

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

***O STRESS DAS MULHERES COM PROBLEMAS DE FERTILIDADE E A SUA
ADESÃO AO SEXISMO AMBIVALENTE***

Inês Patrícia Hilário Campos dos Santos

Dissertação de Mestrado para Obtenção de grau de Mestre

em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho elaborado sob a orientação do Doutor Jean-Christophe Giger

2013

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

***O STRESS DAS MULHERES COM PROBLEMAS DE FERTILIDADE E A SUA
ADESÃO AO SEXISMO AMBIVALENTE***

Inês Patrícia Hilário Campos dos Santos

Dissertação de Mestrado para Obtenção de grau de Mestre

em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho elaborado sob a orientação do Doutor Jean-Christophe Giger

2013

**O *Stress* das Mulheres com Problemas de Fertilidade e a sua adesão ao Sexismo
Ambivalente**

Declaração de autoria de trabalho

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

Assinatura

Inês Santos

Copyright

A Universidade do Algarve, tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja alvo de dado crédito ao autor e editor.

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação de Mestrado não poderia ter sido concretizada sem o auxílio e apoio de algumas pessoas em particular.

Pretendo agradecer ao meu Orientador da Dissertação, Dr. Jean-Christophe Giger, que me apoiou e ajudou, deu coragem e incentivo para efetuar este tema em questão e se disponibilizou.

À Associação Portuguesa de Fertilidade que foi espetacular, aceitando a divulgação do meu questionário e se esforçaram para que esta dissertação se concretizasse.

A todas as participantes do estudo em questão, um especial agradecimento.

À Ana Ventura, colega e amiga, que me auxiliou imenso no desenvolvimento da dissertação.

Às minhas colegas e amigas de Universidade, Daniela Santos, Melanie Pinheiro, Micaela Gonçalves e Letícia Valério, que estiveram sempre presentes ao longo do desenvolvimento da minha dissertação, em todos os momentos.

Obrigada a todos vocês, sem todo este apoio seria difícil alcançar este grande objetivo.

Por fim, queria agradecer à DGES que me proporcionou apoio financeiro, fornecendo mensalmente esse mesmo apoio.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Amália Hilário e Laurentino Santos, que se não fossem eles não teria chegado onde cheguei, que fizeram de mim o que sou hoje, que estiveram presentes e auxiliaram no que podiam, sempre com muito amor.

À minha irmã, Vera Santos, cunhado, Cláudio Paiva e sobrinha, Matilde Paiva, pelo carinho que tiveram por mim e por todo o apoio.

Ao meu namorado, Cláudio Santos, por todo o amor e carinho que teve no decorrer desta fase, pelo incentivo e apoio, pela dedicação que teve permanentemente e pela paciência, obrigada!

Aos meus avós Maria Tristão, Maria Campos e José Santos, que estiveram sempre comigo. E em especial ao meu avô Manuel Hilário, que já não permanece entre nós, mas sempre me incentivou para tirar o Curso e não desistir, a ele, um enorme obrigada.

A toda a minha família, tio, Vitor Santos; primos, Afonso Guerreiro, Catarina Guerreiro, Cesaltina Labisa, Isa Hilário, Joana Santos, Liliana Santos, Marta Santos e Roberto Clemente.

À Cristina Santos, Gil Santos, João Santos, Marcelino Santos, Telma Jorge e Afonso Santos, por todo o carinho.

Às minhas amigas de infância que tiveram um papel crucial, ajudando no que possível ao longo de todo este tempo, Ana Caldeira, Carla Guerreiro, Cátia David, Gabriela Pacheco, Marta Fernandes e Renata Reis.

Aos meus amigos Dália Faísca, Daniela Seromenho, Luís Campos, Rita Viana, Mariana Borges, Neuza Fernandes, Tiago Viana, Vanessa Jesus e Wilson Fidalgo, pela amizade.

Às minhas colegas de trabalho e amigas, Alexandra Antunes, Ana Quintela, Carina Antunes, Diana Duarte, Elsa Barradas, Marta, Soraia Guerreiro, que se disponibilizaram em termos de horários e apoios para que concretizasse este projeto.

Obrigada por fazerem parte da minha vida!

RESUMO

A infertilidade num casal prejudica a vida de ambos quer em termos pessoais como relacionais do próprio casal, o que provoca um grande sofrimento psíquico.

Os principais objetivos deste estudo foram analisar o *stress* das mulheres com problemas de fertilidade associado à baixa auto-estima sexual e a outros indicadores do bem-estar; e perceber se existe uma relação entre a adesão ao sexismo ambivalente, principalmente entre o sexismo benevolente e o *stress* deste grupo de mulheres.

Para que esta investigação fosse possível, foram recolhidos 64 questionários de mulheres que passaram pela problemática de infertilidade, em que 44 mulheres com problemas de fertilidade presentemente e 20 mulheres que tiveram problemas de fertilidade. O questionário foi disponibilizado em formato *online* na página da Associação Portuguesa de Fertilidade, neste constava uma *Escala de Emoções*; a *Escala de Satisfação com a Vida – Life Satisfaction*; “*The Global Measure of Sexual Satisfaction, GMSEX*”; *Escala de Auto-Estima de Rosenberg*; *SSEI – Short Form*; *Inventário de Problemas associados à Fertilidade (IPF)*; e o *ISA – Inventário de Sexismo Ambivalente*.

Pode-se salientar que com os diferentes resultados obtidos se verificou que o *stress* das mulheres com problemas de fertilidade está realmente associado à baixa auto-estima sexual e existe uma relação entre a adesão do sexismo benevolente e o *stress* do presente grupo.

Os resultados obtidos foram discutidos de acordo com um quadro concetual que sugere que o *stress* influencia as mulheres que vivenciam esta problemática.

Palavras-chave: mulheres inférteis; *stress*; bem-estar global; sexismo ambivalente; auto-estima; satisfação.

ABSTRACT

Infertility in couples undermines both their lives (personal and relational), causing a psychological distress.

The main target of this study was to analyze the stress of women with fertility problems, associated to sexual low self-esteem and other indicators of well-being, and understand if there is a connection between adherence to ambivalent sexism, mainly between benevolent sexism and stress of this group of women.

To accomplish this research, 64 questionnaires, divided in two groups: women that actually have fertility problems (n = 44) and women who had fertility problems in the past (n = 20). The questionnaire was available online on the Portuguese Fertility Association website, including Emotions Scale; Satisfaction with Life Scale - Life Satisfaction, "The Global Measure of Sexual Satisfaction, GMSEX"; Rosenberg Self-Esteem Scale; SSEI - Short Form; Inventory Problems associated with fertility (IPF), and ISA - Ambivalent Sexism Inventory.

According with the results, stressed women with fertility problems are actually associated to sexual low self-esteem and there is a connection between adherence of benevolent sexism and stress of this group.

The results were discussed according to a conceptual board that suggests the stress affects women who experience this problem.

Keywords: infertile women, stress, global welfare; ambivalent sexism, self-esteem, satisfaction.

ÍNDICE

1) INTRODUÇÃO	1
1.1) Definição de Infertilidade.....	1
1.2) Consequências da Infertilidade	1
1.3) Infertilidade e Papéis de Género	7
1.4) Hipóteses	9
2) MÉTODO.....	11
2.1) Participantes e Procedimento	11
2.2) Instrumentos.....	12
RESULTADOS.....	14
3.1) Análise de Estatística Descritiva da Satisfação Pessoal e Sexual, Sexismo Ambivalente, Auto-Estima Global e Sexual, Religião, Stress e Emoções.....	14
3.2) Análises Correlacionais	15
3.3) O Stress ligado à Infertilidade como Preditor da Competência e Experiência, da Atratividade, do Controlo, da Adaptação, da Moralidade, da Satisfação Pessoal e da Satisfação Sexual.....	20
3.3) O Sexismo Ambivalente como Preditor do Stress Geral ligado à Infertilidade e das suas dimensões (Preocupações Sociais, Preocupações Sexuais, Problemas na Relação, Rejeição da Vida sem Criança e Necessidade Parental).....	24
4) DISCUSSÃO.....	29
4.1) Stress das Mulheres com Problemas de Fertilidade associado à Baixa Auto-Estima Sexual e a Outros Indicadores do Bem-Estar	29
4.2) Relação entre a Adesão ao Sexismo Ambivalente, nomeadamente o Sexismo Benevolente e o Stress	31
4.3) Considerações Finais	32
5) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS.....	38

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Características psicométricas das escalas.....	14
Tabela 2: Inter-correlações entre as escalas.....	18
Tabela 3: Regressões da competência e experiência, da atratividade, do controlo, da adaptação, da moralidade, da satisfação com a vida e da satisfação sexual.....	20
Tabela 4: Regressões das preocupações sociais, preocupações sexuais, problemas na relação, rejeição da vida sem criança e necessidade de parentalidade.....	25

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A) Solicitação de Autorização para Aplicação de Questionários a Indivíduos com Problemas de Fertilidade

Anexo B) Questionário

“Ainda são muitos os casais que sofrem a pressão da sociedade para que a sua relação dê frutos.” (Lourenço, 2012).

1) INTRODUÇÃO

A fertilidade da mulher pode ser entendida como fascinante, e persiste devido ao seu poder para complementar a vida das mesmas. Na maioria das vezes, a maternidade é considerada como uma fonte de realização e idealização (Johnston & Swanson, 2006; Matlin, 2000; McMahon, 1995; Tardy, 2000), sendo também considerada como um percurso de vida normativo (Duarte, 2009).

1.1) *Definição de Infertilidade*

A infertilidade surge assim como uma irregularidade na vida dos casais e das suas famílias. Além de ser imprevista, aparece como um obstáculo à parentalidade, originando uma constante preocupação e medo (Ramos, 2011; Carvalho, 2004). De acordo com critérios clínicos, a infertilidade consiste na incapacidade momentânea ou persistente, de gerar uma criança, após doze meses de relações sexuais regulares sem uso de qualquer concepção, ou incapacidade de levar a cabo uma gravidez que origine um ser vivo (Becker, 2000; Daniluk, 2001; Peterson, Newton, & Rosen, 2003; Ramos, 2011; Remoaldo, *et al.*, 2004; Farinati, Rigoni, & Muller, 2006).

1.2) *Consequências da Infertilidade*

Há algum tempo a infertilidade era associada apenas ao sexo feminino. Nos dias que correm, verifica-se que a percentagem de infertilidade é idêntica quer no homem, quer na mulher (Remoaldo, *et al.*, 2004). Segundo Remoaldo, Machado, e Reis (2005), a mulher tem uma maior capacidade para acarretar com este problema, do que o homem, então ela possui esta responsabilidade desde longas gerações.

A fim de combater o problema que é a infertilidade, muitas das vezes, estas pessoas recorrem aos mais variados tratamentos. No entanto, esses tratamentos aos olhos da igreja não são muito bem vistos, uma vez que, na Igreja Católica a concepção de vida é um dom que cabe a Deus. A Igreja defende que não deve existir concepção sem sexualidade, o que vem contrariar o uso de métodos para enfrentar a problemática da infertilidade (Conceição, 2000).

Num estudo de Greil, McQuillan, Benjamins, Johnson e Heinz (2010), com uma amostra de 2183 mulheres inférteis, pretendeu-se investigar se existia relação entre a religião e a fertilidade relacionada com a procura de ajuda. E verificou-se que a religiosidade está associada a uma maior crença na importância da maternidade que por sua vez está associado ao aumento da probabilidade de procura de ajuda.

Ainda que a religião não seja seguida por todas as pessoas esta pode ter alguma influência nas decisões das pessoas no que diz respeito a esta problemática. Assim, o problema da infertilidade não afeta uma só pessoa, mas sim, o casal e de tal forma que, poderão surgir reações de zanga, raiva, perda de controlo e culpa (Andrews, Abbey, & Halman, 1991; Greil, 1997; Himmel *et al.*, 1997; Farinati, Rigoni, & Muller, 2006), vergonha e isolamento social (Daniluk, 1997; Schaffer & Diamond, 1993, citados por Gomes, 2009), inveja de quem pode ter filhos (Butler & Koraleski, 1990; Schaffer & Diamond, 1993, citados por Gomes, 2009), sintomas depressivos (Watkins & Baldo, 2004; Farinati, Rigoni, & Muller, 2006), náuseas, palpitações, dores de estômago e cansaço (Atwood & Dobkin, 1992; Butler & Koraleski, 1990; Klempner, 1992), e pensam que as suas relações sexuais são programadas apenas com um fim: conceber uma criança (Cooper-Hilbert, 2001, citado por Gomes, 2009; Daniluk, 2001). Estas reações são a tradução de problemas a nível intra-psíquico e psicossocial, pelo poderão ocorrer sintomas como a depressão, baixa auto-estima, desrealização, despersonalização, paranoia, reações ansiosas e psicossomáticas, negação, reações fóbicas ou obsessivas (Leff, 1992 citado por Faria, 2001).

