

Carolina Alexandra Rito Monteiro

**O Stress da Infertilidade e Saúde Geral
- O Papel Mediador da Fusão Cognitiva**



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

Carolina Alexandra Rito Monteiro

O Stress da Infertilidade e Saúde Geral

- O Papel Mediador da Fusão Cognitiva

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor Jean Christophe Giger



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

O Stress da Infertilidade e Saúde Geral

- O Papel Mediador da Fusão Cognitiva

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluídas.

Assinatura

(Carolina Alexandra Rito Monteiro)

Copyright 2021 Carolina Alexandra Rito Monteiro. A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Resumo

Uma grande parte da população, tem expectativas de vida que incluem a parentalidade. No entanto, nem todos os casais que desejam uma gravidez irão conseguir esse objetivo. A infertilidade é uma dificuldade que tem ocupado lugar de evidência no leque de preocupações da população humana, tendo sido objeto de extensos estudos, visto impossibilitar a concretização de um desejo básico de procriação. A impossibilidade de gerar um filho pode resultar em fatores stressantes para o casal, dificultando ainda mais este processo. Além do *stress* associado a uma situação de infertilidade e de tratamentos relacionados com procriação medicamente assistida, muitos casais, especialmente as mulheres, interiorizam ideias, muitas vezes disfuncionais, por meio de uma situação-fenómeno de fusão cognitiva. Assim, pretendeu-se analisar de que forma o *stress* relacionado com a infertilidade influencia a saúde geral destas mulheres e de que forma a fusão cognitiva tem uma função mediadora entre estas duas variáveis, recorrendo a um estudo qualitativo e correlacional. Foram aplicados 3 questionários, via online, baseados em três escalas: Questionário de Saúde Geral, Inventário de Problemas de Fertilidade e Questionário de Fusão Cognitiva. A amostra foi constituída por 43 mulheres que enfrentavam a infertilidade e responderam, efetivamente, ao questionário. Os resultados mostraram uma relação entre o *stress* derivado da infertilidade com o estado de saúde geral, sendo que a primeira variável tem um efeito negativo na segunda. Também se provou que a fusão cognitiva tem um papel mediador entre estas duas variáveis, sendo que, quando as ideias distorcidas derivadas da fusão cognitiva se encontram controladas, os níveis de *stress* são menores e, conseqüentemente a qualidade da saúde geral é maior, sendo que o inverso também ocorre. Assim, é importante o desenvolvimento de estratégias de diminuição de *stress* junto destas mulheres, dando-se especial atenção ao processo de fusão cognitiva, associado à infertilidade.

Palavras-chave: Infertilidade; *Stress*; Fusão Cognitiva; Saúde Mental.

Abstract

A large part of the world's population has life expectancies that include parenting. However, not all couples who desire a pregnancy will achieve this goal. Infertility is a problem that has been occupying an obvious place in the range of concerns of the human population, it has been the object of extensive studies, since it makes it impossible to realize a basic desire supported by the instinct, to have children. The impossibility of having a child can result in stressful factors for the couple's life, making this process even more difficult. Besides the stress associated with a situation of infertility and treatments related to medically assisted procreation, many couples, especially women, internalize ideas, often dysfunctional, about the situation, a phenomenon called cognitive fusion. The aim is to analyse how infertility-related stress influences the general health of these women and how cognitive fusion has a mediating function between these two variables, using a qualitative and correlational study. Three questionnaires based on three scales were applied: General Health Questionnaire, Inventory Problem Fertility and Cognitive Fusion Questionnaire. The sample consisted of 43 women who effectively answered the questionnaire, in the process of infertility. The results show that there is a relationship between infertility-derived stress and general health status, with the first variable having a negative effect on the second. It has also been proved that cognitive fusion has a mediating role between these two variables, and when the distorted ideas derived from cognitive fusion are controlled, the levels of stress are lower and, consequently, the quality of general health is higher, the opposite also happens. Thus, it is of great importance to develop strategies to reduce stress among these women, paying special attention to issues related to cognitive fusion, related to infertility.

Keywords: Infertility; Stress; Cognitive Fusion; Mental Health

Índice

2. Revisão de Literatura.....	3
2.1. Infertilidade	3
2.1.1. Epidemiologia, Causas e Tipologia da Infertilidade	3
2.1.2 Técnicas de Procriação Medicamente Assistida.....	7
2.1.3. Consequências Psicológicas da Infertilidade.....	8
2.2. <i>Stress</i> e a Infertilidade	11
2.3. Fusão Cognitiva.....	15
3. Hipóteses de Investigação	19
4. Metodologia.....	19
4.1. Caraterização da Amostra.....	19
4.2. Instrumentos de Recolha de Dados	20
4.3. Análise dos Dados	22
5. Apresentação dos Resultados	23
5.1. Procedimentos Estatísticos	23
5.2. Resultados.....	23
5.2.1. Análise Inferencial.....	23
6. Discussão dos Resultados.....	27
7. Implicações Práticas	30
8. Conclusão	33
9. Referências Bibliográficas.....	35

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatísticas descritivas para as variáveis de <i>stress</i> de infertilidade, fusão cognitiva e saúde geral	24
Tabela 2. Correlações para as subdimensões do IPF e QSG	25

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de mediação	26
------------------------------------	----

Índice de Anexos

Anexo A: Inventário de Problemas de Fertilidade

Anexo B: Questionário de Saúde Geral

Anexo C: Questionário de Fusão Cognitiva

1. Introdução

Uma revisão da literatura permite perceber que a infertilidade e o sofrimento psicológico associado, têm sido objeto de estudo por parte dos investigadores nos últimos anos, uma vez que estes sujeitos demonstram dificuldades psicológicas complexas que impactam o decorrer das suas vidas nas esferas afetiva, social, sexual e laboral. (Cunha et al, 2008).

Porém, o entendimento atual desta doença e das suas respetivas causas demorou a ser conquistado uma vez que ao longo da história da humanidade, na maioria das sociedades, a mulher infértil era vista como amaldiçoada pelos Deuses e muitas vezes maltratada, punida e banida em virtude da sua condição, sendo a causa da infertilidade atribuída exclusivamente à figura feminina (Delgado, 2007), que detinha um sistema reprodutor “defeituoso” (Martin, 2008).

Nos estudos históricos e antropológicos, raramente se encontram referências à infertilidade masculina, o que sugere que os problemas reprodutivos do casal têm sido, desde sempre, atribuídos às mulheres, fabricando metáforas e simbologias pejorativas e humilhantes, principalmente nas sociedades patriarcais (Trindade & Enumo, 2001). Após séculos onde se considerou a infertilidade como exclusivamente feminina, a perceção do envolvimento masculino na infertilidade surge apenas durante os últimos cinquenta anos (Speroff, Glass & Kase, 1999). Atualmente, sabemos que o potencial de reprodução de um casal depende da coordenação e da combinação das funções de ambos os sistemas reprodutivos (Martim, 2008).

Apesar dos papéis sociais do homem e da mulher terem vindo a sofrer alterações na sociedade moderna ao longo do tempo, o papel parental continua a ser encarado pela maioria dos sujeitos como um projeto de vida de extrema importância, sendo este desejo de ter um filho muitas vezes incompatível com uma dificuldade de conceção causada pela infertilidade (Menning, 1980).

De um modo geral a infertilidade é definida clinicamente como a incapacidade de conceber um filho ou de suportar uma gravidez até ao seu termo após o casal ter efetuado um ano ou mais de relacionamento sexual frequente e sem a utilização de qualquer tipo

de contraceção (OMS, 2008). Assim que isto acontece, é frequente o casal procurar por assistência médica especializada, realizando os devidos exames, de forma a descobrir (quando possível) a(s) causa(s) da infertilidade, optando pela via de tratamento mais adequada, como é o caso da procriação medicamente assistida (Associação Portuguesa de Fertilidade, 2009).

São muito variadas as causas de infertilidade no casal, podendo estar relacionadas com a mulher ou com o homem. Outros são os casos em que ambos os membros do casal têm problemas de fertilidade, ou em que, mesmo depois de todos os exames, não se consegue apurar as causas da não conceção. Independentemente de qual for o motivo, a fertilidade e os seus tratamentos são geradores de uma grande pressão no casal, especialmente porque, associados a esta problemática, encontra-se um grande estigma, que faz com que os próprios indivíduos, elementos do casal, gerem ideias erróneas acerca da sua situação, culpabilizando-se, o que em grande parte aumenta os níveis de *stress* psicológico, prejudicando o próprio processo de fertilidade (Farinati, Rigoni & Müller, 2006).

Deste modo, entendemos assim a importância de desenvolver um estudo que demonstre de que modo o *stress* relacionado com a infertilidade influencia a saúde geral dos indivíduos, saúde esta que serve como fator de protetor para quem está a passar por este processo. Concomitantemente, procurámos analisar de que modo a fusão cognitiva influencia a relação entre as variáveis de *stress* de infertilidade e a saúde geral, ou seja, se esta tem algum tipo de função medidora entre estas duas variáveis.

2. Revisão de Literatura

2.1. Infertilidade

2.1.1. Epidemiologia, Causas e Tipologia da Infertilidade

A infertilidade é atualmente caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) como um problema de saúde pública que atinge homens e mulheres incapazes de gerar um filho quando a prática sexual é regular (3-5 vezes por semana) e desprotegida à mais de um ano, entre o casal. Esta situação tem vindo a crescer ao longo dos anos em Portugal, estimando-se que 15% a 20% dos casais tenham problemas no campo da fertilidade, em idade reprodutiva. (APS, s/d).

É importante distinguir entre os termos infertilidade e esterilidade, visto que assistimos frequentemente ao seu emprego indevido, sendo confundidos ou utilizados como sinónimos (Delgado, 2007). Segundo Wentz (1990), esterilidade refere-se aos indivíduos que tenham um fator absoluto que impede a conceção, mesmo com tratamento clínico, constituindo uma situação irreversível. Segundo a autora, a infertilidade designa a incapacidade em conceber sem o auxílio de técnicas de reprodução medicamente assistida, durante um período de tempo clinicamente limitado, ou seja, implica uma situação não definitiva, com hipótese de resolução através de tratamento clínico.

A infertilidade possui duas fases distintas – a infertilidade primária e a infertilidade secundária. A primeira diz respeito à incapacidade de conceber após 1 ano de relações regulares sem utilização de contraceptivos, em indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos (WHO, 2003) enquanto que a secundária ocorre depois de uma gravidez conseguida por parte da mulher (Inhorn, 2003).

Os casais inférteis costumam ser classificados em dois grupos: aqueles que não conseguem a gravidez sem passar por tratamento, como por exemplo, na azoospermia (ausência de espermatozoides), na obstrução tubar bilateral e na anovulação (ausência de ovulação), e os que são subférteis ou hipoférteis, que, com o tempo, poderão vir a conceber mesmo sem tratamento (Remoaldo, et al. 2004).

A infertilidade pode ser de causa feminina, masculina, mista (feminina e masculina) ou de causa desconhecida (OMS, 2008) e tende a provocar sintomatologia e/ou problemas psicológicos.

Segundo Cedars (2005), as causas de infertilidade feminina agrupam-se, de acordo com o local responsável pela alteração da fertilidade, e que são:

- O fator ovárico, que consiste na deficiência na ovulação ou na sua ausência;
- O fator tubáreo, que pode manifestar-se na função da captação do ovócito, do transporte do ovócito, do transporte dos espermatozoides, da fertilização, do transporte do embrião ao útero e do crescimento do embrião, devidas na maioria a alterações da permeabilidade das trompas;
- O fator uterino, devido a anomalias anatómicas e disfunções uterinas, os fibromiomas e os pólipos endometriais;
- O fator cervical, que se refere a alterações do muco cervical e da estrutura do canal cervical, que comprometem a coleção e progressão dos espermatozoides;

No que diz respeito às causas de infertilidade masculina, estas classificam-se de seguinte forma (Cedars, 2005):

- A espermatogénese anormal, que se refere a alterações da quantidade e/ou qualidade dos espermatozoides, levando à sua diminuição (Oligospermia), ou à sua ausência (Azoospermia);
- 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;

- As obstruções do trato genital e das vias espermáticas que comprometem a maturação e transporte dos espermatozoides, bem como dificultam ou impedem a ejaculação;
- Alterações da função sexual, tais como a disfunção erétil.

