



CATOLICA
—
**FACULDADE DE
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA**
PORTO

**VIABILIDADE E ACEITABILIDADE DE UM PROGRAMA DE
INTERVENÇÃO EM GRUPO COM CASAIS EM LISTA DE ESPERA
PARA PMA**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Adriana Maia Carneiro de Albuquerque

Porto, Julho 2026



CATOLICA
— **FACULDADE DE**
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA
PORTO

**VIABILIDADE E ACEITABILIDADE DE UM PROGRAMA DE
INTERVENÇÃO EM GRUPO COM CASAIS EM LISTA DE ESPERA
PARA PMA**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Adriana Maia Carneiro de Albuquerque

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof^a Doutora Maria Raul Lobo Xavier

Porto, Julho 2026

Agradecimentos

À minha professora e orientadora, Doutora Maria Raul Lobo Xavier, expresso a minha gratidão pela orientação rigorosa, pela disponibilidade, pela confiança depositada em mim. O seu conhecimento foi fundamental para a concretização deste trabalho.

Ao meu avô Geraldo, que, mesmo já não estando fisicamente entre nós, continua presente em cada conquista da minha vida. Foi ele quem me ensinou o valor do conhecimento. Acredito que, onde quer que esteja, celebra este momento com orgulho.

Aos meus pais, por nunca terem deixado de acreditar em mim. Apesar dos desafios e das dificuldades que a vida nos apresentou, o vosso amor, apoio e dedicação deram-me as bases para sonhar, persistir e nunca desistir. Esta conquista também vos pertence.

Ao meu companheiro de vida, Diogo, por seres o meu porto seguro. Obrigada pela paciência, pelo incentivo, pelo carinho e por acreditares em mim mesmo quando eu própria duvidava das minhas capacidades. Obrigada por celebrares cada pequena vitória, por compreenderes as minhas ausências, por dividires os pesos desta caminhada e por me recordares, todos os dias, o meu valor enquanto mulher, mãe, psicóloga e investigadora.

A todos os casais que aceitaram participar nesta investigação, o meu mais sincero agradecimento pela confiança, disponibilidade e generosidade ao partilharem as suas histórias, emoções e vivências.

Aos amigos portugueses, Carla e Beca, pelo acolhimento em Portugal. Aos amigos brasileiros, Tica e Marcelo, pelos abraços nos momentos difíceis. À Carol, por me fazer reencontrar forças para continuar. À Melany, pela partilha dos desafios no mestrado. E a todas as amigas da vida, às de sempre e às recentes.

Aos meus irmãos, sobrinhos, cunhados, primos, tios e restantes familiares, por celebrarem cada conquista e nunca deixarem de acreditar no meu potencial.

Ao Snoopy, companheiro inseparável das longas horas de escrita, pela presença silenciosa, pelo conforto e pelos momentos de pausa que tornaram este percurso mais leve.

Por fim, aos meus maiores amores: os meus filhos, Gabriel e Rafael. Vocês foram a razão da minha transformação. Foi depois da maternidade que encontrei a coragem para mudar de profissão, recomeçar e acreditar que nunca é tarde para construir uma nova história. Obrigada por compreenderem as minhas ausências, por esperarem pacientemente enquanto eu estudava. Que tenham sempre coragem para seguir os vossos sonhos, mesmo quando o caminho parecer difícil, e que nunca deixem que o medo seja maior do que a vontade de construir a vida que desejam. Esta conquista tem o meu nome, mas pertence também a vocês.

Declaração de Utilização de Inteligência Artificial

Na elaboração desta dissertação, recorreu-se à ferramenta de Inteligência Artificial Claude (Anthropic) como apoio em tarefas de natureza técnica e linguística, nomeadamente: revisão e adequação linguística ao português europeu, formatação e construção de tabelas, organização estrutural do documento e verificação de consistência formal. Toda a recolha de dados, análise estatística e qualitativa, interpretação dos resultados e desenvolvimento do raciocínio científico foram da exclusiva responsabilidade da autora.

Lista de Abreviaturas

ATR	Análise Temática Reflexiva
DP	Desvio-Padrão
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
FIV	Fertilização In Vitro
IBM SPSS	IBM Statistical Package for the Social Sciences
ICSI	Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide
M	Média
Mdn	Mediana
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMA	Procriação Medicamente Assistida
QAGSI	Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação com a Intervenção
SCREENIVF	Screening on Distress in Fertility Treatment
SNS	Serviço Nacional de Saúde

Resumo

O presente estudo teve como objetivo avaliar a viabilidade e a aceitabilidade de um programa de intervenção breve em grupo, dirigido a participantes em lista de espera para Procriação Medicamente Assistida (PMA). Adotou-se um estudo de caso múltiplo, método misto, com 74 participantes (41 mulheres e 33 homens; M idade = 35,5 anos; DP = 4,0) em lista de espera para início do tratamento. Dados quantitativos sobre satisfação com a intervenção (Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação com a Intervenção) e bem-estar psicológico (escala SCREENIVF) foram complementados por dados qualitativos (perguntas abertas — Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação com a Intervenção), via Análise Temática Reflexiva. Os resultados revelaram satisfação elevada e estável nas duas sessões, recomendação praticamente unânime, e seis temas qualitativos evidenciando a transmissão de informação, a qualidade relacional da equipa e a coesão do grupo como principais fatores de aceitabilidade. O bem-estar psicológico revelou um perfil globalmente favorável, com valores menos favoráveis apenas na subescala de aceitação da infertilidade. Conclui-se que o programa é viável e aceitável, constituindo um contributo relevante para intervenções psicossociais dirigidas a pessoas em lista de espera para PMA.

Palavras-Chave: Infertilidade, Procriação Medicamente Assistida, Intervenção em Grupo, Viabilidade, Aceitabilidade.

Abstract

The present study aimed to assess the feasibility and acceptability of a brief group intervention program for participants on the waiting list for Medically Assisted Reproduction (MAR). A multiple case study, mixed methods design was adopted, with 74 participants (41 women, 33 men; M age = 35.5 years; SD = 4.0) on the waiting list to begin treatment. Quantitative data on intervention satisfaction and psychological well-being (SCREENIVF; Final Evaluation Questionnaire — Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação com a Intervenção) were complemented by qualitative data via Reflexive Thematic Analysis. Results revealed high, stable satisfaction across the two sessions, near-unanimous recommendation, and six themes highlighting information provision, team relational quality, and group cohesion as acceptability factors. Psychological well-being showed an overall favorable profile, with less favorable values only on the infertility acceptance subscale. The program is perceived as feasible and acceptable, contributing to the evidence base for psychosocial interventions for the MAR waiting-list population.

Keywords: Infertility, Medically Assisted Reproduction, Group Intervention, Feasibility, Acceptability.

Índice

<u>Introdução</u>	9
<u>1. Enquadramento Teórico</u>	11
<u>1.1 Infertilidade e PMA</u>	11
<u>1.2 PMA e implicações no bem-estar psicológico</u>	13
<u>1.3 Programa de Intervenção em grupo na PMA</u>	15
<u>1.4 Viabilidade e Aceitabilidade na Implementação de um Programa de Intervenção em Grupo para Casais em Lista de Espera para PMA</u>	18
<u>2. Método</u>	20
<u>2.1 Objetivos e Fundamentação do Método e Design do Estudo</u>	20
<u>2.2 Amostra</u>	20
<u>2.3 Instrumentos</u>	21
<u>2.4 Procedimentos de Recolha e Análise de Dados</u>	22
<u>3. Resultados</u>	24
<u>3.1 Caracterização Sociodemográfica</u>	24
<u>3.2 Caracterização Clínica</u>	25
<u>3.3 Bem-Estar Psicológico (Escala SCREENIVF)</u>	26
<u>3.4 Avaliação Quantitativa da Intervenção</u>	28
<u>3.5 Avaliação Qualitativa da Intervenção</u>	31
<u>4. Discussão</u>	32
<u>Conclusão</u>	41
<u>Referências</u>	45
<u>Anexo 1 — Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação com a Intervenção</u>	56
<u>Anexo 2 — Sistema Integral de Categorias da Análise Temática Reflexiva</u>	60
<u>Anexo 3 — Instrumento SCREENIVF</u>	62

Introdução

O presente trabalho refere-se à Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Educação e Psicologia, da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), com tema central na avaliação da viabilidade e da aceitabilidade de um programa de intervenção psicoeducativa em grupo com casais em lista de espera para Procriação Medicamente Assistida (PMA).

Entende-se por viabilidade a possibilidade de um programa ser implementado e mantido de forma exequível num determinado contexto, público ou privado; e por aceitabilidade o grau em que esse programa é percecionado pelos participantes como adequado, satisfatório e útil (Sekhon, Cartwright, & Francis, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2025), a infertilidade é uma doença do sistema reprodutivo, definida como a incapacidade de conceber uma gravidez após 12 meses (ou mais) de relações sexuais regulares e desprotegidas. Ela pode provocar alterações na saúde mental da mulher, do homem ou de ambos e levar a quadros de ansiedade, depressão, sentimentos como fracasso e culpa (Coelho, Martins, & Gameiro, 2023).

Diante da infertilidade, a PMA surge como uma possibilidade real de alcançar o sonho de gestar um filho, ao mesmo tempo em que inaugura uma jornada repleta de expectativas, incertezas e intensas vivências emocionais (Marques & Morais, 2018). Entende-se por PMA um conjunto de técnicas e tratamentos médicos que se destinam a contribuir para um estado de gravidez quando esta não é possível de alcançar de forma natural, resultado de qualquer tipo de infertilidade (Zegers-Hochschild et al., 2017).

Em Portugal, estima-se que cerca de 15% da população em idade reprodutiva, aproximadamente 300 mil casais, sofra de infertilidade (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2025). Em resposta ao crescente número de casais inférteis, a PMA decorre tanto em centros públicos como em centros privados autorizados, sendo gratuita no Serviço Nacional de Saúde e paga no setor privado. Na rede pública, verifica-se um desajuste entre a procura e a capacidade de resposta dos serviços de PMA, refletido no aumento do número de utentes em lista de espera para consulta de apoio à fertilidade e no incumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) de 120 dias para acesso à primeira consulta, bem como nos prolongados tempos de espera para acesso às técnicas de PMA (ERS, 2025).