De acordo com o modelo biopsicossocial da infertilidade, as reações aos problemas de infertilidade são caracterizados por determinantes contextuais estabelecidos pela interação entre as relações interpessoais, parâmetros fisiológicos, fatores de risco e de proteção, expectativas culturais e individuais e estratégias de *coping* (Sexton, Byrd & Kluge, 2010). As diferenças individuais do stresse sugerem que vários processos psicológicos medeiam ou moderam a relação entre os fatores stressantes e a reação psicológica às doenças crónicas (Lazarus & Folkman, 1984).

A incapacidade de gerar filhos é vivida como uma situação de bastante *stress* por indivíduos e casais em todo o mundo. As consequências da infertilidade são muitas e podem incluir repercussões sociais e sofrimento pessoal (Cousineau & Domar, 2007). Segundo Greil (1997), o stresse associado à infertilidade está relacionado com o aumento das taxas de depressão e ansiedade.

A culpa, que faz parte de um conjunto de emoções auto-conscientes que surgem através da auto-reflexão e da auto-avaliação do indivíduo, é uma emoção negativa significativa para o indivíduo, que ocorre em resposta a fracassos ou transgressões e cumpre uma função relevante a nível individual e relacional, sendo que esta auto-avaliação pode ser consciente ou inconsciente e a pessoa é sempre o objeto dessa emoção (Tangney, 2002).

Trabalhos empíricos abordam e comprovam o significado da culpa nestes casos, referindo Melamed & Quayle (2006) no seu trabalho que num estudo desenvolvido com pacientes com problemas de fertilidade verificou-se que após esse mesmo diagnóstico surgiam sentimentos de culpa e vergonha.

A mulher propende a sentir-se culpabilizada pela infertilidade no casal, apesar de não saber de onde surge o problema ou mesmo quando o homem é que é considerado infértil (Tennen et al., 1991). Existem inclusive vários estudos que comprovam que a mulher se sente culpada pela infertilidade do homem, e até se propõe a tratamentos para que proteja a auto-estima do homem (Cudmore, 2005; Daniluk, 1997; Schaffer & Diamond, 1993, citado por Gomes, 2009).

Logo após o que foi analisado anteriormente, a mulher é vista como a principal culpada na problemática da infertilidade (Forrest & Gilbert, 1992; Gibson & Myers, 2002; Greil, 1997; Robinson & Steward, 1996).

Quando se efetuam os diversos tratamentos existentes para a infertilidade e pouco há a fazer, as mulheres ficam ressentidas e envergonhadas, apesar de saberem que fizeram tudo o que podiam para serem mães (Conceição, 2000). Segundo Vandelac (s.d., citado por Roegiers, 1994) a mulher sente-se envergonhada, porque a “...esterilidade é mais um fenómeno socialmente construído, do que propriamente um factor de nascença ou uma fatalidade individual” (pp.47).

O conceito de auto-estima surge assim, associado à infertilidade, mulheres com problemas de fertilidade têm por norma uma baixa auto-estima (Trindade, 1998; Trindade & Enumo, 2002). De acordo com Doron e Parot (2001), a auto-estima, de um modo geral, consiste num envolvimento do valor que um indivíduo atribui aos vários elementos do conceito que tem de si próprio. Esta pode justificar-se com vários fatores, tais como sentimentos de inferioridade, culpa, solidão, tristeza e pressão social (Trindade, 1998).

Num estudo de Souza e Ferreira (2005), com uma amostra de 310 mulheres com idades compreendidas entre os 30 e os 69 anos, em que existiam dois grupos um de mães e outro de não-mães, com a utilização da Escala de Rosenberg (1965) e a Escala de Auto-estima Coletiva de Luthnen e Crocker (1992), conseguiu-se perceber que em média as mães possuem 2% mais de auto-estima pessoal e coletiva do que as não-mães.

Já Montagnini, Novo, Freitas e Cedenho (2009), analisaram os estados emocionais de 20 casais submetidos à fertilização *in vitro*, e verificaram que as mulheres apresentavam uma auto-estima mais baixa do que os homens, e quem apresentavam sintomas psicoemocionais não engravidava.

Tendo em conta as consequências psicológicas que estes indivíduos possam adquirir, estas vão afetar a satisfação pessoal, sexual e outras áreas de suas vidas (Melamed & Quayle, 2006). Desta forma, faz todo o sentido verificar de que forma a satisfação pessoal dos sujeitos e esta problemática se relacionam.

A satisfação pessoal para com a vida é vista como um dos fundamentais indicadores de bem-estar subjetivo, sendo analisada como uma medida geral de áreas essenciais da vida, tais como o trabalho ou a família (Oliveira, Costa, & Rodrigues, 2008). O conceito de satisfação com a vida enaltece a percepção do sujeito para com a mesma (Brock & Weyer, 1972, citado por Ruiz, Monteiro, Corrente, & Netto, 2007), assinalando a intervenção da condição de saúde, do nível de atividade física na satisfação com a vida e da ocorrência da morbimortalidade (Westlie, Umen, Nestrud, & Kjelistrand, 1984; Koivumaa-honkanen et al., 2000) e também da influência de fatores socioeconómicos (Fisher, 1995); e a satisfação conjugal, em que este conceito refere-se a um sentimento subjetivo de felicidade e satisfação que é experienciado por um indivíduo quando avalia a sua relação de intimidade (Belsky, 1990; Hendrick & Hendrick, 1997; Huston & Vangelisti, 1991).

Num estudo que tinha como principal objetivo perceber o nível de satisfação pessoal em mulheres inférteis, entrevistaram-se 42 mulheres no *Ambulatório de Infertilidade da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará*, aplicando-se o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (*WHOQOL-Bref*), de um modo geral estas mulheres apresentavam bons resultados ao nível da satisfação pessoal e o fator mais elevado para justificar isso mesmo foi o das relações sociais, como o apoio dos amigos, as relações sexuais com o parceiro e a vida sexual. Conseguiu-se analisar que não existia um impacto psicológico tão elevado como seria de esperar (Júnior, Silva, Lima, Amora, Bezerra, & Campos, 2009).

Como se analisou anteriormente, os problemas de fertilidade alteram bastante os indivíduos, a nível emocional e psicossocial, de tal forma que afeta a auto-estima, e por sua vez a satisfação pessoal, pelo que todas estas reações também podem ter influência na satisfação conjugal, visto que a falta de igualdade de papéis contribui para a insatisfação do casal (Narciso & Ribeiro, 2009; Relvas & Alarcão, 2007; Lourenço, 2006).

A satisfação conjugal, de um modo geral, é entendida como maior ou menor tendo em conta variados fatores intrapessoais (personalidade, cognições, componentes afetivos e padrões de vinculação), interpessoais (estilos de comunicação, de resolução de conflitos e semelhanças entre o casal) e contextuais (influências do meio e dos processos envolventes), e o modo de como se relacionam entre eles. Alguns estudos referem que existem efeitos positivos na ausência de filhos num casal, principalmente em termos de satisfação do mesmo (Lourenço, 2012).

A satisfação conjugal também tem sido estudada em relação à problemática da infertilidade. Em que se verifica uma discrepância entre os resultados, já que a infertilidade pode ser vista de dois modos distintos: por um lado pode ser algo positivo de crescimento para o casal (Shapiro, 1982 citado por Peterson, 2000), incrementando uma maior união e mais comunicação entre o casal (Callan, 1987, citado por Gomes, 2009). E por outro lado, o casal pode-se deparar com uma grande mudança na sua relação, em que os recursos da relação acabam e emergem problemas que nunca tinham surgido anteriormente (Andrews, Abbey, & Halman, 1991; Greil, 1997).

Na maior parte dos estudos tem-se verificado que a satisfação conjugal possui indícios positivos quando o casal passa por esta situação. Existem opiniões de que alguns casais consideram que a vivência da infertilidade originou um aumento de proximidade (Callan, 1987; Leiblum, Kemmann, & Lane, 1987, cit. por Leal & Pereira, 2005), capaz de promover a união entre o casal e ampliando novos meios de comunicação e de resolução de problemas (Callan, 1987), traduzindo-se numa maior intimidade e satisfação conjugal por parte das mulheres (Leiblum, Kemmann, & Lane, 1987, cit. in Leal & Pereira, 2005; Drosdzol & Skrzypulec, 2009). Esta problemática pode aumentar o crescimento pessoal, ativar recursos e fortalecer as relações conjugais, pode estar também relacionada com o isolamento do casal, o que leva aos cônjuges a apoiarem-se mutuamente (Repokari *et al.*, 2007). As mulheres mencionam dar e receber mais apoio social da parte dos seus companheiros. Abbey e seus colaboradores (1995) analisaram que o aumento do apoio emocional adquirido estava relacionado com o aumento da qualidade de vida conjugal para o casal.

Deste modo, consegue-se entender que a infertilidade feminina e a masculina envolvem reorganização, tanto a nível individual como a nível conjugal (Callan, 1987).

Segundo estudos de Repokari e seus colaboradores, a compreensão das experiências desta problemática e dos seus tratamentos podem aumentar no casal o sentimento de coesão e melhorar a relação conjugal. Jonaidy e seus colaboradores (2009) verificaram que esta problemática não tem influência na diminuição da satisfação conjugal de mulheres inférteis.

É importante que o casal consiga comunicar e resolver as suas problemáticas (Olson & DeFrain, 2003; Lima, Alves, & Cristina, 2010), pois se estas não forem ultrapassadas podem contribuir para a diminuição da intimidade do casal, aumentar os sentimentos negativos e conseqüentemente levam à insatisfação conjugal (Johnson & Booth, 1998).

Com base no que já foi anteriormente referido, a infertilidade está relacionada com um vasto leque de conceitos. O facto de que “o engravidar” começa a fazer-se sentir bastante presente, toda a pressão sentida poderá afetar a auto-estima sexual. Este conceito é assim definido como as reações afetivas de avaliações subjetivas de pensamentos, sentimentos e comportamentos sexuais (Zeanah & Schawarz, 1996).

Segundo um estudo apresentado por Vizheh, Pakgohar, Babaei & Ramezanzadeh (2012), verificou-se que após o diagnóstico de infertilidade, existe uma redução de 45% do desejo e da satisfação sexual. Quanto mais tempo de espera pela gravidez, quanto mais longo o tratamento, maior a insatisfação sexual. Esta insatisfação não depende do tratamento em si, mas teoricamente pode salientar a separação sexual entre o casal e a fantasia do corpo como um aparelho. Apesar destes resultados, é óbvio que muitos casais sabem lidar com esta problemática e não afeta a sua vida afetiva e sexual, mas vai depender do grau de compreensão mútua, de como se encontrava o relacionamento anteriormente a esta situação e do poder de reação de cada indivíduo.

As relações sexuais têm sido objeto de estudo em casos de infertilidade, não só para avaliar a relação conjugal, mas porque a sexualidade por ser vista apenas como uma via de conceção de um filho. Quando se estuda este facto, verificam-se três ideias: “...a infertilidade pode ser uma consequência de uma disfunção sexual, pode evidenciar a presença de uma disfunção ou pode, mais frequentemente, causar uma disfunção.” (pp.68) (Ramos, 2011). Segundo Drosdzol e Skrzypulec (2008), as mulheres inférteis possuíam valores mais baixos na atividade sexual, no orgasmo e na dispareunia, demonstrando uma menor satisfação sexual

do que as mulheres férteis. Brezsnayak e Wishman (2004), referem que as relações sexuais são cruciais para que o casal se sinta satisfeito com a sua relação conjugal.

Posto isto, pode dizer-se que as conexões entre o corpo e a auto-identidade tornam-se aparentes quando o corpo exige com uma auto-apresentação desejada (Kelly & Field, 1996) e inibe a capacidade de um indivíduo de cumprir determinados papéis sociais. Uma vez que o mau funcionamento do corpo já não é um aspeto do eu que pode ser tomado como garantido. Desta forma, uma vez que existe um mau funcionamento reprodutivo, as mulheres podem ser bloqueadas de alcançar o “objetivo” da identidade da mulher (Exley & Letherby, 2001).

Quando se analisam os estudos efetuados acerca de casais com problemas de fertilidade consegue-se compreender que os indivíduos que se encontram nesta situação têm diferentes formas de lidar com a mesma, no entanto, pretende-se identificar as variáveis que influenciam esta problemática. Para isso, o presente estudo pretende: identificar claramente as variáveis que influenciam a problemática em questão e aprofundar esta temática visto que existem poucos estudos efetuados em Portugal.

Percebe-se então que a problemática da infertilidade pode estar associada a elevados níveis de stress, onde o bem-estar é crucial para ultrapassar a mesma temática.

Com esta fundamentação conseguiu-se alcançar o primeiro objetivo do estudo: determinar se o *stress* das mulheres com problemas de fertilidade está associado à baixa auto-estima sexual e a outros indicadores do bem-estar.

1.3) Infertilidade e Papéis de Género

A maternidade ainda é considerada um papel social crucial para todas as mulheres (Becker & Nachtigall, 1994; Cudmore, 2005). Desde longos tempos que a maior parte dos indivíduos possuem o sonho de construir a sua vida, dando bastante importância em ter um filho (Farinati, Rigoni, & Muller, 2006). Segundo Barreno (1992), a perspetiva histórica da reprodução dos indivíduos seria mais importante do que a força física em termos da continuação e sobrevivência do grupo, e que as mulheres é que possuíam o “poder” da reprodução.