Outros fatores, podem também ser causa de infertilidade, tal como o fator imunológico, referenciado por vários autores (APF, 1988; Speroff, Glass e Kase, 1999; Cedars, 2005), que resulta da imunização pelo esperma e pode ocorrer tanto no homem como na mulher. Consiste na presença de anticorpos anti-espermáticos, resultando na destruição ou imobilização dos espermatozoides, na sua incapacidade para penetrar no ovócito, no prejuízo da clivagem do embrião e mesmo da sua implantação.

As percentagens relativas dos fatores de infertilidade presentes não são universais, mas globalmente, é possível identificar um fator masculino em 30%-40% dos casos. Na mulher a patologia ginecológica está presente em 30%-40% das situações (endometriose 5%, doença tubária 15%, entre outras) e a disovulação em 14%-15% (Direção Geral da Saúde, 2008), podendo, segundo outros autores, ultrapassar os 20% (Direção Geral da Saúde, 2008). E em aproximadamente 10% dos casais não é possível estabelecer uma causa (Direção Geral da Saúde, 2008).

Para além das causas de infertilidade serem variadas, estas podem estar, ou não, associadas a anomalias do sistema reprodutor masculino ou feminino. A pesquisa deve desenvolver-se de forma faseada e abranger simultaneamente os dois elementos do casal, uma vez que em cerca de 30% dos casos, ambos contribuem para o problema (Direção Geral da Saúde, 2008), devendo este diagnóstico ser encarado como uma dificuldade conjunta ou seja, do casal (Gameiro, Silve & Canavarro, 2008).

Existe, segundo a Direção Geral da Saúde (2008), consenso em considerar que após um ano, deve ser iniciado um processo de avaliação de eventuais fatores envolvidos. A probabilidade da ocorrência de uma gravidez em cada ciclo menstrual é de cerca de 20%-25%. Após um ano, aproximadamente 80% dos casais terão alcançado uma gravidez e esta proporção sobe para 90% ao fim de dois anos (Direção Geral da Saúde, 2008).

Nas últimas décadas, o número de problemas relacionados com a fertilidade tem vindo a aumentar, pela convergência de vários fatores físicos, psíquicos, comportamentais, sociológicos e ambientais, vistos atualmente como passíveis de afetar a fertilidade. Nestes podemos abranger, segundo Pinto (1998):

- a) O adiamento do primeiro filho, devido ao prolongamento da escolaridade, o atraso da entrada na idade adulta, as dificuldades de acesso ao emprego, o investimento na carreira profissional;
- b) O início precoce da vida sexual, e conseqüentemente o aumento do número de relações, que pode levar à transmissão das infeções sexualmente transmissíveis, assim como outros processos inflamatórios que levam ao compromisso da função reprodutora;
- c) A utilização de métodos contraceptivos, levando à diminuição de ciclos ovulatórios, podendo levar também ao abandono do uso de preservativos e logo, também, à exposição das infeções sexualmente transmissíveis;
- d) O aumento das infeções sexualmente transmissíveis, que podem causar cicatrizes, lesar ou destruir os revestimentos do útero, trompas e ovário, e que no homem podem destruir os finos canais do epidídimo, do deferente e dos canais ejaculadores;
- e) A prática mais generalizada da interrupção da gravidez, que pode trazer riscos de complicações, comprometedores da fertilidade;
- f) A excessiva exposição a tóxicos, devidos à poluição ambiental e da atividade laboral;
- g) O aumento de *stress* nas sociedades atuais, com repercussões a nível orgânico, visto que determina alterações hormonais que se refletem na ovulação e espermatogénese;

- h) Alterações nos hábitos e no estilo de vida, como a prática de uma alimentação desequilibrada, o consumo do tabaco, de álcool, de estupefacientes e também por fármacos, e ainda a atividade física excessiva;
- i) O aumento da temperatura testicular, o uso de roupa mais apertada, de tecidos sintéticos, exposição prolongada ao calor (sol, sauna, etc.) e a permanência prolongada na posição de sentado, leva ao compromisso na espermatogénese.

2.1.2. Técnicas de Procriação Medicamente Assistida

A fertilidade está intimamente ligada à realização pessoal, e a incapacidade de procriar representa uma falha em atingir o destino biológico da espécie humana além de ser considerado um estigma social (Herz, 1989). A reprodução, é responsável pela transmissão da vida, pela propagação de código genético e pela perpetuação da espécie, apresentando assim uma importância não apenas no plano biológico, mas também nos planos afetivos, sociais e patrimoniais (Raposo, 2007).

A grande maioria das uniões, sejam casamentos ou não, têm como desejo e objetivo a procriação, sendo esta uma parte fundamental no que toca ao projeto e realização familiar e pessoal do casal, verificando-se sentimentos de frustração quando esta não se realiza, havendo mesmo um carácter social no que toca a essa mesma frustração. Devido a esta importância tão grande no que toca à procriação no seio de uma sociedade, Campos (2006) considera que o direito à procriação é uma necessidade fundamental de uma grande franja (se não a maioria) dos seres humanos, devendo ser assegurado legalmente.

A procriação medicamente assistida, surge como um conjunto de técnicas que visam promover uma fecundação quando tal é inviável por meios naturais (Burns, 2007). Segundo Burns (2007), existem atualmente mais de 40 tipos de tratamentos vocacionados para a infertilidade consubstanciados por tecnologias biomédicas. A atual legislação portuguesa sobre procriação medicamente assistida encontra-se plasmada na Lei n.º 32/2006, sendo que, de acordo com o artigo 2º a presente lei aplica-se às seguintes técnicas: inseminação artificial, fertilização *in vitro*, injeção intracitoplasmática de

espermatozoides; transferência de embriões, gâmetas ou zigotos; diagnóstico genético pré-implantação e outras técnicas de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias.

No entanto, apesar destas técnicas proporcionarem uma nova oportunidade para a gravidez, o recurso a técnicas de procriação medicamente assistida pode delongar o processo de sofrimento, uma vez que não existe garantia de que o procedimento venha a obter êxito. Esta poderá ser uma significativa fonte de ansiedade. Em acréscimo aos fatores anteriormente descritos, é possível que o período entre a investigação das causas da infertilidade e a fertilização assistida (devido aos extensos protocolos diagnósticos e o longo período de tratamento) possa levar a um *stress* crónico, que aumenta a vulnerabilidade para sintomas psicológicos. Esses sintomas, por sua vez, podem interferir nos resultados do tratamento. Estudos indicam uma relação negativa entre *stress* e o sucesso da FIV (fertilização in vitro), por exemplo, indicando, inclusivamente que quanto maior o nível de ansiedade, menor a probabilidade de gravidez. A dificuldade de engravidar pode, ainda, gerar modificações nos relacionamentos sociais do indivíduo infértil (Galhardo *et al.*, 2012).

2.1.3. Consequências Psicológicas da Infertilidade

A vivência da infertilidade, é uma situação carencial que apesar de não comprometer a integridade física, e não ser um risco vital, pode acarretar diversos custos emocionais influenciando o desenvolvimento psíquico, pela negativa, do sujeito, da própria família e do casal, originando frustração e desmotivação que podem ter efeitos prejudiciais prolongados (Remoaldo, et al. 2004). A infertilidade, segundo Spotorno (2005) é deste modo, encarada como uma experiência médica, psicológica e social que exige redefinição, pelo casal, das suas identidades como indivíduos e parceiros.

O impacto da infertilidade na relação conjugal é justamente um dos maiores (Leiblum, 1997). Ao constatarem a infertilidade, os casais experimentam uma situação inesperada que acarreta a perda do controlo de parte das suas vidas e um obstáculo à realização de metas pessoais (Spotorno et al., 2008).

O impacto da infertilidade na vida do sujeito pode levar a um sofrimento psicológico significativo e conduzir a sentimentos de raiva, ansiedade, menos-valia, desesperança, medo, culpa, fracasso, frustração, inveja, vergonha e solidão (Borlot & Trindade, 2004; Melamed, 2006;; Spotorno et al., 2008). No entanto, Ulrich e Weatherall (2000) assumem que esta panóplia de sentimentos advêm uma resposta adequada àquilo que esses indivíduos vivenciam.

Os sintomas provindos deste processo são variados incluindo a tristeza, ansiedade, vergonha, frustração, medo (Farinati, Rigoni & Müller, 2006), cansaço físico e psicológico, raiva, irritabilidade, apatia, surgimento de doenças (e.g., problemas gástricos, hipertensão arterial, problemas dermatológicos), entre outros (Moreira et al, 2006). Para além disso, são vários os estudos que relacionam a situação de infertilidade a níveis elevados de *stress*, depressão e ansiedade (Beutel, et al., 1999; Golombok, 1992; Lok, Lee, Cheung, Lo & Haines, 2002), sendo entendidos como causa e consequência da infertilidade (Greil, 1997). Em exemplo, temos o estudo de Wright et al. (1991), que avaliou as diferenças femininas e masculinas de 449 casais de uma clínica de fertilidade e que demonstrou que os homens e mulheres inférteis possuíam maiores níveis de ansiedade, *stress* e depressão em comparação com a população normal.

É de salientar que no estudo anterior, a sintomatologia psicológica foi mais elevada nas mulheres. A par deste resultado, Félix & Almeida (2016) notaram que as mulheres inférteis em seu estudo apresentaram duas vezes mais depressão do que a população geral

Uma possível explicação destas diferenças prende-se no facto das mulheres com infertilidade expressarem sentimentos de estigmatização associados à sua problemática uma vez que nas culturas das sociedades em geral o papel de mãe é altamente valorizado. (Imeson & McMurray, 1996; Kimani & Olenja, 2001; Miall, 1985; Nachtigall, Becker, & Wonzy, 1992; Neff, 1994; Unisa, 1999; Whiteford & Gonzalez, 1995). Tal diferença pode ser explicada pelo estigma social que ronda o “mundo” da infertilidade e que exerce pressão sobre a mulher, principalmente quando inseridas numa cultura onde o papel de mãe é altamente privilegiado (Farinati, Rigoni & Müller, 2006).

O impacto para o casal e para a sociedade é significativo e varia muito entre as diferentes populações, de acordo com a sua prevalência e com a importância que esta adquire para a comunidade (Simões, 2010).

A exposição da intimidade do casal a estranhos pode ser dolorosa para muitos sujeitos, planejar um filho e discutir como fazê-lo pode conduzir a uma invasão da privacidade, que frequentemente ocorre com as questões e curiosidade dos parentes e amigos, dentre outros e onde a forma como um dos cônjuges lida com o problema pode influenciar a resposta emocional do outro. (Félis & Almeida, 2016).

O impacto da infertilidade difere de sujeito para sujeito, podendo ser influenciado em função de determinados aspetos como o género, personalidade, história de vida e estratégias de gestão de problemas do sujeito.

No que se refere ao grau de eficácia adaptativa, tem-se observado que, entre os cônjuges, há significativas diferenças. As mulheres, por exemplo, expõem mais a sua dor a outras pessoas, pensam mais sobre o que podem ter feito de errado para terem esta dificuldade, apresentam uma autoestima mais baixa do que os homens e níveis mais altos de ansiedade e depressão. Os homens, parecem assumir melhores estratégias adaptativas durante os procedimentos de fertilização assistida. Por outro lado, tanto os homens quanto as mulheres sentem que a questão da infertilidade se afigura como maior fonte de tensão quando se trata de um problema masculino. Tal fica a dever-se, provavelmente, a uma combinação de fatores, podendo a infertilidade masculina assumir uma conotação social mais estigmatizante, afetando a autoestima do homem. Paralelamente, parece existir uma maior dificuldade, por parte do homem, para expressar as emoções negativas que o diagnóstico produz (Félis & Almeida 2016).

Para Galhardo, Gouveia e Cunha (2012), torna-se claro que quanto mais as mulheres apresentarem preocupações com o alcance de uma gravidez e de um filho biológico, maior a probabilidade de duvidarem das suas capacidades para lidar com a sua infertilidade e experienciarem mais *stress*, sintomas ansiosos e depressivos. De facto, quanto maiores forem as preocupações com os procedimentos médicos e/ ou faltas ao trabalho, mais será de esperar que possam ocorrer níveis mais elevados de ansiedade e de

depressão. A relação notada entre *stress* e infertilidade irá ser abordada no tópico seguinte.

Não obstante, alguns autores, citados por Spotorno et al. (2008), identificaram possíveis benefícios que podem decorrer desta experiência comumente e naturalmente stressora, tais como: uma maior união do casal e conseqüente fortalecimento da relação ou o aumento no apoio emocional oferecido pelo parceiro (Sabatelli et al., 1988).

