjugal a nível da “Vida em Suspenso” e “Aceitação da Vida sem Filhos”, e ainda, um menor número de gestações anteriores, menor “Ajustamento à Fertilidade Total” e a maior satisfação conjugal relacionada com as “Funções Familiares”. (cf. Quadro 27)

Quadro 27 - Regressão múltipla entre as funções familiares e as variáveis independentes.

Variável dependente = Funções Familiares					
R = 0,248 R ² = 0,062 R ² Ajustado = 0,015 Erro padrão da estimativa = 3,315 Incremento de R ² = 0,062 F = 1,316 P = 0,263					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente padronizado		T	P	
Constante	12,601				
Idade	0,093		0,847	0,399	
Vida em Suspenso	-0,310		-1,796	0,076	
Aceitação da Vida sem Filhos	-0,151		-0,934	0,353	
Ajustamento à Fertilidade Total	0,315		1,871	0,064	
Nº de Gestações Anteriores	-0,033		-0,312	0,756	
Análise de variância					
Efeito	Soma	Média		F	P
	Quadrados	GL	quadrados		
Regressão	72,328	5	14,466	1,316	0,263
Residual	1099,229	100	10,992		
Total	1171,557	105			

Em síntese:

- No que respeita à relação entre as “**Funções Familiares**” e as variáveis independentes, podemos afirmar que menores índices de ajustamento, correspondem a maior idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal. As correlações encontradas não apresentam diferenças estatisticamente significativas para qualquer variável;
- **Nenhuma das variáveis em análise é preditora das “Funções Familiares”.** Verificamos, ainda que, a “Vida em Suspenso”, a “Aceitação da Vida sem Filhos” e o número de gestações anteriores estabelecem uma relação inversa e a idade e o “Ajustamento à Fertilidade Total” uma relação direta, inferindo-se assim que a uma maior idade, corresponde uma maior a satisfação conjugal a nível da “Vida em Suspenso” e “Aceitação da Vida sem Filhos”, e ainda, um menor número de gestações anteriores, menor “Ajustamento à Fertilidade Total” e maior satisfação conjugal relacionada com as “Funções Familiares”.

Relação entre a rede social e as variáveis independentes.

Através do quadro 28 verificamos que a variável “Centralidade da Parentalidade” é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada com a “Rede Social” numa mulher com diagnóstico de infertilidade ($r=0,149$), enquanto que a “Vida em Suspenso” é a que apresenta a correlação mais baixa ($r=-0,009$). Podemos ainda referir que as variáveis: idade e “Vida em Suspenso” estabelecem uma relação negativa com a “Rede Social”, pelo que podemos afirmar que menores índices de ajustamento, correspondem a menor idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal no que respeita à “Rede Social”. As correlações encontradas não apresentam diferenças estatisticamente significativas para qualquer variável.

Quadro 28 – Correlação linear de *Pearson* entre a rede social e as variáveis independentes.

	r	P
Idade	-0,085	0,192
Centralidade da Parentalidade	0,149	0,064
Vida em Suspenso	-0,009	0,464
Aceitação da Vida sem Filhos	0,019	0,422
Ajustamento à Fertilidade Total	0,109	0,132
Nº de Gestações Anteriores	0,016	0,437

* $p < 0,05$

Procedemos à determinação das variáveis preditoras através do método *stepwise*, tendo-se verificado que nenhuma das variáveis em análise é preditora da “Rede Social”. Nesse sentido recorremos ao método *enter* que veio confirmar a não predição das variáveis em estudo conforme resultados dos testes t. As cinco variáveis apresentam no seu conjunto uma correlação fraca ($r=0,221$) com uma variabilidade de 4,9% e um erro padrão de estimação de 2,411. Pelos coeficientes padronizados beta verificamos que a idade, a “Vida em Suspenso” e a “Aceitação da Vida sem Filhos” estabelecem uma relação inversa e o “Ajustamento à Fertilidade Total” e o número de gestações anteriores uma relação direta, inferindo-se assim que a uma menor idade, corresponde uma maior satisfação conjugal a nível da “Vida em Suspenso” e “Aceitação da Vida sem Filhos”, e ainda, um maior número de gestações anteriores, menor “Ajustamento à Fertilidade Total”, maior a satisfação conjugal relacionada com a “Rede Social”. (cf. Quadro 29)

Quadro 29 - Regressão múltipla entre a rede social e as variáveis independentes.

Variável dependente = Rede Social					
R = 0,221					
R ² = 0,049					
R ² Ajustado = 0,001					
Erro padrão da estimativa = 2,411					
Incremento de R ² = 0,049					
F = 1,025					
P = 0,407					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente padronizado		T	P	
Constante	14,286				
Idade	-0,150		-1,354	0,179	
Vida em Suspenso	-0,259		-1,487	0,140	
Aceitação da Vida sem Filhos	-0,174		-1,070	0,287	
Ajustamento à Fertilidade Total	0,332		1,954	0,053	
Nº de Gestações Anteriores	0,046		0,428	0,669	
Análise de variância					
Efeito	Soma	Média		F	P
	quadrados	GL	quadrados		
Regressão	29,785	5	5,957	1,025	0,407
Residual	581,310	100	5,813		
Total	611,094	105			

Em síntese:

- No que respeita à relação entre a “**Rede Social**” e as variáveis independentes, podemos afirmar que menores índices de ajustamento, correspondem a menor idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal. As correlações encontradas não apresentam diferenças estatisticamente significativas para qualquer variável;
- **Nenhuma das variáveis em análise é preditora da “Rede Social”.** Verificamos, ainda que a idade, a “Vida em Suspenso” e a “Aceitação da Vida sem Filhos” estabelecem uma relação inversa e o “Ajustamento à Fertilidade Total” e o número de gestações anteriores uma relação direta, inferindo-se assim que a uma menor idade, corresponde uma maior satisfação conjugal a nível da “Vida em Suspenso” e “Aceitação da Vida sem Filhos”, e ainda, um maior número de gestações anteriores, menor “Ajustamento à Fertilidade Total”, maior a satisfação conjugal relacionada com a “Rede Social”.

Relação entre a autonomia e as variáveis independentes.

Através do quadro 30 verificamos que a variável “Centralidade da Parentalidade” é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada com a “Autonomia” numa mulher com diagnóstico de infertilidade ($r=0,230$), enquanto que “Aceitação da Vida sem Filhos” é a que apresenta a correlação mais baixa ($r=-0,030$). Podemos ainda referir que as variáveis: idade, “Vida em Suspenso” e “Aceitação da Vida sem Filhos” estabelecem uma relação negativa com a “Autonomia”, pelo que podemos afirmar que menores índices de ajustamento, correspondem a menor idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal no que respeita à “Autonomia”. As correlações encontradas apenas são estatisticamente significativas para a “Centralidade da Parentalidade” ($p=0,009$).

Quadro 30 – Correlação linear de *Pearson* entre a autonomia e as variáveis independentes.

	r	P
Idade	-0,099	0,157
Centralidade da Parentalidade	0,230	0,009*
Vida em Suspenso	-0,040	0,341
Aceitação da Vida sem Filhos	-0,030	0,378
Ajustamento à Fertilidade Total	0,098	0,160
Nº de Gestações Anteriores	0,125	0,100

* $p < 0,05$

Neste modelo de regressão, a primeira e única variável a entrar foi a “Centralidade da Parentalidade” que decorre por ser a que apresenta maior coeficiente de correlação em valor absoluto. A percentagem de variância explicada é de 5,3% sendo o valor correlacional fraco ($r= 0,230$), com um erro padrão de estimação de 3,049. Os testes F e t ao apresentarem significância estatística reforçam que a “Centralidade da Parentalidade” é preditora da “Autonomia”. Pelos coeficientes padronizados beta, verificamos que a “Centralidade da Parentalidade” estabelece uma relação direta com a “Autonomia”, o que nos leva a afirmar que quanto menor a satisfação relacionada com a “Autonomia”, maior a “Centralidade da Parentalidade”.

A fórmula final do modelo de regressão pode ser traduzida pela seguinte equação: $\text{Autonomia} = 14,966 + (0,348 \text{ Centralidade da Parentalidade})$. (cf. Quadro 31)

Quadro 31 - Regressão múltipla entre a autonomia e as variáveis independentes.

Variável dependente = Autonomia					
R = 0,230 R ² = 0,053 R ² Ajustado = 0,044 Erro padrão da estimativa = 3,049 Incremento de R ² = 0,053 F = 5,815 P = 0,018					
Variáveis independentes		Pesos de Regressão			
Constante		Coefficiente padronizado	T	P	
		14,966			
Centralidade da Parentalidade		0,230	2,411	0,018	
		Análise de variância			
Efeito	Soma	GL	Média	F	P
	quadrados		quadrados		
Regressão	54,074	1	54,074	5,815	0,018
Residual	967,067	104	9,299		
Total	1021,142	105			

Em síntese:

- No que respeita à relação entre a “**Autonomia**” e as variáveis independentes, podemos afirmar que menores índices de ajustamento, correspondem a menor idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal. As correlações encontradas apenas são estatisticamente significativas para a “Centralidade da Parentalidade” ($p=0,009$);
- A “**Centralidade da Parentalidade**” é preditora da “**Autonomia**”. Verificamos, ainda que a “Centralidade da Parentalidade” estabelece uma relação direta com a “Autonomia”, o que nos leva a afirmar que quanto menor a satisfação relacionada com a “Autonomia”, maior a “Centralidade da Parentalidade”.

Relação entre os tempos livres e as variáveis independentes.

Através do quadro 32 verificamos que a variável “Centralidade da Parentalidade” é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada com os “Tempos Livres” numa mulher com diagnóstico de infertilidade ($r=0,148$), enquanto que o “Ajustamento à Fertilidade Total” é a que apresenta a correlação mais baixa ($r=0,045$). É ainda de referir que a variável “Aceitação da Vida sem Filhos” é a única que estabelece uma relação negativa

com os “Tempos Livres, pelo que podemos afirmar que menores índices de ajustamento, correspondem a maior idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal no que respeita aos “Tempos Livres”. As correlações encontradas não apresentam diferenças estatisticamente significativas para qualquer variável.

Quadro 32 – Correlação linear de *Pearson* entre os tempos livres e as variáveis independentes.

	r	P
Idade	0,052	0,298
Centralidade da Parentalidade	0,148	0,066
Vida em Suspenso	0,080	0,208
Aceitação da Vida sem Filhos	-0,115	0,120
Ajustamento à Fertilidade Total	0,045	0,324
Nº de Gestações Anteriores	0,064	0,257

* $p < 0,05$

Procedemos à determinação das variáveis preditoras através do método *stepwise*, tendo-se verificado que nenhuma das variáveis em análise é preditora dos “Tempos Livres”. Nesse sentido recorremos ao método *enter* que veio confirmar a não predição das variáveis em estudo conforme resultados dos testes t. As cinco variáveis apresentam no seu conjunto uma correlação fraca ($r=0,175$) com uma variabilidade de 3,1% e um erro padrão de estimação de 2,121. Pelos coeficientes padronizados beta verificamos que a “Vida em Suspenso” e a “Aceitação da Vida sem Filhos” estabelecem uma relação inversa e a idade o “Ajustamento à Fertilidade Total” e o número de gestações anteriores uma relação direta, inferindo-se assim que a uma maior idade, corresponde uma maior satisfação conjugal a nível da “Vida em Suspenso” e “Aceitação da Vida sem Filhos”, e ainda, um maior número de gestações anteriores, menor “Ajustamento à Fertilidade Total”, maior a satisfação conjugal relacionada com os “Tempos Livres”. (cf. Quadro 33)

Quadro 33 - Regressão múltipla entre os tempos livres e as variáveis independentes.

Variável dependente = Tempos Livres					
R = 0,175 R ² = 0,031 R ² Ajustado = -0,018 Erro padrão da estimativa = 2,121 Incremento de R ² = 0,031 F = 0,635 P = 0,673					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes		Coefficiente padronizado	T	P	
Constante		6,592			
Idade		0,059	0,525	0,601	
Vida em Suspenso		-0,103	-0,589	0,557	
Aceitação da Vida sem Filhos		-0,234	-1,428	0,156	
Ajustamento à Fertilidade Total		0,160	0,936	0,352	
Nº de Gestações Anteriores		0,028	0,265	0,792	
Análise de variância					
Efeito	Soma	GL	Média	F	P
	Quadrados		Quadrados		
Regressão	14,298	5	2,860	0,635	0,673
Residual	40,041	100	4,500		
Total	464,340	105			

Em síntese:

- No que respeita à relação entre os “**Tempos Livres**” e as variáveis independentes, podemos afirmar que menores índices de ajustamento, correspondem a maior idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal. As correlações encontradas não apresentam diferenças estatisticamente significativas para qualquer variável.
- **Nenhuma das variáveis em análise é preditora dos “Tempos Livres”**. Verificamos, ainda que a “Vida em Suspenso” e a “Aceitação da Vida sem Filhos” estabelecem uma relação inversa e a idade o “Ajustamento à Fertilidade Total” e o número de gestações anteriores uma relação direta, inferindo-se assim que a uma maior idade, corresponde uma maior satisfação conjugal a nível da “Vida em Suspenso” e “Aceitação da Vida sem Filhos”, e ainda, um maior número de gestações anteriores, menor “Ajustamento à Fertilidade Total”, maior a satisfação conjugal relacionada com os “Tempos Livres”.