Os papéis de género consistem num conjunto de expectativas em relação aos comportamentos sociais que se esperam dos indivíduos de determinado sexo (Fleck, Falcke, & Hackner, 2005). Só no início do século XVI até hoje, é que começaram a surgir

modificações no papel social da mulher. Nesse momento, a mulher começa a ser vista como essencial na educação das crianças, possuindo o papel principal de mãe, enquanto que o pai ficaria com um papel secundário (Conceição, 2000).

Segundo Silva (1995), "...da mesma forma que ocorrendo massivamente ao mercado de trabalho a parte feminina da humanidade recusou cingir-se ao domínio restrito do lar familiar e aos únicos papéis de esposa e mãe, também as mulheres, pela adesão igualmente massiva a novas normas e representações sociais e pela alteração dos seus comportamentos sexuais, nomeadamente a utilização de práticas contraceptivas e o recurso ao divórcio, impuseram modificações à realidade da instituição familiar, modificações que se repercutem por toda a estrutura social." (pp. 53).

Por sua vez, o maior ou menor conflito entre um casal pode estar relacionado com a igualdade de papéis, apesar do papel da mulher já se estar a alterar na sociedade ainda existem estereótipos tradicionais que a resignam diante o poder masculino.

É possível fazermos assim uma ponte entre o conceito dos papéis tradicionais de género e o sexismo, uma vez que este é definido como uma junção de estereótipos acerca da avaliação cognitiva, afetiva e atitudinal sobre o papel adaptado na sociedade, administrada aos sujeitos de acordo com o sexo (Expósito, Moya, & Glick, 1998; Glick & Fiske, 1996).

O sexismo ambivalente, é definido como uma junção de estereótipos acerca da avaliação cognitiva, afetiva e atitudinal sobre o papel adaptado na sociedade, administrada aos sujeitos de acordo com o sexo (Expósito, Moya, & Glick, 1998; Glick & Fiske, 1996). Posteriormente verificou-se que existiam novas formas de sexismo que eram tidas como ambivalentes uma vez que não eram diretas e claras como as atitudes mais tradicionais de discriminação, que normalmente se baseiam na inferioridade ou desigualdade das mulheres como um grupo (Glick & Fiske, 1996). O sexismo ambivalente é assim composto por dois estilos cruciais: hostil e benévolo, os quais se encontram interligados com paternalismo, diferenciação de género e heterossexualidade (Glick & Fiske, 1996; Mladinic & cols., 1998, citado por Formiga, Golveia, & Santos, 2002).

O sexismo hostil consiste numa representação mais flagrante de preconceito associado às mulheres (Allport, 1954). O benévolo constitui-se no modo mais apropriado de justificar concessões e tratamentos diferenciados entre homens e mulheres (Siano, 2000).

Um estudo realizado na Faculdade de Medicina e Universidade do Porto (2009), no qual participaram 2460 portugueses que apresentavam problemas de fertilidade e cujas idades estavam compreendidas entre os 20 e os 69 anos de idade, mostrou que ao serem questionados acerca dos motivos que levam as mulheres a adiar a maternidade, a maior parte refere ser devido à sua situação económica. Porém, interessante é o facto de a carreira profissional da mulher nunca ser mencionada, enquanto que 9% das inquiridas defende a carreira profissional do parceiro para o adiantamento da maternidade.

De acordo com o estudo em cima descrito a maternidade está relacionada com os papéis sociais, mesmo que cada vez mais venha a ser mais tardia a sociedade ainda defende que uma família só está completa com o nascimento de um filho (Lourenço, 2012). A maternidade por sua vez, encontra-se inteiramente ligada com a gravidez e a infertilidade (Exley & Letherby, 2001; Greil, 1991; Parry, 2005), de tal modo que tem sido frequentemente adotada como um elemento central na identidade feminina e por sua vez, a “não maternidade” é tida como desviante (Phoenix & Woollett, 1991; Mcquillan, Greil, Shreffler, & Tichenor, 2008; Raeff, 1996; Solé & Parella, 2004; Valsiner, 2000).

O conhecimento da relação entre as variáveis em estudo é crucial para que se possa identificar antecipadamente os casais que possuem um maior risco de inadaptação e para que se possa propor uma intervenção psicoterapêutica em casais com problemas de fertilidade. Reis (2011), recomenda que seja efetuada uma intervenção psicológica junto dos casais com esta problemática, para que estes tenham mais facilidade em se adaptar a esta situação, prevenindo a existência de psicopatologia.

Finalmente alcançou-se o segundo objetivo primordial do presente estudo: perceber se existe uma relação entre a adesão ao sexismo ambivalente, principalmente entre o sexismo benevolente e o *stress* ligado à infertilidade deste grupo de mulheres.

1.4) Hipóteses

Prevê-se que o presente estudo indique as seguintes relações significativas:

H1: Quanto mais *stress* nas mulheres com problemas de fertilidade, menos níveis de auto-estima sexual.

H2: Quanto mais *stress* nas mulheres com problemas de fertilidade, menos satisfação pessoal.

H3: Quanto mais *stress* nas mulheres com problemas de fertilidade, menos satisfação sexual.

H4: O sexismo benevolente está associado com baixos níveis de auto-estima sexual.

H5: O sexismo benevolente relaciona-se com o *stress* da problemática infertilidade.

2) MÉTODO

Para efetuar o presente estudo foi necessário passar questionários indivíduos com problemas de fertilidade, com as consequências psicológicas observadas em casais com este tipo de problemática, pretendeu-se analisar como é que esta problemática os pode afetar.

2.1) *Participantes e Procedimento*

A amostra da presente dissertação é constituída apenas pelo género feminino (N=64), com idades compreendidas entre os 23 e os 43 anos ($M=34.38$; $DP=4.057$), assim sendo a técnica de amostragem utilizada para o desenvolvimento da presente dissertação é por conveniência. Este estudo é composto por 44 mulheres (68.8%) com problemas de fertilidade presentemente e 20 mulheres (31.3%) que tiveram problemas de fertilidade. No entanto, apenas um homem respondeu ao questionário, o qual foi eliminado pois não se conseguiria efetuar qualquer comparação.

As mulheres participantes no estudo, em relação ao estado civil, 53 (82.8%) eram casadas, uma divorciada (1.6%), outra solteira (1.6%) e 9 vivem em união de facto (14.1%).

A língua materna é maioritariamente o português com 62 participantes (96.9%), e uma tem língua inglesa (1.6%) e outra tem castelhana (1.6%).

No que se refere às habilitações literárias, estas mulheres possuem o 9ºano (2; 3.1%); 11ºano (1; 1.6%); 12ºano (17; 26.6%); Frequência Universitária (1; 1.6%); Licenciatura (31; 48.4%); Mestrado (11; 17.2%); e Doutoramento (1; 1.6%).

O grupo de mulheres que enfrentou esta problemática possui filhos, pelo que há 17 mulheres com 1 filho (25%), duas com 2 filhos (3.1%) e duas com 3 filhos (3.1%).

Quando se questiona pelo facto do motivo da infertilidade, 10 mulheres (15.6%) referem ser causa desconhecida; 22 (34.4%) dizem ser infertilidade feminina; 12, infertilidade masculina (18.8%); e 19 (29.7%) verificaram infertilidade no casal.

No tempo de tentativa para engravidar sem apoio médico era de $M=1.52$ anos, com $DP=1.12$, $Min.=0$ e $Máx.=84$; $M=18.32$ meses, $DP=13.46$, $Min.=0$ e $Máx.=84$. Em relação ao

tempo de diagnóstico de infertilidade, este era de $M=4.48$ anos, $DP=2.631$, $Min.=0.25$ e $Máx.=13$; $M=52.9815$ meses, $DP=32.00818$, $Min.=3$ e $Máx.=156$.

Posto isto, sete mulheres (10.9%) não realizaram tratamento e 56 realizaram (87.5%), neste momento, apenas 11 (17.2%) estão a passar por esse processo. No entanto quarenta mulheres (62.5%) pensam em iniciar tratamento futuramente.

Para que os dados fossem recolhidos foi necessário elaborar uma autorização por escrito onde se explicava o que se pretendia com o estudo, em que se pedia permissão às Clínicas e Instituições de Fertilidade Portuguesas, para que se efetuasse o mesmo.

Num primeiro tempo, foram contactadas algumas clínicas e associações de fertilidade portuguesas, através de e-mail e por correio, no entanto apenas duas responderam com parecer positivo.

Num segundo tempo, a Associação Portuguesa de Fertilidade aceitou colocar os questionários *online* e a clínica que se disponibilizou pediu para que fossem os membros da mesma a entregarem os questionários, no entanto nenhum questionário foi devolvido.

2.2) Instrumentos

Para que se efetuasse este estudo foi necessário utilizar alguns instrumentos para proceder ao mesmo. Deste modo, foram escolhidos os seguintes: uma Escala para identificar quais as emoções sentidas pelos participantes, composta por nove emoções, por exemplo: “raiva, frustração”, numa escala de 5 pontos, entre 1 – nunca e 5 – sempre.

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 foi utilizado apenas para os indivíduos com problemas de fertilidade, este questionário tem uma escala de 7 pontos (1 – discordo totalmente a 7 – concordo totalmente).

A *Escala de Satisfação com a Vida – Life Satisfaction* (Diener et al., 1985), para avaliar a **satisfação pessoal**, a versão portuguesa desta escala é composta por 5 itens, por

exemplo: “As minhas condições de vida são excelentes.”, com uma escala de sete pontos, variável de 1 (discordo totalmente) e 7 (concordo totalmente) pretende essencialmente avaliar de que modo é que os indivíduos se julgam em relação à satisfação para com as suas vidas (Oliveira, Costa, & Rodrigues, 2008).

A “*The Global Measure of Sexual Satisfaction, GMSEX*” (Lawrance & Byers, 1995), pretende fundamentalmente avaliar a **satisfação sexual** global, onde os indivíduos classificam a sua vida sexual em cinco dimensões de 7 pontos: bom-mau, agradável-desagradável, positivo-negativo, satisfatória-insatisfatória e valioso-sem valor (Lawrance, Byers, & Cohen, 1998).

A *Escala de Auto-Estima de Rosenberg* (Rosenberg, 1965, adaptação portuguesa Ferreira, 2001), pretende principalmente avaliar a **auto-estima geral** (Silva, 2007), sendo composta por 10 questões, por exemplo: “Eu sinto que tenho várias boas qualidades.”, com 5 itens de orientação positiva e os outros 5 de orientação negativa, com 4 pontos (entre 1 - discordo totalmente e 7 -concordo totalmente) (Santos & Maia, 2003).

O *SSEI – Short Form* (Zeanah, 1996), com versão português (Giger & Gomes, em curso), para a **auto-estima sexual**, este questionário tem uma escala de 7 pontos (1 – discordo totalmente a 7 – concordo totalmente), é constituído por 35 itens, por exemplo: “Eu detesto o meu corpo.” e pretende essencialmente avaliar: as competências e experiência, a atratividade, o controlo, a capacidade de adaptação e a moralidade

E o *ISA – Inventário de Sexismo Ambivalente*, para analisar o **sexismo ambivalente** e os **papéis tradicionais** (Newton et al., 1999), este inventário é composto por 22 itens, por exemplo: “As mulheres ofendem-se muito facilmente.”, tendo como versão portuguesa de Glick & Fiske (1996) de Gonçalves et al. (em curso), e tem uma escala de 7 pontos (1 – discordo totalmente a 7 – concordo totalmente), onde se pretende medir os estereótipos adotados por cada género, em relação às duas dimensões do sexismo, o hostil e o benévolo, em que cada um deles é constituído por 11 itens (Glick & Fiske, 1996).

A **religião** foi também analisada através de três questões, essencialmente para perceber de que modo é que a crença em alguma religião influencia o estudo em questão, por exemplo: “As minhas crenças religiosas guiam a minha vida quotidiana.” com uma escala de sete pontos, onde 1 – pouco crente ou discordo muito e 7 – muito crente ou concordo muito.

RESULTADOS

Os dados recolhidos através do questionário efetuado, foram tratados e analisados pelo programa informático *SPSS 15 (Statistical Package for the Social Sciences)*, através de correlações e regressões.

3.1) Análise de Estatística Descritiva da Satisfação Pessoal e Sexual, Sexismo Ambivalente, Auto-Estima Global e Sexual, Religião, Stress e Emoções

Na **Tabela 1**, estão representadas as características descritivas básicas: as médias, o desvio padrão, o número de participantes, o intervalo possível e o observado, o *cronbach alpha* e a assimetria de cada característica das escalas.

Tabela 1: Características Psicométricas das Escalas.