Um estudo de revisão sistemática e meta-análise recente verificou que casais em tratamento de PMA apresentam, ao longo do percurso, níveis elevados de sofrimento

emocional, sendo as mulheres que reportam consistentemente maior ansiedade, depressão e menor autoestima (Coelho et al., 2023). De forma semelhante, evidências mais recentes demonstram que o desejo persistente de ter filhos, quando frustrado, pode estar fortemente associado a sintomas clínicos de sofrimento psicológico, revelando a infertilidade como fator de risco para transtornos mentais, particularmente quando o suporte emocional é escasso (Greil et al., 2023).

A intervenção psicológica em grupo com casais em contexto de PMA tem sido apontada na literatura como uma estratégia eficaz para responder às exigências emocionais, conjugais e psicossociais associadas à infertilidade, constituindo o grupo um espaço privilegiado para a partilha de experiências e a normalização do sofrimento emocional (Galhardo, Cunha, Pinto-Gouveia, & Matos, 2022).

A participação em intervenções grupais permite aos casais reconhecer a universalidade das dificuldades vivenciadas, reduzindo o isolamento emocional (Rodriguez-Wallberg, Ahlgren, Almqvist, & Ljungman, 2022) e favorece o desenvolvimento de estratégias de coping mais adaptativas (Ying, Wu, Loke, & Schwarzer, 2022). Neste sentido, a intervenção em grupo assume não apenas uma função de suporte emocional, mas também um papel terapêutico estruturante, potenciando a resiliência do casal face às exigências psicológicas inerentes aos tratamentos (Harrison, Hu, & Donoghue, 2022).

A avaliação sistemática da implementação de programas de intervenção constitui uma recomendação reiterada na literatura internacional, particularmente quando se trata de intervenções inovadoras, sem precedente direto no contexto em que são introduzidas (Sekhon, Cartwright, & Francis, 2017). Dentro dessa avaliação, destaca-se a importância de dar voz aos próprios destinatários da intervenção, neste caso, os homens e as mulheres em lista de espera para tratamento de PMA, que são os principais interessados na sua continuidade ou ajustamento.

Face às lacunas encontradas na literatura, nomeadamente a escassez de programas dirigidos especificamente a casais em lista de espera para PMA, a concentração da investigação disponível em intervenções desenvolvidas durante ou após o início dos tratamentos, e o conhecimento ainda limitado sobre programas que considerem o casal, e não apenas a mulher, como unidade de intervenção (Boivin et al., 1999; Martins et al., 2014; Dube et al., 2023; Molgora, Fenaroli, Acquati, De Donno, Baldini, & Saita, 2019), reveste-se de particular pertinência avaliar a viabilidade e a aceitabilidade de um programa de intervenção breve, em grupo, com a participação de elementos representativos de toda a equipa de saúde, dirigido especificamente a esta população. Assim, o presente estudo tem

como objetivo geral avaliar a viabilidade e a aceitabilidade de um programa de intervenção breve em grupo dirigido a casais em lista de espera para PMA, sendo o foco central da investigação compreender como os participantes avaliam a sua participação nestas sessões, nomeadamente quanto à satisfação com os conteúdos, a organização e a equipa multidisciplinar, e se essa participação se associa a alguma mudança na sua perspetiva sobre o processo de PMA.

O carácter breve da intervenção, estruturada em apenas duas sessões, constitui uma opção deliberada de desenho, que visa tornar o programa operacionalizável num contexto hospitalar de saúde pública, com os recursos e a disponibilidade que lhe são próprios. Até ao momento, e tanto quanto é do nosso conhecimento, este é o primeiro programa deste tipo a ser implementado no âmbito das respostas públicas de PMA em Portugal.

No que concerne à estrutura desta dissertação, esta encontra-se organizada nas seguintes secções: a presente introdução, o enquadramento teórico sobre o tema em estudo, seguido da descrição do método (participantes, instrumentos e procedimentos de recolha e análise de dados), os resultados, a sua discussão, a conclusão e as referências bibliográficas.

1. Enquadramento Teórico

1.1 Infertilidade e PMA

A infertilidade é uma experiência subjetiva e única para cada pessoa e pode afetar profundamente a identidade e o projeto de vida dos indivíduos e dos casais (Zaia, Gremigni, & Casu, 2025). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023), estima-se que cerca de 1 em cada 6 pessoas em idade reprodutiva, em todo o mundo, seja afetada pela infertilidade ao longo da vida, e que esta condição pode estar relacionada a fatores masculinos, femininos, a uma combinação de ambos, ou não apresentar causa identificável, a infertilidade idiopática. Em Portugal, segundo a Entidade Reguladora de Saúde (ERS, 2025) estima-se que a infertilidade atinja 15% da população em idade reprodutiva, o que corresponde a aproximadamente 300 mil casais.

Os principais fatores de infertilidade na mulher incluem distúrbios ovulatórios, alterações tubárias e endometriose, sendo esta última caracterizada pela presença de tecido endometrial fora do útero e fortemente associada à infertilidade, sobretudo nas suas formas moderada e grave (Mappa et al., 2024). Em relação às causas da infertilidade masculina, destacam-se as alterações na quantidade, morfologia e motilidade dos espermatozoides; segundo Agarwal, Mulgund, Hamada e Chyatte (2015), os fatores masculinos estão

presentes isoladamente em cerca de 30% dos casos de infertilidade. Há ainda a infertilidade de causa mista, na qual tanto o homem como a mulher apresentam condições que dificultam a concepção, representando cerca de 20% dos casos diagnosticados (Cissen et al., 2016), e a infertilidade idiopática, em que todos os exames se apresentam normais sem que a gravidez ocorra, condição que representa entre 10% e 20% dos casos e que reforça a complexidade do diagnóstico e a importância do acompanhamento multidisciplinar (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2013).

Após o diagnóstico de infertilidade, a PMA pode representar uma esperança, mas, antes de se alcançar o sonho do filho desejado, existe um stress que se estende a diversas dimensões da vida social, conjugal e sexual (Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, & Soares, 2012), agravado por barreiras de cobertura médica, listas de espera e acessibilidade (Cousineau & Domar, 2007).

Todo o percurso de tratamento da PMA pode ser vivido com grande sofrimento, com data de início, mas sem perspectiva certa quanto ao sucesso/insucesso. (Lopes & Pinto, 2012). Esta incerteza prolongada continua a ser documentada na literatura mais recente, que identifica fatores protetores específicos, designadamente estratégias de coping adaptativas e o ajustamento diádico percebido pelo casal, capazes de atenuar o impacto psicológico associado à persistência em tratamentos sem sucesso, em comparação com casais que optam por interromper o processo (Zurlo, Cattaneo Della Volta, & Vallone, 2023).

Os tratamentos para PMA são frequentemente invasivos e dolorosos, contribuindo para o stress, o medo e a incerteza face ao futuro, e envolvem diferentes técnicas que auxiliam pessoas com dificuldades de concepção a alcançar a gestação, variando em complexidade e indicação e devendo ser escolhidos com base em critérios médicos, psicológicos e éticos (Zegers-Hochschild et al., 2017).

Um dos métodos de menor complexidade é a relação sexual programada (RSP), também designada por coito programado, que consiste na indução da ovulação com monitorização por ecografia, orientando o casal a manter relações sexuais nos dias mais férteis; este método está indicado em casos de infertilidade leve e de origem ovulatória (Zegers-Hochschild et al., 2017). Também de baixa complexidade é a inseminação intrauterina (IIU), que consiste na introdução do sêmen diretamente na cavidade uterina no período fértil, após preparação laboratorial, sendo indicada quando existem alterações leves do sêmen, fatores cervicais ou infertilidade idiopática (Zegers-Hochschild et al., 2017).

Na fertilização in vitro (FIV) a fecundação do óvulo ocorre fora do corpo da mulher, em ambiente laboratorial, sendo os embriões posteriormente transferidos para o útero; é

amplamente indicada em casos de obstrução tubária, endometriose avançada, idade materna avançada ou falência de tratamentos anteriores (Zegers-Hochschild et al., 2017). Dentro da FIV, a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) consiste na injeção direta de um único espermatozoide no interior do óvulo, sendo indicada especialmente em casos de fator masculino severo, como baixa concentração ou motilidade espermática (Santos, 2010).

Para além dos fatores fisiológicos, aspetos psicossociais e ambientais, como a obesidade, o tabagismo, o stress crónico e a exposição a poluentes, têm também sido associados à infertilidade (Gaskins & Chavarro, 2018), o que sublinha a importância de uma abordagem integrativa na avaliação da fertilidade.

1.2 PMA e implicações no bem-estar psicológico

O processo de PMA é frequentemente permeado por expectativas intensas, frustrações sucessivas em caso de insucesso e sentimentos ambivalentes relacionados com o corpo, a sexualidade e os limites do desejo de ter filhos (Lanius & Souza, 2010). Muitos casais descrevem este percurso como uma verdadeira “montanha-russa emocional”, marcada por esperança, medo, ansiedade e, por vezes, exaustão física e psicológica (Montagnini, Blay, Novo, Freitas, & Cedenho, 2018). A medicalização da reprodução pode ainda interferir na espontaneidade do ato reprodutivo, transformando-o num processo técnico e protocolar, suscetível de gerar sentimentos de artificialidade e perda de controlo (Kleinman, 2007).

A ansiedade associada ao sucesso dos tratamentos tende a aumentar ao longo do percurso terapêutico, tornando-o progressivamente mais desgastante. Este impacto psicológico não se restringe à mulher, afetando o casal como um todo (Grammenou, Michou, Itziou, Tsiotsias, & Eskitzis, 2026). Neste contexto, o acompanhamento psicológico assume particular relevância, contribuindo para o fortalecimento da resiliência emocional e para a redução do sofrimento associado às diferentes etapas do tratamento (Jackson, Saunders, Mizzi, & Hallam, 2025).