Relação entre a satisfação conjugal global e as variáveis independentes.

Através do quadro 34 verificamos que a variável “Vida em Suspenso” é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada com a satisfação conjugal global numa mulher com diagnóstico de infertilidade ($r=-0,187$), enquanto que o número de gestações anteriores é a que apresenta a correlação mais baixa ($r=0,009$). Podemos ainda referir que as variáveis: idade, “Vida em Suspenso” e “Ajustamento à Fertilidade Total” estabelecem uma relação negativa com a satisfação conjugal global, pelo que podemos afirmar que maiores índices de ajustamento, correspondem a menor idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal global, no que respeita à “Satisfação Conjugal Global”. As correlações encontradas apenas são estatisticamente significativas para a “Vida em Suspenso” ($p=0,028$).

Quadro 34 – Correlação linear de *Pearson* entre a satisfação conjugal global e as variáveis independentes.

	r	P
Idade	-0,071	0,236
Centralidade da Parentalidade	0,059	0,274
Vida em Suspenso	-0,187	0,028*
Aceitação da Vida sem Filhos	0,078	0,214
Ajustamento à Fertilidade Total	-0,011	0,454
Nº de Gestações Anteriores	0,009	0,462

* $p < 0,05$

Procedemos à determinação das variáveis preditoras através do método *stepwise*, tendo-se verificado que a variável “Vida em Suspenso” apresenta diferenças estatisticamente significativas ($p=0,022$). Nesse sentido recorremos ao método *enter* que veio excluir esta variável e confirmar a não predição das variáveis em estudo conforme resultados dos testes t. As cinco variáveis apresentam no seu conjunto uma correlação fraca ($r=0,269$) com uma variabilidade de 6,9% e um erro padrão de estimação de 23,987. Pelos coeficientes padronizados beta verificamos que a idade, a “Vida em Suspenso” e a “Aceitação da Vida sem Filhos” estabelecem uma relação inversa e o “Ajustamento à Fertilidade Total” e o número de gestações anteriores uma relação direta, inferindo-se assim que a uma menor idade, corresponde uma maior satisfação conjugal a nível da “Vida em Suspenso” e “Aceitação da Vida sem Filhos”, e ainda, um maior número de gestações anteriores, menor “Ajustamento à Fertilidade Total” e maior satisfação conjugal global.

Quadro 35 - Regressão múltipla entre a satisfação conjugal global e as variáveis independentes.

Variável dependente = Satisfação Conjugal Global					
R = 0,262					
R ² = 0,069					
R ² Ajustado = -0,022					
Erro padrão da estimativa = 23,987					
Incremento de R ² = 0,069					
F = 1,479					
P = 0,204					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente padronizado		T	P	
Constante	248,687				
Idade	-0,130		-1,187	0,238	
Vida em Suspenso	-0,400		-2,328	0,022	
Aceitação da Vida sem Filhos	-0,161		-1,000	0,320	
Ajustamento à Fertilidade Total	0,271		1,611	0,110	
Nº de Gestações Anteriores	0,054		0,512	0,610	
Análise de variância					
Efeito	Soma	Média		F	P
	Quadrados	GL	quadrados		
Regressão	4253,661	5	850,732	1,479	0,204
Residual	57536,754	100	575,368		
Total	61790,415	105			

Em síntese:

- No que respeita à relação entre a “**Satisfação Conjugal Global**” e as variáveis independentes, podemos afirmar que maiores índices de ajustamento, correspondem a menor idade, maior número de gestações anteriores e maior satisfação conjugal global. As correlações encontradas apenas são estatisticamente significativas para a “Vida em Suspenso” (p=0,028).
- **Nenhuma das variáveis em análise é preditora da “Satisfação Conjugal Global”.** Verificamos, ainda que a idade, a “Vida em Suspenso” e a “Aceitação da Vida sem Filhos” estabelecem uma relação inversa e o “Ajustamento à Fertilidade Total” e o número de gestações anteriores uma relação direta, inferindo-se assim que a uma menor idade, corresponde uma maior satisfação conjugal a nível da “Vida em Suspenso” e “Aceitação da Vida sem Filhos”, e ainda, um maior número de gestações anteriores, menor “Ajustamento à Fertilidade Total” e maior satisfação conjugal global.

CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados torna-se pertinente responder às questões de investigação e aos objetivos do nosso estudo. Deste modo, a discussão dos resultados, permite-nos referir, o que empiricamente foi o que mais se evidenciou e que importa salientar.

O presente capítulo trata da discussão dos resultados, uma vez terminada a análise e interpretação dos dados, tendo em consideração todos os aspetos da investigação: as questões, o enquadramento teórico e os objetivos da investigação.

Desta forma, procuramos ao longo deste capítulo fazer uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, assentando no pensamento e análise crítica, recorrendo sempre a opinião de autores consultados.

7.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA

A estratégia metodológica desenhada para este estudo teve em conta o tipo de estudo realizado e os objetivos traçados.

Para que o presente estudo possa contribuir para o conhecimento na área da Obstetrícia e mais especificamente, para um melhor conhecimento da adaptação da mulher à experiência de infertilidade, é importante destacar algumas limitações metodológicas.

Uma das principais limitações prende-se com o tamanho e a falta de representatividade da amostra recolhida, o facto da amostra englobar um número reduzido de mulheres, acarreta algumas desvantagens relacionadas com a sua fidelidade e fiabilidade. Face a este aspeto limitativo, a pesquisa está condicionada às nossas opções metodológicas, o que nos impede de generalizar os resultados à população de mulheres com diagnóstico de infertilidade carecendo de confirmação em outros estudos do mesmo âmbito, com amostras mais alargadas. Podemos ainda referir que os resultados dependem,

da sinceridade e honestidade das inquiridas, isto é, as suas respostas são habitualmente dirigidas mais a condutas desejáveis e não tanto à realidade de suas vidas, o que também impede a generalização dos resultados.

O facto do nosso estudo ser transversal e descritivo, aponta para algumas vantagens e limitações. Assim as vantagens que surgem são relativas ao facto de ser um estudo mais breve e, enquanto a metodologia é mais simples. As limitações prendem-se com o facto de carecer de um controlo experimental das variáveis independentes, salientamos também o facto de no momento da colheita de dados as participantes terem de se reportar a fenómenos com um distanciamento temporal, e a avaliação ficar centrada naquele momento, isto é, na percepção retrospectiva e prospetiva, não havendo um seguimento da problemática em estudo, o que poderia ser combatido através de um estudo longitudinal (Fortin, 2009).

Apesar das eventuais limitações, os métodos a que recorremos na realização deste estudo foram os mais viáveis, e consideramos ainda que, os resultados obtidos nos permitiram adquirir um conhecimento mais real sobre a problemática da infertilidade, identificando dificuldades emocionais das mulheres, de modo a oferecer ajuda.

7.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sendo o ajustamento à fertilidade e a satisfação conjugal as variáveis dependentes em estudo optámos, por previamente proceder ao seu enquadramento, a fim de melhor compreender e discutir a sua variação relativamente às variáveis independentes.

Como já referimos a infertilidade tem vindo a ser descrita como uma crise importante, que *“comporta uma dimensão física, uma dimensão psíquica e emocional, mas sem dúvida uma dimensão sócio-cultural”*. A vivência da infertilidade é claramente diferente de indivíduo para indivíduo, variando em função do sexo, personalidade, cultura, história pessoal e familiar, assim como do investimento que projetam no futuro filho (Faria, 2001, p. 189).

Relativamente à satisfação conjugal, tal como a própria origem da palavra satisfação indica – *facere satis – fazer o bastante*, este é um conceito que remete para uma avaliação sobretudo positiva do outro e da relação (Narciso, 2001). Porém, é de salientar que a satisfação conjugal tem uma influência que varia consoante a fase do ciclo de vida em que o casal se encontra (Couto, 2011).

Findas estas considerações, julgadas pertinentes, passamos de seguida, a discutir os resultados obtidos nas análises estatísticas efetuadas em corte transversal com os dados da investigação obtida por outros investigadores.

Ajustamento à fertilidade e variáveis sociodemográficas

O número de mulheres estudadas foi de 106, com **idades** compreendidas entre os 19 e os 42 anos, a média de 33,57, sendo o grupo mais representativo o das mulheres com idades compreendidas entre 19 e 35 anos, com uma percentagem de 67,0%. Assim, podemos afirmar que a média de idades das mulheres inquiridas é considerada como a ideal para conceber um filho, uma vez que a mulher/casal já tem uma maturidade física e psicológica e também estabilidade económica e profissional, para melhor aceitar e viver em pleno a maternidade e os riscos que dela possam advir (Graça, 2000). No entanto, segundo Ramos (2011), devido ao facto de a infertilidade ser um acontecimento que ocorre num período de vida muito específico dos casais: a idade reprodutiva, os casais apercebem-se da sua condição de inférteis já numa fase avançada da idade reprodutiva, pois, se considerarmos que a idade média da primeira experiência de maternidade em Portugal é habitualmente 29 anos, é de esperar que o problema de fertilidade seja percebido apenas após os 30 anos de idade da mulher, o que vai de encontro aos nossos resultados.

A análise mostrou, que são as mulheres que pertencem a este grupo etário que apresentam maior ajustamento em todas as dimensões da escala de ajustamento à fertilidade em comparação com as mulheres pertencentes ao grupo etário de idades igual ou superior a 36 anos. No entanto, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão "Ajustamento Total" ($p=0,013$). Assim, é possível dizer que a idade influencia a dimensão "Ajustamento Total" da mulher com diagnóstico de infertilidade. Podemos ainda referir que relativamente às dimensões: "Sexualidade", "Comunicação/Conflito", "Funções Familiares", "Tempos Livres" e "Satisfação Conjugal Global", maiores índices de ajustamento, correspondem a uma menor idade.

De encontro a estes resultados está um estudo (Wirtberg, Moller, Hogstrom, Tronstad, & Lalos, 2007 citados por Ramos, 2011) que, ao avaliar, 20 anos após a realização dos tratamentos de fertilidade, a adaptação psicológica à infertilidade em mulheres, mostrou que o impacto negativo da infertilidade estava a ser particularmente intenso no momento em que as mulheres das suas relações próximas começavam a ser avós. É ainda importante ter em conta que este obstáculo não se circunscreve apenas ao momento da transição para a parentalidade, prolongando-se para toda a vida, dado que a parentalidade é, de todos os papéis que um indivíduo pode desempenhar ao longo da sua

vida, provavelmente o mais definitivo (Canavarro, 2001). Ainda, sob esta perspectiva, Drosdzol & Skrzypulec (2009) defendem que um distúrbio de fertilidade pode interferir com um objetivo comum de muitos humanos que é a reprodução e pode distorcer a avaliação positiva do próprio corpo. A perda de atratividade física por causa da doença, o trauma, a idade, a perda de autoaceitação e o desamparo aprendido que advém de repetidos fracassos face à tentativa de conceber podem levar à depressão.

No entanto, também verificámos, através do nosso estudo, que menores índices de ajustamento, correspondem a menor idade, no respeitante às dimensões: “Intimidade Emocional”, “Rede Social” e “Autonomia”.

Tendo em conta o referido anteriormente, seria de esperar que a idade estivesse associada de forma negativa com a adaptação à infertilidade, ou seja, que as mulheres mais velhas, apresentassem piores resultados nas medidas de adaptação emocional. Porém, alguns estudos revelam exatamente o oposto, de algum modo corroborando os nossos resultados relativos às dimensões: Intimidade Emocional”, “Rede Social” e “Autonomia”, como por exemplo, Newton *et al* (1999) (citados por Ramos, 2011) verificaram que o *stress* associado à infertilidade diminuía com a idade. No estudo de Fekkes *et al* (2003) (citados por Ramos, 2011), os autores verificaram que de entre os casais que planeavam submeter-se a tratamentos de FIV, eram os mais novos que relatavam mais dificuldades, nomeadamente problemas emocionais relacionados com o *stress*.

Outros estudos revelam não ter encontrado qualquer associação entre a idade e a adaptação à infertilidade. Por exemplo, no estudo de Benyamini, Gozlan e Kokia (2005) (citados por Ramos, 2011) verificaram que o tipo de dificuldades que as mulheres descreviam como consequência da sua infertilidade não estava relacionado com a idade.