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	Intervalo possível	Intervalo Observado	<i>Cronbach Alpha</i>	<i>Assimetria</i>
Sat_vida	4.57	1.20	64	1 – 7	1.60 – 6.75	.86	-.66
BEN.	3.29	1.06	64	1 – 7	1.27 – 5.55	.84	-.71
HOST.	3.55	1.12	64	1 – 7	1.00 – 5.91	.86	-.26
AE	5.46	0.88	64	1 – 7	3.70 – 7.00	.84	-.98
Comp_exp.	5.10	0.96	64	1 – 7	1.86 – 6.71	.81	1.06
Atratividade	4.83	1.22	64	1 – 7	1.71 – 7.00	.83	-.39
Controlo	5.61	1.00	64	1 – 7	2.33 – 7.00	.81	.68
Adaptação	5.44	0.98	64	1 – 7	2.43 – 7.00	.80	.11
Moralidade	5.64	1.01	64	1 – 7	3.14 – 7.00	.64	-.83
Rel.	3.32	1.60	64	1 – 7	1.00 – 7.00	.88	-.91
Sat_sexual	6.11	1.00	64	1 – 7	2.00 – 7.00	.93	5.88
Preoc_sociais	3.37	1.41	64	1 – 6	1.00 – 6.00	.60	-.95
Preoc_sexuais	2.70	1.16	64	1 – 7	1.00 – 6.50	.81	.90
PB_relacão	2.73	1.24	64	1 – 7	1.00 – 5.40	.86	-.89
Rej_vida_sem_criança	4.48	1.12	64	1 – 7	1.38 – 6.88	.80	.23
Necess_arent.	4.78	1.16	64	1 – 7	1.60 – 6.80	.86	.12
Stress_inf.	3.64	0.82	64	1 – 7	1.70 – 5.55	.90	-.12

Ans_ang	4.18	0.66	64	1 – 5	2.00 – 5.00	.71	.99
Des_tris_can.	3.70	0.81	64	1 – 5	1.00 – 5.00	.72	2.58
Rev_raiv.	3.00	1.04	64	1 – 5	1.00 – 5.00	.75	-.12
Frust_inf.	3.46	0.85	64	1 – 5	1.00 – 5.00	.49	.22

Notes: N = 64. Sat_vida = satisfação pessoal; BEN. = sexismo benevolente; HOST. = sexismo hostil; AE = auto-estima; Comp_exp. = competência e experiência; Controlo = controlo sexual; Adaptação = adaptação sexual; Moralidade = moralidade sexual; Rel. = religião; Sat_sexual = satisfação sexual; Preoc_sociais = preocupações sociais; Preoc_sexuais = preocupações sexuais; PB-relação = problemas na relação; Rej_vida_sem_criança = rejeição da vida sem criança; Necess_parental = necessidade parental; *Stress_inf* = *stress* global de infertilidade; Ans_ang. = ansiedade e angústia; Des_tris_can. = desgosto, tristeza e cansaço; Rev_raiv. = revolta e raiva; Frust_inf_ = frustração e inferioridade.

3.2) Análises Correlacionais

Os dois objetivos deste estudo foram analisar o *stress* das mulheres com problemas de fertilidade associado à baixa auto-estima sexual e a outros indicadores do bem-estar; e perceber se existe uma relação entre a adesão ao sexismo ambivalente, principalmente entre o sexismo benevolente e o *stress* deste grupo de mulheres.

As inter-correlações entre as escalas são apresentadas na **Tabela 2**, utilizando o coeficiente *r* de *Pearson*. Em congruência com a hipótese colocada, os resultados apontam:

- o *stress* geral relacionado com a infertilidade e as dimensões da auto estima sexual apresenta uma relação negativa forte ($r = -.40^{**}$);
- as dimensões do *stress* relacionado com a infertilidade e as dimensões da auto-estima possui uma relação negativa forte ($r = -.53^{**}$).
- O *stress* geral relacionado com a infertilidade e as suas dimensões com as outras dimensões do bem-estar, na satisfação com a vida tem uma relação negativa forte ($r = -.48^{**}$); com as preocupações sociais ($r = .76^{**}$) e preocupações sexuais ($r = .66^{**}$) possui uma relação positiva forte; problemas na relação também é uma relação positiva forte ($.72^{**}$); na rejeição da vida sem criança ($r = .54^{**}$) e na necessidade parental ($r = .80^{**}$), ambas têm uma relação positiva forte; e finalmente nas emoções, todas possuem uma relação positiva forte, em que ansiedade e angústia ($r = .44^{**}$), desgosto, tristeza e cansaço ($r = .45^{**}$), revolta e raiva ($r = .55^{**}$) e frustração e inferioridade ($r = .52^{**}$).
- O sexismo benevolente possui: uma relação positiva forte com o sexismo hostil ($r = .56^{**}$); uma relação negativa forte com a atratividade ($r = -.41^{**}$) e auto-

- estima ($r = -.39^{**}$); e uma relação negativa fraca com a satisfação pessoal ($r = -.26^*$).
- e. Já o sexismo hostil tem uma relação negativa fraca com a satisfação pessoal ($r = -.31^*$).
- f. Existe uma relação positiva forte entre as preocupações sociais, as preocupações sexuais ($r = .52^{**}$); a rejeição da vida sem criança ($r = .32^{**}$); a necessidade parental ($r = .45^{**}$); e as emoções: ansiedade e angústia ($r = .33^{**}$), desgosto, tristeza e cansaço ($r = .46^{**}$), revolta e raiva ($r = .52^{**}$) e frustração e inferioridade ($r = .54^{**}$). No entanto há uma relação negativa forte entre as preocupações sociais e a satisfação pessoal ($r = -.39^{**}$); e auto-estima ($r = -.40^{**}$). E uma relação negativa fraca entre as preocupações sociais e a satisfação sexual ($r = -.31^*$).
- g. Verificou-se que existe uma relação positiva forte entre as preocupações sexuais nos: problemas na relação ($r = .45^{**}$); necessidade parental ($r = .36^{**}$); e emoções: ansiedade e angústia ($r = .44^{**}$), desgosto, tristeza e cansaço ($r = .45^{**}$), revolta e raiva ($r = .55^{**}$) e frustração e inferioridade ($r = .52^{**}$). Há uma relação negativa forte entre as preocupações sexuais, a competência e experiência ($r = -.52^{**}$); a atratividade ($r = -.33^{**}$); o controlo ($r = -.54^{**}$), a adaptação ($r = -.44^{**}$), a moralidade ($r = -.37^{**}$) e satisfação ($r = -.48^{**}$) sexuais; e auto-estima ($r = -.44^{**}$).
- h. Foi encontrada uma relação positiva forte entre os problemas na relação, a necessidade parental ($r = .41^{**}$); o desespero, tristeza e cansaço ($r = -.39^{**}$); revolta e raiva ($r = .38^{**}$); e frustração e inferioridade ($r = .34^{**}$). Os problemas na relação e a ansiedade e angústia ($r = .31^*$) possuem entre eles uma relação positiva fraca. Pelo que há uma relação negativa forte entre os problemas na relação e a atratividade ($r = -.46^{**}$); o controlo sexual ($r = -.47^{**}$); a satisfação pessoal ($r = .34^{**}$); e a auto-estima ($r = .49^{**}$). E há uma relação negativa fraca entre os problemas na relação e a adaptação ($r = -.28^*$), moralidade ($r = -.30^*$) e satisfação ($r = -.26^*$) sexuais.
- i. Verificou-se uma relação positiva forte entre a rejeição da vida sem criança e a necessidade parental ($r = .58^{**}$); uma relação positiva fraca entre a rejeição da vida sem criança e a revolta e raiva ($r = .27^*$); e uma relação negativa forte entre a rejeição da vida sem criança e a satisfação pessoal ($r = -.45^{**}$).
- j. Em relação à necessidade parental, esta tem uma relação positiva fraca com o sexismo benevolente ($r = .24^*$); a ansiedade e angústia ($r = .26^*$); e o desgosto,

- a tristeza e o cansaço ($r = .31^*$). Verifica-se uma relação positiva forte entre a necessidade parental e a revolta e raiva ($r = .40^{**}$); e a frustração e a inferioridade ($r = .36^{**}$). Há também uma relação negativa forte entre a necessidade parental, a atratividade ($r = -.40^{**}$); o controlo sexual ($r = -.39^{**}$); a satisfação pessoal ($r = -.39^{**}$); e a auto-estima ($r = -.33^{**}$). Existe uma relação negativa fraca entre a necessidade parental e a adaptação ($r = -.30^*$) e a satisfação ($r = -.39^{**}$) sexuais.
- k. A competência e experiência possuem: uma relação positiva forte com a atratividade ($r = .32^{**}$), o controlo sexual ($r = .58^{**}$), a adaptação sexual ($r = .62^{**}$), a moralidade sexual ($r = .44^{**}$) e a satisfação sexual ($r = .52^{**}$); e uma relação positiva fraca com a auto-estima ($r = .28^*$).
- l. A atratividade contém uma relação positiva forte com o controlo ($r = .50^{**}$) e a adaptação sexuais ($r = .52^{**}$), a satisfação pessoal ($r = .36^{**}$) e sexual ($r = .38^{**}$) e a auto-estima ($r = .50^{**}$).
- m. O controlo sexual possui uma relação positiva forte com a adaptação ($r = .68^{**}$), moralidade ($r = .68^{**}$) e satisfação sexuais ($r = .45^{**}$) e a auto-estima ($r = .53^{**}$).
- n. A adaptação tem: uma relação positiva forte com a moralidade ($r = .51^{**}$) e satisfação sexuais ($r = .60^{**}$) e a auto-estima ($r = .43^{**}$).
- o. A moralidade tem: uma relação positiva fraca com a satisfação sexual ($r = .25^*$) e uma relação positiva forte com a auto-estima ($r = .37^{**}$).
- p. A satisfação pessoal possui: uma relação positiva forte com a auto-estima ($r = .44^{**}$) e uma relação negativa fraca com o desespero, tristeza e cansaço ($r = -.25^*$).
- q. A satisfação sexual possui uma relação positiva fraca com a auto-estima ($r = .30^*$).
- r. A ansiedade e angústia possui uma relação positiva forte com: o desgosto, tristeza e cansaço ($r = .50^{**}$); revolta e raiva ($r = .48^{**}$); e frustração e inferioridade ($r = .42^{**}$).
- s. O desgosto, a tristeza e o cansaço possui uma relação positiva forte com a revolta e a raiva ($r = .62^{**}$).
- t. A revolta e a raiva tem uma relação positiva forte com a frustração e a inferioridade ($r = .69^{**}$).

Tabela 2: Inter-Correlações entre as escalas.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1.Stress_inf	-																				
2.Preoc_sociais	.76**	-																			
3.Preoc_sexuais	.66**	.52**	-																		
4.PB_relação	.72**	.47**	.45**	-																	
5.Rej_vida_sem_criança	.54**	.32**	.02	.06	-																
6.Necess_parental	.80**	.45**	.36**	.41**	.58**	-															
7.BEN	.25*	.02	.14	.20	.24	.24*	-														
8.HOST	.06	.00	.10	.05	.04	-.01	.56**	-													
9.Comp_exp.	-.30*	-.16	-.52**	-.19	-.02	-.14	-.05	-.19	-												
10.Atratividade	-.50**	-.28	-.33**	-.46**	-.22	-.40**	-.41**	-.05	.32**	-											
11.Controlo	-.50**	-.22	-.54**	-.47**	-.04	-.39**	-.24	-.20	.58**	.50**	-										
12.Adaptação	-.37**	-.12	-.44**	-.28*	-.10	-.30*	-.22	-.16	.62**	.52**	.68**	-									
13.Moralidade	-.30*	-.14	-.37**	-.30*	-.01	-.16	-.06	-.22	.44**	.18	.68**	.51**	-								
14.Sat_vida	-.48**	-.39**	-.15	-.34**	-.45**	-.39**	-.26*	-.31*	-.04	.36**	.24	.19	.02	-							
15.Rel.	.04	.06	.02	.05	.00	.01	.09	.16	-.05	.06	-.04	.10	.04	.10	-						
16.Sat_sexual	-.40**	-.31*	-.48**	-.26*	-.04	-.28*	-.16	-.07	.52**	.38**	.45**	.60**	.25*	.16	.16	-					
17.AE	-.53**	-.40**	-.44**	-.49**	-.18	-.33**	-.39**	-.20	.28*	.50**	.53**	.43**	.37**	.44**	-.02	.30*	-				
18.Ans_ang.	.44**	.33**	.40**	.31*	.17	.26*	.01	.03	-.16	-.12	-.10	-.04	-.22	-.17	-.04	-.12	-.14	-			
19.Des_tris_can	.45**	.46**	.34**	.39**	.14	.31*	.14	.14	.03	-.17	-.10	-.02	-.04	-.25*	-.22	-.16	-.19	.50**	-		
20.Rev_raiv.	.55**	.52**	.40**	.38**	.27*	.40**	.01	-.00	-.10	-.15	-.10	-.11	.10	-.21	-.04	-.18	-.13	.48**	.62**	-	

21.Frust_inf. .52** .54** .38** .34** .24 .36** .01 -.02 .05 -.14 -.10 -.08 .04 -.30* .03 -.17 -.23 .42** .55 .69** -

Notas: * $p < .05$ level; ** $p < .01$; N = 64. Sat_vida = satisfação pessoal; BEN. = sexismo benevolente; HOST. = sexismo hostil; AE = auto-estima; Comp_exp. = competência e experiência; Controlo = controlo sexual; Adaptação = adaptação sexual; Moralidade = moralidade sexual; Rel. = religião; Sat_sexual = satisfação sexual; Preoc_sociais = preocupações sociais; Preoc_sexuais = preocupações sexuais; PB-relação = problemas na relação; Rej_vida_sem_criança = rejeição da vida sem criança; Necess_parental = necessidade parental; Stress_inf = stress global de infertilidade; Ans_ang. = ansiedade e angústia; Des_tris_can. = desgosto, tristeza e cansaço; Rev_raiv. = revolta e raiva; Frust_inf_ = frustração e inferioridade.