A evidência empírica demonstra que a infertilidade e os tratamentos de PMA estão pois frequentemente associados a elevados níveis de distress psicológico. Num estudo longitudinal realizado com casais em tratamento de PMA, Verhaak et al. (2007) verificaram que 23% das mulheres e 15% dos homens apresentavam sintomas clinicamente significativos de ansiedade e depressão, particularmente após experiências de insucesso terapêutico. De forma convergente, Martins, Peterson, Almeida, Mesquita-Guimarães e Costa (2014), ao estudarem 436 mulheres portuguesas submetidas a técnicas de reprodução assistida, concluíram que o stress associado à infertilidade compromete significativamente a

saúde mental e afeta negativamente a qualidade de vida, sobretudo nas dimensões emocional e relacional.

Para muitos casais, a infertilidade pode desencadear processos de luto associados à perda da parentalidade esperada, da identidade reprodutiva e dos projetos de vida construídos em torno da possibilidade de ter filhos (Daniluk, 2001; Greil et al., 2011). Em contextos socioculturais que atribuem um forte valor à parentalidade, estas perdas podem assumir um significado particularmente doloroso, contribuindo para sentimentos de tristeza, frustração e desamparo (Camps, Arias-Pujol, & Anguera, 2025).

Diversos estudos têm demonstrado que o diagnóstico de infertilidade está frequentemente associado a sentimentos de fracasso, culpa, ansiedade, depressão e diminuição da autoestima (Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan, 2011). De acordo com estes autores, as mulheres tendem a apresentar níveis mais elevados de sofrimento psicológico do que aquelas sem dificuldades reprodutivas, sobretudo em contextos em que a maternidade ocupa um lugar central na identidade feminina.

A pressão social associada à maternidade pode intensificar processos de comparação social, autocrítica e desvalorização pessoal, dificultando a adaptação emocional à infertilidade (Foti, Karner-Huțuleac, & Maftai, 2023).

Importa, contudo, salientar que esta diferenciação por sexo não é consensual na literatura mais recente. Revisões posteriores sugerem uma crescente convergência entre homens e mulheres no que respeita ao impacto psicológico da infertilidade, fenómeno que poderá refletir uma maior visibilidade e reconhecimento social da experiência masculina da infertilidade (Greil, McQuillan, & Slauson-Blevins, 2023).

Apesar dos avanços tecnológicos registados no campo da reprodução humana, persistem lacunas significativas na identificação e resposta às necessidades emocionais dos casais em tratamento. O foco frequentemente centrado nas dimensões biomédicas do processo pode contribuir para a subvalorização das experiências subjetivas associadas à infertilidade e à PMA, reforçando a necessidade de abordagens integradas que contemplem simultaneamente as dimensões físicas, emocionais, relacionais e sociais da experiência reprodutiva (Marques & Morais, 2018).

A infertilidade e os tratamentos de PMA podem também influenciar a dinâmica conjugal e sexual; o futuro da relação depende não apenas das circunstâncias objetivas associadas à parentalidade, mas também da forma como ambos os membros do casal interpretam e gerem emocionalmente as experiências vividas (Dattilio, 2009). Neste

contexto, a comunicação aberta, a validação emocional mútua e o apoio psicológico podem constituir importantes fatores protetores.

Paralelamente, alguns estudos sugerem que a experiência da infertilidade pode fortalecer o vínculo conjugal. A partilha das adversidades, a cooperação perante os desafios e o suporte emocional mútuo podem contribuir para o aprofundamento da intimidade e para a consolidação da parceria conjugal (Faria et al., 2012).

Contudo, esta questão permanece inconclusiva na literatura científica. Revisões sistemáticas recentes demonstram que coexistem resultados divergentes, identificando-se tanto estudos que reportam deterioração da satisfação conjugal como investigações que evidenciam fortalecimento da relação (Luk & Loke, 2015). Esta inconsistência sugere que o impacto da infertilidade sobre a qualidade da relação poderá depender de fatores moderadores específicos, nomeadamente dos recursos de coping diádico disponíveis em cada casal (Moutzouri, Sarantaki, Koulirakis, & Gourounti, 2024).

Em síntese, a infertilidade e os tratamentos de PMA constituem experiências potencialmente desafiantes para o bem-estar psicológico individual e conjugal, podendo afetar a identidade, os projetos de vida, a qualidade da relação e a adaptação à parentalidade. A evidência disponível reforça a necessidade de uma abordagem integrada que considere não apenas as dimensões biomédicas da infertilidade, mas também as suas repercussões emocionais, relacionais e sociais, promovendo respostas de apoio psicológico ajustadas às necessidades específicas desta população.

1.3 Programa de Intervenção em grupo na PMA

O período de espera que antecede o início da PMA constitui uma fase particularmente difícil para os casais, marcada pela antecipação do tratamento, pela incerteza quanto ao futuro e pela persistência do sofrimento associado à infertilidade. Nos serviços de PMA, o apoio psicológico disponibilizado aos casais assume habitualmente um formato individual ou de casal, sendo as intervenções em grupo uma modalidade ainda pouco utilizada em comparação com estas (Van den Broeck, Emery, Wischmann, & Thorn, 2010).

A abordagem grupal assenta na premissa de que o sofrimento psicológico não é vivido de forma isolada, sendo influenciado por fatores relacionais, sociais e contextuais (Yalom & Leszcz, 2020). Um grupo oferece, assim, um espaço estruturado de partilha, validação emocional e aprendizagem interpessoal, no qual os participantes podem reconhecer experiências comuns, reduzir sentimentos de isolamento e desenvolver estratégias de coping mais adaptativas (Yalom & Leszcz, 2020).

Na jornada em busca da parentalidade, o acesso a suporte psicológico ao longo de toda a vivência da PMA é fundamental, fornecendo ao casal instrumentos psíquicos essenciais não apenas para a elaboração do vínculo parental nesta nova configuração familiar, mas também para lidar com as exigências emocionais inerentes ao processo e para se preparar para a possibilidade de insucesso (ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group, 2015). A crescente procura de tratamentos de reprodução assistida tem evidenciado a importância de estudos que abordem não apenas os aspetos técnicos destes procedimentos, mas também as dimensões emocionais que envolvem as pessoas que os experienciam (Gonçalves, Nunes, & Oliveira, 2020).

A utilização de intervenções psicossociais no contexto da infertilidade e da PMA tem evoluído significativamente nas últimas décadas (Frederiksen et al., 2015; Ying et al., 2022). Os primeiros programas de apoio psicológico a casais inférteis surgiram na década de 1980, inicialmente centrados em intervenções individuais ou de casal, sendo que o formato grupal ganhou relevância à medida que se reconheceu o potencial terapêutico da partilha de experiências entre pessoas que enfrentam desafios semelhantes (Boivin, 2003).

Um dos programas mais influentes e estudados nesta área é o Mind/Body Program for Fertility, desenvolvido por Domar e colaboradores. Num ensaio controlado e randomizado com 184 mulheres a tentar engravidar há um a dois anos, este programa comparou um grupo de intervenção cognitivo-comportamental de dez sessões, um grupo de suporte padrão e um grupo de cuidados de rotina/controlo, tendo registado taxas de gravidez de 55% e 54%, respetivamente, nos dois grupos de intervenção, face a apenas 20% no grupo de controlo (Domar et al., 2000). Resultados posteriores do mesmo programa, em formato breve e de menor duração, confirmaram igualmente um aumento das taxas de gravidez associado à participação no grupo (Domar et al., 2011). Estes resultados são frequentemente citados como evidência do potencial impacto, não apenas emocional, mas também clínico, das intervenções grupais em contexto de infertilidade.

Mais recentemente, e no contexto português, Sousa-Leite e colegas (Sousa-Leite et al., 2022) desenvolveram e avaliaram o programa Beyond Fertility, uma intervenção psicossocial breve dirigida a participantes em fases críticas do percurso de PMA, que combina sessões individuais ou de casal com sessões semanais em grupo. Num estudo-piloto de braço único, com metodologia mista, os autores avaliaram especificamente a viabilidade e a aceitabilidade do programa junto dos participantes e dos profissionais de saúde envolvidos, tendo concluído que a intervenção foi bem aceite e considerada relevante pelos participantes, fornecendo orientações importantes para o desenho de um futuro ensaio

controlado e randomizado. Este estudo constitui um exemplo próximo do presente trabalho, na medida em que adota uma abordagem metodológica semelhante, a avaliação prévia da viabilidade e da aceitabilidade de um programa breve, antes de uma eventual avaliação da sua eficácia.

A década de 1990 marcou uma expansão da investigação sobre a eficácia destas intervenções grupais, com estudos a demonstrar que programas estruturados de grupo podiam reduzir significativamente os níveis de ansiedade e depressão em casais a realizar tratamentos de fertilidade (Domar et al., 2000), e meta-análises posteriores confirmaram que as intervenções psicossociais, incluindo as de formato grupal, estão associadas a melhorias no bem-estar emocional e, em alguns estudos, a taxas de gravidez ligeiramente superiores (Frederiksen et al., 2015).

No contexto português e europeu, a integração de cuidados psicossociais nos serviços de PMA ganhou impulso com o reconhecimento crescente de que o tratamento de infertilidade constitui uma experiência emocionalmente exigente, com impacto na qualidade de vida, na relação conjugal e na saúde mental dos casais (Gameiro et al., 2012).

A relevância da intervenção psicológica em infertilidade foi formalmente reconhecida pela European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), inicialmente através das orientações sobre aconselhamento em infertilidade publicadas em (ESHRE, 2002), e posteriormente através da guideline Routine Psychosocial Care in Infertility and Medically Assisted Reproduction, publicada em 2015. No que respeita especificamente às intervenções de grupo, esta guideline reconhece o seu valor como modalidade de suporte, particularmente pela oportunidade que oferecem de normalização de experiências, redução do isolamento social e desenvolvimento de estratégias de coping partilhadas (ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group, 2015).

A guideline defende que os cuidados psicossociais devem integrar a prática clínica de rotina nos centros de fertilidade e ser disponibilizados ao longo de todo o percurso assistencial, desde o período pré-tratamento até às fases posteriores ao término dos ciclos de PMA, tendo sido formuladas 120 recomendações para orientar os profissionais na identificação e resposta às necessidades psicossociais dos utentes (ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group, 2015). Segundo a ESHRE, estas necessidades distribuem-se por quatro domínios fundamentais: emocionais (ansiedade, depressão e qualidade de vida); cognitivas (informação e compreensão do tratamento); relacionais (casal, família, amigos e contexto profissional); e comportamentais (adesão terapêutica e estilos de vida). As recomendações sublinham ainda a importância da disponibilização de intervenções

psicoeducativas, apoio emocional, informação adaptada e estratégias que promovam a participação ativa dos casais no tratamento, destacando que os cuidados psicossociais não devem ser reservados apenas a situações de psicopatologia, mas constituir uma componente preventiva e universal dos serviços de fertilidade.