Quanto ao **estado civil**, constatámos que a maioria das mulheres é casada/união de facto, contribuindo para esta representatividade o grupo de mulheres com bom ajustamento à fertilidade, o que pode ser justificado pelo facto de que para poder recorrer a técnicas de Reprodução Medicamente Assistida, e de acordo com o explanado no artigo 6º, da Lei nº32/2006, de 26 Julho, “*Só as pessoas casadas que não se encontrem separadas judicialmente de pessoas e bens ou separadas de facto ou as que, sendo de sexo diferente, vivam em condições análogas às dos cônjuges há pelo menos dois anos podem recorrer a técnicas de PMA*”, ou seja, verificamos que um dos requisitos é ter um estado civil de caso/união de facto, esta situação vai de encontro aos resultados do nosso estudo em que a maioria das mulheres pertence a esse estado civil.

Ao relacionarmos o estado civil com o ajustamento à fertilidade, constatámos que as mulheres solteiras possuíam maior ajustamento à fertilidade nas dimensões “Centralidade

da Parentalidade”, “Vida em Suspenso” e “Ajustamento Total”, e um menor ajustamento na dimensão “Aceitação da Vida sem Filhos” relativamente às mulheres casadas/união de facto. Contudo, não obtivemos diferenças estatísticas significativas na relação do estado civil com a escala de ajustamento à fertilidade. Assim, é possível dizer que o estado civil não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

A parentalidade é uma das mudanças mais universais e desejadas pelos indivíduos (Lampic *et al*, 2006 citados por Ramos, 2011), correspondendo, assim, a um percurso esperável dos indivíduos cuja prossecução é altamente valorizada pela sociedade. De um modo geral, hoje ainda é esperado que a maior parte das pessoas vá constituir, a dada altura da sua vida, um casal e que dessa relação resulte um ou mais filhos, este facto vai de encontro aos nossos resultados que revelam que as mulheres solteiras apresentam um menor ajustamento na dimensão “Aceitação da Vida sem Filhos” relativamente às mulheres casadas/união de facto.

Uma situação, que poderá desencadear o menor ajustamento à fertilidade das mulheres casadas/união de facto referente às dimensões: “Centralidade da Parentalidade”, “Vida em Suspenso” e “Ajustamento Total” consiste na pressão exercida por familiares, amigos e pessoas conhecidas, no sentido do casal procriar. Face aos comentários e perguntas sobre a sua fertilidade a mulher, geralmente a mais questionada, pode sentir-se muito diminuída pois falha, não só as suas expectativas, mas também as dos seus pais e sogros. A combinação destes acontecimentos pode desenvolver sentimentos de culpa nos indivíduos inférteis, tal como é referido nos estudos de Menning (1980); Lalos (1985) e Mahlstedt (1985), (citados por Delgados, 2007).

No que concerne à relação da **escolaridade**, verificamos que as mulheres que possuem o ensino superior como escolaridade são as que apresentam maior ajustamento à fertilidade em todas as dimensões exceto na dimensão “Aceitação da Vida sem Filhos”, assim como alguns estudos, também, revelam que menores habilitações literárias estão associadas a maiores dificuldades de adaptação na infertilidade (Drosdzol & Skrzypulec, 2008), no entanto, nem sempre fica claro se estas dificuldades se devem à infertilidade ou a outros fatores, já que, em alguns casos, esta associação era comum aos casais inférteis e aos grupos de controlo utilizados (Drosdzol & Skrzypulec, 2008), contudo

Os níveis de significância, revelaram a não existência de diferenças estatisticamente significativas para qualquer dimensão ($p > 0,05$). Assim, é possível dizer que a escolaridade não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Nesta linha de pensamento, de que a escolaridade não influencia o ajustamento à fertilidade, Faria *et al* (2012) refere que, se por um lado, o grau de escolaridade proporciona

aos indivíduos facilidade de entendimento e busca de conhecimento sobre as questões que envolvem o tratamento, por outro, pode torná-los mais vulneráveis às mudanças positivas ou negativas.

Apesar de no nosso estudo, verificarmos que a **situação profissional** não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade, constatamos que, as mulheres que se encontram empregadas profissionalmente apresentam maior ajustamento nas dimensões “Vida em Suspenso” e “Ajustamento Total”, o que de alguma forma, vai de encontro com um estudo realizado por Faria *et al* (2012), no qual, as variáveis sociodemográficas como é o caso por exemplo da renda mensal, foram responsáveis por alterações negativas no aspeto emocional dos casais inférteis. E ainda, como foi verificado por McQuillan, Greil, White e Jacob (2003), a perturbação emocional pode estar negativamente associada aos rendimentos auferidos pelos casais inférteis. Contudo, os níveis de significância, revelaram que não há diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões ($p > 0,05$).

Ajustamento à fertilidade e variáveis obstétricas e antecedentes pessoais

No que concerne à **existência de gestações anteriores**, verificámos que a maioria das mulheres nunca teve gestações anteriores (62,3%), contribuindo para esta representatividade o grupo de mulheres com bom ajustamento à fertilidade (65,4%). De acordo com estes resultados, verificamos que também no estudo de Couto (2011) a maioria das mulheres não tinha filhos, ou seja, apenas 2,2% revelava ter filhos anteriores ao tratamento, também Souza (2005), ao questionar, no seu estudo, as mulheres quanto à existência ou não de filhos frutos de relações anteriores, as respostas foram maioritariamente negativas, com 97,5% (232), por oposição a 2,5% (6), dados estes, que nos levam a inferir que são maioritariamente os casais que não têm filhos que recorrem aos serviços de infertilidade, e que talvez, devido ao facto de nenhum membro do casal ter já procriado, os mantenha mais unidos e com um maior ajustamento à sua situação de inférteis.

Ao relacionarmos a existência de gestações anteriores com o ajustamento à fertilidade verificámos que as mulheres que nunca tiveram gestações anteriores apresentam maior ajustamento em todas as dimensões da escala de ajustamento à fertilidade, comparativamente às mulheres que já tiveram gestações anteriores. No entanto, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Ajustamento Total” ($p=0,026$). Assim, é possível dizer que a existência de gestações anteriores influencia a dimensão “Ajustamento Total” da mulher com diagnóstico de infertilidade.

Relativamente aos resultados encontrados, podemos referir alguns estudos que de algum modo, vão de encontro ao facto de que a existência de gestações anteriores influenciar a dimensão “Ajustamento Total” da mulher com diagnóstico de infertilidade. É o caso do estudo de Miall (1985, cit. por Abbey *et al*, 1995) no qual muitas mulheres inférteis informaram não conseguir imaginar uma vida sem filhos e que esta situação faz com que seja difícil manter relacionamentos com amigos que têm filhos, podendo levar-nos a pensar que terão dificuldades na adaptação à sua situação de infertilidade. No entanto, este estudo, de alguma forma não confirma os nossos resultados relativos à rede social e tempos livres, uma vez que, verificámos que a um maior número de gestações anteriores, corresponde um menor “Ajustamento à Fertilidade Total”, relacionado com a “Rede Social” e um menor “Ajustamento à Fertilidade Total”, relacionado com os “Tempos Livres”, o que seria de esperar, seria o oposto.

Ainda, segundo Reed (2001) (citado por Delgado, 2007), para alguns casais, a infertilidade torna-se na maior obsessão das suas vidas. Pelo que a infertilidade pode afetar a adaptação do casal não só no momento em que este pretende engravidar mas, no caso de a parentalidade não ser alcançada, para o resto das suas vidas (Ramos, 2011). Desta forma, a depressão surge frequentemente associada à infertilidade, na medida em que “o reconhecimento de que nunca se poderá ter filhos pode causar um profundo sentimento de perda” (Bryan e Higginns, 2001, p.180).

A reação inicial à infertilidade é a surpresa, seguida de preocupação, emergindo com frequência os sentimentos de incompreensão dos outros face ao seu problema, de injustiça relativamente à sua infertilidade, produzindo o sentimento de revolta por serem privados de algo tão básico como ter filhos e pela marginalização de que se sentem alvos (Delgado, 2007).

Verificámos que as mulheres que apresentam **história de infeções vaginais** apresentam maior ajustamento nas dimensões “Centralidade da Parentalidade” e “Ajustamento Total”, contudo constatámos que não se configuram diferenças estatísticas significativas em nenhuma dimensão da escala ($p > 0,05$), o que de algum modo se opõe a alguns estudos encontrados. É reconhecido que a infertilidade pode ter origem em alguma área da vida sexual, dado que as doenças sexualmente transmissíveis constituem uma possível causa para os problemas de infertilidade (Burns, 1999; Santos & Moura-Ramos, 2010 citados por Ramos, 2011), para além de outras situações ou infeções que facilitem a obstrução tubar. O impacto é, nestes casos, físico, mas pode igualmente afetar a adaptação emocional, dado que a infertilidade decorrente de comportamentos de risco anteriores pode intensificar os sentimentos de culpa, de depressão ou de isolamento frequentes na infertilidade (Burns, 1999 citado por Ramos, 2011).

É ainda referido que, em algumas situações, a existência de comportamentos anteriores que possam estar associados à causa da infertilidade, nomeadamente a existência de vários parceiros sexuais ou utilização de contraceptivos, podem intensificar aqueles sentimentos, pela ligação que os indivíduos estabelecem entre esses comportamentos e o problema de infertilidade (Domar, 1997 citado por Ramos, 2011).

No que respeita ao **uso habitual de medicação**, constatamos que a maioria das mulheres não toma medicação habitualmente (72,6%), contribuindo para esta representatividade o grupo de mulheres com fraco ajustamento à fertilidade (75,9%). Ao analisarmos esta questão, seria de esperar que os resultados fossem o oposto uma vez que, nas últimas décadas, o número de problemas relacionados com a fertilidade tem vindo a aumentar, pela convergência de vários fatores físicos, psíquicos, sociológicos e ambientais. Nestes podemos incluir, segundo Pinto (1998) (citado por Delgado, 2007), Faria (2001) e Sá *et al* (2005) (citada pela Associação Portuguesa de Fertilidade, 2013), a excessiva exposição a tóxicos com efeitos nefastos nos mecanismos da reprodução, como é o caso dos medicamentos.

Referimos, ainda que, estudos têm sugerido que a atribuição da causa da origem da infertilidade ao próprio pode ter um efeito negativo nos indivíduos, (Smith *et al*, 2009 citados por Ramos, 2011).

No estudo referente à relação entre ao **tempo de tentativa em engravidar** e o ajustamento à fertilidade, são as mulheres que se encontram há mais de 3 anos a tentar engravidar, as que apresentam menor ajustamento a nível de todas as dimensões da escala de ajustamento à fertilidade, à exceção da dimensão “Centralidade da Parentalidade”, no entanto verificámos que não há diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões ($p > 0,05$). Assim, é possível dizer que o tempo de tentativa em engravidar não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

O impacto da duração da infertilidade tem sido estudado, mas a investigação, de um modo geral, tem tido dificuldade em estabelecer a relação entre esta variável e a adaptação. De facto, se em alguns casos a duração da infertilidade estava positivamente associada à perturbação psiquiátrica (Guerra *et al*, 1998; Lok *et al*, 2002), noutros não foi encontrada qualquer associação (Benyamini *et al*, 2005; Fekkes *et al*, 2003 citados por Ramos, 2011). Este último estudo vai de encontro aos nossos resultados referindo que o tempo de tentativa em engravidar não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

No entanto, o ciclo de esperança / desajustamento, relatado maioritariamente pelos elementos femininos do casal, que participaram de um estudo realizado por Delgado (2007)

consiste na dificuldade mais visível, na medida em que, todos os meses, com o início de um novo ciclo, surge a esperança na possibilidade de conseguir uma gravidez mas que se desvanece quando o casal se apercebe que a gravidez não ocorreu, precipitando-se no sentimento de desapontamento gerado pela perda da criança desejada. Também este estudo corrobora o nosso resultado, de que o grupo mais representativo da amostra é o das mulheres que tentam há mais de 3 anos engravidar, sendo que o seu percentual mais elevado no ajustamento à fertilidade corresponde às mulheres com fraco ajustamento.

Ainda a este respeito, Berg e Wilson (1991), ao estudarem a perturbação psicológica em três fases diferentes da infertilidade (correspondendo a um período estudado de três anos), verificaram que a perturbação emocional (nomeadamente depressão, ansiedade e sensibilidade interpessoal) era elevada na primeira e última fases, e caía para valores normais durante a segunda, estes resultados vão, de algum modo, ao encontro dos nossos, na medida em que, na nossa amostra as mulheres que se encontram há mais de 3 anos a tentar engravidar são as que apresentam menor ajustamento a nível de todas as dimensões da escala, à exceção da dimensão “Centralidade da Parentalidade”, nesta dimensão apresentam menor ajustamento as mulheres que se encontram apenas há 1 ano a tentar engravidar e relativamente às mulheres que se encontram há 2 anos a tentar engravidar estas são as que apresentam maior ajustamento na dimensão “Ajustamento Total”.

No que concerne à análise do **tempo de início de tratamentos de infertilidade** com o ajustamento à fertilidade, constatámos que as mulheres que se encontram há mais de 3 anos a realizar tratamentos de infertilidade são as que apresentam menor ajustamento a nível de todas as dimensões da escala de ajustamento à fertilidade. Por sua vez, as mulheres que se encontram há 2 anos em tratamentos são as que apresentam maior ajustamento em todas as dimensões da escala, à exceção da dimensão “Vida em Suspenso”, que corresponde às mulheres que apenas se encontram há 1 ano em tratamentos o maior ajustamento, no entanto, verificámos que não há diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões ($p > 0,05$).