2.2. *Stress* e a Infertilidade

O conceito de *Stress* é um dos termos mais utilizados no dia-a-dia, quer na comunidade científica, quer pelo público em geral. No entanto, continua a não existir um significado comum unanimemente aceite. *Stress* é uma palavra derivada do latim *stringo*, que tem como significado apertar, comprimir, restringir. Contudo, durante o Século XVII esta palavra ganhou conotação de adversidade ou aflição.

Assim sendo, o conceito de *stress* não é novo, mas foi apenas no início do Século XX que estudiosos das ciências biológicas e sociais iniciaram a investigação do seu efeito na saúde física e mental das pessoas. Estes viam o *stress* como sendo um estado do organismo após o esforço de adaptação que pode produzir deformação na capacidade de resposta do comportamento mental e afetivo, do estado físico e do relacionamento com as pessoas (Câmara, Guerra & Rodrigues, 2010). Hoje o *stress* é visto como um fator responsável pela diminuição da qualidade de vida das pessoas onde ninguém escapa (empresários, funcionários, desempregados, pais ou estudantes) (Caetano & Vala, 2007).

É possível dividir o conceito de *stress* em dois conceitos diferentes, o *distress* (o *stress* “mau”) e o *eustress* (o “bom” *stress*) (Serra, 2007).

O *eustress* é benéfico, é impulsionador e está relacionado com situações dinâmicas, que contribuem para o sentimento de conquista (Serra, 2007), com conceitos positivos de trabalho, como o empenho, e pode culminar no “epítome do *eustress*”, segundo Hargrove et al. (2013), em que o indivíduo está focado e completamente motivado pela tarefa de trabalho ao ponto de nada mais parecer relevante (Csikszentmihalyi, 1990).

O *distress*, de acordo com Serra (2007) é prejudicial, caracterizado como um estado negativo, em que o indivíduo percebe que não possui recursos para ultrapassar circunstâncias exigentes consideradas por si como importantes. Ainda de acordo com este autor, estas exigências podem ser externas (por exemplo, problemas financeiros) ou internas (por exemplo, perfeccionismo).

Apesar do ser humano possuir capacidade de resposta que permita lidar com situações decorrentes do quotidiano, por vezes depara-se com situações que exigem readaptação e, logo, podem ser potenciadoras de *distress* (Hargrove et al., 2013). Considerando uma perspetiva do *stress* como um processo interativo ou transacional entre estímulos ambientais e respostas do indivíduo, salienta-se a existência das diferenças individuais, da especificidade dos mecanismos psicológicos, designadamente dos processos de avaliação cognitiva de cada um, bem como a maneira como cada indivíduo gere e lida com o *stress* (Lazarus & Folkman, 1984; Gomes, Cruz & Melo, 2004; Serra, 2007).

Desta forma, quando se desenvolve a perceção, que pode ser real ou distorcida, da falta de controlo sobre uma ocorrência ou circunstância, surge o *stress* e, perante isso, desenvolve-se um conjunto de ações ou estratégias com o objetivo de resolver ou diminuir o problema (Lazarus & Folkman, 1984; Gomes, Cruz & Melo, 2004; Serra, 2007).

De acordo com Serra (2007), todos os fatores de *stress* reproduzem no ser humano uma série de respostas, podendo estas ser de origem biológica, de comportamento observável, cognitiva e emocional, que acontecem de forma simultânea, influenciando-se mutuamente, sendo estas respostas mais acentuadas, quanto mais intensa, frequente e prolongada for a exposição ao *stress*.

A resposta ao *stress* é uma reação global do organismo a uma agente stressor, podendo culminar em reações psicológicas como ansiedade, depressão, alterações cognitivas, reações fisiológicas, e em alguns casos levar a doenças e alterações comportamentais desagradáveis (Frasquilho & Guerreiro, 2009).

A infertilidade é vista como esse agente stressor, constituindo-se como uma experiência altamente stressante, considerada como uma fonte de *stress* crónico (Newton,

et al 1999), a qual é percebida como uma ameaça à sua qualidade de vida e bem-estar (Delgado, 2007). O stress crónico foi definido como um conjunto de eventos e condições que persistem ao longo do tempo e que são sentidos/percebidos como ameaçadores pelo sujeito (Delgado, 2007).

O *stress* associado à infertilidade, pode ser visto de duas maneiras: pode ser uma reação a esta ou uma causa deste (Delgado, 2007). Mais recentemente, as evidências publicadas sugerem que o *stress* em si pode influenciar inclusive os resultados dos tratamentos de infertilidade (Demyttanaere, et al., 1998; Fachinetti et al., 1997). Quando um evento stressante ocorre, o funcionamento do sistema hipotálamo-hipófise pode ficar inibido. Tal pode originar irregularidades no ciclo menstrual, como a amenorreia ou anovulação, o que, naturalmente, vai ter consequências negativas na fertilidade da mulher (Campagne, 2008).

A infertilidade é sentida e vivida, por muitos casais, como o evento mais stressante das suas vidas, quer pela perda (ou ameaça da perda) do poder de procriação, os sentimentos de fracasso, de perda e de inseguranças que os indivíduos experienciam, como por causa da ausência do filho (Farinati, Rigoni & Müller, 2006). Os próprios procedimentos de diagnóstico e de tratamento são encarados por parte do casal como grandes fontes de *stress*, não só ao nível físico, como também ao nível psicológico, emocional e financeiro. A invasão da privacidade conjugal, assim como todo o ajustamento que tem de ser feito entre os deveres familiares, profissionais e sociais com os procedimentos médicos são também vistos como agentes de *stress* (Delgado, 2007).

O sofrimento psicológico experienciado nestas pessoas é entendido como um estado normativo e esperado para o casal que se encontra numa situação de tratamento de infertilidade uma vez que, um diagnóstico de infertilidade contém aspetos que tornam o evento naturalmente stressor. Os seguintes aspetos podem influenciar emocionalmente os casais que foram diagnosticados como inférteis ou que se encontram a considerar um tratamento da infertilidade (Rooney & Domar, 2018):

- Incerteza sobre o sucesso do tratamento de fertilidade;
- Luto associado ao diagnóstico de infertilidade;

- Sensação de perda de controlo;
- Perda de autoestima;
- Tensão financeira;
- *Stress* conjugal;
- Pressão sexual;
- Pressão da família.

Referente ao processo de tratamentos médicos de fertilidade, apesar de estes poderem transformar a vida de um casal contribuindo para a concretização do desejo de serem pais, estes podem também ser uma alta fonte de *stress* emocional para o casal envolvido tendo em conta que as intervenções contêm uma série de aspetos stressantes - injeções diárias, amostras de sangue, ultrassons, cirurgia laparoscópica, etc - sendo que em todas as fases há uma probabilidade significativa de existir falhas. Além disso, certas fases do processo são relatadas como sendo especialmente stressantes quando comparadas com outras, onde se inclui a recolha dos óvulos, o procedimento de transferência de embriões e a espera angustiante de saber se houve, efetivamente, fertilização. (Klonoff-Cohen et al., 2001).

Num estudo realizado por Kentenich (1989), tanto as mulheres como os homens refeririam que os momentos mais stressantes de todo o processo de tratamento de fertilidade estavam relacionados com a possibilidade de os resultados serem negativos, ou seja, que todo o processo fosse em vão.

As falhas no tratamento são vistas como momentos de crise, inesperadas e assustadoras, podendo afetar o processo de adaptação dos casais a todo o processo. Alguns casais, após o *stress* do procedimento e a não concretização da gravidez, decidem não repetir o tratamento (Klonoff-Cohen et al., 2001). Paralelamente, a pressão mental, a solidão, a deceção e a perda de controlo são sentimentos muito observados em pessoas que se encontram a fazer tratamentos de fertilidade (Chehreh, Ozgoli, Abolmaali, Nasiri & Mazaheri, 2019).

Existem, assim, muitas técnicas com o objetivo de mitigar este *stress*, sendo que algumas são muito conhecidas e adotadas entre os pacientes em tratamento de fertilidade (Klonoff-Cohen et al., 2001).

- Acupuntura;
- Exercício aeróbico (que pode ser reduzido durante o tratamento);
- Colaboração com especialistas em redução de *stress*;
- Elaboração de um diário;
- Ouvir música relaxante;
- Massagem terapêutica;
- Meditação;
- Terapias de grupo;
- Mindfulness;
- Relaxamento muscular progressivo;
- Psicoterapia e terapia cognitiva-comportamental;
- Grupos de apoio/educacionais;
- Caminhadas;
- Yoga.

2.3. Fusão Cognitiva

A fusão cognitiva é um conceito que deriva da ACT – Terapia de Aceitação e Compromisso, que tem como finalidade a de ensinar os indivíduos a se comportarem de um modo mais adaptativo e eficaz na presença de eventos internos perturbadores (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012).

Esta terapia conceitua que o sofrimento psicológico encontra-se mais relacionado com os processos de regulação emocional a que se recorre para que seja possível lidar com experiências indesejadas do que com as próprias experiências (Segal, Teasdale & Williams, 2004).

Assim, o objetivo principal da ACT reside na diminuição da inflexibilidade dos indivíduos, que é descrita como sendo a incapacidade de entrar em contato de forma aberta e voluntária com os eventos perturbadores e de se comportar de um modo consistente com os valores escolhidos. De acordo com a ACT a psicopatologia aparece quando os processos comportamentais perante uma determinada situação interpretada como adversa, se tornam problemáticos (excetuando patologias que têm etologia

orgânica). Estas situações são consideradas adversas devido a um conjunto de crenças e práticas sociais e culturais (Segal, Teasdale & Williams, 2004).

Juntamente com o Evitamento Experiencial, que diz respeito a uma tentativa de evitar determinados estados emocionais percebidos como desconfortantes e aversivos através da adoção de medidas que alterem a forma e a frequência que ocorrem, assim como os contextos que os originam, a ACT propõe que a Fusão Cognitiva é outro processo interior do ser humano que tem um impacto negativo na saúde mental (Orsillo, Roemer & Holowka, 2005).

A Fusão Cognitiva pode ser definida como a percepção de que os pensamentos são declarações literais e verdadeiras da realidade, ou seja, o que uma pessoa pensa, seja esse pensamento erróneo ou não, é visto como uma ilustração da realidade. Por exemplo, um indivíduo pode reagir ao pensamento “vou ter um ataque de pânico”, como se essa conclusão fosse uma realidade inevitável. Deste modo, as respostas a essas construções mentais vão ser semelhantes às respostas que se teria perante uma situação física e/ou verbal, sendo que os pensamentos vão dominar a regulação emocional e comportamental, excluindo-se outras importantes variáveis contextuais (Hayes *et al.*, 2012).

Deste modo pode-se afirmar que a fusão cognitiva ocorre após a condução da ação de um indivíduo que é dominado ou influenciado principalmente por eventos verbais e não pelo que está a ocorrer no momento, na realidade. Por exemplo, o indivíduo pode ser sensível à experiência sensorial que está a ocorrer, mas comportar-se de acordo com avaliações, recomendações, julgamentos, entre outros. Este construto pode ser colocado em seis áreas chave da vida, nomeadamente as regras, razões, julgamentos, passado, futuro e self (Harris, 2009):

- Regras: A fusão cognitiva interfere nas regras que o indivíduo tem para si, para as suas relações pessoais e de trabalho, traduzindo-se em “histórias” de como se deve pensar, sentir e comportar numa determinada situação.
- Razões: dizem respeito às crenças que levam a acreditar que uma mudança não é possível, ou seja, as razões pelo que o indivíduo acha que ao agir de determinado modo não vai alterar nada. Quando a realidade do indivíduo se funde com estes

pensamentos, muitas das mudanças que podem ser feitas na vida, e mudanças para melhor, vão ser deixadas em espera.

- Julgamentos: É da natureza humana julgar, sendo que alguns julgamentos são úteis, como por exemplo, perceber se um determinado alimento está ou não em condições de ser consumido. No entanto, outros são negativos, especialmente quando o indivíduo se funde com eles, fazendo com que este desenvolva preconceitos, estereótipos e estigmas contra os outros ou até mesmo contra si mesmo, limitando-o na sua vida.
- Passado: Muitas vezes os indivíduos encontram-se fundidos com os pensamentos acerca do passado, nomeadamente erros, oportunidades perdidas e falhanços, contribuindo para um sentimento de frustração e, também, de medo relativamente em fazer coisas novas ou repetir as que já foram feitas, mas com desfechos negativos.
- Futuro: Existe também fusão cognitiva quando os indivíduos fantasiam com o futuro, e se preocupam com coisas que ainda não aconteceram, o que lhes limita a ação no presente.
- Self: A fusão cognitiva é muitas vezes empregue no modo como os indivíduos se classificam a si próprio, sendo que os seus pensamentos se fundem com a realidade, deturpando-a.