Em síntese, a evolução das intervenções psicossociais na PMA evidencia uma transição progressiva de um modelo predominantemente individual para um reconhecimento crescente do valor da intervenção em grupo, sustentado tanto pela evidência empírica acumulada ao longo das últimas décadas como pelas recomendações internacionais da ESHRE. Esta evidência reforça a pertinência de conceber e avaliar programas breves de intervenção em grupo dirigidos especificamente a casais em lista de espera para PMA, uma fase do percurso reprodutivo que, como se viu, continua a ser maioritariamente acompanhada por formatos individuais ou de casal, constituindo este o enquadramento que orienta o desenho do programa avaliado no presente estudo.

1.4 Viabilidade e Aceitabilidade na Implementação de um Programa de Intervenção em Grupo para Casais em Lista de Espera para PMA

O desenvolvimento de intervenções psicológicas em contexto de saúde tem sido acompanhado por uma crescente preocupação com a avaliação da sua implementação (Proctor et al., 2011). Embora a eficácia constitua um critério fundamental para determinar se uma intervenção produz os resultados pretendidos, a sua utilidade prática depende igualmente da capacidade de ser implementada de forma consistente, de alcançar a população-alvo e de ser considerada relevante pelos participantes (Proctor et al., 2011; Sekhon et al., 2017). Neste contexto, os conceitos de viabilidade (feasibility) e aceitabilidade (acceptability) assumem um papel central no desenvolvimento e na avaliação de programas de intervenção psicológica (Bowen et al., 2009).

Os estudos de viabilidade representam frequentemente uma etapa preliminar ao desenvolvimento de ensaios de eficácia em larga escala, com o objetivo de determinar se uma intervenção pode ser implementada nas condições previstas, identificando potenciais dificuldades relacionadas com o recrutamento de participantes, a retenção amostral, a adesão às sessões, a adequação dos procedimentos de recolha de dados e a disponibilidade dos recursos necessários à sua execução (Bowen et al., 2009; Eldridge et al., 2016). Assim, a viabilidade não se centra prioritariamente nos resultados clínicos, mas antes na análise dos processos que sustentam a implementação da intervenção.

Complementarmente, a aceitabilidade refere-se à forma como uma intervenção é percebida pelos indivíduos que nela participam ou que a implementam. De acordo com o modelo teórico proposto por Sekhon et al. (2017), a aceitabilidade corresponde ao grau em que uma intervenção é considerada apropriada, satisfatória ou compatível com as necessidades, valores e expectativas dos seus destinatários, constituindo um construto multidimensional que inclui componentes cognitivos e emocionais relacionados com a experiência de participação. O quadro conceptual destes autores identifica sete dimensões fundamentais da aceitabilidade: a atitude afetiva perante a intervenção, o esforço exigido para participar, a compreensão da intervenção, a compatibilidade com os valores pessoais, os custos percebidos, a eficácia percebida e a confiança na capacidade para realizar as atividades propostas. A avaliação destas dimensões permite compreender não apenas se os participantes apreciam a intervenção, mas também os fatores que influenciam a sua adesão e envolvimento.

A relevância destes conceitos é particularmente evidente no desenvolvimento de intervenções psicológicas em contextos de saúde reprodutiva, uma vez que as exigências físicas, emocionais e logísticas dos tratamentos de PMA podem limitar a disponibilidade dos casais para participar em programas psicológicos extensos ou complexos, tornando especialmente relevante a avaliação da viabilidade e da aceitabilidade das intervenções propostas (Gameiro, Boivin, Peronace, & Verhaak, 2012; Gameiro et al., 2015). No contexto da infertilidade, diversos estudos demonstram que os participantes valorizam intervenções que ofereçam apoio emocional, informação clara, estratégias de coping e oportunidades de contacto com outras pessoas que enfrentam desafios semelhantes (Frederiksen et al., 2015; Wischmann & Thorn, 2022), sendo que a participação efetiva depende igualmente da percepção de que a intervenção é relevante, acessível e compatível com as exigências do tratamento médico.

Paralelamente, a literatura tem evidenciado um interesse crescente pelo desenvolvimento de intervenções breves (Boivin, Scanlan, & Walker, 1999), que procuram disponibilizar apoio psicológico de forma mais acessível e integrada nos serviços de saúde, reduzindo barreiras relacionadas com tempo, custos e disponibilidade dos participantes. Estas intervenções caracterizam-se geralmente por um número reduzido de sessões, objetivos bem definidos e conteúdos focados em competências específicas, como a gestão emocional, a resolução de problemas, a comunicação conjugal ou o desenvolvimento de estratégias de coping (Bennett-Levy et al., 2010). No domínio da infertilidade e da PMA, a evidência disponível sugere que estas intervenções breves podem produzir benefícios

relevantes na redução do stress, da ansiedade e do sofrimento emocional, bem como na melhoria da qualidade de vida e da adaptação ao tratamento (Frederiksen et al., 2015; Warne et al., 2023).

2. Método

2.1 Objetivos e Fundamentação do Método e Design do Estudo

Este estudo tem como objetivo geral avaliar a viabilidade e a aceitabilidade de um programa de intervenção psicoeducativa breve em grupo, conduzido por uma equipa multidisciplinar integrada por profissionais das áreas médica, de enfermagem e de psicologia, dirigido a casais (homens e mulheres heterossexuais) em lista de espera para PMA.

Os objetivos específicos; são os seguintes:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes do programa de intervenção em grupo para casais em lista de espera para PMA;
- Caracterizar o perfil clínico, nomeadamente quanto às variáveis associadas à infertilidade e ao processo de PMA, dos participantes do programa de intervenção em grupo para casais em lista de espera para PMA;
- Caracterizar o bem-estar psicológico dos participantes do programa de intervenção em grupo para casais em lista de espera para PMA;
- Compreender a avaliação dos participantes sobre o programa de intervenção em grupo para casais em lista de espera para PMA, nomeadamente quanto aos conteúdos, organização e estrutura, equipa multidisciplinar e satisfação quanto às sessões.

Para responder a esses objetivos, adota-se um estudo de caso múltiplo (Yin, 2018), de método misto; caracterizado pela recolha e integração, num mesmo desenho de investigação, de dados quantitativos, que permitem medir e comparar variáveis de forma objetiva e generalizável, e dados qualitativos, que permitem captar significados, perceções e experiências subjetivas com maior profundidade, oferecendo assim uma compreensão mais completa do fenómeno em estudo (Creswell & Plano Clark, 2017). A articulação entre estas abordagens, permite responder de forma mais completa à pergunta de investigação central: qual a viabilidade a aceitabilidade percebidas pelos participantes de um programa de intervenção breve em grupo dirigido a casais em lista de espera para PMA?

2.2 Amostra

A amostra é composta por 74 participantes, 33 são homens e 41 são mulheres, com uma idade média de 35,5 anos ($DP = 4,1$). As mulheres apresentaram uma idade média de 34,8 anos ($DP = 3,0$), enquanto os homens apresentaram uma idade média de 36,4 anos ($DP = 5,0$). A amostra foi constituída por conveniência, junto da totalidade de pessoas inscritas na lista de espera do Serviço de Medicina da Reprodução de um Hospital nacional que aceitaram o convite para participar no programa de intervenção em grupo. Existiram ao todo quatro edições anuais (2019, 2023, 2024 e 2025). Os critérios de inclusão foram: encontrar-se inscrito para a PMA e em lista de espera para o início do tratamento; e ser heterossexual, critério de elegibilidade do próprio programa de intervenção. O procedimento detalhado de recrutamento é descrito na secção 2.4.

2.3 Instrumentos

No desenho do programa, foram utilizados dois instrumentos de recolha de dados, Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação com a Intervenção (QAGSI) e Escala Screenivf, ambos aplicados no contexto da intervenção em grupo. A seleção dos instrumentos levou em consideração a importância de recolher informação sociodemográfica, dados relativos à infertilidade, avaliação quanto a perceção de satisfação com o programa de intervenção e o bem-estar psicológico dos participantes.

O QAGSI é um instrumento elaborado pela psicóloga do contexto hospitalar, integrante da equipa da PMA, em conjunto com os estagiários que a acompanharam no ano da implementação, e destinado a ser aplicado no final de cada sessão de intervenção (Dia 1 e Dia 2) (ver Anexo 1). Incluía: (a) questões de resposta numa escala de Likert (Likert, 1932) de 5 pontos, variando entre 1 (Nada Satisfeito) e 5 (Totalmente Satisfeito), referentes aos conteúdos e métodos, organização das sessões e satisfação com a equipa; (b) questões dicotómicas (Sim/Não) relativas à recomendação da sessão e à alteração de opinião sobre o serviço prestado no âmbito da PMA; e (c) questões abertas sobre fatores positivos, fatores negativos, mudança de perspetiva sobre a PMA, aspetos a melhorar e sugestões livres.

SCREENIVF — Screening on Distress in Fertility Treatment (Verhaak, Lintsen, Evers, & Braat, 2010; versão portuguesa: Lopes, Canavarro, Verhaak, Boivin, & Gameiro, 2014) foi utilizado para a avaliação do bem-estar psicológico dos participantes. É um instrumento padronizado de triagem do risco de desajustamento emocional em contexto de tratamento de fertilidade, composto por 34 itens distribuídos por cinco subescalas:

Ansiedade (10 itens), Depressão (7 itens), Suporte Social (5 itens), Desamparo (6 itens) e Aceitação da infertilidade (6 itens), respondidos numa escala de 0 a 3 pontos. Os itens redigidos no sentido contrário ao construto são revertidos antes do cálculo dos scores totais. A pontuação de cada subescala resulta da soma dos respetivos itens, podendo variar entre 0 e o valor máximo correspondente ao número de itens multiplicado por 3. A consistência interna das subescalas nesta amostra variou entre $\alpha = .850$ e $\alpha = .888$, indicando boa a excelente fiabilidade.