De acordo com o nosso resultado, de que o tempo de início de tratamentos de infertilidade não influencia o ajustamento à fertilidade das mulheres com diagnóstico de infertilidade, estão os estudos de Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer, & Kraaimaat, (2005), que não encontraram qualquer efeito na evolução da ansiedade antes durante e após o ciclo de tratamento de RMA.

Contudo, um estudo realizado por Ramos (2011) constatou que se, por um lado, a maior duração da infertilidade acarreta maiores dificuldades emocionais, nomeadamente, maior sintomatologia depressiva bem como maior intensidade da necessidade da

parentalidade e maior rejeição de estilo de vida sem filhos, o mesmo não acontece com o número de tratamentos realizados. Neste caso, os casais que realizaram até dois tratamentos relatam maiores dificuldades, mas a partir dos três tratamentos, aquelas parecem diminuir, através de uma maior aceitação de um estilo de vida sem filhos. Estes resultados sugerem que a diminuição da expectativa de engravidar após três tratamentos permite aos casais preparem-se para a impossibilidade de engravidar, diminuindo, conseqüentemente, as suas dificuldades emocionais. Estes resultados vão em oposição aos encontrados no nosso estudo, uma vez que as mulheres que se encontram há mais de 3 anos a realizar tratamentos de infertilidade são as que apresentam menor ajustamento a nível de todas as dimensões da escala de ajustamento à fertilidade.

Ao analisarmos a relação entre o facto de o serviço em causa ser o primeiro **serviço** a que as mulheres em estudo recorreram com o ajustamento à fertilidade, constatámos que as mulheres em que este era o primeiro serviço apresentavam um maior ajustamento em todas as dimensões da escala do ajustamento à fertilidade com exceção da dimensão “Aceitação da Vida sem Filhos”, existindo diferenças estatísticas significativas para a dimensão “Vida em Suspenso” ($p=0,024$). Podemos, assim inferir que, o número de serviços de infertilidade a que se recorre influencia a dimensão “Vida em Suspenso” da mulher com diagnóstico de infertilidade.

De encontro aos nossos resultados, apresentamos alguns estudos que revelam o carácter perturbador do contexto médico e do fracasso dos tratamentos, consideramos desta forma, que as mulheres que recorreram a mais serviços, são as mulheres que se encontram há mais tempo a tentar engravidar e em tratamentos sem sucesso. Assim, são vários os autores que salientam as conseqüências que o contexto médico traz para o casal infértil. Os elementos do casal sentem-se explorados enquanto pessoas e induzidos a experimentarem novos procedimentos, muitas vezes dolorosos, como se fossem parte de uma investigação (Daniluk, 2001); sentem que perderam a sua privacidade e que tornaram publico o facto de tentarem ter um filho (Cudmore, 2005 citado por Gomes, 2009); sentem-se humilhados com as questões colocadas pelos médicos e com os procedimentos invasivos que lhes são solicitados (Schaffer & Diamond, 1993 citados por Gomes, 2009);

Verifica-se ainda que, quando se analisa o impacto a longo prazo da realização de tratamentos de infertilidade, duas tendências se verificam: os casais que obtiveram uma gravidez tendem a apresentar melhor adaptação que os casais que permaneceram sem filhos (Hammarberg, Astbury, & Baker, 2001 citados por Ramos, 2011), e ainda que aqueles que optaram por não realizar mais tratamentos e orientaram o seu futuro para novos objetivos mostraram níveis superiores de adaptação do que aqueles casais que continuaram a tentar engravidar (Verhaak, Smeenk, Nahuis *et al*, 2007 citados por Ramos, 2011).

Satisfação conjugal e variáveis sociodemográficas

Apesar de o nosso estudo concluir que, a **idade** não influencia a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade, verificamos que as mulheres que pertencem ao grupo etário de idades iguais ou inferiores a 35 anos apresentam maior satisfação em 5 das 8 dimensões da escala, (“Intimidade Emocional”, “Sexualidade”, “Rede Social”, “Autonomia” e “Satisfação Conjugal Global”) em comparação com as mulheres pertencentes ao grupo etário de idades iguais ou superiores a 36 anos o que de alguma forma vai ao encontro dos resultados do estudo de Sá (2012), no qual, pelos coeficientes padronizados beta, obtidos através da regressão múltipla se verifica que a uma maior idade, corresponde uma maior satisfação conjugal a nível da “Vida em Suspenso” e “Aceitação da Vida sem Filhos”, relacionada com as “Funções Familiares”.

Do mesmo modo o nosso estudo, revelou que relativamente aos “Tempos Livres”, verificámos que uma maior idade, corresponde a uma maior satisfação conjugal a nível da “Vida em Suspenso” e “Aceitação da Vida sem Filhos”. O que pode ser corroborado também, pelo estudo de Menezes (2008), que revela que a idade ao casar é outro aspeto relevante. Se, ao casar, pelo menos um dos membros do casal for muito jovem, tal pode condicionar a satisfação conjugal, sendo que uma idade mais avançada está associada a uma maior satisfação conjugal.

No entanto concluímos também que, que uma menor idade, corresponde uma maior satisfação conjugal a nível da “Vida em Suspenso” e “Aceitação da Vida sem Filhos” relacionada com a “Rede Social”.

Por último verificámos que, uma menor idade, corresponde a uma maior satisfação conjugal a nível da “Vida em Suspenso” e “Aceitação da Vida sem Filhos”, relacionada com a “Satisfação Conjugal Global”

Constatámos, no nosso estudo, que não se configuram diferenças estatísticas significativas na relação da idade com qualquer dimensão da escala. Em oposição, o estudo de Wang *et al* (2007) (citado por Ramos, 2011), que refere que fatores 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.

Apesar de o nosso estudo revelar que o **estado civil** não influencia a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade, conclui também que as mulheres casadas/união de facto apresentam menor satisfação conjugal na dimensão “Sexualidade”, e uma maior satisfação em todas as outras dimensões da escala relativamente às mulheres solteiras, resultados estes que são corroborados pelo estudo de Sá (2012), através do qual

se verifica que os participantes que vivem em união de facto apresentam maiores níveis de satisfação conjugal nas dimensões “Intimidade Emocional”; “Funções Familiares”; “Rede Social”; “Autonomia”; “Tempos livres” e “Satisfação Conjugal Global”.

Vários estudos revelam, ainda que, na população casada, o nível de mortalidade é menos elevado, e o nível de bem-estar é mais elevado do que na população não casada: menos casos de problemas de saúde mental, mais indicadores positivos de bem-estar psicológico e menos indicadores negativos tais como a depressão e ansiedade. Isto vai de encontro ao estudo de Gottman & Notarius (2002), que revela que existem vários determinantes do bem-estar da família em consequência do tipo de interações existentes no casamento.

Também, no estudo de Narciso, Costa & Prata (2002, p.68) verificou-se que existe uma forte ligação entre estar casado e ter uma boa saúde e maior longevidade. Isto está também associado a um melhor funcionamento do sistema imunitário, cardiovascular, etc. “O casamento parece, então, assumir funções protetoras, uma vez que a ligação afetiva a alguém significativo e a consequente relação de intimidade são uma fonte de apoio emocional, o que fertiliza a autoestima e a autoconfiança, “ferramentas” essenciais para lidar com o *stress*”.

No que concerne à relação da **escolaridade** com a satisfação conjugal, verificámos diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Intimidade Emocional” ($p=0,002$), “Sexualidade” ($p=0,006$), “Tempos Livres” ($p=0,022$) e “Satisfação Conjugal Global” ($p=0,022$).

O facto, de no nosso estudo, as mulheres que possuem o ensino superior como escolaridade serem as que apresentam maior satisfação conjugal em todas as dimensões exceto na dimensão “Tempos Livres”, vai de encontro aos resultados obtidos por Sá (2012), embora os resultados difiram na dimensão afetada pela menor satisfação conjugal, uma vez que no referido estudo se constatou que os participantes que possuíam habilitações ao nível no ensino superior apresentaram médias mais elevadas em todas as subescalas exceto na subescala “Sexualidade”; sendo os que possuíam o ensino secundário que tiveram médias mais elevadas para esta subescala. A mesma autora, verificou ainda, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e as subescalas “Funções Familiares” e “Autonomia”, dimensões essas com diferenças não significativas no nosso estudo.

Também Kaufman e Taniguchi (2006) e Feeney *et al* (1997) (citados por Menezes, 2008) verificaram que as mulheres mais felizes no seu casamento tendiam a ter níveis mais elevados de educação.

No estudo referente à relação da **situação profissional**, com a satisfação conjugal, verificámos que as mulheres que se encontram empregadas são as que apresentam maior satisfação conjugal em todas as dimensões exceto na dimensão “Tempos Livres”, dado que nesta dimensão a maior satisfação pertence às mulheres desempregadas, constatámos diferenças estatísticas significativas para as dimensões “intimidade Emocional” ($p=0,030$) e “Comunicação/Conflito” ($p=0,025$).

Segundo Veroff *et al* (1997) (citado por Menezes, 2008), a equidade na distribuição laboral é difícil de adquirir para muitos casais. Através de vários estudos realizados, apesar do avanço que a mulher fez no mundo do trabalho, o trabalho doméstico ainda está maioritariamente a seu cargo. Verifica-se que a quantidade de trabalho que a mulher pratica fora de casa não influencia a quantidade de trabalho doméstico que o marido tem. No entanto, a quantidade de trabalho que o marido tem fora de casa vai influenciar a quantidade de trabalho doméstico da mulher. Desta forma, compreende-se como os conflitos sobre a divisão das tarefas são a maior fonte de tensão relatada pelos cônjuges recém-casados. Pina e Bengston (1993) (citados por Menezes, 2008) afirmam que as expectativas da mulher relativamente ao envolvimento do marido nas tarefas domésticas e os significados que eles atribuem às contribuições para as mesmas, desempenham um papel moderador significativo entre a divisão do trabalho e o bem-estar individual e conjugal. Resultados estes, que de algum modo se assemelham aos obtidos no nosso estudo, no qual verificámos que as mulheres que se encontram empregadas são as que apresentam maior satisfação conjugal em todas as dimensões exceto na dimensão “Tempos Livres”.

Também, no estudo de Jose e Alfons (2007) (citados por Menezes, 2008), se verifica que as mulheres que estão empregadas têm maior satisfação que as que são domésticas. Lindahl *et al* (1997) (citados por Menezes, 2008) referem que quanto mais baixo o estatuto socioeconómico, menor a qualidade conjugal e maior o risco de divórcio. A empregabilidade e o rendimento também influenciam positivamente (se maiores) a satisfação.

Segundo Spence (1997) (citado por Menezes, 2008), o stress e o mau temperamento trazido do local de trabalho podem influenciar a vida do casal. O facto dos dois membros do casal trabalharem e serem o sustento da família (contrariamente ao passado onde esse papel era apenas atribuído ao homem), pode, também, atuar na satisfação conjugal. Vemos, então, que a satisfação com o trabalho tem potenciais consequências para o casamento, assim como o contrário também se pode verificar, para algumas pessoas.

Satisfação Conjugal, variáveis obstétricas e antecedentes pessoais

No que concerne à relação de **existência de gestações anteriores** com a satisfação conjugal verificámos que as mulheres que já tiveram gestações anteriores apresentam maior satisfação conjugal em 5 das 8 dimensões da escala de satisfação conjugal, são exceção as dimensões: “Intimidade Emocional”, “Rede Social” e “Satisfação Conjugal Global” que comparativamente às mulheres que nunca tiveram gestações anteriores apresentam satisfação conjugal mais baixa, contudo, não se configuram diferenças estatísticas significativas na relação da existência de gestações anteriores com qualquer dimensão. Assim, é possível dizer que a existência de gestações anteriores não influencia a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

De encontro aos nossos resultados, estão os do estudo de Couto (2011), que refere que o elemento: filhos anteriores em mulheres que se encontram em tratamentos de infertilidade, contribui para a coesão familiar de casais inférteis.

No entanto, em oposição aos nossos resultados, encontram-se os obtidos por Sá (2012) que averiguaram que os níveis de satisfação conjugal em todas as subescalas são superiores nos participantes que estão a ter o primeiro filho e constatou que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “Sexualidade”; “Comunicação/Conflito”; “Rede Social” e “Satisfação Conjugal Global”.

Também Menezes (2008) cita vários autores que defendem que o facto de ter crianças a viver ainda em casa reflete uma menor intimidade e mais conflitos. O nascimento de uma criança provoca uma maior instabilidade e uma menor intimidade entre o casal que, é essencial para a satisfação. (Duvall, 1977; Feeney *et al*, 1997; Patrick *et al*, 2007; Vaillant e Vaillant, 1993 citados por Menezes, 2008), estes estudos corroboram em certa medida, o nosso resultado de que, um menor número de gestações anteriores, corresponde a uma maior satisfação conjugal relacionada com as “Funções Familiares”.