A fusão cognitiva apresenta algumas semelhanças com outros construtos psicológicos, nomeadamente a descentralização e a consciência metacognitiva (Gillanders et al., 2014, Fresco et al., 2007).

A descentralização e a consciência metacognitiva descrevem uma atitude desapegada, focada no presente, onde existe a aceitação da perceção dos pensamentos e das emoções de alguém como se da realidade se tratasse. Tais processos incluem elementos da desfusão cognitiva, assim como outros processos do modelo ACT, tais como a aceitação, o autocontexto, a consciência do momento presente e a autocompaixão. Comparando, a Fusão Cognitiva é definida estritamente operacionalizando o comportamento que se

encontra focado na fusão dos pensamentos com as ações reais que são valorizadas (Fresco et al., 2007).

Diante de pensamentos negativos, os indivíduos tendem a reagir emocionalmente para evitar ou alterar esses eventos internos indesejados. Assim, o comportamento torna-se excessivamente regulado por eventos internos às custas de contingências contextuais, tornando o leque comportamental progressivamente mais restrito, levando à perda de contacto com determinados valores da vida (Hayes et al., 2012).

Deste modo, os indivíduos que apresentam altos níveis de fusão cognitiva apresentam uma tendência maior a apresentarem prejuízos relativamente à sua qualidade de vida, assim como uma maior probabilidade para o desenvolvimento de psicopatologias como perturbações de personalidade, depressão, ansiedade; e perturbações do comportamento alimentar (Bolderston, 2013; Gillanders et al., 2014; Merwin et al., 2011).

Especificamente, na fusão cognitiva relacionada à doença crónica o sujeito prende-se às cognições associadas à sua doença e sintomatologia (e.g., “eu devo esconder a minha doença dos outros”) que, quando fundidas, regulam excessivamente a ação (Gillanders et al., 2014). A fusão cognitiva tem sido relacionada a vários aspetos; a uma insatisfação com a imagem corporal, comportamentos de escape, má qualidade de vida, bem como a diversos problemas de saúde mental (Gillanders et al., 2014) nomeadamente a depressão (Bardeen & Fergus, 2016; Dinis Carvalho, Gouveia, & Estanqueiro, 2015) que se encontrou, por exemplo, relacionada com a fusão cognitiva em amostras de doentes com problemática intestinal (Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2017). Para além disso, a fusão cognitiva parece ser um forte preditor da diminuição da qualidade de vida em pacientes diagnosticados com cancro (Gillanders, Sinclair, MacLean, & Jardine, 2015).

Posto isto, a fusão cognitiva é vista como um importante fator preditivo de problemas emocionais, como a ansiedade e a depressão tornando-se relevantes a existência e aplicação intervenções de “desfusão” que permitam regular melhor o comportamento uma vez que este, quando fundido cognitivamente, é guiado pelos pensamentos (Gillanders et al, 2014).

3. Hipóteses de Investigação

De acordo com o objeto em estudo, foram definidas duas hipóteses, devidamente enquadradas no modelo concetual, a serem testadas através da análise e interpretação dos resultados dos dados recolhidos. Pretende-se analisar de que forma o *stress* da infertilidade está associado à saúde geral e se a fusão cognitiva mediatiza esta relação. Desta forma, foram delineadas as seguintes hipóteses de investigação:

H₁: O *stress* da infertilidade está associado a maiores problemas de saúde gerais.

H₂: A fusão cognitiva tem um papel de mediador entre o *stress* da infertilidade e a saúde geral.

4. Metodologia

Neste capítulo será feita a descrição dos procedimentos metodológicos utilizados com o intuito de atingir os objetivos antes enunciados, garantindo assim a fundamentação das opções metodológicas tomadas, permitindo assim a replicação do estudo, de modo a haver a verificação da veracidade do mesmo.

4.1. Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo é caracterizada como sendo uma amostra de conveniência, constituída por mulheres com dificuldades de fertilidade no momento presente. Foi realizada uma análise correlacional às respostas obtidas através dos instrumentos a aplicar.

A aplicação do questionário foi obtida em contexto online (Facebook) através da publicação do instrumento de estudo em grupos privados constituídos por mulheres inférteis que comunicam entre si através destes. Apesar da dificuldade de acesso a este público que resultou em 47 respostas, as mulheres mostraram-se interessadas em contribuir com as suas respostas. Foi-lhes explicado o intuito do estudo e dada a garantia de anonimato na posterior utilização das suas respostas.

A amostra foi constituída por 43 mulheres, 38 (88.4%) de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 26 e os 54 anos, média de 34.69 anos (DP=5,40). O ensino superior foi a habilitação literária mais frequente, com 15 (34.9%) mulheres licenciadas e 8 (18.6%) com mestrado. Quase metade das mulheres (n=21; 48.8%) eram casadas e 18 (41.9%) viviam em união de facto.

Relativamente ao tipo de fertilidade presente nesta população, 22 (51,2%) possuem infertilidade feminina, 10 infertilidade de casal (23,2%) e 11 de causa desconhecida (25,6%). Do total da amostra, 10 (23,3%) tinha filhos e 33 não tinha (76,7%). Das 10 mulheres com filhos, 7 (70%) experienciaram dificuldades de fertilidade. Mais de metade das mulheres (n=26; 60.5%) já tinham realizado tratamento para problemas de infertilidade e 28 (65.1%) referiu estar a pensar realizar este tipo de tratamento no futuro. A média de tempo que estas mulheres tentaram engravidar sem a procura por tratamento médico foi de 1 ano e 9 meses.

As participantes foram diagnosticadas com infertilidade em média à cerca de 6 anos, sendo que: 6 mulheres à menos de um ano (13,9%), 21 entre 1 a 3 anos (48,8%), 9 entre 4 a 6 anos (20,9%), 6 entre 6 a 10 anos (13,9%) e 1 à mais de 10 anos (2,3%).

Os tipos de tratamento mais procurados por estas mulheres passam pela fertilização in vitro (25,6%), inseminação intrauterina (23,26%), inseminação artificial (23,26%) e estimulação/indução ovariana (18,6). Outras vias de tratamento (9,3%) mencionados passam por métodos menos evasivos: coito programado, medicação, tratamento hormonal, alteração de hábitos alimentares, suplementação e acupuntura.

4.2. Instrumentos de Recolha de Dados

Para a recolha dos dados elaborou-se um questionário que teve como base questões pertencentes a três questionários: Questionário de Saúde Geral (QSG-28); Inventário de Problemas associados à Fertilidade (IPF) e Questionário de Fusão Cognitiva (QFC).

3.3.1. Questionário de Saúde Geral (QSG-28)

É um questionário utilizado para medir a saúde mental e o bem-estar psicológico do sujeito (Ribeiro & Antunes, 2003), através das percepções que possui acerca da sua saúde geral, associada a eventos recentes (e.g., “melhor do que habitualmente”; “muito menos do que habitualmente”). A sua versão original foi criada por Goldberg (1978, 1997) e é composto por vinte oito itens de formato Likert com quatro categorias sendo que os quatro fatores foram nomeados como: Sintomas Somáticos (SS), Ansiedade e Insónia (AI), Disfunção Social (DS) e Depressão Grave (DG). O GHQ-28 avalia o estado atual do individuo e identifica se esse estado difere do seu estado normal. De um modo geral, este instrumento, numa das suas partes, facilita a identificação de quadros clínicos e noutra, permite avaliar o grau dos mesmos. A consistência interna é alta em todas as suas componentes: $\alpha = .80$ nos sintomas somáticos, $\alpha = .89$ na ansiedade e insónia, $\alpha = .93$ na depressão grave e $\alpha = .84$ na disfunção social.

3.3.2. *Inventário de Problemas associados à Fertilidade (IPF)*

O Inventário de Problemas associados à Fertilidade (IPF) (Newton et al., 1999, na versão portuguesa de Martins et al., 2009), para analisar de acordo com as crenças na importância da maternidade, a religião e a culpa, este inventário demonstra que o impacto da infertilidade pode manifestar-se na vida dos indivíduos e também no modo como os casais se perspetivam num futuro sem filhos (Ramos, 2011), é composto por 46 itens, por exemplo: “Os casais sem filhos são tão felizes como aqueles que têm filhos.” (Silva, 2011). Este questionário foi utilizado apenas para os indivíduos com problemas de fertilidade, tendo o mesmo uma escala de 7 pontos (1 – discordo totalmente a 7 – concordo totalmente). Os resultados deste inventário estão organizados em 5 subescalas e um resultado global composto por todos os fatores prévios (para a descrição total dos itens, (Newton et al., 1999). As subescalas são: Preocupação Social (10 itens) que avalia a sensibilidade aos comentários, as lembranças da infertilidade e os sentimentos do isolamento social; Preocupação Sexual (8 itens) para avaliar a diminuição do prazer sexual ou autoestima sexual e a dificuldade das relações sexuais programadas (e. g. Considero ter deixado de ter prazer na relação sexual devido ao problema e fertilidade); Preocupação no Relacionamento (10 itens) avalia as dificuldades em comunicar sobre a infertilidade e as preocupações sobre o impacto no relacionamento; Necessidade da Parentalidade (10 itens) que avalia a parentalidade como um objetivo essencial na vida;

e Rejeição de uma vida sem filhos (8 itens) que avalia a visão negativa de uma vida sem filhos ou status quo e que um futuro feliz depende da concepção de um filho.

3.3.3. *Questionário de Fusão Cognitiva (QFC)*

É um questionário de autorrelato que permite avaliar a fusão cognitiva geral, ou seja, o grau em que os sujeitos se fundem com o conteúdo das suas experiências internas gerais, entendendo assim o quão se encontram psicologicamente enredados e dominados pela forma-conteúdo dos seus pensamentos. O modo como indivíduo se relaciona com os próprios pensamentos pode explicar como ocorre o funcionamento do seu próprio comportamento assim como a compreensão de possíveis psicopatologias. Desenvolvido por Gillanders et al (2014), o QFC é constituído por 7 itens (e.g., “eu fico tão envolvido nos meus pensamentos que fico incapaz de realizar as coisas que quero mais quero fazer”; “eu fico chateado comigo mesmo por ter determinados pensamentos”). Os itens são classificados por uma escala Likert de 1 a 7 pontos (1- nunca acontece; 7- acontece sempre) onde o nível mais alto corresponde a um maior nível de fusão cognitiva. Esta escala apresenta um alto valor de consistência interna na sua versão original ($\alpha=.88$ e $\alpha=.93$ entre 5 amostras) e na versão portuguesa ($\alpha=.89$ e $\alpha=.94$ entre 3 amostras) (Trindade et al., 2018).

4.3. **Análise dos Dados**

Para se proceder à análise dos resultados provenientes do questionário recorreu-se a métodos estatísticos, recorrendo à utilização do programa IBM SPSS Statistics, na sua versão nº 25. Os resultados foram, então, organizados e apresentados por meio de uma análise descritiva e com recurso a técnicas correlacionais: correlação de Pearson, regressão linear e análise de mediação, entre as variáveis em estudo.

5. Apresentação dos Resultados

5. 1. Procedimentos Estatísticos

Para a caracterização da amostra foram calculadas frequências absolutas (n) e relativas (%) nas variáveis categóricas e médias (M) e desvios padrão (DP) nas variáveis contínuas, após confirmar a simetria das suas distribuições, avaliada pelo coeficiente de assimetria enquadrado no intervalo $[-2; 2]$.

A avaliação da linearidade entre variáveis foi realizada com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson, após confirmar a normalidade das respetivas distribuições em jogo pelo teste Shapiro-Wilk e observação dos histogramas. Para avaliar os efeitos de mediação nas variáveis consideradas recorreu-se ao cálculo de coeficientes de correlação parcial, seguidos pela implementação de modelos de regressão linear hierárquicos.

A qualidade dos modelos lineares foi avaliada pelo coeficiente de determinação (R^2) e pelo teste F que avalia as melhorias resultantes da introdução de variáveis explicativas contra a ausência destas. Foram calculados os coeficientes não padronizados (β), considerando que por cada unidade de variação na variável independente (VI) a variável dependente (VD) altera-se de acordo com $VD = \beta_0 + \beta_1 \times VI$.