2.4 Procedimentos de Recolha e Análise de Dados

O recrutamento dos participantes foi efetuado pelos estagiários de cada ano da investigação, que contactavam telefonicamente os casais heterossexuais inscritos na lista de espera do serviço de PMA, convidando-os a participar no grupo psicoeducativo, estruturado em duas sessões. Após a confirmação da participação por via telefónica, os participantes recebiam, na residência, uma carta de confirmação enviada pelo correio, com as informações relativas ao dia, local e horário das sessões.

O programa é constituído por duas sessões, com a duração aproximada de duas horas cada. A primeira sessão era conduzida por uma equipa multidisciplinar, composta por médico/a, enfermeiro/a, bióloga, urologista e psicóloga, realizando-se a segunda sessão (Dia 2) cerca de dois meses após a primeira (Dia 1). A primeira sessão era especialmente dedicada à transmissão de informação clínica sobre o processo de PMA, sendo conduzida pela psicóloga (e pela psicóloga estagiária) com a intervenção da restante equipa de saúde, enquanto a segunda sessão era dedicada às dimensões psicológica e emocional associada à infertilidade e ao processo de PMA, conduzida pela psicologia e estagiária(s).

Dos 74 participantes, 30 frequentaram apenas uma das sessões (Dia 1) e 44 frequentaram ambas as sessões (Dia 1 e Dia 2).

No dia de realização de cada sessão, os estagiários organizavam o espaço físico onde esta decorria e procediam à recolha, por escrito, do consentimento informado dos participantes para a utilização dos seus dados no presente estudo. Os participantes foram previamente informados dos objetivos do estudo, do carácter voluntário da sua participação e do direito de recusar ou de desistir em qualquer momento sem qualquer prejuízo para o seu acompanhamento clínico, tendo prestado consentimento informado por escrito antes do preenchimento dos instrumentos, em conformidade com os princípios éticos aplicáveis à investigação em Psicologia, nomeadamente os princípios de autonomia, confidencialidade e não maleficência. Após a assinatura do consentimento, os participantes preencheram o

SCREENIVF no início da primeira sessão (Dia 1). O QAGSI foi preenchido no final de cada sessão (Dia 1 e Dia 2). Os dados recolhidos foram tratados de forma anónima, não permitindo a identificação individual dos participantes em nenhuma fase do tratamento ou da apresentação dos resultados, e foram arquivados de forma segura para posterior análise. Importa notar que a recolha de dados, realizada no âmbito da atividade clínica regular do Serviço de Medicina da Reprodução, não foi submetida a uma comissão de ética de investigação formal.

Os dados qualitativos foram analisados com recurso à Análise Temática Reflexiva (ATR), segundo o método proposto por Braun e Clarke (2022), compreendendo seis fases: (1) familiarização com os dados; (2) geração de códigos iniciais; (3) construção de temas candidatos; (4) revisão e refinamento dos temas; (5) definição e nomeação dos temas; e (6) produção do relatório. A ATR foi conduzida de forma indutiva, partindo dos dados para a construção dos temas, sem imposição prévia de um quadro teórico. A credibilidade da análise foi assegurada através da triangulação entre os quatro momentos de recolha (Lincoln & Guba, 1985, citados em Creswell & Creswell, 2023).

Os dados quantitativos foram inicialmente organizados em Microsoft Excel e posteriormente importados para o IBM SPSS Statistics (versão 31.0), onde foram processados e analisados. Através de análise exploratória de dados, verificou-se que os pressupostos para a utilização de testes paramétricos não estavam assegurados, pelo que se optou pela utilização de testes não paramétricos (Martins, 2011). Procedeu-se à recodificação dos valores omissos (código -9) e ao tratamento de dados em falta do SCREENIVF através de imputação pela média do participante (person-mean imputation), aplicada quando pelo menos 80% dos itens da subescala apresentavam resposta válida (Graham, 2009). Foram calculadas estatísticas descritivas, alfa de Cronbach para a consistência interna do SCREENIVF, teste de Wilcoxon para comparações emparelhadas (Dia 1 vs. Dia 2 da avaliação do programa), teste U de Mann-Whitney para comparações entre dois grupos independentes, teste de Kruskal-Wallis para comparações entre três ou mais grupos independentes, e coeficiente de correlação de Spearman para associações entre variáveis ordinais ou entre uma variável ordinal e uma intervalar (Martins, 2011). Para comparar os valores médios das subescalas do SCREENIVF obtidos na presente amostra com os valores de referência da validação portuguesa do instrumento (Lopes et al., 2014), utilizou-se o teste t de uma amostra, calculando-se ainda o d de Cohen como medida do tamanho do efeito.

$$Z = \frac{\text{Média da Amostra do Estudo} - \text{Média da População}}{(\text{Desvio-Padrão da População} \cdot \sqrt{\text{Dimensão da Amostra do Estudo}})}$$

Esta equação permite calcular o valor de Z, e através da tabela da probabilidade de Z, é possível obter os valores de *p* e verificar, assim, a existência ou a não existência de diferenças significativas entre os grupos (Clark-Carter, 1997).

3. Resultados

Optou-se por apresentar os resultados considerando os objetivos específicos. Assim, para a caracterização sociodemográfica, apresentam-se os dados das variáveis sexo, idade, escolaridade e estado civil; para a caracterização clínica, apresenta-se o fator de infertilidade e o tratamento indicado; para caracterizar o bem-estar psicológico, apresentam-se os resultados da Escala SCREENIVF nas subescalas de Ansiedade, Depressão, Suporte Social, Desesperança e Aceitação; por fim, apresentam-se os dados quantitativos e qualitativos sobre a avaliação da intervenção.

3.1 Caracterização Sociodemográfica

A tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes segundo as variáveis sociodemográficas recolhidas. A maior parte é casada e tem escolaridade ao nível do ensino secundário ou superior. As tabelas 2, 3 e 4 apresentam dados sobre diferenças entre sexo quanto a idade, escolaridade e estado civil, não se encontrando diferenças significativas.

Tabela 1

Sexo, Escolaridade e Estado Civil dos Participantes (N = 74)

<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo	Feminino	41	55,4
	Masculino	33	44,6
Escolaridade	Ensino Básico	10	13,5
	Ensino Secundário	25	33,8
	Licenciatura	23	31,1
	Pós-Graduação	4	5,4
	Mestrado	11	14,9
	Não respondeu	1	1,4
Estado Civil	Casado(a)	46	62,2
	União de facto	14	18,9

Solteiro(a)	13	17,6
Divorciado(a)	1	1,4

Nota. As percentagens foram calculadas sobre o total de respostas válidas em cada variável.

Tabela 2
Idade dos Participantes em Função do Sexo

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min–Max</i>	<i>Teste U</i>
<i>Idade</i>						
Mulheres	40	34,83	2,99	35,5	26–39	518
Homens	33	36,36	4,87	37,0	26–46	

Tabela 3
Escolaridade em Função do Sexo

<i>Escolaridade</i>	<i>Homens n (%)</i>	<i>Mulheres n (%)</i>	<i>Total n (%)</i>	χ^2
Básico	6 (18,8)	5 (12,2)	11 (15,1)	910
Secundário	10 (31,2)	15 (36,6)	25 (34,2)	
Licenciatura	10 (31,2)	12 (29,3)	22 (30,1)	
Pós-graduação	2 (6,2)	2 (4,9)	4 (5,5)	
Mestrado	4 (12,5)	7 (17,1)	11 (15,1)	
Total	32 (100)	41 (100)	73 (100)	

Tabela 4
Estado Civil em Função do Sexo

<i>Estado Civil</i>	<i>Homens n (%)</i>	<i>Mulheres n (%)</i>	<i>Total n (%)</i>	χ^2
Solteiro(a)	6 (18,2)	8 (19,5)	14 (18,9)	718
Casado(a)	19 (57,6)	23 (56,1)	42 (56,8)	
União de facto	7 (21,2)	10 (24,4)	17 (23,0)	
Divorciado(a)	1 (3,0)	0 (0,0)	1 (1,4)	
Total	33 (100)	41 (100)	74 (100)	

Quanto à caracterização clínica, a tabela 5 indica o fator de infertilidade e o tratamento indicado aos participantes.

Tabela 5
Fator de Infertilidade e Tratamento Indicado dos Participantes (N = 74)

	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Fator de Infertilidade</i>		
Feminino	25	33,8
Mista	17	23,0

Idiopática	16	21,6
Masculino	13	17,6
Sem resposta	3	4,1
<i>Tratamento Indicado</i>		
FIV	58	78,4
ICSI	12	16,2
Não especificado	4	5,4

Nota. FIV = Fertilização In Vitro; ICSI = Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide.

Para a avaliação do bem-estar psicológico foi utilizado o Screenivf. A tabela 6 apresenta os valores referentes a cada subescala na amostra total e correlações entre as subescalas.

Tabela 6

Estatísticas Descritivas, Consistência Interna e Correlações de Spearman entre as Subescalas do SCREENIVF (N = 74)

<i>Subescala</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mdn</i>	<i>Amplit.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
1. Ansiedade	67	9,01	5,26	8,00	0–24	—				
2. Depressão	67	1,69	2,94	1,00	0–19	,639***	—			
3. Suporte Social	66	12,80	2,81	14,00	4–15	–,329**	–,163	—		
4. Desesperança	66	4,45	3,58	3,00	0–14	,514***	,496***	–,135	—	
5. Aceitação	66	12,91	3,84	14,00	2–18	–,519***	–,484***	,193	–,753***	—

Nota. n = número de casos com score válido; M = média; DP = desvio-padrão; Mdn = mediana. Escala de resposta de 0 a 3 por item. As colunas 1 a 5 apresentam os coeficientes de correlação de Spearman entre as subescalas correspondentes.

** p < ,01. *** p < ,001.

Verificaram-se correlações positivas altamente significativas entre a Ansiedade e a Depressão, entre a Ansiedade e a Desesperança, e entre a Depressão e a Desesperança. Encontraram-se ainda correlações negativas altamente significativas entre a Ansiedade e a Aceitação, entre a Desesperança e a Aceitação, entre a Depressão e a Aceitação, e entre a Ansiedade e o Suporte Social.