A maternidade e a paternidade são aspetos sociais valorizados em muitas culturas e constituem uma etapa importante na vida da maioria dos casais. A questão de ter ou não um filho não se coloca de um modo ocasional, existe todo um contexto ideológico, cultural e social que, direta ou indiretamente, pressiona os casais no sentido do projeto parental (Bernal ZD, Jordá DG., 2010 citados por Faria *et al*, 2012), este estudo vai de encontro ao nosso resultado de que, a um maior número de gestações anteriores, corresponde uma maior satisfação conjugal relacionada com a “Rede Social”, com aos “Tempos Livres” e com a “Satisfação Conjugal Global”.

A dificuldade em cumprir o desejo de ter um filho pode fazer pensar que algo está errado na relação. Muitos casais veem como principal objetivo de vida ter um filho e a incapacidade para ter esse filho pode perturbar os alicerces da relação. A dinâmica conjugal tem um papel importante na vivência da infertilidade, assim como esta tem impacto na vida conjugal e na satisfação sexual ao longo do processo de diagnóstico e tratamento. O stress relacionado com a vivência desta situação pode ter como consequência, o aumento dos conflitos conjugais (World Health Organization, 2002 citado por Delgado, 2007), podendo ocorrer a deterioração da relação conjugal durante o progresso da intervenção terapêutica.

Quanto à relação da **história de infeções vaginais** com a satisfação conjugal, constatámos que as mulheres que apresentam história de infeções vaginais apresentam maior satisfação conjugal a nível da dimensão “Intimidade Emocional” comparativamente às mulheres que não apresentam história de infeções vaginais. No entanto, as mulheres que não apresentam história de infeções vaginais apresentam maior satisfação em todas as outras dimensões da escala, existindo diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Rede Social” ($p=0,006$).

O facto de as mulheres que não apresentam história de infeções vaginais apresentam maior satisfação em todas as outras dimensões da escala, à exceção “Intimidade Emocional” vai de algum modo, ao encontro do referido por Freitas *et al* (2011), que para uma boa satisfação na vida sexual, além da boa saúde física e global é imprescindível um bom relacionamento do casal. Os melhores preditores e até mesmo marcadores de satisfação sexual são a sensação de bem-estar geral e a boa relação com o parceiro. Os mesmos autores, referem ainda que, ao se realizar a anamnese das mulheres com queixa sexual, um dos fatores relacionados é a história de infeções vaginais

No entanto, no nosso estudo concluímos que a história de infeções vaginais influencia a dimensão “Rede Social” da satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade, e o que seria de esperar pelo apresentado, era que a dimensão influenciada fosse a “Sexualidade”.

No que respeita ao **uso habitual de medicação**, constatamos que a maioria das mulheres não toma medicação habitualmente (72,6%), contribuindo para esta representatividade o grupo de mulheres com baixa satisfação conjugal (83,8%).

Em oposição, aos nossos resultados, encontramos alguns estudos que referem que os indivíduos infelizes num casamento estão mais vulneráveis a problemas de saúde física e mental (maior risco de psicopatologias, violência, suicídio, homicídio e doença física), sendo que a não satisfação conjugal leva muitas vezes a comportamentos de risco (abuso de

álcool, tabaco), depressão e má saúde física (Halford, Kelly e Markman, 1997; Narciso, Costa e Pina Prata, 2002 citados por Menezes, 2008).

No estudo referente à relação do **tempo de tentativa em engravidar** com a satisfação conjugal verificámos que as mulheres que se encontram há 2 anos a tentar engravidar são as que apresentam maior satisfação a nível de todas as dimensões da escala de satisfação conjugal, comparativamente às mulheres que se encontram há 1 ano ou há mais de 3 anos a tentar engravidar, no entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões ($p > 0,05$).

Apesar de o nosso estudo concluir que o tempo de tentativa em engravidar não influencia a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade, verificou também que são as mulheres que se encontram há mais de 3 anos a tentar engravidar que apresentam menor satisfação conjugal em todas as dimensões da escala, à exceção da dimensão “Comunicação/Conflito”, o que é corroborado pelo estudo de Berg e Wilson (1991), no qual verificou que, os casais que apresentavam uma história de infertilidade mais longa relatavam piores índices de adaptação, neste sentido, os casais que estavam a tentar engravidar há mais tempo, quando iniciavam um tratamento de RMA, apresentavam valores superiores de depressão, bem como maior necessidade da parentalidade e maior rejeição de um estilo de vida sem filhos, assim a experiência de infertilidade não tratada acentua as dificuldades emocionais e intensifica a importância da parentalidade nos casais, dificultando mesmo a perspectiva de se verem sem filhos no futuro.

Também um estudo realizado por Ramos (2011) mostra, que a experiência de infertilidade, nomeadamente a sua duração, está associada a maiores dificuldades emocionais (no caso, sintomatologia depressiva), mas apenas nas situações em que os participantes se mostravam menos satisfeitos com a forma como os conflitos eram geridos na relação. Quando os participantes mostravam estar satisfeitos com a capacidade de o casal resolver os seus conflitos, e se mostravam satisfeitos na sua relação, não havia qualquer impacto da experiência da infertilidade na depressão.

No que concerne à relação do **tempo de início de tratamentos de infertilidade** com a satisfação conjugal, verificámos, que as mulheres que se encontram há 2 anos a realizar tratamentos de infertilidade são as que apresentam maior satisfação a nível de todas as dimensões da escala de satisfação conjugal, à exceção da dimensão “Autonomia” e que as mulheres que se encontram há mais de 3 anos a realizar tratamentos de infertilidades, são as que apresentam menor satisfação conjugal em todas as dimensões, excetuando as dimensões “Autonomia” e “Funções Familiares”, relativamente a estes resultados, podemos referir um estudo realizado por Berg e Wilson (1991) que refere a

importância que o fator temporal exerce na qualidade relacional do casal a vivenciar a infertilidade, dado que quanto mais o processo da infertilidade se prolonga, mais o funcionamento conjugal se deteriora. Os mesmos autores reportam, ainda que, nos primeiros dois anos de tratamento, os casais demonstram, frequentemente, elevados níveis de satisfação conjugal, embora no terceiro ano estes diminuam.

Sabe-se que, quanto maior o tempo de infertilidade, menores são as probabilidades de sucesso ao final do tratamento. Os casais demonstram sentimento de luta no decorrer do tratamento e, quando não se obtém uma gestação ao final do ciclo, eles fazem desse sentimento o alicerce para iniciar mais um ciclo em busca da realização do projeto parental. Além disso, os casais podem gerar sentimentos de frustração, em maior ou menor proporção, dependendo da idade da mulher e do tempo da infertilidade. (Faria *et al*, 2012)

Muitos casais vêem como principal objetivo de vida ter um filho e a incapacidade para ter esse filho pode perturbar os alicerces da relação. A dinâmica conjugal tem um papel importante na vivência da infertilidade, assim como esta tem impacto na vida conjugal e na satisfação sexual ao longo do processo de diagnóstico e tratamento. O stresse relacionado com a vivência desta situação pode ter como consequência, o aumento dos conflitos conjugais (World Health Organization, 2002 citado por Delgado, 2007), podendo ocorrer a deterioração da relação conjugal durante o progresso da intervenção terapêutica. Assim podemos relacionar, de alguma forma este comprometimento com o nosso resultado de que o tempo de início dos tratamentos de infertilidade influencia ($p=0,039$), a dimensão “Sexualidade” da mulher com diagnóstico de infertilidade.

Apesar de concluirmos que o **número de serviços** a que se recorre não influencia ($p > 0,05$ para qualquer das dimensões) a satisfação conjugal das mulheres com diagnóstico de infertilidade, verificámos também, que as mulheres que referem que o serviço em questão foi o primeiro serviço a que recorreram apresentam maior satisfação conjugal em 5 das 8 dimensões da escala de satisfação conjugal, são exceção as dimensões: “Sexualidade”, “Comunicação/Conflito” e “Tempos Livres”, estes resultados podem, de alguma forma estar de acordo com o facto de que quando é diagnosticada a infertilidade, as pessoas deparam com sentimentos que interferem na sua autoestima, nos seus planos e desejos para o futuro e até no seu relacionamento conjugal. O tratamento gera alterações na intimidade sexual – ou seja, o casal perde a sua privacidade a partir do momento em que profissionais de saúde determinam quando e como esse casal se irá relacionar sexualmente, desaparecendo assim a espontaneidade da intimidade sexual. Situações como estas são ameaçadoras e problemáticas e requerem tomadas de posições e decisões que exigem do casal capacidades adaptativas (Souza, 2005).

De referir que, alguns exames de diagnóstico têm um carácter invasivo, sendo particularmente importantes para a experiência emocional dos casais tendo implicações negativas no relacionamento sexual do casal (Boivin, Takefman, Brender, & Tulandi, 1992; Takefman, Brender, Boivin, & Tulandi, 1990 citados por Ramos, 2011). É também no desenrolar dos vários procedimentos exigidos pelo tratamento médico que o casal infértil passa por aquilo que tem sido descrito na literatura como uma “montanha russa emocional” (Whiteford & Gonzalez, 1995 citados por Gomes, 2009).

Por último, salientamos uma referência importante no contexto da infertilidade que é o reconhecimento do carácter perturbador do percurso diagnóstico e terapêutico. Este, para além de implicar a exposição da intimidade do casal, é quase sempre prolongado, penoso e implica a submissão a intervenções médicas, muitas delas invasivas e dolorosas e com riscos diretos sobre a saúde (Delgado, 2007).

Ajustamento à Fertilidade e Satisfação Conjugal

No que concerne à análise da relação do **ajustamento à fertilidade** com a **satisfação conjugal**, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões ($p > 0,05$).

Constatámos contudo, que as mulheres que apresentam um bom ajustamento à fertilidade, são também as mulheres que apresentam níveis mais elevados de satisfação conjugal em quase todas as dimensões, excetuando-se as dimensões: “Funções Familiares”, “Rede Social” e “Tempos Livres”, o que de algum modo é coincidente com o referido por Lopes (2010), que salienta que na maioria dos casos, a infertilidade tem um forte impacto na situação emocional do casal, este impacto gera transtornos emocionais individuais ou conjugais e também contribui para o surgimento e/ou agravamento dos problemas conjugais (Faria *et al*, 2012). Para Maluf e Vasconcelos (2001) (citado por Souza, 2005), a vivência de problemas com a fertilidade provoca modificações na vida de casais que, ao necessitarem de avaliações ou se submeterem a tratamento, experimentam uma avalanche de emoções e sentimentos que interferem na sua autoestima, nos seus planos e desejos para o futuro e sem dúvida no seu relacionamento pessoal.

Outro aspeto importante prende-se com o modo como a problemática da infertilidade é percecionada pelo casal: os casais que perspetivam a experiência da infertilidade como algo incontrolável e devastador para as suas vidas, não só reportam um maior número de problemas conjugais (Greil, Gannon, Sherr, & Abel, 1988, citados por Gomes, 2009), como perdem o verdadeiro significado do conceito “ser família” ao focarem-se apenas na

incapacidade biológica de conceberem uma criança (Cooper-Hilbert, 2001 citados por Silva 2011).

Através dos resultados obtidos, no nosso estudo, podemos ainda referir que, a menores índices de ajustamento, correspondem a maiores níveis de satisfação conjugal no que respeita à “Intimidade Emocional”, às “Funções Familiares”, à “Rede Social”, à “Autonomia” e aos “Tempos Livres”, aspetos corroborados por alguns autores que defendem que a infertilidade tem um efeito positivo na relação de casal, porquanto ao ser um acontecimento adverso promove a sua coesão para enfrentar esta problemática (Greil, Leikto & Porter, 1988; Schmidt, 1996; Tjornhoj-Thomsen, 1999 citados por Ramos, 2011).

No que respeita à “Sexualidade”, à “Comunicação/Conflito” e à “Satisfação Conjugal Global”, podemos afirmar, através do nosso estudo que, maiores índices de ajustamento, correspondem a maiores níveis de satisfação conjugal, o que vai de encontro com o referido por Cudmore (2005, citado por Gomes, 2009) que salienta que os casais que falam abertamente sobre a sua problemática, as suas esperanças e desapontamentos, encontram menos dificuldade em conversar com os outros sobre este assunto, fazendo com que o apoio por eles recebido promova o apoio mútuo e uma maior satisfação conjugal.

Os valores obtidos através da regressão levam-nos a afirmar que a dimensão “Vida em Suspenso” é preditora da “Intimidade Emocional”, da “Sexualidade” e da “Comunicação/Conflito” e verificámos, que a “Vida em Suspenso” estabelece uma relação inversa com estas variáveis o que nos leva a afirmar que quanto menor a satisfação relacionada com a “Intimidade Emocional”, com a “Sexualidade” e com “Comunicação/Conflito”, menor a “Vida em Suspenso”.