A significância dos coeficientes foi avaliada com o teste t-student. A normalidade dos resíduos foi avaliada e confirmada pelo teste Shapiro-Wilk e observação do histograma. Não foram encontradas outliers superiores a $|3|$. Foi ainda avaliada e confirmada a homocedasticidade das variâncias e a multicolineariedade que não revelou problemas, segundo o critério $VIF < 10$. Por fim foi ainda conduzido o teste de Sobel para avaliação da mediação. A rejeição da hipótese nula foi considerada para $p < .05$.

5. 2. Resultados

5. 2. 1. Análise Inferencial

Nesta secção são apresentados os resultados relativos à resolução das hipóteses de investigação que se seguem.

H₁: o *stress* da infertilidade (medido pelo IPF) está associado a maiores problemas de saúde gerais (medidos pelo QSG).

H₂: A fusão cognitiva (medida pelo QFC) tem um papel de mediador entre o *stress* da infertilidade e a saúde geral.

A Tabela 1 mostra as estatísticas descritivas para as variáveis do *stress* de infertilidade, fusão cognitiva e saúde geral. São ainda apresentadas as correlações de Pearson, onde se salienta a correlação forte entre o *stress* de infertilidade e a fusão cognitiva ($r = .74; p < .001$) e as correlações moderadas entre o *stress* de infertilidade e a saúde geral ($r = .51; p < .001$) e entre a fusão cognitiva e a saúde geral ($r = .57; p < .001$).

Tabela 1. Estatísticas descritivas para as variáveis do *stress* de infertilidade, fusão cognitiva e saúde geral

	<i>n</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Correlações</i>		
						<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1 <i>Stress</i> de infertilidade	43	1.69	4.37	2.99	0.70	-	.74***	.51***
2 Fusão cognitiva	43	1.00	7.00	4.35	1.80		-	.57***
3 Saúde geral	43	0.14	2.56	1.10	0.64			-

*** $p < .001$

Na Tabela 2 apresentam-se as correlações para as subdimensões do IPF e do QSG. Pontuações mais altas de preocupação social correlacionaram-se com perceções mais elevadas dos sintomas somáticos ($r = .426; p < .01$), ansiedade e insónia ($r = .426; p < .01$), disfunção social ($r = .335; p < .05$) e depressão grave ($r = .586; p < .01$). Pontuações mais elevadas na preocupação sexual e preocupação relacional associaram-se com mais ansiedade e insónia ($r = .338; p < .05$ e $r = .329; p < .05$; respetivamente) e depressão grave ($r = .387; p < .05$ e $r = .372; p < .05$; respetivamente).

Pontuações mais altas na subdimensão de rejeição de um estilo de vida sem filhos associaram-se a pontuações mais elevadas de disfunção social ($r = .374; p < .05$) e depressão grave ($r = .532; p < .01$). Por fim, perceções mais elevadas da necessidade de maternidade/paternidade associaram-se com pontuações mais elevadas atribuídas aos sintomas somáticos ($r = .361; p < .05$), ansiedade e insónia ($r = .347; p < .05$) e depressão grave ($r = .532; p < .01$).

Tabela 2. Correlações para as subdimensões do IPF e QSG

Subdimensões IPF	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Preocupação social	-	.518**	.412**	.425**	.589**	.426**	.426**	.335*	.586**
2 Preocupação sexual		-	.767**	.345*	.510**	.169	.338*	.112	.387*
3 Preocupação relacional			-	.193	.361*	.207	.329*	.186	.372*
4 Rejeição estilo de vida sem filhos				-	.581**	.242	.197	.374*	.475**
5 Necessidade de maternidade/ paternidade					-	.361*	.347*	.260	.532**
Subdimensões QSG									
6 Sintomas somáticos						-	.794**	.721**	.722**
7 Ansiedade e insónia							-	.733**	.779**
8 Disfunção social								-	.789**
9 Depressão grave									-

Na resolução da primeira hipótese foi estimado o coeficiente c (Figura 1) que avalia a associação do *stress* de infertilidade com a saúde geral. Em primeiro lugar calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson entre as referidas variáveis para avaliar o pressuposto de relação linear, tendo sido confirmado pelos resultados obtidos, $r = .51$ ($p < .001$). Ao estimar os parâmetros do modelo linear observou-se significância estatística ($t_{41}=3.82$; $p < ,001$) para o coeficiente $\beta=0.47$. A qualidade de ajustamento avaliada pelo $R^2=.26$ sugere que 26% da variância da saúde geral é explicada pelo *stress* de infertilidade. O teste $F_{(1,42)}=14.58$ ($p < .001$) sugere que o modelo ajustado para o *stress* de infertilidade é melhor que o modelo nulo. Estes resultados confirmam a hipótese 1.

De seguida foram encetados os procedimentos para a resolução da segunda hipótese, considerando a construção das seguintes equações:

$$1. Y = \beta_{01} + cX + e_1$$

$$2. M = \beta_{02} + aX + e_2$$

$$3. Y = \beta_{03} + bM + c'X + e_3$$

Para confirmar a relação de mediação devem estar cumpridas quatro condições, segundo MacKinnon, Fairchild e Fritz (2007), conforme observado na Figura 1:

- a) A variável independente (*stress* de infertilidade) deve estar associada com a variável dependente (saúde geral), de modo a que o coeficiente c seja estatisticamente significativo (associação univariada). Esta condições estabelece uma relação estatisticamente significativa entre X e Y e foi previamente confirmada pela hipótese 1 (equação 1).
- b) A variável independente (*stress* de infertilidade) deve estar associada com o mediador (fusão cognitiva) de modo a que o coeficiente a seja estatisticamente significativo (equação 2).
- c) O mediador (fusão cognitiva) deve estar associado com a variável dependente (saúde geral) para que o coeficiente b seja estatisticamente significativo (equação 3).
- d) Na presença do mediador (fusão cognitiva) a variável independente (*stress* de infertilidade) não deve estar associada com a variável dependente (saúde geral) de modo a que o coeficiente c' não seja estatisticamente significativo (associação multivariável) (equação 3).

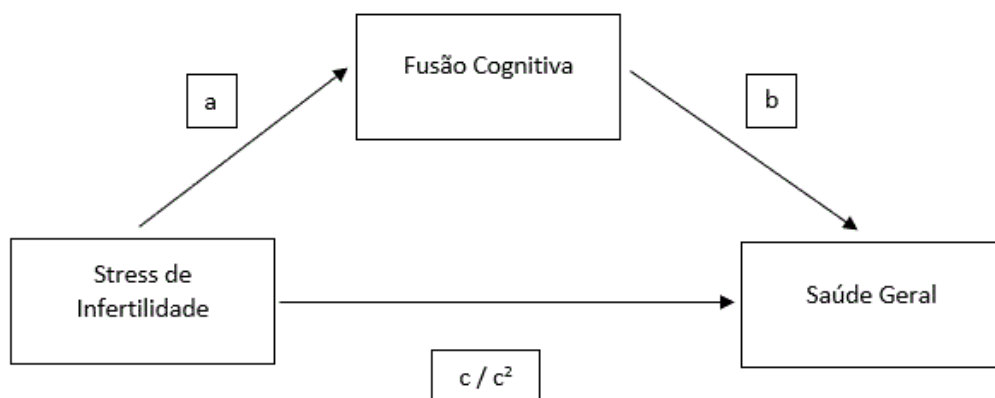


Figura 1. Modelo de mediação

Ao conduzir as análises de correlação parcial observou-se que a correlação entre o *stress* de infertilidade e a saúde geral ($r = .51$; $p < .001$) desaparece quando a fusão

cognitiva é controlada ($r = .16$; $p = .302$). Um modelo de regressão hierárquico confirmou este efeito. Na primeira etapa o *stress* de infertilidade é um preditor significativo da saúde geral ($\beta = 0.47$; $t_{(41)} = 3.82$; $p < .001$).

Na segunda etapa, o *stress* cognitivo deixa de ser um preditor significativo da saúde geral ($\beta = 0.18$; $t_{(40)} = 1.05$, $p = .302$) mas a fusão cognitiva é um preditor significativo da saúde geral ($\beta = 0.15$; $t_{(40)} = 2.27$, $p = .028$). O modelo final foi significativo ($F_{(2,40)} = 10.61$, $p < .001$) e explica 31% da variância explicada ($R^2_{\text{ajustado}} = 0.31$). Um teste de Sobel mostra que o efeito indireto do IPF no QSG é significativo (Sobel = 3.76; SE = 0.10; $p < .0001$). Estes resultados cumprem as quatro condições da relação de mediação, confirmando-se assim a hipótese 2.

Confirmadas assim as hipóteses, os resultados demonstram a relação entre a presença de *stress* da infertilidade e a respectiva diminuição da qualidade de saúde geral, sendo que a fusão cognitiva mediatiza esta relação.

6. Discussão dos Resultados

O presente trabalho teve como objetivo principal analisar de que forma o *stress* associado à infertilidade influencia o estado de saúde geral de mulheres a passar pela dificuldade de concepção e se a fusão cognitiva funciona como elemento mediador entre o *stress* relativo à situação de infertilidade e a qualidade do estado de saúde geral. Para tal traçou-se duas hipóteses de trabalho: H₁: O *stress* da infertilidade está associado a maiores problemas de saúde gerais; H₂: A fusão cognitiva tem um papel mediador entre o *stress* da infertilidade e a saúde geral. Estas duas hipóteses foram confirmadas através da análise dos dados obtidos por via de aplicação de um questionário, tendo como base três escalas: QSG, IPF e QFC.

Relativamente à hipótese 1, os dados obtidos revelaram, então, que o *stress* derivado da vivência da infertilidade encontra-se associado a um menor estado de saúde geral, mostrando que o *stress* associado a esta condição por parte destas mulheres piora o seu estado de saúde geral.

No presente trabalho procurámos analisar o *stress* que é causado por uma situação de infertilidade, definindo-se o *stress* como uma condição ou sentimento experienciado

quando um indivíduo percebe que as exigências do meio excedem os recursos sociais e pessoais que este é capaz de mobilizar (Halder & Mahato, 2013). O *stress* pode ter consequências ao nível físico, psicológico e também social, afetando a saúde, a qualidade de vida e a sensação de bem-estar como um todo (Sadir, Bignotto & Lipp, 2010).

No que concerne ao *stress* e a sua relação com a infertilidade, Dunkel-Schetter e Stanton (1991) observam que a infertilidade é vista através das dimensões que fazem do acontecimento um evento stressante: negativo, incontrolável, imprevisível e ambíguo. O sujeito infértil entende não possuir os recursos suficientes para lidar com o seu problema. Neste contexto, Delgado (2007) refere que o *stress* pode ser encarado tanto como uma causa da infertilidade assim como uma reação a esta.

As consequências de altos níveis de *stress* são percebidas pelas licenças médicas e absenteísmo, queda de produtividade, desmotivação, irritação, impaciência, dificuldades interpessoais, relações afetivas conturbadas, divórcios, doenças físicas variadas, depressão, ansiedade e infelicidade na esfera pessoal (Lipp, 2005). De facto, para muitos casais, a infertilidade é fonte de um grande *stress*, causando uma grande tensão ao nível da sua relação interpessoal, assim como passível de causar angústia pessoal, redução da autoestima e perda do significado da vida (Shmidt, 2009).

São vários os estudos que relacionam a situação de infertilidade a níveis elevados de *stress*, depressão e ansiedade. Em exemplo, temos o estudo de Wright et al. (1991), que avaliou as diferenças femininas e masculinas de 449 casais de uma clínica de fertilidade e que demonstrou que os homens e mulheres inférteis possuíam maiores níveis de ansiedade, *stress* e depressão em comparação com a população normal, sendo mais elevados nas mulheres. De facto, independentemente do membro do casal diagnosticado, a vivência desta crise parece ser mais desafiante para a mulher, tendo a investigação revelado consistentemente maior *stress* e pior ajustamento psicológico no setor feminino em comparação com os homens (Peterson, Newton, Rosen, & Skaggs, 2006).

Uma possível explicação desta diferença prende-se no facto das mulheres com infertilidade expressarem sentimentos de estigmatização associados à sua problemática uma vez que nas culturas das sociedades em geral o papel de mãe é altamente valorizado. Num estudo realizado, foi encontrada uma relação positiva entre o nível de percepção do estigma e estresse associado à infertilidade, que a longo prazo pode resultar em dificuldades psicológicas (Donkor & Sandall, 2007).