3.3) O Stress ligado à Infertilidade como Preditor da Competência e Experiência, da Atratividade, do Controlo, da Adaptação, da Moralidade, da Satisfação Pessoal e da Satisfação Sexual

As regressões entre as escalas: competência e experiência, atratividade, controlo, adaptação, moralidade, satisfação pessoal e satisfação sexual são apresentadas na **Tabela 3**. Em consonância com os objetivos primordiais do estudo, os resultados indicaram que: quanto à competência e experiência, quanto mais a infertilidade gera *stress* sexual, mais as mulheres se percebem como menos competentes sexualmente ($B = -.54$). Na atratividade, quanto mais as mulheres possuem preocupações na relação, menos atrativas se sentem ($B = -.38$).

Quanto ao controlo, quanto mais as mulheres sentem problemas na relação, menos se percebem com controlo sexual ($B = -.40$). E tendo por base a mesma variável dependente quanto mais as mulheres sentem preocupações sexuais, menos percebem o seu controlo sexual ($B = .25$).

No que se refere à adaptação, quanto mais a infertilidade gera *stress* sexual, mais as mulheres sentem preocupações sexuais e existe um menor sentimento de adaptação sexual ($B = -.42$). Em relação à moralidade, quanto maior as preocupações sexuais das mulheres, menor o número de pensamentos sexuais adaptados moralmente ($B = -.32$).

Na satisfação com a vida, quanto maior a rejeição da vida sem uma criança pela mulher, menor a satisfação com a vida ($B = -.40$). Na satisfação sexual, quanto mais as mulheres sentem preocupações sociais, menos têm satisfação sexual ($B = -.35$).

Tabela 3: Regressões da Competência e Experiência, da Atratividade, do Controlo, da Adaptação, da Moralidade, da Satisfação Pessoal e da Satisfação Sexual.

	B	Std. Error	Beta	T
Competência e Experiência				
Etapa 1				
Constante	4.20	1.04		4.04**
Idade	.26	.03	.11	.87
Etapa 2				
Constante	4.74	1.12		4.24**
Idade	.04	.02	.18	1.54
Preoc_sociais	.10	.10	.15	1.02
Preoc_sexuais	-.54	.12	-.64	-4.64**
PB_relação	-.03	.10	-.04	-.30

Rej_vida_sem_criança	-.09	.12	-.10	-.74
Necess_parental	.10	.14	.12	.79
Atratividade				
Etapa 1				
Constante	3.93	1.31		2.984*
Idade	.02	.04	.87	.68
Etapa 2				
Constante	6.24	1.43		4.36**
Idade	.03	.04	.11	.94
Preoc_sociais	.05	.12	.06	.42
Preoc_sexuais	-.16	.14	-.16	-1.12
PB_relação	-.38	.14	-.38	-2.75*
Rej_vida_sem_criança	-.14	.16	-.14	-.92
Necess_parental	-.12	.17	-.11	-.70

(A Tabela 3 continua na página seguinte)

(Continuação da Tabela 3)

	B	Std. Error	Beta	T
Controlo				
Etapa 1				
Constante	4.26	1.08		3.94**
Idade	.04	.03	.16	1.26
Etapa 2				
Constante	5.84	1.04		5.57**
Idade	.04	.02	.19	1.87
Preoc_sociais	.15	.09	.21	1.62
Preoc_sexuais	-.40	.10	-.46	-3.76**
PB_relação	-.25	.10	-.30	-2.50*
Rej_vida_sem_criança	.04	.12	.04	.33
Necess_parental	-.16	.12	-.18	-1.28
Adaptação				
Etapa 1				
Constante	4.59	1.06		4.31**
Idade	.02	.03	.10	.80
Etapa 2				
Constante	6.16	1.17		5.26**
Idade	.02	.02	.10	.90
Preoc_sociais	.19	.10	.27	1.80
Preoc_sexuais	-.42	.12	-.49	-3.44**
PB_relação	-.11	.11	-.14	-1.02
Rej_vida_sem_criança	-.06	.13	-.08	-.50
Necess_parental	-.11	.14	-.13	-.78

(A Tabela 3 continua na página seguinte)

(Continuação da Tabela 3)

	B	Std. Error	Beta	T
Moralidade				
Etapa 1				
Constante	5.18	1.10		4.72**
Idade	.01	.03	.05	.42
Etapa 2				
Constante	5.75	1.28		4.48**
Idade	.028	.03	.11	.88
Preoc_sociais	.10	.12	.14	.86
Preoc_sexuais	-.32	.13	-.36	-2.42*
PB_relação	-.20	.12	-.24	-1.62
Rej_vida_sem_criança	-.06	.14	-.06	-.40
Necess_parental	.06	.16	.06	.37
Satisfação Pessoal				
Etapa 1				
Constante	4.8	1.30		3.76**
Idade	-.00	.04	-.03	-.24
Etapa 2				
Constante	7.66	1.38		5.52**
Idade	-.00	.03	-.02	-.20
Preoc_sociais	-.15	.12	-.18	-1.22
Preoc_sexuais	.08	.14	.08	.58
PB_relação	-.26	.13	-.26	-1.94
Rej_vida_sem_criança	-.40	.16	-.37	-2.55**
Necess_parental	-.02	.16	-.02	-.09

(A Tabela continua na página seguinte)

(Continuação da Tabela 3)

	B	Std. Error	Beta	T
Satisfação Sexual				
Etapa 1				
Constante	6.21	1.09		5.68**
Idade	-.00	.03	-.01	-.08
Etapa 2				
Constante	7.30	1.22		5.98**
Idade	.00	.03	.02	.22
Preoc_sociais	-.04	.11	-.06	-.42
Preoc_sexuais	-.35	.12	-.40	-2.77
PB_relação	.00	.12	.01	.08
Rej_vida_sem_criança	.08	.14	.08	.58
Necess_parental.	-.14	.14	-.16	-.98

Notes: * $p < .05$; ** $p < .01$. N = 64. Preoc_sociais = preocupações sociais; Preoc_sexuais = preocupações sexuais; PB_reação = problemas na relação; Rej_vida_sem_criança = rejeição da vida sem criança; Necess_parental = necessidade parental.

3.3) O Sexismo Ambivalente como Preditor do Stress Geral ligado à Infertilidade e das suas dimensões (Preocupações Sociais, Preocupações Sexuais, Problemas na Relação, Rejeição da Vida sem Criança e Necessidade Parental)

Uma série de regressões lineares hierárquicas foram feitas para analisar a relação entre o sexismo ambivalente e o *stress* ligado à infertilidade. Dois fatores de predições foram encontrados como controles. Em primeiro, na amostra, 20 das respondentes tiveram um problema de fertilidade mas agora têm filhos. Como o facto de ter filho pode interagir com o nível de sexismo benévolo e influenciar o nível de *stress* ligado à infertilidade, ter um filho foi consequentemente encontrado no modelo de regressões. Segundo, a idade pode interagir com o nível de sexismo ambivalente bem como o *stress* associado à infertilidade, a idade foi introduzida no modelo de regressões.

Os resultados são apresentados na **Tabela 4**. Tendo em conta os objetivos primordiais do estudo, os resultados indicaram que: quanto às preocupações sociais, quanto mais a

infertilidade gera *stress*, menos as mulheres se identificam com o item “tem filhos” (B = -1.00). Nas preocupações sexuais não existem valores significativos.

Nos problemas na relação, quanto mais a infertilidade gera *stress*, mais as mulheres se percebem com um sexismo benevolente (B = .39).

Quanto à rejeição da vida sem criança, quanto mais a infertilidade gera *stress*, mais as mulheres são benevolentes. Finalmente, quanto à necessidade parental, quanto mais a infertilidade gera *stress*, mais as mulheres se percebem como sexismo benevolente (B = .38).

Tabela 4: Regressões do Sexismo Ambivalente, de ter Filhos e da Idade no *Stress* Geral ligado à Infertilidade e nas suas Dimensões (Preocupações Sociais, Preocupações Sexuais, Problemas na Relação, Rejeição da Vida sem Criança e Necessidade de Parental).

	B	Std. Error	Beta	T
Preocupações Sociais				
Etapa 1				
Constante	3.32	1.58		2.09**
Tem filhos	-.92	.35	-.32	-2.62**
Idade	.06	.04	.18	1.48
Etapa 2				
Constante	3.34	1.78		1.88
Tem filhos	-1.00	.36	-.34	-2.75**
Idade	.07	.04	.20	1.62
BEN.	.16	.20	.12	.84
HOST.	-.18	.19	-.14	-.92
Preocupações Sexuais				
Etapa 1				
Constante	2.32	1.36		1.70
Tem filhos	-.42	.30	-.18	-1.39
Idade	.04	.04	.14	1.08
Etapa 2				
Constante	1.62	1.51		1.07
Tem filhos	-.46	.31	-.19	-1.46
Idade	.04	.04	.16	1.27

BEN.	.22	.16	.20	1.27
HOST.	-.05	.16	-.05	-.33

(A Tabela 4 continua na página seguinte)

(Continuação na Tabela 4)

	B	Std. Error	Beta	T
Problemas na Relação				
Etapa 1				
Constante	2.32	1.44		1.60
Tem filhos	-.48	.32	-.18	-1.51
Idade	.04	.04	.14	1.14
Etapa 2				
Constante	1.50	1.56		.96
Tem filhos	-.60	.32	-.24	-1.86
Idade	.06	.04	.19	1.56
BEN.	.39	.18	.34	2.23*
HOST.	-.20	.16	-.18	-.12
Rejeição da Vida sem Criança				
Etapa 1				
Constante	5.00	1.34		3.74**
Tem filhos	.26	.29	.11	.90
Idade	-.03	.04	-.12	-.92
Etapa 2				
Constante	4.13	1.46		2.82**
Tem filhos	.20	.30	.08	.67
Idade	-.02	.04	-.08	-.60
BEN.	.30	.16	.28	1.81
HOST.	-.10	.16	-.10	-.63
Necessidade Parental				
Etapa 1				
Constante	6.20	1.38		4.48**
Tem filhos	.10	.30	.04	.34
Idade	-.04	.04	-.16	1.32
Etapa 2				
Constante	5.44	1.49		3.64**
Tem filhos	-.01	.30	-.00	.04
Idade	-.03	.04	-.11	-.90

BEN.	.38	.16	.34	2.27*
HOST.	-.21	.16	-.20	-1.32

Notes: * $p < .05$; ** $p < .01$. N = 64. BEN. = sexismo benevolente; HOST. = sexismo hostil.

4) DISCUSSÃO

De um modo geral o estudo pretendeu essencialmente determinar se o *stress* associado à infertilidade era associado à baixa auto-estima sexual e a outros indicadores do bem-estar; e perceber se existia uma relação entre a adesão ao sexismo ambivalente, nomeadamente entre o sexismo benevolente e o *stress* do grupo de mulheres em estudo.

Com a recolha de dados verificou-se que os resultados obtidos foram congruentes com as hipóteses colocadas anteriormente no estudo facto de seguida explicado e esmiuçado.

4.1) Stress das Mulheres com Problemas de Fertilidade associado à Baixa Auto-Estima Sexual e a Outros Indicadores do Bem-Estar

Antes de mais é relevante relembrar o primeiro objetivo do presente estudo, analisar se o *stress* das mulheres com problemas de fertilidade está associado a uma baixa auto-estima sexual e a outros indicadores do bem-estar.

O *stress* geral e as dimensões: competência e experiência; atratividade; controlo; adaptação; e satisfação pessoal, revelam que são preditores significativos da auto-estima sexual. O *stress* tem um efeito negativo na auto-estima sexual, mas precisamente, as preocupações sexuais são negativamente associadas com competência e experiência; atratividade; o controlo, a adaptação, a moralidade e satisfação sexuais; e auto-estima. As preocupações acerca da relação estão positivamente e fortemente ligadas aos problemas na relação, a necessidade parental; o desespero, tristeza e cansaço; revolta e raiva; e frustração e inferioridade. Os problemas na relação e a ansiedade e angústia possuem entre eles uma relação positiva fraca. Pelo que há uma relação negativa forte entre os problemas na relação e a atratividade; o controlo sexual; a satisfação pessoal; e a auto-estima. E há uma relação negativa fraca entre os problemas na relação e a adaptação, moralidade e satisfação sexuais.