Em última análise, verificámos que a “Centralidade da Parentalidade” é preditora da “Autonomia”, e constatámos que a “Centralidade da Parentalidade” estabelece uma relação direta com a “Autonomia”, o que nos leva a afirmar que quanto menor a satisfação relacionada com a “Autonomia”, maior a “Centralidade da Parentalidade”.

Relativamente a esta última análise, podemos referir que *“...sendo a paternidade a expressão de uma função biológica normal e de um relacionamento íntimo entre um homem e uma mulher, ela é vista como critério necessário à realização pessoal, aceitação social, aquisição de entidade sexual, de estatuto de indivíduo adulto...”* (Pinto, 1998, p.97 citado por Delgado, 2007). É também aceite que a maternidade e a paternidade promovem um fortalecimento do vínculo conjugal e o aproximar de relações familiares.

Ainda que os elementos do casal tenham frequentemente sentimentos semelhantes acerca da infertilidade, a resposta a eles tende a ser diferente e este facto pode comprometer a sua intimidade e a ligação emocional (Cedars, 2005). Quase sempre existe

uma expectativa relativamente à reação do parceiro à infertilidade e quando esta não se concretiza, o outro pode ser levado a acreditar que não existe o desejo do filho ou não existe interesse pelos seus sentimentos.

CAPÍTULO VII

CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

O estudo dos casais inférteis é sempre difícil de pontuar temporalmente, no sentido em que a infertilidade, mais do que um diagnóstico clínico definitivo e restrito a um dado momento, constitui um processo longo, com difícil definição do seu início ou fim. Para alguns casais, pode começar logo nos primeiros meses após a decisão de ter um filho, em que se abandonam os esforços para evitar uma gravidez; para outros, pode iniciar-se apenas quando decidem procurar ajuda pela dificuldade em engravidar ou até mesmo após a confirmação do diagnóstico pelo médico. Também o fim deste processo pode ser ambíguo, pois se alguns casais optam por finalizar os tratamentos e todos os esforços para engravidar, aceitando a sua condição de 'sem filhos', para outros, mesmo após o final dos tratamentos fica a expectativa de engravidar espontaneamente (Wirtberg *et al*, 2007 citados por Ramos, 2011).

Durante a realização deste estudo recorreu-se a uma revisão da literatura que procurou ser o mais atual possível, de forma a aprofundar e consolidar conhecimentos relacionados com o tema estudado. Utilizamos este momento final para extrair as principais conclusões e fazer bem como propor algumas sugestões que poderão contribuir para trabalhos futuros. Embora o nosso estudo tenha sido realizado em dois eixos, as conclusões serão apresentadas de uma forma global.

Os métodos utilizados na sua realização foram os mais viáveis, e consideramos ainda que, os resultados obtidos nos permitem adquirir um conhecimento mais real sobre a problemática da infertilidade, identificando dificuldades emocionais das mulheres, de modo a oferecer ajuda. Embora estejamos cientes das limitações existentes no nosso estudo, pensamos ter atingido os objetivos a que nos propusemos, uma vez que analisamos as características sociodemográficas, variáveis obstétricas e antecedentes pessoais das mulheres da amostra, Cruzamo-las com o ajustamento à fertilidade e a satisfação conjugal, identificando os fatores que interferem no ajustamento e na satisfação.

No final deste percurso, após um longo trabalho de pesquisa, análise e interpretação chegou o momento de efetuar as conclusões tidas como pertinentes.

Ao traçarmos o perfil sociodemográfico médio das mulheres, teríamos uma mulher, com cerca de 34 anos de idade, casada ou em união de facto, que possui o 12º ano como habilitações literárias, encontrando-se empregada e exercendo funções nas profissões intelectuais e residente na cidade.

Os antecedentes obstétricos e pessoais, da nossa amostra revelam uma mulher que nunca teve grávida anteriormente e que se encontra há mais de três anos a tentar engravidar, que teve a menarca aos 13 anos, que sofre de dismenorreia e com uma duração de período menstrual superior a cinco dias. É, também uma mulher que apresenta história de infeções vaginais e que realizou tratamento, refere ser saudável e não toma medicação habitualmente e o ser viço em questão é o primeiro serviço a que recorreu.

No respeitante ao ajustamento à fertilidade é uma mulher que apresenta um menor ajustamento na dimensão “Ajustamento Total” e um maior ajustamento evidencia-se a dimensão “Aceitação da Vida sem Filhos”.

Relativamente à satisfação conjugal é uma mulher que apresenta uma maior satisfação na dimensão “Satisfação Conjugal Global” e uma menor satisfação evidencia-se na dimensão “Tempos Livres”.

Os resultados obtidos vêm demonstrar que existe uma relação entre uma variável sociodemográfica (idade), as variáveis obstétricas e antecedentes pessoais (existência de gestações anteriores e número de serviços de infertilidade a que recorre) e o ajustamento à fertilidade. Existe, também, uma relação entre as variáveis sociodemográficas (escolaridade e situação profissional), os antecedentes pessoais (história de infeções vaginais e tempo de início dos tratamentos de infertilidade) e a satisfação conjugal.

No que concerne à relação entre o ajustamento à fertilidade e a satisfação conjugal, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas, concluindo que o ajustamento à fertilidade não influencia a satisfação conjugal da mulher com diagnóstico de infertilidade. No entanto, concluímos também, que a “Vida em Suspenso” é preditora da “Intimidade Emocional”, da “Sexualidade” e da “Comunicação/Conflito”, e que estabelece uma relação inversa com estas variáveis o que nos leva a concluir que quanto menor a satisfação relacionada com a “Intimidade Emocional”, com a “Sexualidade” e com “Comunicação/Conflito”, menor a “Vida em Suspenso”. Também, a “Centralidade da Parentalidade” é preditora da “Autonomia” estabelecem com esta uma relação direta, o que nos leva a concluir que quanto menor a satisfação relacionada com a “Autonomia”, maior a “Centralidade da Parentalidade”.

Nesta investigação, tornou-se evidente que o ajustamento à fertilidade pode não influenciar na totalidade a satisfação conjugal, mas influencia aspetos muito importantes da

vida em casal. Assim como, aspetos da satisfação conjugal vão influenciar determinantes do ajustamento à fertilidade, como é o caso da “Intimidade Emocional”, da “Sexualidade” e da “Comunicação/Conflito” na “Vida em Suspense” e da “Autonomia” na “Centralidade da Parentalidade”.

Esperamos que os resultados deste estudo tenham trazido à tona aspetos cruciais que influenciam o ajustamento à fertilidade da mulher e a sua satisfação conjugal, e que, o leque de informações obtidas com a realização deste estudo possa contribuir para o aprofundamento dos conhecimentos já existentes nesta área. Desta forma, esperamos também contribuir para uma tomada de consciência/reflexão relativamente às práticas profissionais, o que se traduzirá em benefício para a mulher/casal/sociedade.

Através deste estudo, tornou-se pois evidente a importância dos profissionais de saúde no atendimento ao casal com problemas de infertilidade e a valorização dos aspetos emocionais e dificuldades de adaptação que enfrentam, devido à sua natureza particular, evidenciamos, ainda, a importância de os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia estarem preparados para lidar com os aspetos psicossociais com que as mulheres/casais se confrontam quando utilizam os serviços de infertilidade, de modo a melhorar as suas condições e possibilitar a oportunidade de estabelecer bases sólidas para o ajustamento à sua situação.

Os profissionais necessitam estar preparados para lidar com as incertezas e emoções que os casais sofrem quando recorrem a um serviço de Medicina Reprodutiva. Pois como Delgado (2007) refere, as competências comunicacionais e a qualificação das equipas são imprescindíveis, tanto mais que, devido à importância atribuída à conquista do seu desejo de ter um filho, a equipa toma um lugar central na vida dos casais inférteis, conferindo uma natureza especial à relação estabelecida com os profissionais. Daqui se salienta também, a importância do desenvolvimento destas competências em todos os elementos da equipa, pois todos devem contribuir para a criação de um ambiente favorável. Se existe um espectro previsível de respostas à infertilidade, então a intervenção deve ser planeada no sentido de ajudar o casal a vivenciar o percurso da sua infertilidade, o caminho das suas emoções, da melhor forma possível.

Após o que já foi referido anteriormente consideramos importante, providenciar mais informação aos casais acerca dos tratamentos, nomeadamente sobre os procedimentos envolvidos, as taxas de sucesso e a as reações emocionais que frequentemente acompanham estes casais. Identificar os casais com maior risco de apresentar dificuldades de adaptação, parece-nos uma mais valia, assim como, ajudar os casais a lidar com as diferentes fases do tratamento. Os cuidados de saúde relativos à infertilidade inserem-se

num contexto amplo, que compreende também um nível de prevenção, relativo às causas conhecidas e evitáveis da infertilidade, com programas de educação em saúde e para uma sexualidade responsável, a implementação de serviços de aconselhamento e a investigação relativa a outras causas não conhecidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbey, A.; Halman L.J.; & Andrews F.M. (1992). Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertil Steril*, 57 (1), p. 122-128. [Consult. 25 Out. 2012] Disponível em:

WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1730305>

Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1995). Provision and receipt of social support and disregard: What is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, p. 455-469.

[Consult. 25 Out. 2012] Disponível em:

WWW: <URL: <http://psycnet.apa.org/journals/psp/68/3/455/>

American Society for Reproductive Medicine Definition of “infertility”. (2004). *Fertility and Sterility*, 82, S206. [Consult. 25 Out. 2012] Disponível em: WWW:

<URL: http://www.fertstert.org/issues?issue_key=S0015-0282%2800%29X0123-9

American Society for Reproductive Medicine (ASRM). (2008). Practice Committee. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss. *Fertil Steril*, 90, S60. [Consult. 25 Out. 2012] Disponível em: WWW: <URL:

http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sart.org%2FDefinition_of_infertility_and_recurrent_pregnancy_loss%2F&ei=4blwUpaNCugf7gat7oC4Bw&usq=AFQjCNHdYoiMV0jrPeDQBdfRQWDDz9Cr1w&bvm=bv.55617003.d.ZGU

Andersen, A. N., Goossens, V., Bhattacharya, S., Ferraretti, A. P., Kupka, M. S., de Mouzon, J., Nygren, N. G., & ESHRE. (2009). Assisted reproductive technology and intrauterine

inseminations in Europe, 2005: Results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 24, p. 1267-1287. [Consult. 25 Out. 2012] Disponível em: WWW: <URL:

http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDgQFjAB&url=http%3A%2F%2Fhumrep.oxfordjournals.org%2Fcontent%2F24%2F6%2F1267.full.pdf&ei=QGBwUpmDLMHN0QWsxYHoAw&usq=AFQjCNEbSKqBZy9eCDa4CxO9_rPHrVkfUQ&bvm=bv.55617003,d.Yms

Associação Portuguesa de Fertilidade. Junho de 2011. *Guia da Infertilidade*. Fonte: Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) Revisão de Textos da Sociedade Portuguesa de Reprodução.

Bagnoli, Renato Vicente; [et al] (ago. 2000). Infertilidade: como diagnosticar e tratar. *RBM – Caderno de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 57, p. 6-14

Berg B.J., & Wilson J.F. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *J. Behav. Med.* 14 p. 11-26. [Consult. 25 Out. 2012] Disponível em: WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2038042>

Boden, J. (2007). When IVF treatment fails. *Human Fertility*, 10 p. 93-98. [Consult. 27 Out. 2012] Disponível em: WWW: <URL: informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/14647270601142614

Boivin, J., Takefman, J. E., Brender, W., & Tulandi, T. (1992). The effects of female sexual response in coitus on early reproductive processes. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, p. 509-518. [Consult. 25 Out. 2012] Disponível em: WWW: <URL: <http://europepmc.org/abstract/MED/1447760/reload=0;jsessionid=Eh6CCJqQ1ocY2fj6hPsA.28>

Brandes, M., van der Steen, J. O., Bokdam, S. B., Hamilton, C. J., de Bruin, J. P., Nelen, W. L., & Kremer, J. A. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility

care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human Reproduction*, 24, p. 3127-3135. [Consult. 25 Out. 2012] Disponível em: WWW: <URL:

http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/19783833/When_and_why_do_subfertile_couples_discontinue_their_fertility_care_A_longitudinal_cohort_study_in_a_secondary_care_subfertility_population

Bryan, E.;Higginns, R. (2001). A Criança Esquiva: infertilidade. Coimbra: Quarteto.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (p. 18-49). Coimbra: Quarteto.

Cedars, M. I. (2005). Infertility: practical pathways in obstetrics & gynecology. San Francisco: McGraw-HILL.

Chandra, A., Martinez, G., Mosher, W., Abma, J., & Jones, J. (2005). Fertility, family planning, and reproductive health. Data from the 2002 National Survey of Family Growth. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat.* 23 (25) [Consult. 25 Out. 2012] Disponível em

WWW: <URL: www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_025.pdf

Classificação Portuguesa das Profissões 2010. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Lisboa 2011 ISBN 978-989-25-0010-2 [Consult. 26 Set. 2013] Disponível em WWW: <URL:

http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoi%3D108021582%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=V3p1UpuQPljE7AbalIDwAg&usg=AFQjCNGSKHvaikQxZWAXcyEOxBnFW3P5RA&sig2=CFqq5_gsBTOx2Rw8R31CRQ&bvm=bv.55819444,d.ZGU

Costa, M. E. (2005) - À procura da intimidade. Porto: Edições Asa.