Estes resultados podem ser compreendidos pelo facto destas mulheres terem de lidar com o fracasso pessoal, familiar e as expectativas culturais de maternidade, assim como o próprio tratamento médico que pode ser doloroso e invasivo, o que de acordo com Galhardo, Cunha e Pinto-Gouveia (2011) pode levar estas mulheres a serem mais propensas à depressão, vergonha, e estratégias de regulação emocional disfuncionais, bem como a apresentar características de funcionamento psicológico menos protetoras. Com efeito, as mulheres são as principais pacientes das técnicas de reprodução assistida, tomando a responsabilidade pela ameaça de perda da parentalidade biológica em cada ciclo menstrual. (Leal, Monteiro, Pereira & Ribeiro, 2012).

Por outro lado, referente à segunda hipótese, averiguou-se se o *stress* da infertilidade podia ser associado a um menor nível de saúde geral através da fusão cognitiva na infertilidade. A análise de mediação, entre as variáveis, veio confirmar esta hipótese ao concluir que a fusão cognitiva tem um papel mediador do *stress* da infertilidade. Este resultado indica que quando a fusão cognitiva se encontra controlada, a associação entre o *stress* de infertilidade e a saúde geral deixa de ser significativa e, por outras palavras, que quando as mulheres se fusionam com os seus pensamentos cujo conteúdo está intimamente ligado ao à sua dificuldade de conceção, o *stress* de infertilidade tende a exercer um efeito maior na saúde geral. Entendemos que este dado poderá estar relacionado com pensamento de inferioridade, fracasso e inadequação que estes indivíduos apresentam ao experienciar esta limitação de procriação, com a qual podem lidar fusionando-se cognitivamente.

Na fusão cognitiva relativamente à infertilidade existe um mecanismo semelhante ao que acontece no caso da existência de doença crónicas, onde o indivíduo se vai prender a cognições associadas à sua condição, nomeadamente à sua doença e à sua sintomatologia (e.g., “*eu devo esconder a minha doença dos outros*”) que, quando fundidas, regulam excessivamente a ação. A fusão cognitiva parece ser um forte preditor da diminuição da qualidade de vida em pacientes diagnosticados com cancro (Gillanders, Sinclair, MacLean, & Jardine, 2015).

A fusão cognitiva ocorre, então, quando o sujeito entende as suas perceções e pensamentos num sentido literal, como sendo verdadeiras e não somente uma interpretação subjetiva da realidade (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006), sendo que as mulheres inférteis olham para si como sendo “deficientes”, entendendo-se desse

modo e regulando o comportamento em função desses pensamentos/crenças. Estas distorções cognitivas estão entre os principais fatores que afetam a qualidade de vida e a saúde geral das mulheres com problemas de fertilidade (Samadifard & Narimani, 2017).

Um estudo realizado por Akbari, Mohamadkhani e Zarghami (2016) mostra que os casais com altos níveis de fusão cognitiva, como acontece muitas vezes em casais com problemas de fertilidade, têm uma maior probabilidade de sofrer ansiedade e depressão, não apresentando, deste modo, uma saúde geral desejável.

Assim, o que vai acontecer, como mostram os resultados do presente trabalho é que, quando a fusão cognitiva é alta nas mulheres com dificuldades de fertilidade, esta vai desencadear altos níveis de ansiedade, de sentimentos depressivos e de *stress*, o que vai pôr em causa a sua saúde geral. Quando esta fusão cognitiva se encontra controlada, não se verificam níveis tão elevados de *stress*, contribuindo para uma maior qualidade da saúde destas mulheres.

7. Implicações Práticas

Relativamente aos resultados desta investigação, os dados que sugeriram que em mulheres com dificuldades de fertilidade, as abordagens terapêuticas que fomentam a redução do *stress* de infertilidade e o aumento da flexibilidade cognitiva por meio de intervenções de desfusão cognitiva, provenientes neste caso da terapia de aceitação e compromisso, podem ser particularmente adequadas na tentativa de promover melhores condições de saúde geral e prevenir sintomatologia e patologia psicológica.

O sofrimento humano é entendido pela Terapia de Aceitação e Compromisso como uma consequência de uma inflexibilidade psicológica, promovida pela fusão cognitiva e evitamento experiencial associado (Hayes et al, 2004). O mecanismo de fusão cognitiva está associado a uma qualidade de vida mais reduzida já que o evitamento experiencial pode contribuir para o desenvolvimento de sintomatologia e patologia psicológica (Silva, 2015). De ressaltar que esta abordagem terapêutica demonstra sustentação empírica no que concerne à sua eficácia no tratamento de diversas condições físicas e/ou psicológicas, como por exemplo: perturbação de ansiedade generalizada (Orsillo, Roemer & Salters-Pedneault, 2008); depressão (Forman, Herbert, Moitra,

Yeomans & Geller, 2007); fobia social (Ossman, Wilson, Storaasli, & McNeill, 2006); perturbação obsessivo-compulsiva (Twohig et al., 2010); sujeitos com diabetes do tipo II (Gregg, Callaghan, Hayes & Glenn-Lawson, 2007), obesidade (Lillis, Hayes, Bunting & Masuda, 2009), epilepsia (Lundgren, Dahl & Hayes, 2008), cancro da mama (Páez, Luciano & Gutiérrez, 2007), dor crónica (Wetherell et al, 2011).

Assim, e perante os resultados deste estudo, o psicólogo poderá beneficiar-se dos princípios de atuação desta abordagem com o intuito de promover a flexibilidade psicológica do seu paciente através de um dos processos centrais da ACT, a desfusão cognitiva, diminuindo o impacto do *stress* de mulheres inférteis na sua saúde geral. Esta técnica auxiliará modificando o modo como o sujeito interage com a sua experiência mental, atenuando a tendência de interpretar os seus pensamentos como factos reais. Esta alteração provocará uma diminuição da força dos eventos privados sobre o comportamento (Barbosa & Murta, 2014; Gillanders et al., 2014. Haeyes et al., 2006) que tantas vezes se vê condicionado pela cognição da mulher infértil que perde o interesse em participar de eventos sociais, em especial aqueles onde se encontram crianças e mulheres grávidas, isolando-se (Delgado, 2007). Posto isto, é importante que psicólogo promova o contacto do paciente com a experiência vivida de um modo funcional e adaptativo (Haeyes et al., 2006; Ruiz et al., 2017), mostrando-lhe que apesar do seu comportamento de esquiva trazer um alívio momentâneo, impede-o de entrar em contacto com reforçadores, provedores de prazer, gerando a longo prazo sentimentos aversivos (e.g. ansiedade, tristeza), impedindo-os inclusive de receber o apoio por parte de pares, face a esta experiência (Hayes (1987).

Posto isto, os resultados deste estudo reforçam que o modo como a pessoa interage com os seus pensamentos pode explicar o seu comportamento e o desenvolvimento de psicopatologias. O psicólogo poderá assim avaliar a fusão cognitiva na fase de avaliação clínica, identificando os processos verbais que poderão estar a influenciar os sintomas do paciente e intervindo sobre esta variável aumentando as chances do seu paciente alcançar respostas mais alinhadas com os seus valores e objetivos pessoais, contribuindo para o seu bem-estar e saúde geral.

No que diz respeito à necessidade de acompanhamento psicológico de mulheres inférteis por parte dos serviços de saúde reprodutiva, Spotorno et al (2008) realça a necessidade deste tipo de atendimento, cada vez mais solicitado pelos próprios pacientes,

dada a complexidade da experiência de infertilidade e as suas múltiplas causas, não podendo ser analisada somente pelo vértice biológico, desconsiderando a sua configuração psicosexual.

O acompanhamento psicológico, ainda numa fase de diagnóstico de infertilidade, ajuda a prevenir distúrbios emocionais promovendo tomadas de decisão informadas e refletidas no que se refere às opções de tratamento. Sessões psicológicas permitem aferir a evolução do bem-estar do casal ao longo de todo o processo de tratamento e ainda quando este é bem-sucedido, nas fases de gravidez e pós-parto. Esta linha interventiva pode expandir-se a vários níveis e assumir objetivos variados, tais como facilitar a aquisição de estratégias de coping mais eficazes; diminuir o *stress* de infertilidade, assegurar a qualidade da relação conjugal; promover o estabelecimento de um vínculo afetivo com o bebé ou redução de sintomatologia psicopatológica (como é o caso do *stress* emocional) manifestada quer a nível individual, quer conjugal. (Gameiro et al., 2008).

Um estudo de Faramarzi et al. (2008), refere que a terapia cognitivo-comportamental mostrou ser mais eficaz na diminuição dos níveis de depressão de mulheres com diagnóstico de infertilidade que a própria medicação antidepressiva. Domar e Prince (2011), com base numa pesquisa desenvolvida sobre vários estudos, afirmam que intervenções com pelo menos 5 sessões de terapia de grupo resultam numa diminuição dos níveis de *stress*, depressão, e ansiedade e num aumento dos níveis de satisfação. Este tipo de resultados demonstra a importância dos profissionais de saúde mental neste público-alvo.

Independentemente do modelo teórico adotado em consulta, todas as abordagens procuram auxiliar os sujeitos inférteis a lidar com o *stress*, os seus medos e angústias bem como auxiliar a refletir sobre as decisões que tem muitas vezes de tomar, promovendo apoio e escuta ativa. Para além disso, os procedimentos médicos para potenciar a fertilidade do casal têm um caráter altamente stressante provocando muitas vezes quadros de ansiedade e depressão, aspetos emocionais na infertilidade que têm sido alvo de atenção por parte das Sociedades Europeias e Americana de Reprodução Humana, que recomendam a existência de um profissional de saúde mental nas equipas médicas. (Farinati, Rigoni & Muller, 2006)

Assim, a presença de um psicólogo nas equipas que trabalham com sujeitos inférteis é de extrema importância, pela necessidade de contemplar o fenómeno da

infertilidade como uma condição de saúde que requer um olhar integrado a partir de um trabalho interdisciplinar.

Os resultados desta investigação apresentaram contributos importantes para os conhecimentos sobre os aspetos emocionais das mulheres inférteis e consequente atuação, promovendo a reflexão sobre possíveis intervenções adaptadas a este público-alvo. Por um lado, contribuiu para solidificar o conhecimento acerca da importância do estado geral e qualidade de vida destes indivíduos, identificando a fusão cognitiva como um processo de regulação emocional com particular relevância na predição de sintomas de natureza psicológica. Ainda no âmbito da saúde geral acrescenta que o *stress* pela vivência da infertilidade constitui-se, igualmente como um preditor significativo, e a sua influência sobre a saúde geral que pode modificada através do controlo do processo de fusão cognitiva, sendo este, no nosso entender, o maior contributo deste estudo. Neste contexto, parece ser de utilidade a avaliação e abordagem terapêutica tanto do *stress* como da fusão cognitiva em intervenções psicológicas dirigidas a mulheres inférteis.

8. Conclusão

O presente estudo procurou examinar o papel do *stress* de infertilidade e da fusão cognitiva enquanto preditores de saúde geral, analisando respetivamente a associação entre *stress* de infertilidade e saúde geral de mulheres com problemática de fertilidade e de que forma a fusão cognitiva mediatiza esta associação.

Este estudo trouxe alguns dados relevantes sobre a saúde geral das mulheres com dificuldade no alcance de uma gravidez, concluindo que quando estas desenvolvem sintomas de *stress* associados à sua experiência de infertilidade o seu estado de saúde tende por consequência, a piorar, relação esta que se agrava mais caso o sujeito se encontre cognitivamente fundido com aquilo que sente e pensa acerca da sua infertilidade.

Relativamente à pertinência do estudo para a investigação, este estudo contribuiu para a identificação de fatores preditores de uma pioria do estado de saúde geral de mulheres inférteis, contribuindo para uma melhor compreensão do papel das variáveis de *stress* de infertilidade e de fusão cognitiva na saúde geral de pessoas que enfrentam dificuldades de fertilidade apontado a utilidade de inclusão destas variáveis na avaliação e intervenção psicológicas dirigidas a sujeitos com dificuldade de fertilidade, sendo que

a fusão cognitiva ainda não tinha sido estudada enquanto variável mediadora explicativa do *stress* de infertilidade nas mulheres com problemática de fertilidade, apontando-se esta como sendo a maior contribuição deste estudo uma vez que a recomendação da existência de apoio psicológico destinado a indivíduos inférteis já havia sido apontada mas com reduzida existência de estudos que denotem quais as variáveis psicológicas que estão envolvidas no processo da vivência da infertilidade.