A tabela 7 apresenta o número e a percentagem de participantes que se encontram acima ou abaixo dos pontos de corte clínicos estabelecidos para cada subescala do SCREENIVF na validação portuguesa (Lopes et al., 2014).

Tabela 7

Participantes Acima/Abaixo dos Pontos de Corte do SCREENIVF (N = 74)

<i>Subescala</i>	<i>Ponto de Corte</i>	<i>n risco</i>	<i>% risco</i>	<i>n sem risco</i>	<i>% sem risco</i>
Ansiedade	≥ 24	1	1,5%	66	98,5%
Depressão	≥ 4	11	16,4%	56	83,6%
Suporte Social	≤ 15	66	100,0%	0	0,0%

Desamparo	≥ 14	3	4,5%	63	95,5%
Aceitação	≤ 11	20	30,3%	46	69,7%

Nota. Para as subescalas de Ansiedade, Depressão e Desamparo, valores acima do ponto de corte indicam risco de desajustamento emocional; para as subescalas de Suporte Social e Aceitação, valores abaixo do ponto de corte indicam risco.

A tabela 8 apresenta os valores de cada subescala do SCREENIVF para ambos os sexos e possíveis diferenças entre si. Não se observam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma subescala.

Tabela 8

Subescalas do SCREENIVF em Função do Sexo

<i>Subescala</i>	<i>Mulher M (DP)</i>	<i>Homem M (DP)</i>	<i>z</i>
Ansiedade	9,15 (5,18)	8,84 (5,46)	0,40
Depressão	2,13 (3,43)	1,10 (2,04)	1,67
Suporte Social	12,92 (2,94)	12,64 (2,67)	0,78
Desesperança	4,92 (3,62)	3,80 (3,49)	1,39
Aceitação	12,24 (4,11)	13,82 (3,29)	-1,64

Quanto à amostra total, analisaram-se correlações entre as diferentes subescalas do SCREENIVF e a idade e o tempo de espera para início do tratamento. A tabela 9 apresenta esses resultados. Apenas a subescala de Ansiedade apresentou uma correlação estatisticamente significativa, negativa com o tempo de espera, sugerindo que os participantes com maior tempo de espera tendem a apresentar menores níveis de ansiedade.

Tabela 9

Correlações das Subescalas do SCREENIVF com a Idade e o Tempo de Espera

<i>Subescala</i>	<i>M (DP)</i>	<i>r Idade</i>	<i>r Tempo de Espera</i>
Ansiedade	9,01 (5,26)	-,05	-,286*
Depressão	1,69 (2,94)	-,00	-,175
Suporte Social	12,80 (2,81)	-,06	-,006
Desesperança	4,45 (3,58)	-,04	-,188
Aceitação	12,91 (3,84)	-,12	-,052

Nota. Correlações de Spearman. r = coeficiente de correlação de Spearman.

* $p < ,05$.

A tabela 10 verifica se os resultados de cada subescala na presente amostra diferem dos valores de referência publicados para a amostra de validação (Lopes et al., 2014). A presente amostra apresenta valores significativamente mais baixos do que a amostra de validação em todas as subescalas. Resultados altamente significativos para todas as subescalas, há exceção da depressão onde os valores são significativos.

Tabela 10

Comparação entre a Amostra do Presente Estudo e a Amostra de Validação Portuguesa do SCREENIVF

<i>Subescala</i>	<i>Presente Estudo M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>Validação PT M (DP)</i>	<i>N</i>	<i>t</i>
Ansiedade	9,01 (5,26)	67	20,87 (6,28)	383	-18,43***
Depressão	1,69 (2,94)	67	2,51 (3,09)	383	-2,29*
Suporte Social	12,80 (2,81)	66	16,48 (3,70)	383	-10,62***
Desesperança	4,45 (3,58)	66	11,10 (4,29)	383	-15,08***
Aceitação	12,91 (3,84)	66	15,68 (4,68)	383	-5,87***

* $p < ,05$. *** $p < ,001$.

As tabelas 11 e 12 apresentam os valores de cada subescala do SCREENIVF em função do nível de escolaridade, separadamente para mulheres e para homens. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes níveis de escolaridade em nenhuma subescala.

Tabela 11

Subescalas do SCREENIVF em Função da Escolaridade — Mulheres

<i>Subescala</i>	<i>Básico (n = 4) M (DP)</i>	<i>Secundário (n = 14) M (DP)</i>	<i>Licenciatura (n = 12) M (DP)</i>	<i>Pós-grad. (n = 2) M (DP)</i>	<i>Mestrado (n = 6) M (DP)</i>	χ^2
Ansiedade	12,36 (8,71)	8,29 (4,86)	8,52 (4,16)	13,50 (2,12)	8,83 (5,78)	3,00
Depressão	5,75 (9,03)	1,57 (1,70)	1,67 (1,67)	2,00 (1,41)	2,00 (3,52)	0,78
Suporte Social	14,00 (1,41)	12,43 (3,69)	13,00 (2,41)	13,00 (1,41)	13,17 (3,54)	1,10
Desesperança	6,50 (5,57)	4,51 (3,36)	4,08 (3,09)	7,90 (4,38)	5,50 (4,04)	2,31
Aceitação	11,75 (4,11)	13,64 (4,03)	12,00 (4,00)	9,50 (0,71)	10,67 (5,05)	4,63

Tabela 12

Subescalas do SCREENIVF em Função da Escolaridade — Homens

<i>Subescala</i>	<i>Básico (n = 5) M (DP)</i>	<i>Secundário (n = 8–9) M (DP)</i>	<i>Licenciatura (n = 10) M (DP)</i>	<i>Pós-grad. (n = 1) M (DP)</i>	<i>Mestrado (n = 3) M (DP)</i>	χ^2
Ansiedade	6,36 (3,02)	8,70 (4,90)	9,70 (5,79)	8,00 (—)	13,74 (7,61)	2,72
Depressão	0,20 (0,45)	1,11 (1,62)	1,00 (1,63)	0,00 (—)	3,67 (4,73)	3,95
Suporte Social	12,80 (2,59)	11,38 (3,81)	13,00 (1,89)	11,00 (—)	14,33 (0,58)	2,18
Desesperança	1,68 (1,71)	3,62 (3,58)	4,50 (3,03)	1,00 (—)	7,67 (5,03)	6,83
Aceitação	15,80 (2,05)	13,75 (3,15)	14,10 (1,60)	13,00 (—)	8,67 (5,69)	5,71

A tabela 13 apresenta as frequências de resposta aos itens do QAGSI (dias 1 e 2 combinados).

Tabela 13

Frequências de Resposta aos Itens do QAGSI (Dias 1 e 2 Combinados)

<i>Item</i>	<i>1 n (%)</i>	<i>2 n (%)</i>	<i>3 n (%)</i>	<i>4 n (%)</i>	<i>5 n (%)</i>	<i>n</i>
<i>Conteúdos e Métodos</i>						
Conteúdos da sessão	0 (0%)	0 (0%)	17 (15%)	27 (23%)	72 (62%)	116
Estrutura dos conteúdos	0 (0%)	0 (0%)	15 (13%)	32 (28%)	69 (59%)	116

Interesse dos conteúdos	0 (0%)	0 (0%)	12 (10%)	29 (25%)	74 (64%)	115
Equilíbrio teórico-prático	0 (0%)	0 (0%)	15 (13%)	26 (23%)	72 (64%)	113
<i>Organização</i>						
Qualidade das instalações	3 (3%)	0 (0%)	28 (24%)	41 (35%)	44 (38%)	116
Organização administrativa	2 (2%)	3 (3%)	21 (18%)	33 (28%)	57 (49%)	116
Horário da sessão	5 (4%)	10 (9%)	29 (25%)	28 (24%)	44 (38%)	116
Duração da sessão	0 (0%)	1 (1%)	34 (29%)	36 (31%)	45 (39%)	116
Nível dos conteúdos	0 (0%)	0 (0%)	8 (7%)	37 (32%)	71 (61%)	116
Utilidade dos conteúdos	0 (0%)	0 (0%)	5 (4%)	36 (31%)	74 (64%)	115
Concretização dos objetivos	0 (0%)	0 (0%)	9 (8%)	40 (34%)	67 (58%)	116
<i>Equipa</i>						
Amável e atenciosa	0 (0%)	0 (0%)	3 (3%)	24 (25%)	68 (72%)	95
Informação útil e de qualidade	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)	38 (40%)	54 (57%)	95
Enfermagem amável e atenciosa	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	30 (32%)	63 (67%)	94
Percebem o que estou a passar	0 (0%)	0 (0%)	3 (3%)	30 (32%)	62 (65%)	95
Psicologia disponível	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	33 (35%)	61 (64%)	95
Disponho dos serviços méd./psi	0 (0%)	0 (0%)	6 (6%)	33 (35%)	56 (59%)	95
Boa relação com a equipa	0 (0%)	0 (0%)	8 (8%)	38 (40%)	49 (52%)	95
Senti-me acompanhado(a)	1 (1%)	1 (1%)	16 (17%)	32 (34%)	45 (47%)	95

Nota. Escala de 1 (Nada Satisfeito) a 5 (Totalmente Satisfeito). Dados combinados do Dia 1 e Dia 2.

As tabelas 14 a 17 apresentam a comparação entre o Dia 1 e o Dia 2 e a comparação entre sexos.

Tabela 14

Avaliação dos Conteúdos e Métodos da Sessão — Comparação Dia 1 vs. Dia 2 e por Sexo

<i>Item</i>	<i>M (DP) D1</i>	<i>M (DP) D2</i>	<i>z D1×D2</i>	<i>M (DP) Mulher</i>	<i>M (DP) Homem</i>	<i>Sexo</i>
Conteúdos da sessão	4,51 (0,74)	4,43 (0,74)	,503	4,55 (0,58)	4,55 (0,64)	,923
Estrutura dos conteúdos	4,49 (0,70)	4,43 (0,74)	,702	4,52 (0,57)	4,53 (0,61)	,892
Interesse dos conteúdos	4,54 (0,68)	4,53 (0,69)	,537	4,60 (0,56)	4,58 (0,59)	,908
Equilíbrio teórico-prático	4,57 (0,68)	4,41 (0,78)	,591	4,56 (0,63)	4,61 (0,60)	,822

Nota. Escala de 1 (Nada Satisfeito) a 5 (Totalmente Satisfeito).