Couto, Filipa Ribeiro do (2011). A Influência da Infertilidade na Satisfação Conjugal e no Ajustamento Familiar. Lisboa: Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia
Mestrado Integrado em Psicologia

[Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL:

http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4948/1/ulfpie039652_tm.pdf

Daniluk, J. C. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling & Development*, 79, p. 439-449.

Daniluk, J. C., & Tench, E. (2007). Long-Term Adjustment of Infertile Couples Following Unsuccessful Medical Intervention. *Journal of Counseling & Development*, 85,. p. 89-100.

Delgado; Maria João Coito. (2007). O Desejo de ter um Filho...As Vivências Do Casal Infértil. Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde
[Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL:

<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/724/1/LC331.pdf>

Diário da República I Série n.º143 de 26/07/2006. [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL: [Lei n.º32/2006, publicado a 26 de Julho de 2006](#)

Decreto Regulamentar n.º 1/2010 - Diário da República I Série n.º80 de 26/04/2010.

Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*.
[Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL:

<http://europepmc.org/abstract/MED/18609342/reload=0;jsessionid=0nuK2KV8B94TDMOs6kZP.30>

Drosdzol, A. & Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of Marital and Sexual Interactions of Polish Infertile Couples. *Journal of Sexual Medicine*.

Duarte, João Carvalho (2011). Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência. Repositório Aberto da Universidade do Porto. [Em linha],. [Consult. 28 Fev. 2012]. Disponível em: WWW:URL:<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19371>>.

Dyer, S., Mokoena, N., Maritz, J., & van der Spuy, Z. (2008). Motives for parenthood among couples attending a level 3 infertility clinic in the public health sector in South Africa. *Human Reproduction*, 23, p. 352–357. [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/23/2/352>

Esteves, Ana Paula; SILVA, Leila Rangel; SILVA, Maira Bernardes (Jan./Mar. 2010). Rede de Suporte Social às mulheres grávidas: Tecelagem de cuidados de Enfermagem numa perspectiva cultural. *Revista de Enfermagem UFPE*. [S.l.] Vol. 4, n.º1 p.82-92.

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

Faria, Dieime Elaine Pereira de; Grieco, Silvana Chedid Grieco; Barros, Sônia Maria Oliveira de Barros (2012). Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. *Rev Esc Enferm USP*; 46(4), p.794-801 [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/02.pdf>

Farinati, D., Rigoni, M., & Müller, M. (2006). Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia*, pp. 433-439.

Fortin, Marie-Fabienne (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidata,

Freitas, Fernando [et al] (2011). Rotinas em Ginecologia. 6ª Edição. Porto Alegre, ISBN 978-85-363-2473-9

Gomes, Ana Beatriz Faneca dos Santos. (2009). A Satisfação Conjugal em Casais Candidatos à Adopção: Caracterização em Função do Género e do Motivo para Adoptar (Infertilidade/Não-Infertilidade). Lisboa: Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

[Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL:

http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.ul.pt%2Fbitstream%2F10451%2F2152%2F1%2F22285_ulfp034905_tm.pdf&ei=MnRwUqyRNvKa1AXI1oHQBA&usq=AFQjCNHyP6nwjHHlssW7QTTtoGOvfpX7CNw

Gonçalves, J. (2005). Avaliação do casal infértil. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. Carnaxide: Publisaúde, vol. 21, nº 5, pp. 493-503.

Gottman, Jonh M; Notarius, Clifford I. (2002). Marital Research in the 20th Century and a Research Agenda for the 21st Century. *Family Process* nº2, vol. 41, [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL:

<http://www.johngottman.net/wp-content/uploads/2011/05/Marital-research-in-the-20th-century-and-a-research-agenda-for-the-21st-century.pdf>

Graça, L. M. [et al] - Medicina Materno Fetal. 2ª ed., Lisboa: Lidel (2000). Edições Técnicas Lda.

Guerra, D., Llobera, A., Veiga, A., & Barri, P. N. (1998). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13, p.1733-1736. [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/13/6/1733>

Homan, G. F., 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, p. 209-223

[Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL:

<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CEIQFjAD&url=http%3A%2F%2Fhumupd.oxfordjournals.org%2Fcontent%2F13%2F3%2F209.full.pdf&ei=zXVwUo2kGvLy0gXD6YDoCg&usq=AFQjCNFWhtqWbXrlqhGqoNAr8WSIT7w7bQ>

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.

Leal, Isabel; [et al] (2010). Avaliação em Sexualidade e Parentalidade - Escala de Ajustamento à Fertilidade (EAF) Coleção: (Livpsic – Edições de Psicologia) Porto: Legis. p.117-130. ISBN-978-989-8148-32-2.

Lok, I. H., Lee, D. T., Cheung, L. P., Chung, W. S., Lo, W. K., & Haines, C. J. (2002). Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 53, p.195-199. [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL:

http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/12186982/Psychiatric_morbidity_amongst_infertile_Chinese_women_undergoing_treatment_with_assisted_reproductive_technology_and_the_impact_of_treatment_failure

Lopes, Susana Raquel do Vale. (2009). Genealogia do Desejo: A Influência da Satisfação Conjugal no Estabelecimento da Relação Precoce entre Mãe-Bebé. Lisboa: Universidade de Lisboa. Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL:

http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDYQFjAB&url=http%3A%2F%2Frepositorio.ul.pt%2Fbitstream%2F10451%2F2150%2F1%2F22283_ulfp034902_tm.pdf&ei=CnpwUp25COax0AXL2oHoAq&usq=AFQjCNEuoal_MVJisD7_L_irGDSKNBXoJQ

Lopes, Isabel Maria Marques da Costa Dias Martins e Sousa. (2010). Infertilidade, Qualidade de Vida e sua Aplicação Médico-Legal - Uma Amostra da Consulta de Psicologia da Unidade de Medicina da Reprodução do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal

[Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL:

<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26911/2/TeselsabelMartins.pdf>

McQuillan, J., Greil, A. L., White, L., & Jacob, M. C. (2003). Frustrated fertility: Infertility and psychological distress among women. *Journal of Marriage and Family* [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL:

<http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1012context=bosrfacpub>

Maheshwari, A., Hamilton, M., & Bhattacharya, S. (2008). Effect of female age on the diagnostic categories of infertility. *Human Reproduction*, 23, p.538-542. [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL:

<http://humrep.oxfordjournals.org/content/23/3/538.full>

Martins, A N. Junho, (2005). Filhos de um Deus menor, vitórias da ciência sobre a infertilidade. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*. Lisboa: FML, Série III, Vol.10 nº 4, Maio- pp. 233-246.

Martins M.V., Peterson, B.D., Almeida, V.M., & Costa M.E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26 (8), p. 2113-2121. [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL:

<http://humrep.oxfordjournals.org/content/26/8/2113.full>

Menezes, Maria do Mar Pita Negrão Cardoso de – Satisfação Conjugal, Auto-Estima e Imagem Corporal em Indivíduos Ostomizados. Lisboa: Universidade de Lisboa Área de especialização em Psicologia da Educação. 2008 [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/760/1/17273_Tese_Maria_Mar.pdf

Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Urology*.; 63(1): p.126-30. [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14751363>

Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, p.115-130.

Narciso, I. (2001). Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas: à procura do padrão que liga. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Narciso, I.; Costa, M. e Pina Prata, F. (2002). Intimidade e compromisso pessoal ou “Aquilo que pode fazer com que um casamento funcione”. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 36, p.67-88.

Narciso, I., & Ribeiro M. (2009). *Olhares sobre a Conjugalidade*. Lisboa: Coisas de Ler.

Newton, C. R., Hearn, M. T., Yuzpe, A. A., & Houle, M. (1992). Motives for parenthood and response to failed in vitro fertilization: Implications for counseling. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 9, p. 24-31.

[Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL

http://www.researchgate.net/publication/21538978_Motives_for_parenthood_and_response_to_failed_in_vitro_fertilization_implications_for_counseling?ev=sim_pub

Oddens, B.J., den Tonkelaar, I., & Nieuwenhuyse, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems- comparative survey. *Human Reprod.* 14 (1), p. 255-261.[Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL

<http://humrep.oxfordjournals.org/content/14/1/255.full>

Pina Prata, F. (2008). *Terapia sistémica de casal: Respigando ideias e experiências*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pestana, Maria Helena; Gageiro, João Nunes (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo. Lisboa.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais (4ª ed.)*. Lisboa: Síllabo.

Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed., Artes Médicas, Porto Alegre,

Ramos, Mariana Costa Brandão de Moura. (2011). *Adaptação psicossocial de casais portugueses à Infertilidade e à reprodução medicamente assistida*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Coimbra [Consult. 26 Out. 2012]. Disponível em WWW: <URL:

<https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/17202/1/Tese%20Mariana%20Moura%20Ramos%20v%20final%20CD.pdf>

Reis, Elizabeth; Moreira, Raul (1993). *Pesquisa de Mercados*. Edições Sílabo, Lisboa.

Remoaldo, Paula Cristina A.; [et al.], (2002). *A Infertilidade no Concelho de Guimarães - Contributos para o Bem-Estar Familiar*. Hospital da Senhora da Oliveira [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL:

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5195/1/ARTIGO%5b1%5d.Inf.VCongres.FINAL.pdf>

Rodrigues, V. M. T. (2004). *O Adiamento do Desejo de Paternidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis*. ICS Universidade do Minho. [em linha]. Lisboa: Fundação Calouste

Gulbenkian. [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL: http://www.ap.demografia.pt/pdf_congresso/2_VictorRodrigues.pdf

Sá, Lora Sofia Oliveira (2012). A Influência da Satisfação Conjugal no Envolvimento do Pai com o Bebê. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu [Consult. 2 Out. 2013] Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1560>

Saleh, R. A., Ranga, G. M., Raina, R., Nelson, D. R., & Agarwal, A. (2003). Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertility and Sterility*, 4, p.909-912. [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL: <http://europepmc.org/abstract/MED/12749429>

Santos, A. A; Santos, T. A. (1996). Esterilidade, infertilidade e procriação medicamente assistida. In: Archer, L.; Biscaia, J.; Osswald, W. (coord.), Bioética. Lisboa: Editorial Verbo, pp. 267-283.

Seguy, B.; Martin, N. (1997). Manual de Ginecologia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 463-513.

Silva, Sara Mesquita Garganta da. (2011). Perceções de Qualidade Relacional e de Stress na Vivência da Infertilidade. Dissertação de Mestrado. Mestrado Integrado em Psicologia [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL:

<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio-aberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F57464%2F2%2F76717.pdf&ei=iIZwUrkPEYnB0gWbq4HQBQ&usq=AFQjCNEXLvsbufzEQTg8jyeLP6Oj1Cgmxw>

Souza, Solange Lopes de. (2005). Expressão Psicossomática na Infertilidade Conjugal: Investigação dos Processos de Enfrentamento durante o Diagnóstico. Mestrado – Psicologia Clínica. São Paulo [Consult. 26 Out. 2012] Disponível em WWW: <URL: http://www.psicossomatica-sp.org.br/dissertacoes/dissertacao_sol.pdf

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaijmaat, F. W. (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: A prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, p.181-190. [Consult. 26 Out. 2012]
Disponível em WWW: <URL:

<http://europepmc.org/abstract/MED/15957573>

Wardle, Peter; & Cahill, David. (Jan/2010). Compreender a Infertilidade – Guia de Saúde com o apoio Científico da Seção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. Porto Editora, LDA. – ISBN 978-972-0-35115-9

APÊNDICES

APÊNDICE I

CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE PROFISSÕES DO INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

GRANDE GRUPO	SUB-GRANDE GRUPO	DESIGNAÇÃO
0		PROFISSÕES DAS FORÇAS ARMADAS
	01	Oficiais das Forças Armadas
	02	Sargentos das Forças Armadas
	03	Outro Pessoal das Forças Armadas
1		REPRESENTANTES DO PODER LEGISLATIVO E DE ÓRGÃOS EXECUTIVOS, DIRIGENTES, DIRECTORES E GESTORES EXECUTIVOS
	11	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes superiores da Administração Pública, de organizações especializadas, directores e gestores de empresas
	12	Directores de serviços administrativos e comerciais
	13	Directores de produção e de serviços especializados
	14	Directores de hotelaria, restauração, comércio e de outros serviços
2		ESPECIALISTAS DAS ACTIVIDADES INTELLECTUAIS E CIENTÍFICAS
	21	Especialistas das ciências físicas, matemáticas, engenharias e técnicas afins
	22	Profissionais de saúde
	23	Professores
	24	Especialistas em finanças, contabilidade, organização administrativa, relações públicas e comerciais
	25	Especialistas em tecnologias de informação e comunicação (TIC)
	26	Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais
3		TÉCNICOS E PROFISSÕES DE NÍVEL INTERMÉDIO
	31	Técnicos e profissões das ciências e engenharia, de nível intermédio
	32	Técnicos e profissionais, de nível intermédio da saúde
	33	Técnicos de nível intermédio, das áreas financeira, administrativa e dos negócios
	34	Técnicos de nível intermédio dos serviços jurídicos, sociais, desportivos, culturais e similares
	35	Técnicos das tecnologias de informação e comunicação