É de ressaltar que o nosso estudo foi conduzido por meio da recolha de uma amostra de tamanho reduzido que implicou a espera de vários meses para que uma amostra de número aceitável fosse alcançada, por conta essencialmente da dificuldade de acesso a esta população. Para além disso, a amostra foi constituída apenas por indivíduos do sexo feminino podendo não assegurar assim a representatividade geral de sujeitos com dificuldades no campo da fertilidade. Deste modo, como sugestão para investigações futuras seria bastante pertinente que próximos estudos se apropriassem de amostras de dimensão mais elevada e com um maior equilíbrio entre participantes do sexo masculino e feminino.

Para além disso, mediante os resultados obtidos pelo nosso estudo, incentivamos a realização de estudos que analisem se a incorporação de intervenções de cariz cognitivo provedoras de flexibilidade psicológica, com recurso à desfusão cognitiva, contribuem para a eficácia das intervenções psicológicas em sujeitos com infertilidade, agindo de forma indireta sobre o *stress* de infertilidade manifestado frequentemente nesta população.

Concluimos notando a lacuna de estudos sobre a saúde mental materna e a reduzida qualificação de profissionais nas temáticas da psicologia perinatal, diminuindo a qualidade do atendimento psicológico destas mulheres pela carência de estudos dentro desta temática. Este carecimento de dados reforça a necessidade de elaboração de estudos dentro desta temática para que, cada vez mais, os profissionais de saúde, em especial os psicólogos, possam se atualizar sobre as particularidades da vivência emocional da infertilidade e atuar com abordagens e técnicas eficazes e promissoras na melhoria da qualidade de vida destas mulheres.

9. Referências Bibliográficas

- Akbari, M., Mohamadkhani S., & Zarghami, F. (2016). The mediating role of cognitive fusion in explaining the relationship between emotional desregulation with anxiety and depression: A Transdiagnostic Factor. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 22(1), 17-29.
- APF (1988). Manual de Planeamento Familiar para Médicos. 6ª ed., Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2014). Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(3), 34-49. doi:10.31505/rbtcc.v16i3.711
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*.
- Bayer, S. (2012). Treatment options II: Intrauterine inseminations. In *The Boston IVF Handbook of infertility*, S.R. Bayer, M.M. Alper, e A.S. Penzias, eds. (Informa Healthcare), 65–68.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kierchmeyer, P., Kehde, S., Kohn, F. M., Schroeder-Printzen, I., Gips, H., Herrero, H. J., & Weider, W. (1999). Treatment-related stresses and depressive in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrology*, 31(1), 27-35.
- Bolderston, H. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy: Cognitive fusion and personality functioning*. Tese de Doutoramento, Universidade de Southampton, Reino Unido.
- Borlot, A. M. M., & Trindade, Z. A. (2004). As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de psicologia*, 9(1), 63-70.
- Burns, L. H. (2007). Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 689-716.
- Caetano, A., & Vala, J. (2007), *Gestão de Recursos Humanos*. Lisboa: Editora R.H., Lda..
- Câmara, P., Guerra, P., & Rodrigues, J. (2010). *Novo Humanator – Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Campagne, D. (2008). El Estrés? En Qué Momento Del Tratamiento Médico De La Infertilidad Debe Tratarse?. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 197 – 204.

- Campos, D. (2006). *A procriação medicamente assistida heteróloga e o sigilo sobre o dador - ou a onnipotência do sujeito*. [em linha]. Disponível em: <https://portal.oa.pt/publicacoes/revista/ano-2006/ano-66-vol-iii-dez-2006/doutrina/diogo-leite-de-campos-a-procriacao-medicamente-assistida-heterologa-e-o-sigilo-sobre-o-dador-ou-a-onnipotencia-do-sujeito/>. Acedido a 12 de fev de 2020.
- Cedars, M. I. (2005). *Infertility: practical pathways in obstetrics & gynecology*. San Francisco: McGraw-HILL.
- Chehreh, R., Ozgoli, G., Abolmaali, K., Nasiri, M., & Mazaheri, E. (2019). Comparison of the Infertility-Related Stress Among Couples and its Relationship with Infertility Factors. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 7 (3), 313 – 318.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper and Row.
- Cunha, M., Carvalho, J., Alburquerque, R., Ludemir, A., & Novaes, M. (2008). Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social, *30*(3), 201-210.
- Delgado, M. (2007). *O Desejo de Ter um Filho...As Vivências do Casal Infértil*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa
- Demyttanaere K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem D, et al. (1998). Coping style and depression level influence outcome of in vitro fertilization. *Fertil Steril*, 69, 1026–33.
- Dinis, A., Carvalho, S., Gouveia, J. P., & Estanqueiro, C. (2015). Shame memories and depression symptoms: The role of cognitive fusion and experiential avoidance. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15(1), 63-86.
- Direção Geral da Saúde (2008). *Infertilidade: saúde reprodutiva*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Domar, A. D., & Prince, L. B. (2011). Impact of psychological interventions on IVF outcome. *Sexuality, Reproduction and Menopause Journal*, 9 (4), 26-32.
- Donkor, E., & Sandall, J. (2007). The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking fertility treatment in Southern Ghana. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1683-1694.
- Dunkel-Schetter, C., & Stanton, A.L. (1991). Psychological adjustment to infertility. Future directions in research and application. In A.L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility. Perspectives From Stress and Coping Research* (pp. 197-222). New York: Plenum Press.

- Fachinetti, F., Volpe, A., Matteo, M.L., Genazzani, A. R., & Artini G, P. (1997) Increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. *Fertil Steril*, 67, 309– 14.
- Faramarzi, M., Alipor, A., Esmaelzadeh, S., Kheirkhah, F., Poladi, K., Pash, H. (2008). Treatment of depression and anxiety in infertility woman: Cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *Journal of Affective Disorders*. 108, 159-164. doi: 10.1016/j.jad.2007.09.002
- Farinati, D., Rigoni, M., & Müller, M. (2006). Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 23 (4), 433 – 439.
- Félis, A., & Almeida, R. (2016). Perspetiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. *Reprodução & Climatério*, 31(2), 105–111.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Frasquilho, M. A., Guerreiro, D. (2009). *Stress, Depressão e Suicídio*. Lisboa. Coisas de Ler Edições.
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2007). Initial psychometric properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, 38(3), 234-246.
- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies*, 20(4), 224–228.
- Galhardo, A., Gouveia, J. & Cunha, M. (2012). Escala de Preocupações durante a Procriação Medicamente Assistida: Estudo exploratório das características psicométricas da versão portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 10(1), 19-33.
- Gameiro, S., Silva, S. & Canavarro, M. (2008). A experiência masculina de infertilidade e de reprodução medicamente assistida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (2), 253-270.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L. & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. doi:10.1016/j.beth.2013.09.001
- Gillanders, D. T., Sinclair, A. K., MacLean, M. & Jardine, K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and

- quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 300-311. doi: 10.1016/j.jcbs.2015.07.003
- Golombok, S. (1992). Psychological functioning in infertility patients. *Human Reproduction*, 7(2), 208-212.
- Gomes, R., Cruz, J. & Melo, B. (2004). Stress e Burnout nos profissionais de Psicologia. *Teoria, Investigação e Prática*, 9 (2), 57-71.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C. & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes selfmanagement through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336-343.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of literature. *Social Science Medical*, 45(11), 1679- 1704.
- Haeyns, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Halder, S. & Mahato, A. (2013). Stress and psychological well being status among health care professionals. *International Journal of Occupational Safety and Health*, 3 (1), 32 – 35.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In: N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). (A. C. B. Barcellos, & V. B. Haydu, Trad.). New York, NY: Guilford.
- Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.). (2004) *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hargrove, M.B., Nelson, D. L., & Cooper, C. (2013). Generating eustress by challenging employees: Helping people to savor their work. *Organizational Dynamics*, 42(1), 61-69.
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: Na Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. California: New Harbinger Publications, Inc.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Herz, E. (1989). Infertility and bioethical issues of the new reproductive technologies. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(1), 117-131.

- Imeson, M., & McMurray, A. (1996). Couples experiences of infertility: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1014–1022.
- Inhorn, M. C. (2003). Global infertility and the globalization of new reproductive technologies. *Social Science & Medicine*, 56, 1837–1851.
- Kentenich, H. (1989). Psychological guidance of IVF patients. *Human Reproduction*, 4, 12-22.
- Kimani, V. & Olenja, J. (2001). Infertility: Cultural dimensions and impact on women in selected communities in Kenya. *The African Anthropologist*, 8(2), 200–214.
- Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L. & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, 76 (4), 675-687.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leal, I., Monteiro, S., Pereira, A. & Ribeiro, J. (2012). Psicologia da Saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crônicas. *Lisboa: Placebo, Editora LDA*. Universidade de Aveiro.
- Leiblum, S. R. (1997). Love, sex, and infertility: the impact of infertility on couples. Em S. R. Leiblum (Org.), *Infertility: psychological issues and counseling strategies* (pp. 149-166). New York: John Wiley & Sons.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K. & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: *A preliminary test of a theoretical model*. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 58-69.
- Lipp, M. E. N. (2005). *Stress e o turbilhão da raiva*. Campinas: Casa do Psicólogo.
- Lok, I. H., Lee, D. T., Cheung, W. S., Lo, W. K., & Haines, C. J. (2002). Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and impact of treatment failure. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 53(4), 195-199.
- Lundgren, T., Dahl, J. & Hayes, S. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavior Medicine*, 31, 225- 235. doi: 10.1007/s10865-008-9151-x
- Marchi, S. & Toledo, C. (2014). A indução da ovulação na Fertilização in vitro: uma revisão farmacológica. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, 9 (1), 99-106.

- Martin, R.H (2008) Cytogenetic determinants of male fertility. *Human Reproduction Update, Oxford, 14*(4), 379-390.
- Melamed, R. M. M. (2006). Infertilidade: sentimentos que decorrem. Em: R. M. M. Melamed & J. Quayle (Orgs.), *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras* (71-90). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Menning, B. E. (1980). (Ed.). Psychological issues in infertility.
- Merwin, R. M., Timko, C. A., Moskovich, A. A., Ingle, K. K., Bulik, C. M., & Zucker, N. L. (2011). Psychological inflexibility and symptom expression in anorexia nervosa. *Eating Disorders, 19*(1), 62–82.
- Miall, C. E. (1985). Perceptions of informal sanctioning and the stigma of involuntary childlessness. *Deviant Behavior, 6*, 383–403.
- Moreira, S., Melo, C., Tomaz, G. & Azevedo, G. (2006). Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, 28*(6), 358–364.
- Nachtigall, R. D., Becker, G. & Wonzy, M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men and women's response to infertility. *Fertility and Sterility, 57*(1), 113–121.
- Neff, D. L. (1994). The social construct of infertility: The case of the matrilineal Nayars in South India. *Social Science & Medicine, 39*(4), 475–485.
- Newton, R. S. et al. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility- related stress. *Fertility and Sterility, 72*(1).
- Orsillo, S. M., Roemer, L., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 1083-1089.
- Orsillo, S.M., Roemer, L., & Holowka, D.W. (2005). Acceptance based behavioral therapies for anxiety: using acceptance and mindfulness to enhance traditional Cognitive-behavioral approaches. In Orsillo, S.M. & Roemer, L. (Eds), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment*. Ed. Springer.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D. & McNeill, J. W. (2006). A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 6*, 397-416.

- Páez, M. B., Luciano, C., & Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4, 75-95.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H. & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443- 2449. doi: 10.1093/humrep/del145
- Pinto, H. G. (1998). Infertilidade: aspectos psicológicos, emocionais e sociais. In Cardoso, R. M., A Outra Metade da Medicina. Lisboa: Climepsi editores, pp. 95-111.
- Raposo, V. (2007). Em nome do pai (... da mãe, dos dois pais, e das duas mães). *Lex Medicinæ - Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, 4 (7), 38.
- Remoaldo, P. et al (2004). *A infertilidade no concelho de Guimarães – Contributos para o bem-estar familiar*. Guimarães: Universidade do Minho.
- Ribeiro, P. & Antunes, S (2003). Contribuição para o estudo de adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 Itens: General Health Questionnaire - GHQ28. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5 (1), 37-45.
- Rooney, L. K & Domar, D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 29(1).
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernandez, D., & Gillanders, D. (2017). Psychometric Properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49, 80-87. doi:10.1016/ j.rlp.2016.09.006
- Sabatelli, R. M., Meth, R. L., & Gavazzi, S. M. (1988). Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness. *Family Relations*, 37(3), 338-343.
- Sadir, M. Bignotto, M. & Lipp, M (2010). Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia*, 20 (45), 73-81.
- Samadifard, H. & Narimani, M. (2017). The Role of Cognitive Belief, Fusion and Distortion in Predicting the General Health of Couples. *Journal of Community Health Research*, 6(3), 132-140.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, M. G. Mindfulness-Based Cognitive Behavior Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status (2004). In: Hayes, S. C, Follette, V. M, Linehan, M.M (Ed). *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra.

- Shmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction- What are the research priorities. *Journal: Human Fertility*, 12, 14-20.
- Silva, B. (2015). Fusão cognitiva com impulso alimentar: análise das propriedades psicométricas de uma nova medida e o seu impacto no comportamento alimentar. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30996/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1rbara%20Leite%20Silva.pdf>
- Simões, M. (2010). *Infertilidade: prevalência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Speroff, L., Glass, R., Kase, N. (1999). *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Portland: Book News, Inc.
- Spotorno, P. (2005) Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- Spotorno, P., Silva, I. & Lopes, R. (2008). Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. *Aletheia*, 28, 104-118.
- Trindade, I. A., Ferreira, C. & Pinto-Gouveia, J. (2017). Shame and emotion regulation in inflammatory bowel disease: Effects on psychosocial functioning. *Journal of Health Psychology. Advance Online Publication*. doi: 10.1177/1359105317718925
- Trindade, Z. & Enumo, S. (2001). Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 5-26.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H. & Woidneck, M. R. (2010) A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy vs. progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 705- 716.
- Ulrich, M., & Weatherall, A. (2000). Motherhood and infertility: viewing motherhood through the lens of infertility. *Feminism & Psychology*, 10(3), 323-336.
- Unisa, S. (1999). Childlessness in Andhra Pradesh, India: Treatment-seeking and consequences. *Reproductive Health Matters*, 7(13), 54–64.
- Wentz, A. (1990). Infertilidade. In: JONES III, H.; Wentz, A.; Burnett, L. Novak: Tratado de Ginecologia. 11ªed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara, pp. 192-219.
- Wetherell J. L., Afari N., Rutledge T., Sorrell J. T., Stoddard J. A., Petkus A.J., Solomon B.C., Lehman D.H., Liu L., Lang A.J. & Hampton A. J. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098-2107.

Whiteford, L. & Gonzalez, L. (1995). Stigma: The hidden burden of infertility. *Social Science & Medicine*, 40(1), 27-36. doi:10.1016/0277-9536(94)00124-C.

WHO (World Health Organization). Progress Report in Reproductive Health Research, v. 23. Geneva, Switzerland: WHO, 2003.

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

ANEXOS

ANEXO A

Inventário de Problemas de Fertilidade

Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF)

- Martins et al., 2018

As seguintes afirmações expressam diferentes opiniões acerca de dificuldades de fertilidade. Qual a sua? Assinale, tendo em conta a seguinte escala:

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo

3 = Discordo mais ou menos

4 = Nem concordo nem discordo

5 = Concordo mais ou menos

6 = Concordo

7 = Concordo totalmente

1. Os casais sem filhos são tão felizes como aqueles que têm filhos.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

2. A gravidez e o parto são os dois acontecimentos mais importantes na relação de um casal.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

3. Sinto que deixei de ter prazer na relação sexual devido ao problema de fertilidade.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

4. Sinto que sou tão atraente para o meu companheiro como antes.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

5. Para mim, ser mãe é um objetivo mais importante do que ter uma carreira gratificante.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

6. O meu casamento/relação precisa de um filho (ou outro).

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

7. Não me sinto diferente das outras mulheres.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

8. É difícil alguém sentir-se uma verdadeira mulher até ter um filho.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

9. Não me incomodo quando me fazem perguntas acerca de filhos.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

10. Um futuro sem filhos (ou outro filho) é algo que me assustaria.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

11. Não posso mostrar ao meu companheiro como me sinto porque ele iria sentir-se incomodado.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

12. As pessoas da família parecem tratar-nos de forma diferente.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

13. Sinto que falhei em termos sexuais

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

14. As férias e épocas festivas são uma altura especialmente difícil para mim.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

15. Conseguiria ver uma série de vantagens se não tivéssemos um filho (ou outro).

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

16. O meu companheiro não compreende o modo como o problema de fertilidade me afeta.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

17. Durante a relação sexual só consigo pensar em querer um filho (ou outro).

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

18. Eu e o meu companheiro lidamos bem com o tratar em conjunto das questões relacionadas com a nossa infertilidade.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

19. Sinto-me vazia/incompleta por causa do nosso problema de fertilidade

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

20. Conseguiria visualizar uma vida conjunta feliz sem filhos (ou sem outro).

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

21. Incomoda-me que a reação do meu companheiro ao problema seja diferente da minha.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

22. Ter relações sexuais é difícil porque não quero ter mais uma decepção.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

23. Ter um filho (ou outro) não é o foco principal da minha vida.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

24. O meu companheiro está bastante desiludido comigo.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

25. Às vezes penso seriamente se quero ter um filho.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

26. Eu e o meu companheiro poderíamos falar mais abertamente um com o outro acerca do nosso problema de fertilidade.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

27. As reuniões de família são especialmente difíceis para mim.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

28. Não ter um filho (ou outro) permitir-me-ia ter tempo para fazer outras coisas gratificantes.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

29. Tenho sentido frequentemente que nasci para ser mãe.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

30. Não consigo evitar comparar-me com amigas que têm filhos.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

31. Ter um filho (ou outro) não é necessário à minha felicidade.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

32. Posso ficar bastante zangada se não tivermos relações sexuais num dia fértil.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

33. Não imagino que alguma vez nos separássemos por causa disto.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

34. Sempre quis ser mãe.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

35. Continuo a ter muito em comum com as amigas que têm filhos.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

36. Quando tentamos ter uma conversa acerca do nosso problema de fertilidade, muitas vezes acaba em discussão.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

37. Às vezes sinto tanta pressão psicológica que ter relações sexuais se torna difícil.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

38. Conseguiríamos ter uma relação longa e feliz sem um filho (ou outro).

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

39. É difícil para mim estar com amigos que têm filhos pequenos.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

40. Quando vejo famílias com crianças sinto-me excluída.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

41. Existe uma certa liberdade em não ter filhos que me atraí.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

42. Farei praticamente tudo o que for preciso para ter um filho (ou outro).

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

43. Sinto que os nossos amigos ou família nos estão a deixar para trás.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

44. Não me incomodo quando os outros estão a falar sobre os filhos deles.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

45. Fico preocupada por eu e o meu companheiro nos estarmos a afastar por causa da infertilidade.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

46. Quando conversamos sobre os nossos problemas de fertilidade, acho que o meu companheiro se sente apoiado pelos meus comentários.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

ANEXO B

Questionário de Saúde Geral

Questionário de Saúde Geral (QSG-28)

- Ribeiro & Antunes, 2003

Instruções: Leia atentamente estas perguntas. Gostaríamos de saber como se tme sentido de saúde durante as últimas semanas. Responda a todas as perguntas. Assinale com uma cruz a resposta que escolher. Queremos saber os problemas recentes e atuais, não aqueles do passado.

Ultimamente...

1. Tem-se se sentido perfeitamente de saúde?

- Melhor que o costume
- O mesmo que o costume
- Pior do que o costume
- Muito pior que o costume

2. Tem sentido que precisava de um tónico ou umas vitaminas?

- De modo nenhum
- Pouco
- Bastante
- Muito

3. Tem-se sentido muito cansada e sem forças para nada?

- De modo nenhum
- Pouco
- Bastante
- Muito

4. Tem-se sentido doente

- De modo nenhum
- Pouco
- Bastante

Muito

5. Tem tido dores de cabeça?

De modo nenhum

Pouco

Bastante

Muito

6. Tem sentido uma sensação de pressão na cabeça ou que a cabeça ia explodir?

De modo nenhum

Pouco

Bastante

Muito

7. Tem tido afrontamentos ou calafrios?

De modo nenhum

Pouco

Bastante

Muito

8. Tem perdido o sono devido às preocupações?

De modo nenhum

Pouco

Bastante

Muito

9. Depois de adormecer acorda várias vezes?

De modo nenhum

Pouco

Bastante

Muito

10. Tem-se sentido sobrecarregada e sob tensão?

De modo nenhum

- Pouco
- Bastante
- Muito

11. Tem-se sentido irritável e de mau humor?

- De modo nenhum
- Pouco
- Bastante
- Muito

12. Tem-se sentido assustada ou tem entrado em pânico sem razão?

- De modo nenhum
- Pouco
- Bastante
- Muito

13. Tem tido a sensação de que lhe caía tudo em cima?

- De modo nenhum
- Pouco
- Bastante
- Muito

14. Tem-se sentido constantemente nervosa e “prestes a explodir”?

- De modo nenhum
- Pouco
- Bastante
- Muito

15. Tem conseguido manter-se ativa e ocupada?

- Mais ativa que o costume
- Igual ao costume
- Menos que o costume
- Muito menos que o costume

16. Tem levado mais tempo a fazer as coisas?

- De modo nenhum
- Pouco
- Bastante
- Muito

17. Acha que, de um modo geral, tem feito bem as coisas?

- Melhor que o costume
- Aproximadamente o mesmo que costume
- Pior que o costume
- Muito pior que o costume

18. Tem-se sentido satisfeita com a forma como tem feito as coisas?

- Mais satisfeita que o costume
- Mais ou menos igual ao costume
- Menos satisfeita que o costume
- Muito menos satisfeito que o costume

19. Sentiu que estava a ter um papel útil na vida?

- Mais vezes que o costume
- Igual ao costume
- Menos útil que o costume
- Muito menos útil que o costume

20. Sentiu-se capaz de tomar decisões?

- Mais que o costume
- Igual ao costume
- Menos que o costume
- Muito menos que o costume

21. Foi capaz de aproveitar as coisas normais do dia-a-dia?

- Mais que o costume
- Igual ao costume

- Menos que o costume
- Muito menos que o costume

22. Pensou que era uma pessoa sem valor?

- De modo nenhum
- Pouco
- Bastante
- Muito

23. Tem vivido a vida sem nenhuma esperança?

- De modo nenhum
- Pouco
- Bastante
- Muito

24. Sentiu que a vida já não vale a pena?

- De modo nenhum
- Pouco
- Bastante
- Muito

25. Pensou na hipótese de vir a acabar consigo?

- Nunca
- Acho que não
- Já me passou pela cabeça
- Sim, sem dúvida

26. Às vezes não consegue fazer nada por causa dos nervos?

- De modo nenhum
- Pouco
- Bastante
- Muito

27. Tem dado consigo a desejar estar morta e longe de tudo?

- De modo nenhum
- Pouco
- Bastante
- Muito

28. Tem notado que a ideia de acabar com a sua vida está sempre a vir-lhe à cabeça?

- Nunca
- Acho que não
- Já me passou pela cabeça
- Sim, sem dúvida

ANEXO C

Questionário de Fusão Cognitiva

Questionário de Fusão Cognitiva (QFC)

- Trindade et al., 2018

Instruções: Em baixo, encontrará uma lista de afirmações. Por favor, classifique o quanto é verdadeira para si cada afirmação, selecionando para esse efeito um dos números que se encontra abaixo de cada frase. Responda, por favor, a cada frase, usando a seguinte escala:

- Nunca verdadeiro: 1
- Muito raramente verdadeiro: 2
- Raramente verdadeiro: 3
- Às vezes verdadeiro: 4
- Frequentemente verdadeiro: 5
- Quase sempre verdadeiro: 6
- Sempre verdadeiro: 7

1. Os meus pensamentos em relação à minha doença perturbam-me ou causam-me sofrimento emocional.

1 2 3 4 5 6 7

2. Fico tão enredada (“presa”) nos meus pensamentos em relação à minha doença que me torno incapaz de fazer as coisas que eu mais quero fazer.

1 2 3 4 5 6 7

3. Analiso em excesso as situações associadas com a minha doença, até ao ponto em que isso já não é útil para mim (por exemplo, conversas com os meus amigos, situações académicas ou no trabalho).

1 2 3 4 5 6 7

4. Vivo numa luta com os meus pensamentos acerca da minha doença e/ou sintomas.

1 2 3 4 5 6 7

5. Fico chateada comigo mesma por ter certos pensamentos em relação à minha doença.

1 2 3 4 5 6 7

6. Tendo a deixar-me enredar (“prender”) pelos meus pensamentos sobre a minha doença e/ou sintomas.

1 2 3 4 5 6 7

7. Sinto muita dificuldade em “largar” os meus pensamentos perturbadores, relacionados com a minha doença, mesmo quando sei que seria mais vantajoso fazê-lo.

1 2 3 4 5 6 7