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 15

Avaliação da Organização das Sessões — Comparação Dia 1 vs. Dia 2 e por Sexo

<i>Item</i>	<i>M (DP) D1</i>	<i>M (DP) D2</i>	<i>z D1×D2</i>	<i>M (DP) Mulher</i>	<i>M (DP) Homem</i>	<i>Sexo</i>
Qualidade das instalações	4,09 (0,97)	4,02 (0,87)	,941	4,11 (0,68)	4,11 (0,81)	,808
Organização administrativa	4,25 (0,99)	4,15 (0,88)	,751	4,20 (0,81)	4,24 (0,92)	,539
Horário da sessão	3,87 (1,12)	3,77 (1,22)	,818	3,83 (0,93)	3,95 (1,18)	,367
Duração da sessão	4,03 (0,86)	4,15 (0,83)	,785	3,98 (0,75)	4,24 (0,80)	,125
Nível dos conteúdos	4,54 (0,65)	4,55 (0,58)	,978	4,63 (0,47)	4,45 (0,64)	,268
Utilidade dos conteúdos	4,58 (0,60)	4,63 (0,53)	,637	4,65 (0,45)	4,59 (0,58)	,956
Concretização dos objetivos	4,51 (0,66)	4,49 (0,62)	,670	4,50 (0,54)	4,56 (0,60)	,463

A tabela 16 apresenta os resultados da avaliação geral, da recomendação da sessão e da alteração de opinião sobre o serviço prestado no âmbito da PMA. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o Dia 1 e o Dia 2 no grau de satisfação geral, sendo que os valores do Dia 2 são superiores aos do Dia 1 ($p = ,035$). Os restantes itens não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre dias nem entre sexos.

Tabela 16

Avaliação Geral, Recomendação da Sessão e Alteração de Opinião sobre o Serviço Prestado no Âmbito da PMA — Comparação Dia 1 vs. Dia 2 e por Sexo

<i>Item</i>	<i>Dia 1</i>	<i>Dia 2</i>	<i>z D1×D2</i>	<i>Mulher</i>	<i>Homem</i>	<i>Sexo</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	
Grau de satisfação geral	4,61 (0,58) <i>N (%)</i>	4,68 (0,47) <i>N (%)</i>	,035*	4,58 (0,54) <i>N (%)</i>	4,73 (0,44) <i>N (%)</i>	,200
<i>Recomendaria a sessão</i>						
% Sim	100,0% (n=68)	100,0% (n=45)	1,000	100,0% (n=38)	100,0% (n=30)	—
% Não	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
% Sem resposta	8,1% (n=6)	37,8% (n=28)				
<i>Alterou opinião sobre o serviço prestado no âmbito da PMA</i>						
% Sim	51,6% (n=33)	48,8% (n=21)	1,000	50,0% (n=18)	53,6% (n=15)	1,000
% Não	48,4% (n=31)	51,2% (n=22)		50,0% (n=18)	46,4% (n=13)	
% Sem resposta	13,5% (n=10)	40,5% (n=30)				

Nota. Grau de satisfação geral avaliado em escala de 1 (Nada Satisfeito) a 5 (Totalmente Satisfeito). Teste de Wilcoxon para comparação D1 vs. D2; Teste de Fisher para comparação por sexo.

* $p < ,05$.

A tabela 17 apresenta os valores de satisfação com a equipa. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa por sexo no item “Senti-me acompanhado(a)”, sendo que os homens relatam sentir-se mais acompanhados do que as mulheres ($p = ,028$). Os restantes itens não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 17

Avaliação da Satisfação com a Equipa — Comparação Dia 1 vs. Dia 2 e por Sexo

<i>Item</i>	<i>M (DP) D1</i>	<i>M (DP) D2</i>	<i>z D1×D2</i>	<i>M (DP) Mulher</i>	<i>M (DP) Homem</i>	<i>Sexo</i>
Equipa amável e atenciosa	4,73 (0,53)	4,63 (0,53)	,706	4,64 (0,52)	4,78 (0,42)	,216
Informação útil e de qualidade	4,58 (0,58)	4,51 (0,72)	,257	4,42 (0,78)	4,64 (0,46)	,239
Enfermagem amável e atenciosa	4,67 (0,52)	4,65 (0,48)	,706	4,66 (0,47)	4,66 (0,47)	,972

Percebem o que estou a passar	4,67 (0,52)	4,57 (0,58)	,157	4,49 (0,59)	4,70 (0,46)	,114
Psicologia disponível	4,62 (0,53)	4,64 (0,49)	,257	4,59 (0,49)	4,69 (0,45)	,431
Disponho dos serviços médicos/psi	4,58 (0,58)	4,47 (0,65)	,655	4,49 (0,61)	4,56 (0,61)	,562
Boa relação com a equipa	4,52 (0,55)	4,34 (0,73)	,589	4,32 (0,65)	4,50 (0,61)	,219
Senti-me acompanhado(a)	4,38 (0,76)	4,13 (0,92)	,454	4,04 (0,89)	4,47 (0,66)	,028*

Nota. Escala de 1 (Nada Satisfeito) a 5 (Totalmente Satisfeito). Teste de Wilcoxon para comparação D1 vs. D2; Teste U de Mann-Whitney para comparação por sexo.

3.5 Avaliação Qualitativa da Intervenção

A análise temática reflexiva das respostas abertas permitiu identificar seis temas, organizados em dois eixos: dimensões de aceitabilidade positiva (Temas 1 a 3) e dimensões de melhoria e viabilidade operacional (Temas 4 a 6).

Quanto ao Eixo Dimensões de Aceitabilidade Positiva:

Tema 1 — Informação, Esclarecimento e Redução da Incerteza. Agrupa respostas que valorizam a transmissão de informação clínica e o esclarecimento de dúvidas sobre o processo de PMA como o aspeto mais positivo da sessão. O tema mais frequentemente evocado pelos participantes neste eixo relaciona-se com o valor atribuído à informação transmitida e ao esclarecimento de dúvidas sobre o processo de PMA. “Obtive mais informação nestas sessões que objetivamente nas consultas” (P5, 2019).

Tema 2 — Qualidade Relacional e Competências Empáticas da Equipa. Agrupa respostas que valorizam características interpessoais da equipa multidisciplinar como simpatia, disponibilidade, proximidade e empatia. Os participantes valorizaram consistentemente a simpatia, disponibilidade e empatia da equipa multidisciplinar. “A Dra. é muito querida e atenciosa; esta é uma excelente forma de nos mantermos positivos no meio desta montanha russa” (P35, 2023).

Tema 3 — Coesão de Grupo, Partilha e Sentimento de Não-Isolamento. Este tema integra respostas que se referem à valorização do formato grupal pela possibilidade de contacto com outros participantes em situação semelhante, reduzindo o isolamento percebido. O formato grupal foi valorizado pela possibilidade de contacto com outras pessoas em situação semelhante. “É muito importante sabermos que não estamos sozinhos” (P23, 2023).

Quanto ao Eixo Dimensões de Melhoria e Viabilidade Operacional:

Tema 4 — Gestão Temporal: Duração e Comunicação Prévia das Sessões. Agrupa respostas relativas à duração das sessões, percebida como excessiva, e à falta de comunicação prévia sobre essa duração. Entre os aspetos a melhorar, o mais frequente

relaciona-se com a duração das sessões e a sua comunicação antecipada. “Duração foi muito além do previsto” (P65, 2025).

Tema 5 — Condições Logísticas e Contextuais. Agrupa respostas relativas às condições físicas do espaço (temperatura) e à comunicação prévia sobre o formato e a localização das sessões. Foram referidas condições físicas do espaço e a necessidade de melhor comunicação sobre o formato e a localização das sessões. “Sala muito quente” (P47, 2024).

Tema 6 — Dimensão do Grupo e Profundidade da Partilha. Agrupa respostas que identificam uma tensão entre a dimensão do grupo e a oportunidade de partilha individual mais profunda. Alguns participantes identificaram uma tensão entre a dimensão do grupo e a oportunidade de partilha individual. “Menos casais de cada vez e um horário mais conveniente” (P47, 2024).

A análise das justificações relativas à alteração de opinião sobre o serviço prestado no âmbito da PMA, fornecidas por 35 participantes no Dia 1 e 22 participantes no Dia 2, permitiu identificar dois perfis distintos. O Perfil A, Mudança Positiva, reúne participantes que reportaram uma nova perceção positiva do processo e da equipa, anteriormente desconhecida ou subestimada: “Sinto-me mais bem acompanhada do que o que imaginava” (P35, 2023). O Perfil B, Manutenção de Opinião Positiva Prévia, reúne participantes cuja opinião já era positiva antes da participação, e que foi confirmada ou reforçada pelo programa: “A minha opinião já era positiva” (P29, 2023).

Da totalidade dos 74 participantes, 21 responderam às questões abertas (fontes), gerando um total de 32 referências (ver Anexo 2). Note-se que um mesmo participante pode ter contribuído com mais do que um excerto, no mesmo tema ou em temas distintos.

4. Discussão

A amostra do presente estudo é constituída maioritariamente por participantes do sexo feminino (55,4%), com uma idade média de 35,5 anos, valor próximo da idade média habitualmente reportada em populações que recorrem a tratamentos de PMA, e consistente com o adiamento progressivo da maternidade e da paternidade observado nas sociedades contemporâneas (Greil et al., 2023). O facto de a amostra incluir uma proporção substancial de homens (44,6%) é também relevante, na medida em que responde a uma lacuna identificada na literatura: a investigação em infertilidade tem-se concentrado

predominantemente nas mulheres, sendo a experiência masculina comparativamente menos estudada (Martins et al., 2014).

No contexto da PMA em Portugal, e tendo em conta o serviço do SNS, a idade é um fator limitador para a mulher, que só pode beneficiar do serviço até aos 40 anos (Portaria n.º 154/2017, de 4 de maio), enquanto para os homens não há limite etário, uma assimetria que parece não ser revelada nos nossos dados, uma vez que não encontramos diferenças estatisticamente significativas. Quanto às restantes características sociodemográficas, a amostra é maioritariamente casada e tem escolaridade ao nível do ensino secundário ou superior, com perfis semelhantes entre homens e mulheres em ambas as variáveis, sem diferenças estatisticamente significativas, uma homogeneidade que reforça a comparabilidade dos dois subgrupos nas análises por sexo apresentadas ao longo deste capítulo.