Na literatura existem inclusive vários estudos que comprovam que a mulher tende a sentir-se culpada pela infertilidade do homem, propondo-se inclusive a tratamentos para que proteja a auto-estima do homem (Cudmore, 2005; Daniluk, 1997; Schaffer & Diamond, 1993, citado por Gomes, 2009).

Num estudo que tinha como principal objetivo perceber o nível de satisfação pessoal em mulheres inférteis, de um modo geral estas mulheres apresentavam bons resultados ao nível da satisfação pessoal e o fator que mais contribuiu para justificar tal evidência foi o das relações sociais, demonstradas através do apoio dos amigos porém demonstradas de um modo mais significativo através das relações sexuais com o parceiro e a vida sexual. Assim,

conseguiu-se analisar que não existia um impacto psicológico tão elevado como seria de esperar (Júnior, Silva, Lima, Amora, Bezerra, & Campos, 2009).

Na satisfação conjugal verifica-se uma discordância entre os resultados, devido visto que a infertilidade poder ser entendida de dois modos distintos: por um lado pode ser algo positivo de crescimento para o casal (Shapiro, 1982 citado por Peterson, 2000), fomentando uma maior ligação e mais comunicação entre o casal (Callan, 1987, citado por Gomes, 2009). Noutro ponto de vista, o casal pode deparar-se com uma grande alteração na sua relação, em que os recursos da mesma terminam e emergem problemas que nunca tinham surgido anteriormente (Andrews, Abbey, & Halman, 1991; Greil, 1997).

Em vários estudos analisou-se que a satisfação conjugal possui indícios positivos quando o casal passa por esta situação (Callan, 1987; Leiblum, Kemmann, & Lane, 1987, cit. por Leal & Pereira, 2005).

A satisfação com a vida é tida como um dos indispensáveis indicadores de bem-estar subjetivo (Oliveira, Costa, & Rodrigues, 2008). Efetivamente, por vezes, quando se efetuam os diversos tratamentos existentes para a infertilidade e pouco há a fazer, as mulheres ficam ressentidas e envergonhadas, embora tenham consciência de que fizeram tudo o que podiam para atingirem o objetivo de serem mães (Conceição, 2000). A satisfação com a vida realça a influência de diversos fatores como a satisfação conjugal (Belsky, 1990; Hendrick & Hendrick, 1997; Huston & Vangelisti, 1991).

A auto-estima surge nesta perspetiva, já que as mulheres com problemas de fertilidade têm por norma uma baixa auto-estima (Trindade, 1998; Trindade & Enumo, 2002), o que se analisou no presente estudo. Num estudo de Souza e Ferreira (2005), em que existiam dois grupos um de mães e outro de não-mães entendeu-se que em média as mães possuem 2% mais de auto-estima pessoal e coletiva do que as não-mães.

4.2) Relação entre a Adesão ao Sexismo Ambivalente, nomeadamente o Sexismo Benevolente e o Stress

O segundo objetivo do presente estudo era perceber se existe uma relação entre a adesão ao sexismo ambivalente, principalmente entre o sexismo benevolente e o *stress* deste grupo de mulheres.

O sexismo benévolo está associado às dimensões do *stress* da infertilidade, está bem associado com alguns tipos de *stress*, mas precisamente, está associado com o sexismo hostil, com a atratividade, a auto-estima e a satisfação pessoal.

A mulher continua a ser tida como a principal culpada nesta temática (Forrest & Gilbert, 1992; Gibson & Myers, 2002; Greil, 1997; Robinson & Steward, 1996). O “engravidar” começa a estar imensamente presente e toda a pressão sentida poderá afetar a auto-estima sexual. A literatura demonstra estudos em que existem efeitos positivos na ausência de filhos entre o casal, sobretudo na satisfação do mesmo (Lourenço, 2012).

Esta problemática afeta o casal, de tal modo que, poderão surgir emoções de zanga, raiva, perda de controlo e culpa, vergonha e isolamento social, inveja de quem pode ter filhos, sintomas depressivos e/ou mesmo manifestações de fadiga física. As relações sexuais são tidas como elementos programados apenas com um fim: conceber uma criança (Cooper-Hilbert, 2001, citado por Gomes, 2009; Daniluk, 2001). Estas são a tradução de problemas a nível intra-psíquico e psicossocial, que poderão surgir sintomas como a depressão, baixa auto-estima, desrealização, despersonalização, paranóia, reações ansiosas e psicossomáticas, negação, reações fóbicas ou obsessivas (Leff, 1992 citado por Faria, 2001).

Nesta sequência, na satisfação conjugal há uma discrepância entre os resultados, a infertilidade pode ser vista como algo positivo de crescimento para o casal (Shapiro, 1982 citado por Peterson, 2000), e por outro lado, o casal pode-se deparar com uma grande alteração na sua relação, em que os recursos da relação acabam e surgem vários problemas (Andrews, Abbey, & Halman, 1991; Greil, 1997).

As mulheres inférteis possuíam valores mais baixos na atividade sexual, no orgasmo e na dispareunia, demonstrando efetivamente uma menor satisfação sexual do que as mulheres férteis. As relações sexuais são assim cruciais para que o casal se sinta bem com a sua relação conjugal (Drosdzol & Skrzypulec, 2008).

Ao longo do tempo a mulher foi experimentando uma evolução deixando de se envolver ao domínio restrito do lar familiar e aos únicos papéis de esposa e mãe, experimentando as novas normas e representações sociais marcadas, por exemplo, pela alteração dos seus comportamentos sexuais, nomeadamente a utilização de práticas contraceptivas e o recurso ao divórcio que impuseram modificações em toda a estrutura social (Silva, 1995).

A maternidade está ligada com a gravidez e a infertilidade de tal modo que tem sido imensamente tida como um elemento central na identidade feminina e por sua vez, a “não maternidade” é tida como desviante (Phoenix & Woollett, 1991; Mcquillan, Greil, Shreffler, & Tichenor, 2008; Raeff, 1996; Solé & Parella, 2004; Valsiner, 2000).

Segundo Barreno (1992), a perspetiva histórica da reprodução dos indivíduos seria mais importante do que a força física em termos da continuação e sobrevivência do grupo, e que as mulheres é que possuíam o “poder” da reprodução.

O século XVI simboliza um importante marco neste aspecto que evolui até hoje, porque começaram a emergir alterações no papel social da mulher. A mulher começa neste momento a ser vista como fundamental na educação das crianças, com o papel principal de mãe. O pai ficaria com um papel secundário tal como defende ao longo dos seus trabalhos Conceição (2000). Paralelamente, é possível também apreciar o facto de a infertilidade ter deixado de estar apenas associado às mulheres. A percentagem de infertilidade é idêntica quer no homem quer na mulher, facto que deve de ser impreterivelmente alvo de atenção pela psicologia de modo a poder (re)enquadrar estes protagonistas num espectro de equilíbrio e satisfação pessoal, conjugal e social face aos seus sentimentos, face às suas motivações e, inequivocamente, face à sua realidade.

4.3) Considerações Finais

Tendo por base os resultados obtidos no estudo é possível concluir que ambos os objetivos primordiais pretendidos foram alcançados pelo que o *stress* das mulheres com problemas de fertilidade está associado a uma baixa auto-estima sexual e a outros indicadores do bem-estar; e existe realmente uma relação entre a adesão ao sexismo ambivalente das mulheres com problemas de fertilidade, principalmente entre o sexismo benevolente e o *stress* do presente grupo.

Com este estudo consegue-se então compreender vários fatores que interferem na vida destas mulheres. Pensou-se estudar ambos os sexos de modo a propor estratégias para que

estes casais continuem a sua vida pessoal e social e não haja tantos *tabus* em relação a este tema. Embora não tenha existido colaboração por parte do sexo masculino é sempre importante perceber o que estas mulheres sentem e como esta problemática as influencia enquanto mulher e casal. Inicialmente o que se considera é que todos os casais com problemas de fertilidade recorram a auxílio psicológico para que se consigam adaptar à sua problemática, incrementando soluções para o dito “problema”, que muitas vezes é tido como tal, devido a certas crenças erróneas, à religião, ao sexismo ambivalente, aos papéis tradicionais. O importante é que estes casais encontrem estratégias para ultrapassar esta fase das suas vidas.

Existiram algumas limitações no presente estudo centrando-se estas na indisponibilidade das Associações e Clínicas de Fertilidade para contribuírem com o estudo; no tempo imenso para que se recolhessem os devidos questionários; na dificuldade que as pessoas apresentam em falar acerca desta problemática; e somente um homem respondeu ao questionário, pensasse que talvez existam *tabus* em falar acerca desta temática.

Sugere-se que para estudos futuros se consiga ter mais tempo para recolher os dados, para que se obtenha uma amostra mais significativa e alcançar um modo para que os homens participem no estudo, pois seria crucial entender também a sua opinião.

Fundamentalmente o que se pretendeu com este estudo foi conseguir recolher dados para saber como se pode intervir no psicológico destas pessoas, para que se modifique o seu modo de pensar, deixando de existir distinções entre géneros e conseqüentemente o sexismo ambivalente. Deste modo, e com os resultados obtidos no estudo, pode-se intervir nas mulheres com problemas de fertilidade em termos psicológicos, no *stress* associação à problemática, na auto-estima sexual e nos vários indicadores de bem-estar e na adesão ao sexismo ambivalente, nomeadamente ao sexismo benevolente.

Após toda uma análise efetuada ao estudo, para que se possa prevenir o *stress* de mulheres com problemas de fertilidade e conseqüentemente os baixos níveis de auto-estima sexual e todos outros indicadores associados, sugere-se que com base na Psicologia Clínica e da Saúde se utilize um plano de prevenção para esta população e até mesmo um acompanhamento psicológico ao longo desta etapa das suas vidas.

5) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allport, G. W. (1954). *The nature prejudice*. Reading, MA: Adison-Wesley Publishing Company.
- Andrews, F. M., Abbey, A., & Halman, J. (1991). Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 238-253.
- Associação Portuguesa de Fertilidade - APFertilidade (2009). Notícias e destaques. Retirado de <http://www.apfertilidade.org/web/noticias-e-destaques/58-noticias/245-infertilidade-de-120-mil-casais-portugueses>
- Barreno, I. (1992). *Maternidade: mitos e realidades*. In M. Barbosa, L. Boléo & I.
- Becker, G., & Nachtigall, R. D. (1994). *Born to be a mother: the cultural construction of risk in infertility treatment in the U.S.* *Social Science & Medicine*, 39(4), 507-518.
- Butler, R. R., & Koraleski, S. (1990). Infertility: A crisis with no resolution. *Journal of Mental Health Counseling*, 12, 151-163.
- Castro (Eds.), *Actas do Seminário: Maternidade, mitos e realidades* (pp. 23-36). Cadernos da Condição Feminina, nº 36. Lisboa: CIDM.
- Cousineau, T. M. & Domar, A. D. (2007). *Psychological impact of infertility*. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 21 (2), 293-308.
- Duarte, A. (2009). *Ensaio a maternidade: estudo sobre os processos de construção dialógica de uma identidade maternal*. Tese de Doutoramento em Psicologia – Área de Conhecimento de Psicologia Clínica. ReportóriUM – Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia.
- Exley, C. & Letherby, G. (2001). *Managing a disrupted lifecourse: issues of identity and emotion work*. *Health*, 5(1), 112e132.
- Expósito, F., Moya, M. C., & Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: Medición y correlatos. *Revista de Psicología Social*, 13, 159-169.
- Faria, C. (2001). Aspectos Psicológicos da Infertilidade. In Canavarro, M. (ed.) *et al. Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Farinati, D., Rigoni, M., & Muller, M. (2006). *Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde*. *Estud. Psicol. (Campinas)* vol.23 no.4 Campinas Oct./Dec.
- Fisher, B. J. (1995). *Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life*. *Int. J. Aging Hum. Dev.*, v. 41, n.3, p. 239-250.
- FMUP (2009). *Infertilidade em Estudo na FMUP*. Associação Académica da Universidade da Madeira. Retirado de <http://aauma.uma.pt/index.php/component/content/article/72-noticias/recortes-de-imprensa/1127-infertilidade-em-estudo-na-fmup>, a 13/06/2013.
- Forrest, L., & Gilbert, M. S. (1992). Infertility: An unanticipated and prolonged life crisis. *Journal of Mental Health Counseling*, 14, 42-58.

- Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-521.
- Greil, A. L. (1991). *Not yet pregnant: Infertile couples in contemporary America*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Greil, A. L. (1997). *Infertility and Psychological Distress: A Critical Review of the Literature*. *Social Science Medicine* 45 (11), 1679-1704.
- Huston, T. L., & Vangelisti, A. L. (1991). Socioemotional behavior and satisfaction in marital relationship: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 721-733.
- Infopédia (2003-2013). *Infopédia – Enciclopédia e Dicionários Porto Editora*. Porto. Disponível em: [http://www.infopedia.pt/\\$religiao](http://www.infopedia.pt/$religiao), retirado em: 09/06/2013.
- Johnston, D. & Swanson, D. (2006). *Constructing the “good mother”*: The experience of mothering ideologies by work status. *Sex roles*, 54, 509-519.
- Júnior, G., Silva, A., Lima, A., Amora, A., Bezerra, R., & Campos, E. (2009). Nível de Satisfação Pessoal entre Mulheres Inférteis. In: *Revista Eletrônica Pesquisa Médica*, Vol. 3, No. 3. Brasil.
- Lawrance, K., Byers, E., & Cohen, J. (1998). *Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire*. University of New Brunswick, Fredericton, NB, Canada.
- Leal, I. (coord.) & Pereira, A. (2005). Infertilidade – Algumas considerações sobre causas e consequências. In Leal, I. (coord.) *et al. Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lima, R. A., Alves, B., & Cristina, I. (2010). As particularidades da (in) satisfação conjugal antes e depois da chegada dos filhos. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 30 (79), 424-439.
- Lourenço, A. (2012). *Cônjuges com e sem filhos. Diferenças e semelhanças na percepção da conjugalidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia na Área de Especialização em Sistémica, Saúde e Família. Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Lourenço, M. (2006). *Casal: Conjugalidade e Ciclo Evolutivo*. Dissertação de Doutoramento (Não Publicada), Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Matlin, M. (2000). *The psychology of women*. New York: Harcourt College Publishers.
- Mcquillan, J., Greil, A. L., Shreffler, K. M. & Tichenor, V. (2008). The importance of motherhood among women in the contemporary United States. *Gender & Society*, 22, (4), 477-496.
- Melamed, R. & Quayle, J. (2006). *Psicologia em Reprodução Assistida: Experiências Brasileiras*. Casa do Psicólogo. Brasil.
- Montagnini, H., Blay, S., Novo, N., Freitas, V., & Cedenho, A. (2009). *Estados Emocionais de Casais Submetidos à Fertilização in Vitro*. *Estudos de Psicologia*. Campinas. 26 (4) – 475-481. Outubro-Dezembro.

- Narciso, I., & Ribeiro, M.T. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Oliveira, G., Costa, J., & Rodrigues, G. (2008). *Satisfação com a Vida em Portadores de Necessidades Especiais*. Saúde Coletiva: Coletânea. No. 2, Novembro de 2008. ISSN: 1982-1441. Brasil.
- Olson, D. H. & DeFrain, J. (2003). *Marriages and Families: Intimacy, Diversity, and Strengths*. (4th ed). Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Phoenix, A., & Woollett, A. (1991). Introduction. In A. Phoenix, A. Woollett & E. Lloyd (Eds.). *Motherhood: Meanings, practices and ideologies* (pp. 1-12). London: Sage.
- Raeff, C. (1996). A cultural analysis of maternal *self*-conceptions. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, 271-306.
- Ramos, M. (2011). *Adaptação Psicossocial de Casais Portugueses à Infertilidade e à Reprodução Medicamente Assistida*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde da Universidade de Coimbra.
- Reis, S. (2011). *Casais Inférteis acusam Ansiedade e Depressão*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).
- Relvas, A. P., & Alarcão, M. (2007). *Novas Formas de Família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, M. (2004). *Infertilidade e reprodução assistida: clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Robinson, G. E., & Stewart, D. E. (1996). The psychological impact of infertility and new reproductive technologies. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 168-172.
- Roegiers, Luc. (1994). *Les Cigognes en Crise, Désir d'Enfant, Éthique Relationnelle et Fécondation in Vitro*. Bruxelles. De Boeck University.
- Ruiz, T., Monteiro, A., Corrente, J., & Netto, M. C. *Avaliação do Grau de Satisfação dos Idosos com a Qualidade de Vida em um Pequeno Município do Estado de São Paulo*. São Paulo. Mestrado em Saúde Coletiva da UFJF: Mais um passo na consolidação dos objetivos da Revista de APS.
- Santos, P. & Maia, J. (2003). *Análise Factorial Confirmatória e Validação Preliminar de uma Versão Portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg*. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática. 2003, 2, 253-268. Centro de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho.
- Sexton, M. B., Byrd, M. R. & Kluge, S. (2010). Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: Examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *Journal of Psychiatric Research* (44), 236–24.
- Siano, J. A. (2000). *Constituição da Republica Federativa do Brasil*. São Paulo: Editora Rideel.
- Silva, A. (2007). *Ansiedade físico-social e imagem corporal dos praticantes de fitness*. Estudo comparativo entre participantes da ilha de São Jorge e da ilha de São Miguel. Universidade de Coimbra, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.

- Silva, L. (1995). *Entre Marido e Mulher Alguém Meta a Colher*, Col. Dos Homens e Das Mulheres, Celorico de Basto, À Bolina.
- Solé, C. & Parella, S. (2004). “Nuevas” expresiones de la maternidad: Las madres com carreras profesionales “exitosas”. *Revista Española de Sociología*, 4, 67-92.
- Souza, D. B. L. & Ferreira, M. C. (2005). *Auto-estima Pessoal e Coletiva em Mães e Não-Mães*. *Psicologia em Estudo*, v. 10, n.1, p.19-25, Jan./Abr. Maringá.
- Tangney, J. P. (2002). Self-conscious emotions: The self as a moral guide. In A. Tesser, D. A. Stapel, & J. V. Wood (Eds.), *Self and motivation: Emerging psychological perspectives* (pp. 97-117). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tardy, R. (2000). “*But I am a good mom*”: *The social construction of motherhood through health-care conversations*. *Journal of Contemporary Ethnography*, 29, (4), 433-473.
- Trindade, Z. A. (1998). Em busca da maternidade: Dilema reprodutivo de mulheres inférteis. In A. S. P. Moreira & D. C. de Oliveira (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 191-203). Goiânia, GO: AB Editora.
- Trindade, Z. A. & Enumo, S. R. F. (2002). *Triste e Incompleta: Uma Visão Feminina da Mulher Infértil*. *Psicologia USP*. V.12 n.2. São Paulo. Universidade Federal do Espírito Santo.
- Valsiner, J. (2000). *Culture and human development*. London: Sage Publications.
- Vizheh, M., Pakgozar, M., Babaei, G., & Ramezanzadeh, F. (2012). Effect of counseling on quality of marital relationship of infertile couples: a randomized, controlled trial (RCT) study. In: *Fertility and Sterility*. Iran.
- Westlie, L., Umen, A., Nestrud, S., & Kjelistrand, C. M. (1984). *Mortality, morbidity, and life satisfaction in the very old dialysis patient*. *Trans. Am. Soc. Artif. Intern. Organs*, v.30, p.21-30.
- Zeanah, P.D. & Schwarz, J.C. (1996). Reliability and validity of the sexual self-esteem inventory for women. *Assessment*, 3, 1-15.

ANEXOS

Anexo A) Solicitação de Autorização para Aplicação de Questionários a Indivíduos com Problemas de Fertilidade.

Ex.^ª Sr.^ª Engenheira Cláudia Vieira
Presidente do serviço de Fertilidade
Associação Portuguesa de Fertilidade

Faro, 21 de Março de 2013

Assunto: Solicitação de autorização para aplicação de questionários a indivíduos com problemas de fertilidade

No âmbito da tese de dissertação de Mestrado em Psicologia do Departamento de Psicologia e Ciências da Educação, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade do Algarve, a mestranda Inês Santos, sob a orientação do professor doutor Jean-Christophe Giger, está a realizar uma investigação cujo principal objetivo é o de identificar os fatores psicossociais associados ao bem-estar psicológico em casais que experienciam problemas de fertilidade.

Para a realização deste estudo seria necessário a aplicação de questionários de resposta autónoma, com a duração total de aproximadamente 15 minutos, que perspetivamos que poderia fazer sentido colocarmos o nosso Questionário Online no vosso site.

Neste sentido, vimos por este meio solicitar a vossa autorização para a aplicação dos questionários, aos pacientes que concordarem em participar voluntariamente no estudo.

Importa reforçar que a identidade dos vossos pacientes será sempre protegida, todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais.

Acreditamos que a identificação destes fatores assume uma elevada importância não só para aos casais que vivenciam esta experiência, mas também para as equipas de profissionais envolvidos na problemática da infertilidade. Neste sentido, pensamos em algumas vantagens que vos poderíamos proporcionar pela vossa colaboração com a Universidade do Algarve através deste projeto. Comprometer-nos-íamos a enviar-vos todos os produtos da nossa investigação, quer sejam comunicações em congressos internacionais quer artigos publicados em revistas científicas e, a elaborar e entregar-vos, um documento-relatório com os resultados específicos e particulares, não identificativos, dos vossos pacientes.

Para o esclarecimento de qualquer dúvida ou informação adicional que necessitem acerca do estudo poderá contactar o orientador da investigação através de carta, telefone ou endereço eletrónico.

Muito obrigada pela vossa atenção e disponibilidade.

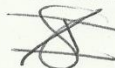
Com os melhores cumprimentos,

Jean-Christophe Giger



Professor auxiliar convidado
Departamento de Psicologia e Ciências da Educação
Faculdade Ciências Humanas e Sociais (FCHS)
Universidade do Algarve,
Campus de Gambelas
8005-139 Faro
Tel.: 289800900, extensão: 7608.
Gabinete: 1.39A (Edifício 1)
Endereço eletrónico: jhgiger@ualg.pt

Inês Santos



Anexo B) Questionário.



Universidade do Algarve
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde



O presente questionário insere-se no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve. Com este estudo pretende-se recolher informação acerca de problemas de fertilidade e das estratégias utilizadas pelas pessoas que os experienciam. A sua participação neste estudo é voluntária, anónima e confidencial. Não existem respostas certas nem erradas, apenas o que se pretende é que responda com a sua maior sinceridade. Responder a este questionário tem a duração aproximada de 15 minutos.

Obrigada

Por favor, preencha o campo seguinte com os seus dados:

Idade: _____ anos

Género: Feminino Masculino

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) União de Facto Viúvo(a) Outro

Habilitações Literárias: _____

Área de Formação: _____

Profissão: _____

Naturalidade: _____

Língua Materna: Português Outra: Qual? _____

Tem filhos? Sim Não

Se sim, quantos? _____

Tem ou teve problemas de fertilidade? Sim Não

Se Sim. Selecione a opção que melhor define o seu problema e responda às questões que se seguem:

Infertilidade Feminina

Infertilidade Masculina

Infertilidade no Casal

Causa desconhecida especificar: _____

Durante quanto tempo tentaram engravidar sem procurar apoio médico? _____

Há quanto tempo foi diagnosticada a infertilidade? _____

Já realizou algum tratamento para o problema de infertilidade? Sim Não

Se sim, escreva quando os fez (datas aproximadas):

Se sim, descreva os tipos de tratamentos e onde os fez:

Se não, justifique a razão:

Atualmente está a realizar algum tratamento? Sim Não

Se sim, explicita qual: _____

No futuro, está a pensar realizar algum tratamento? Sim Não

Se sim, descreva de que tipo:

Indique a forma como os tratamentos o(a) têm feito sentir/ou o(a) fizeram sentir, considerando os aspetos que seguidamente se apresentam (faça um círculo ou uma cruz por cima do número a que corresponde):

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
	1	2	3	4	5
Raiva	1	2	3	4	5
Frustração	1	2	3	4	5
Ansiedade	1	2	3	4	5
Angústia	1	2	3	4	5
Desespero	1	2	3	4	5
Inferioridade	1	2	3	4	5
Esperança	1	2	3	4	5
Revolta	1	2	3	4	5
Tristeza	1	2	3	4	5
Cansaço	1	2	3	4	5

Outros (escreva quais): _____

O que pensa em relação às ajudas e aos apoios que as pessoas com problemas de fertilidade têm neste momento a nível nacional?

De seguida encontra cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Utilizando a escala de 1 a 7 abaixo indicada, refira o seu grau de acordo com cada item colocando o número apropriado na linha que precede cada um deles. Procure ser sincero nas respostas que vai dar. Eis a escala de 7 pontos.