GRANDE GRUPO	SUB-GRANDE GRUPO	DESIGNAÇÃO
4		PESSOAL ADMINISTRATIVO
	41	Empregados de escritório, secretários em geral e operadores de processamento de dados
	42	Pessoal de apoio directo a clientes
	43	Operadores de dados, de contabilidade, estatística, de serviços financeiros e relacionados com o registo
	44	Outro pessoal de apoio de tipo administrativo
5		TRABALHADORES DOS SERVIÇOS PESSOAIS, DE PROTECÇÃO E SEGURANÇA E VENDEDORES
	51	Trabalhadores dos serviços pessoais
	52	Vendedores
	53	Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares
	54	Pessoal dos serviços de protecção e segurança
6		AGRICULTORES E TRABALHADORES QUALIFICADOS DA AGRICULTURA, DA PESCA E DA FLORESTA
	61	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e produção animal, orientados para o mercado
	62	Trabalhadores qualificados da floresta, pesca e caça, orientados para o mercado
	63	Agricultores, criadores de animais, pescadores, caçadores e colectores, de subsistência
7		TRABALHADORES QUALIFICADOS DA INDÚSTRIA, CONSTRUÇÃO E ARTÍFICES
	71	Trabalhadores qualificados da construção e similares, excepto electricista
	72	Trabalhadores qualificados da metalurgia, metalomecânica e similares
	73	Trabalhadores qualificados da impressão, do fabrico de instrumentos de precisão, joalheiros, artesãos e similares
	74	Trabalhadores qualificados em electricidade e em electrónica
	75	Trabalhadores da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato

GRANDE GRUPO	SUB-GRANDE GRUPO	DESIGNAÇÃO
8		<p>OPERADORES DE INSTALAÇÕES E MÁQUINAS E TRABALHADORES DA MONTAGEM</p> <p>81 Operadores de instalações fixas e máquinas</p> <p>82 Trabalhadores da montagem</p> <p>83 Condutores de veículos e operadores de equipamentos móveis</p>
9		<p>TRABALHADORES NÃO QUALIFICADOS</p> <p>91 Trabalhadores de limpeza</p> <p>92 Trabalhadores não qualificados da agricultura, produção animal, pesca e floresta</p> <p>93 Trabalhadores não qualificados da indústria extractiva, construção, indústria transformadora e transportes</p> <p>94 Assistentes na preparação de refeições</p> <p>95 Vendedores ambulantes (excepto de alimentos) e prestadores de serviços na rua</p> <p>96 Trabalhadores dos resíduos e de outros serviços elementares</p>

APÊNDICE II

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

Vimos solicitar-lhe o preenchimento do seguinte instrumento de colheita de dados por forma á concretização de um trabalho de investigação que se intitula “Infertilidade, ajustamento, qualidade de vida e satisfação conjugal”.

O impacto da infertilidade gera transtornos emocionais individuais ou conjugais e também contribui para o surgimento e/ou agravamento dos problemas conjugais. O sexo pode tornar-se tarefa, dissociando-se do prazer; além disso, pode haver uma diminuição na frequência sexual. Todos esses fatores contribuem, direta ou indiretamente, para um aumento no insucesso gestacional, sendo então necessário que a equipe multidisciplinar, que assiste os casais inférteis, conheça amplamente as principais alterações que podem ocorrer nos aspectos emocional, sexual e conjugal, possibilitando uma assistência de qualidade e a obtenção de melhores resultados (MONGA, 2004).

Assim solicitamos o preenchimento sincero e objetivo, salvaguardando desde já o anonimato e a confidencialidade, bem como todos os princípios éticos e morais inerentes aos dados recolhidos.

Agradecemos desde já a sua compreensão e o tempo disponibilizado, subscrevemo-nos com respeitosos cumprimentos.

Lina Antunes e Sandra Vicente.

I PARTE

1. Idade: _____ anos
2. Estado civil: Solteira _____ casada/ união de facto _____ divorciada _____ viúva _____
3. Escolaridade _____
4. Profissão _____
5. Situação Profissional: Emp. Integral _____ Emp. Tempo parcial _____ Desempregada _____ Em formação _____
6. Residência: Aldeia _____ Vila _____ Cidade _____

II PARTE - Antecedentes Pessoais Obstétricos

7. Numero de gestações anteriores_____ Número de filhos vivos_____ Número de abortos_____
8. Em caso de aborto foi: Espontâneo___ Retido___ (responder só em caso de aborto)
9. Se aborto retido, necessitou de medicação_____ Curetagem _____ (responder só em caso de aborto)
10. Se filhos vivos, o parto foi: Normal___ Instrumentado___ Cesariana_____
11. Há quanto tempo está a tentar engravidar: 1 ano___ 2 anos___ mais de 3 anos_____
12. Há quanto tempo iniciou os tratamentos de infertilidade: 1 ano___ 2 anos___ mais de 3 anos_____
13. Idade de menarca (primeira menstruação): _____ anos
14. Dismenorreia (dores menstruais): sim___ não___
15. Duração da menstruação: menos de 3 dias_____ mais de 5 dias_____
16. Já teve Infecções vaginais: sim___ não_____
17. Se respondeu sim na questão nº 16, fez logo tratamento: sim___ não_____
18. É saudável: sim___ não _____
19. Se respondeu não na questão nº 18, que doenças tem:

20. Faz medicação habitualmente: sim___ não_____
21. Se respondeu sim na questão anterior nº20, diga qual:

22. É o primeiro serviço de infertilidade a que recorre: sim___ não_____
23. Se respondeu não na pergunta nº22, a quantos serviços já recorreu? _____

Escala de Ajustamento à Fertilidade

As afirmações que se seguem refletem sentimentos, pensamentos e ações relacionadas com o percurso das mulheres e homens que se deparam com a infertilidade.

A expressão “ou outro” refere-se a outro filho, para o caso de pessoas que enfrentem dificuldades conceptivas apesar de já terem filhos.

Não existem respostas certas nem erradas.

Leia cada afirmação e por favor faça um círculo à volta do número que mais se aplica à situação.

Responda de acordo com a seguinte classificação:

1. Discordo Fortemente
2. Discordo Moderadamente
3. Discordo Levemente
4. Concordo Levemente
5. Concordo Moderadamente
6. Concordo Fortemente

Itens	Discordo Fortemente				Concordo Fortemente	
1. Continuarei com as investigações/ tratamentos até conseguir ter um filho (ou outro).	1	2	3	4	5	6
2. Não posso fazer planos para o futuro até ter a certeza se posso ou não ter um filho (ou outro).	1	2	3	4	5	6
3. Quero ter um filho meu (ou outro) mais que qualquer coisa na vida.	1	2	3	4	5	6
4. Faço planos para uma possível vida futura sem um filho (ou outro).	1	2	3	4	5	6
5. Pareço viver a minha vida de mês	1	2	3	4	5	6

a mês.

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 6. Sentir-me-ei sempre incompleto/a se não conseguir ter o meu próprio filho (ou outro). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Penso que me conseguiria ajustar a uma vida futura sem um filho (ou outro). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Verifico que continuo com as minhas atividades normais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Não consigo imaginar um futuro sem um filho (ou outro). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Penso que a vida poderia ser gratificante com ou sem filhos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO EM ÁREAS DA VIDA CONJUGAL

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada questão:

- 1- nada satisfeito(a)
- 2- pouco satisfeito(a)
- 3- razoavelmente satisfeito(a)
- 4- satisfeito(a)
- 5- muito satisfeito(a)
- 6- completamente satisfeito(a)

Para cada um dos itens deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que você sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

Por exemplo, se em relação ao item: "Relativamente à quantidade de tempos livres", você sente-se completamente satisfeito(a), deverá rodear com um círculo o número 6 da escala.

- 1 - nada satisfeito(a)
- 2 -pouco satisfeito(a)
- 3 - razoavelmente satisfeito(a)
- 4 - satisfeito(a)
- 5 – muito satisfeito(a)
- 6 – completamente satisfeito(a)

1) O modo como gerimos a nossa situação financeira	1	2	3	4	5	6
2) A distribuição de tarefas domésticas	1	2	3	4	5	6
3) O modo como tomamos decisões	1	2	3	4	5	6
4) A distribuição de responsabilidades	1	2	3	4	5	6
5) O modo como passamos os tempos livres	1	2	3	4	5	6
6) A quantidade dos tempos livres	1	2	3	4	5	6
7) O modo como nos relacionamos com os amigos	1	2	3	4	5	6

8) O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
9) O modo como nos relacionamos com a minha família	1	2	3	4	5	6
10) A minha privacidade e autonomia	1	2	3	4	5	6
11) A privacidade e autonomia do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
12) A nossa relação com a minha profissão	1	2	3	4	5	6
13) A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
14) A frequência com que conversamos	1	2	3	4	5	6
15) O modo como conversamos	1	2	3	4	5	6
16) Os assuntos sobre os quais conversamos	1	2	3	4	5	6
17) A frequência dos conflitos que temos	1	2	3	4	5	6
18) O modo como resolvemos os conflitos	1	2	3	4	5	6
19) O que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
20) O que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
21) O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
22) O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	1	2	3	4	5	6
23) O desejo sexual que sinto pelo meu	1	2	3	4	5	6

cônjuge

24) O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
25) A frequência com que temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
26) O prazer que sinto quando temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
27) O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
28) A qualidade das nossas relações sexuais	1	2	3	4	5	6
29) O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
30) O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	1	2	3	4	5	6
31) A confiança que tenho no meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
32) A confiança que o meu cônjuge tem em mim	1	2	3	4	5	6
33) A admiração que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
34) A admiração que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
35) A partilha de interesses e actividades	1	2	3	4	5	6
36) A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
37) A atenção que o meu cônjuge dedica	1	2	3	4	5	6

aos meus interesses

38) Os nossos projectos para o futuro	1	2	3	4	5	6
39) As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	1	2	3	4	5	6
40) As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	1	2	3	4	5	6
41) O aspecto físico do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
42) A opinião do meu cônjuge sobre o meu aspecto físico	1	2	3	4	5	6
43) As características e hábitos do meu Cônjuge	1	2	3	4	5	6
44) A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	1	2	3	4	5	6

APÊNDICE III

AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

B. Amaro
Centro Hospitalar Cova da Beira
Presidente do Conselho de Administração
Miguel Castelo Branco
Prof. Doutor Miguel Castelo Branco

Gebrut Apolo e Inês
09 NOV. 2012

Centro Hospitalar Cova da Beira	
Presença em reunião de C.A.	
Em	<i>29/11/12</i>
Despacho	<i>29/11/12</i>
Presidente do C.A. Prof. Doutor Miguel Castelo Branco	
Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Anabela Almeida	
Vogal do C.A. Técnica Superior Orminda Suçena	
Directora Clínica Dra. Rosa Maria Bellesguard	
Enfermeiro Director GEP António João Rodrigues	

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
Quinta do Alvito
6200-251 COVILHÃ

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	901
Processo:	70
Data:	06/11/2012

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e as estudantes Lina Sofia Amândio Antunes e Sandra Inês Serra Vicente do do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica estão a realizar um estudo subordinado ao tema "Infertilidade, ajustamento, qualidade de vida e satisfação conjugal".

O impacto da infertilidade gera transtornos emocionais individuais ou conjugais e também contribui para o surgimento e/ou agravamento dos problemas conjugais. O sexo pode tornar-se tarefa, dissociando-se do prazer; além disso, pode haver uma diminuição na frequência sexual. Todos esses fatores contribuem, direta ou indiretamente, para um aumento no insucesso gestacional, sendo então necessário que a equipe multidisciplinar, que assiste os casais inférteis, conheça amplamente as principais alterações que podem ocorrer nos aspectos emocional, sexual e conjugal, possibilitando uma assistência de qualidade e a obtenção de melhores resultados. Com este estudo pretendemos conhecer a influência da Infertilidade na qualidade de vida, ajustamento e satisfação conjugal.

Neste contexto vimos solicitar a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação na Unidade de Medicina Reprodutiva, aos casais seguidos neste serviço, durante os meses compreendidos entre Novembro de 2012 e Março de 2013.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de colheita de dados

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Manuela Ferreira é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

MF/NC

APÊNDICE IV

CONSENTIMENTO LIVRE INFORMADO

CONSENTIMENTO

Estamos a realizar um trabalho de pesquisa sobre “A Influência da Infertilidade na Qualidade de Vida” e a “Influência do Ajustamento à Fertilidade na Satisfação Conjugal”. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento e em nada influenciará caso o(a) senhor(a) não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações serão anónimas e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

Data: ____ / ____ / ____

Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____