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

SV1	Em muitos aspetos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais.	1	2	3	4	5	6	7
SV2	As minhas condições de vida são excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
SV3	Estou satisfeito(a) com a minha vida.	1	2	3	4	5	6	7

PF17	Durante a relação sexual só consigo pensar em ter um(a) filho/a (ou outro/a).	1	2	3	4	5	6	7
PF18	O/A meu/minha companheiro(a) e eu, em conjunto, lidamos bem com questões relacionadas com a nossa infertilidade.	1	2	3	4	5	6	7
PF19	Sinto-me vazia(o)/incompleta(o) por causa do nosso problema de fertilidade.	1	2	3	4	5	6	7
PF20	Conseguiria visualizar uma vida feliz juntos, sem um(a) filho/a (ou outro/a).	1	2	3	4	5	6	7
PF21	Aborrece-me que o(a) meu(minha) companheiro(a) reaja de forma diferente da minha ao problema.	1	2	3	4	5	6	7
PF22	Ter relações sexuais é difícil porque não quero ter outra decepção.	1	2	3	4	5	6	7
PF23	Ter um(a) filho/a não é o principal objetivo da minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
PF24	O(A) meu(minha) companheiro(a) está bastante desiludido comigo.	1	2	3	4	5	6	7
PF25	Às vezes pergunto-me se realmente quero ter um(a) filho/a (ou outro/a).	1	2	3	4	5	6	7
PF26	O(A) meu(minha) parceiro(a) e eu poderíamos falar mais abertamente um com o outro acerca do nosso problema de fertilidade.	1	2	3	4	5	6	7
PF27	As reuniões de família são especialmente difíceis para mim.	1	2	3	4	5	6	7
PF28	Não ter um(a) filho(a) permitir-me-ia ter tempo para fazer outras coisas gratificantes.	1	2	3	4	5	6	7
PF29	Tenho sentido frequentemente que nasci para ser mãe/pai.	1	2	3	4	5	6	7
PF30	Não consigo evitar comparar-me com amigos que têm filhos.	1	2	3	4	5	6	7
PF31	Ter um(a) filho(a) não é necessário para a minha felicidade.	1	2	3	4	5	6	7
PF32	Posso ficar muito zangada(o) quando falhamos um dia crítico para ter relações sexuais.	1	2	3	4	5	6	7
PF33	Não imagino que alguma vez nos separássemos por causa disto.	1	2	3	4	5	6	7
PF34	Sempre tive o desejo de ser mãe/pai.	1	2	3	4	5	6	7
PF35	Continuo a ter muitas coisas em comum com amigos que têm filhos.	1	2	3	4	5	6	7
PF36	Quando eu e o(a) meu(minha) companheiro(a) tentamos falar acerca do nosso problema de fertilidade, acabamos muitas vezes a discutir.	1	2	3	4	5	6	7
PF37	Às vezes sinto tanta pressão psicológica que ter relações	1	2	3	4	5	6	7

sexuais se torna difícil.

PF38	Conseguiríamos ter uma relação longa e feliz sem um(a) filho/a	1	2	3	4	5	6	7
PF39	Considero difícil passar tempo com amigos que têm filhos pequenos.	1	2	3	4	5	6	7
PF40	Quando vejo famílias com crianças sinto-me excluída.	1	2	3	4	5	6	7
PF41	Existe uma certa liberdade em não ter filhos que me atrai.	1	2	3	4	5	6	7
PF42	Farei tudo o que for preciso para ter um(a) filho/a.	1	2	3	4	5	6	7
PF43	Sinto que os nossos amigos e família nos estão a deixar para trás.	1	2	3	4	5	6	7
PF44	Fico incomodada(o) quando outros falam acerca dos seus filhos.	1	2	3	4	5	6	7
PF45	Preocupa-me que o/a meu/minha companheiro(a) e eu nos venhamos a afastar por causa da infertilidade.	1	2	3	4	5	6	7
PF46	Quando conversamos sobre os nossos problemas de fertilidade, acho que consigo confortar o/a meu/minha companheiro(a) com os meus comentários.	1	2	3	4	5	6	7

Responda às seguintes questões, assinalando com uma cruz ou um círculo, a resposta que pretende, de acordo com a seguinte escala:

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 = Discordo totalmente | 5 = Concordo mais ou menos |
| 2 = Discordo | 6 = Concordo |
| 3 = Discordo mais ou menos | 7 = Concordo totalmente |
| 4 = Nem concordo nem discordo | |

ASI1	Independentemente de quão acompanhado um homem esteja, ele nunca está completo até que ame uma mulher.	1	2	3	4	5	6	7
ASI2	Muitas mulheres atualmente procuram favores especiais, como as políticas de emprego que as favorecem perante os homens, sob o ideal de pedirem igualdade.	1	2	3	4	5	6	7
ASI3	Num desastre, devem socorrer-se as mulheres antes dos homens.	1	2	3	4	5	6	7
ASI4	A maior parte das mulheres, interpreta comentários inocentes como sendo comentários sexistas.	1	2	3	4	5	6	7
ASI5	As mulheres ofendem-se muito facilmente.	1	2	3	4	5	6	7
ASI6	As pessoas nunca estão verdadeiramente felizes na vida sem que estejam romanticamente envolvidas com uma pessoa do sexo oposto.	1	2	3	4	5	6	7
ASI7	As feministas tentam que as mulheres alcancem mais poder que os homens.	1	2	3	4	5	6	7

ASI8	Muitas mulheres têm uma qualidade de pureza que poucos homens possuem.	1	2	3	4	5	6	7
ASI9	As mulheres deviam ser acarinhadas e protegidas pelos homens.	1	2	3	4	5	6	7
ASI10	Muitas mulheres não apreciam verdadeiramente tudo aquilo que os homens fazem por elas.	1	2	3	4	5	6	7
ASI11	As mulheres procuram ganhar o poder através do domínio dos homens.	1	2	3	4	5	6	7
ASI12	Todos os homens devem ter uma mulher que adorem.	1	2	3	4	5	6	7
ASI13	Os homens estão incompletos sem as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
ASI14	As mulheres exageram os problemas que têm no emprego.	1	2	3	4	5	6	7
ASI15	Assim que uma mulher consegue que um homem se comprometa, geralmente procura pôr-lhe «rédea curta».	1	2	3	4	5	6	7
ASI16	Quando as mulheres perdem com um homem numa competição justa, elas, tipicamente, queixam-se de serem alvos de discriminação.	1	2	3	4	5	6	7
ASI17	Uma boa mulher deveria ser colocada num pedestal pelo seu homem.	1	2	3	4	5	6	7
ASI18	Muitas mulheres conseguem um «pontapé de saída» provocando os homens, mostrando-se sexualmente disponíveis, e depois recusando os seus avanços.	1	2	3	4	5	6	7
ASI19	As mulheres comparativamente aos homens, tendem a ter uma sensibilidade moral superior.	1	2	3	4	5	6	7
ASI20	Os homens devem estar na disposição de sacrificar o seu próprio bem-estar, de forma a sustentarem financeiramente a mulher.	1	2	3	4	5	6	7
ASI21	As feministas fazem exigências pouco razoáveis aos homens	1	2	3	4	5	6	7
ASI22	As mulheres, comparativamente com os homens, tendem a ter um sentido de cultura e gosto mais refinados.	1	2	3	4	5	6	7

Nas frases que se seguem, indique com uma cruz, o que melhor expressa a sua concordância com as seguintes afirmações na escala seguinte:

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo

3 = Discordo mais ou menos

4 = Nem concordo nem discordo

5 = Concordo mais ou menos de acordo

6 = Concordo

7 = Concordo totalmente

AE1	Em geral, eu estou satisfeito(a) comigo.	1	2	3	4	5	6	7
AE2	Às vezes, eu acho que não presto para nada.	1	2	3	4	5	6	7
AE3	Eu sinto que tenho várias boas qualidades.	1	2	3	4	5	6	7
AE4	Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
AE5	Eu sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	1	2	3	4	5	6	7
AE6	Eu, com certeza, sinto-me inútil às vezes.	1	2	3	4	5	6	7
AE7	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos o mesmo nível que as outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
AE8	Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo(a).	1	2	3	4	5	6	7
AE9	Em geral, eu estou inclinado(a) a sentir que sou um fracasso.	1	2	3	4	5	6	7
AE10	Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo(a).	1	2	3	4	5	6	7

Responda às seguintes questões, assinalando com uma cruz ou um círculo, a resposta que pretende:

RS1 **Todos os dias sinto que a responsabilidade, da problemática de fertilidade, é minha.**
 Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

Dif1 **Sinto-me diferente das outras pessoas, devido à problemática de fertilidade.**
 Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

De um modo geral, como é que descreveria o seu relacionamento sexual com o seu parceiro(a)?

SS1	Bom	1	2	3	4	5	6	7	Mau
SS2	Agradável	1	2	3	4	5	6	7	Desagradável
SS3	Positivo	1	2	3	4	5	6	7	Negativo
SS4	Satisfeito	1	2	3	4	5	6	7	Insatisfeito
SS5	Valioso	1	2	3	4	5	6	7	Inútil

Responda às seguintes questões, assinalando com uma cruz, a resposta que pretende:
 Acredita em alguma religião? Sim Não
 Se sim, qual? _____

R1	Como classificaria a sua crença:	Pouco crente	1	2	3	4	5	6	7	Muito crente
R2	As minhas crenças religiosas guiam a minha vida quotidiana.	Discordo muito	1	2	3	4	5	6	7	Concordo muito

R3	As normas da minha religião deveriam ter mais influência na sociedade.	Discordo muito	1	2	3	4	5	6	7	Concordo muito
----	--	-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

Nas frases que se seguem, indique com um círculo ou uma cruz, o número que melhor expressa a sua concordância com as seguintes afirmações, sendo que:

1 = Discordo totalmente

5 = Concordo mais ou menos

2 = Discordo

6 = Concordo

3 = Discordo mais ou menos

7 = Concordo totalmente

4 = Nem concordo nem discordo

AES1	Eu sinto que sou muito bom(boa) no sexo.	1	2	3	4	5	6	7
AES2	Eu sinto que as “técnicas sexuais” são simples para mim.	1	2	3	4	5	6	7
AES3	Sexualmente, sinto-me um(a) falhado(a).	1	2	3	4	5	6	7
AES4	Eu sou bastante bom(boa) a expressar-me sexualmente.	1	2	3	4	5	6	7
AES5	Eu sinto-me envergonhado(a) com a minha falta de experiência sexual.	1	2	3	4	5	6	7
AES6	Eu sinto-me bem com as minhas capacidades de satisfação do(a) meu (minha) parceiro(a).	1	2	3	4	5	6	7
AES7	Eu gostaria de conseguir relaxar em situações sexuais.	1	2	3	4	5	6	7
AES8	Eu estou satisfeito (a) com a minha aparência física.	1	2	3	4	5	6	7
AES9	Eu detesto o meu corpo.	1	2	3	4	5	6	7
AES10	Eu estou satisfeito (a) com a forma como o meu corpo se desenvolveu.	1	2	3	4	5	6	7
AES11	Eu gostaria trocar de corpo com alguém.	1	2	3	4	5	6	7
AES12	Eu preocupo-me com a possibilidade de o meu corpo ser repugnante para um (a) parceiro (a) sexual.	1	2	3	4	5	6	7
AES13	Eu seria mais feliz se a minha aparência fosse melhor.	1	2	3	4	5	6	7
AES14	Eu tenho orgulho no meu corpo.	1	2	3	4	5	6	7
AES15	Eu sinto-me emocionalmente vulnerável num encontro sexual.	1	2	3	4	5	6	7
AES16	Eu tenho medo de perder o controlo sexual.	1	2	3	4	5	6	7
AES17	Eu sinto que consigo avaliar como o(a) meu(minha) parceiro(a) sexual irá perceber as minhas intenções de até onde pretendo ir sexualmente.	1	2	3	4	5	6	7
AES18	Eu sinto-me fisicamente vulnerável num encontro sexual.	1	2	3	4	5	6	7

AES19	Eu preocupo-me que não consiga parar algo que eu não quero num contexto sexual.	1	2	3	4	5	6	7
AES20	Eu tenho medo que as coisas fiquem fora de controlo porque nem sempre consigo perceber até onde é que o(a) meu(minha) parceiro(a) quer ir numa situação sexual.	1	2	3	4	5	6	7
AES21	Tenho medo que alguém se aproveite de mim sexualmente.	1	2	3	4	5	6	7
AES22	Eu sinto-me bem com o papel do sexo na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
AES23	Eu gosto do que aprendi sobre mim mesmo através das minhas experiências sexuais.	1	2	3	4	5	6	7
AES24	Eu não me sinto preparado(a) para algumas experiências sexuais que tenho tido.	1	2	3	4	5	6	7
AES25	Algumas vezes desejo poder esquecer-me do sexo.	1	2	3	4	5	6	7
AES26	Gostava que o sexo tivesse menos importância na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
AES27	Estou contente por os sentimentos sobre sexo serem parte da minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
AES28	Em geral, acho que as minhas experiências sexuais contribuíram para uma visão mais positiva de mim.	1	2	3	4	5	6	7
AES29	Eu sinto culpa pelos meus pensamentos e sensações sexuais.	1	2	3	4	5	6	7
AES30	Os meus comportamentos sexuais estão ajustados com os meus valores morais.	1	2	3	4	5	6	7
AES31	Algumas das coisas que faço sexualmente são moralmente erradas.	1	2	3	4	5	6	7
AES32	Já me castiguei a mim mesmo(a) pelos meus pensamentos, sensações e/ou comportamentos sexuais.	1	2	3	4	5	6	7
AES33	Eu nunca me sinto mal pelos meus comportamentos sexuais.	1	2	3	4	5	6	7
AES34	Eu nunca sinto culpa pelos meus sentimentos sexuais.	1	2	3	4	5	6	7
AES35	Do ponto de vista moral, os meus sentimentos sexuais são aceitáveis para mim.	1	2	3	4	5	6	7

Obrigada pela sua participação