A presença relevante de homens nesta amostra pode ser lida à luz de uma transformação mais ampla na forma como a masculinidade se relaciona com a infertilidade. A literatura sociológica e psicológica tem documentado que a infertilidade masculina foi, durante muito tempo, associada a um duplo silenciamento: por um lado, a vivência emocional do homem era frequentemente subordinada à da mulher, considerada o “verdadeiro” sujeito do sofrimento reprodutivo; por outro, normas tradicionais de masculinidade, associadas à autossuficiência emocional e à evitação da exposição de vulnerabilidade, dificultavam a procura de apoio psicológico por parte dos homens em contexto de PMA (Pakpahan et al., 2023). A participação ativa de quase metade da amostra em sessões psicoeducativas sobre infertilidade pode, assim, ser interpretada como um indicador indireto de uma erosão destas normas tradicionais, sugerindo que o espaço grupal psicoeducativo é hoje percecionado pelos homens como um contexto legítimo de elaboração emocional, e não apenas como um acompanhamento da experiência da parceira. Esta leitura é relevante para a prática clínica, reforçando a pertinência de conceber programas de intervenção que se dirijam explicitamente a ambos os elementos do casal, e não apenas à mulher, historicamente vista como a principal, e por vezes única, destinatária do apoio psicológico em PMA.

O fator de infertilidade mais frequentemente identificado na amostra foi de origem feminina (33,8%), seguido do fator misto (23,0%) e do fator idiopático (21,6%), distribuição que se aproxima da descrita na literatura especializada em medicina da reprodução, segundo a qual os fatores femininos e mistos constituem as causas mais comuns de infertilidade, juntamente com uma proporção relevante de casos sem causa aparente (Mappa et al., 2024;

Cissen et al., 2016). O tratamento mais frequentemente indicado foi a fertilização in vitro (78,4%), o que é consistente com o facto de este ser, atualmente, o tratamento de eleição em situações de maior complexidade clínica, nomeadamente quando os tratamentos de menor invasividade não foram bem-sucedidos ou não são indicados (Zegers-Hochschild et al., 2017).

O tempo de espera registado neste estudo (entre 1 e 18 meses, com uma média de 5,5 meses) corresponde ao período decorrido entre a inscrição em lista de espera e o momento da intervenção, e não ao tempo total de espera de cada participante até ao início efetivo do tratamento de PMA, que era, à data da recolha de dados, ainda desconhecido e necessariamente mais longo. Esta é uma indicação relevante para a interpretação dos resultados: a variável “tempo de espera” utilizada neste estudo constitui uma medida parcial de um processo ainda em curso, pelo que não traduz a duração total da experiência de espera vivida pelos participantes. Tal deve ser tido em conta, em particular, na leitura da associação encontrada entre o tempo de espera e a subescala de Ansiedade do SCREENIVF: a correlação negativa observada sugere que os participantes com maior tempo decorrido em lista de espera apresentaram, nesta amostra, scores mais baixos de ansiedade. Por se tratar de um desenho transversal, não é possível estabelecer uma relação causal entre as duas variáveis, nem saber se essa associação se manteria, se inverteria ou se intensificaria ao longo do período de espera ainda por decorrer para cada participante.

Este resultado parece ser, num primeiro momento, contraintuitivo, pois poderia pensar-se que a ansiedade tenderia a aumentar progressivamente com o prolongamento do tempo de espera, partindo do pressuposto de que esperar mais tempo representaria, por si só, um fator de desgaste psicológico acumulado. Os dados sugerem, contudo, o padrão inverso. Uma possível explicação é a de que os níveis mais elevados de ansiedade ocorrem precisamente no momento de entrada em lista de espera, quando o processo de PMA é ainda largamente desconhecido e rodeado de dúvidas; à medida que o tempo de espera avança, os participantes vão tendo acesso a consultas, informação e, no contexto do programa aqui avaliado, contacto com outros casais em situação semelhante, fatores que poderão contribuir para uma redução progressiva da incerteza e, consequentemente, da ansiedade. É plausível, ainda assim, que esta tendência se inverta uma vez iniciado o tratamento propriamente dito, momento que não foi avaliado no presente estudo, mas que a literatura identifica como associado a um novo agravamento da ansiedade, nomeadamente durante as fases de estimulação ovárica e de espera pelos resultados do tratamento (Li et al., 2021). Esta leitura sugere que a relação entre tempo e ansiedade no percurso de PMA poderá não ser linear,

mas antes oscilatória, acompanhando os diferentes momentos de incerteza que marcam o processo, o que carece de confirmação através de estudos longitudinais que acompanhem os mesmos participantes da fase de lista de espera até ao tratamento ativo.

Em conjunto, estes resultados confirmam que a amostra estudada é globalmente representativa do perfil sociodemográfico e clínico das pessoas em lista de espera para PMA descrito na literatura internacional, o que reforça a potencial validade externa das conclusões deste estudo relativamente à viabilidade e à aceitabilidade do programa.

Para além do perfil da amostra, importa agora considerar o seu estado psicológico à entrada no programa. A avaliação do bem-estar psicológico através da escala SCREENIVF revelou, poucos indivíduos com risco nestas subescalas, resultados inferiores quando os dados são comparados com a Amostra de Validação Portuguesa e valores médios relativamente baixos. Este resultado é consistente com o facto de a amostra ser constituída por participantes ainda em lista de espera, e não em fase de tratamento ativo ou de insucesso terapêutico, momentos que a literatura identifica como os de maior sofrimento emocional (Verhaak et al., 2007; Coelho et al., 2023). É possível que o período de espera, apesar da incerteza e da antecipação que o caracterizam (Fontenele & Tanaka, 2013), não represente, por si só, um fator de risco psicológico tão acentuado como as fases de tratamento propriamente dito, nomeadamente as fases de insucesso ou de múltiplas tentativas, descritas como particularmente associadas a sintomas de ansiedade e depressão (Verhaak et al., 2007).

A subescala de Depressão apresentou igualmente uma média relativamente baixa. O desvio-padrão observado é, contudo, proporcionalmente elevado em relação à média, sugerindo heterogeneidade considerável dentro da amostra: embora a maioria dos participantes não reporte sintomatologia depressiva relevante, é provável que exista um subgrupo de casais com níveis bastante mais elevados do que a média, que poderá beneficiar de um acompanhamento psicológico mais próximo, mesmo antes do início do tratamento.

Entre as cinco subescalas, a Aceitação da infertilidade merece atenção particular. Ao contrário da Ansiedade e da Depressão, que tendem a ser entendidas como reações emocionais mais transitórias e associadas a momentos específicos do processo, a aceitação da condição de infertilidade constitui um processo cognitivo e identitário mais profundo, relacionado com a integração desta experiência no projeto de vida e na identidade pessoal e conjugal (Marques & Moraes, 2018; Farinati et al., 2006). Como se detalha a seguir na comparação com a amostra de validação portuguesa, é também a dimensão em que a presente amostra mais se aproxima dos valores normalmente associados a fases mais avançadas do tratamento, sugerindo que a aceitação poderá ser uma necessidade psicológica que precede

o próprio tratamento, e não apenas uma consequência do seu eventual insucesso, o que reforça a pertinência de intervenções psicoeducativas e de suporte emocional já na fase de lista de espera, como a que está em estudo no presente trabalho.

A comparação com a amostra de validação portuguesa do SCREENIVF permite situar estes resultados num quadro de referência mais amplo. A presente amostra apresenta valores médios significativamente inferiores aos da validação portuguesa em todas as subescalas, mas com magnitudes muito distintas: as diferenças são muito grandes na Ansiedade ($d = -2,25$) e na Desesperança ($d = -1,86$), grande no Suporte Social ($d = -1,31$), moderada na Aceitação ($d = -0,72$) e pequena na Depressão ($d = -0,28$). Este gradiente é, em si mesmo, informativo: as dimensões em que a amostra mais se distancia da validação portuguesa são precisamente a Ansiedade e a Desesperança, o que é consistente com o facto de a amostra de validação incluir participantes já em tratamento ativo, fase tipicamente associada a maior sofrimento agudo (Verhaak et al., 2007), enquanto a presente amostra está ainda em lista de espera. Em contraste, as diferenças mais pequenas observam-se precisamente nas dimensões de Aceitação e de Suporte Social, sugerindo que estes dois processos, mais identitários e relacionais do que sintomáticos, não acompanham necessariamente a fase do tratamento da mesma forma, podendo já manifestar-se, de forma relativamente semelhante à de quem está em tratamento ativo, ainda durante o período de espera.

A matriz de correlações entre as subescalas reforça a coerência teórica destes resultados. A forte correlação positiva entre Ansiedade e Depressão é consistente com a sobreposição sintomática frequentemente descrita entre estes dois constructos em contextos de sofrimento psicológico (Greil et al., 2023). De forma particularmente relevante para este estudo, a correlação negativa muito forte entre Desamparo e Aceitação sugere que estas duas dimensões poderão funcionar como polos opostos de um mesmo processo adaptativo: quanto mais os participantes percecionam os problemas de infertilidade como incontrolláveis e avassaladores, menor a sua capacidade de aceitação da condição, e vice-versa. Esta relação aponta para um possível alvo de intervenção psicológica particularmente promissor: atuar sobre as cognições de desamparo poderá favorecer, indiretamente, processos de aceitação mais adaptativos.

Esta relação inversa entre desamparo e aceitação pode ser enquadrada teoricamente à luz do modelo transacional de stress e coping de Lazarus e Folkman (1984), segundo o qual a forma como um indivíduo avalia cognitivamente um acontecimento potencialmente estressante, neste caso, a infertilidade, determina, em larga medida, a sua resposta emocional

e o tipo de estratégias de coping mobilizadas. Quando a infertilidade é avaliada como uma ameaça que excede os recursos pessoais e relacionais disponíveis para lhe fazer face, é mais provável que emergjam cognições de desamparo; quando, pelo contrário, o casal consegue mobilizar recursos de coping percebidos como adequados, informação, suporte social, sentido atribuído à experiência, a mesma situação objetiva tende a ser reavaliada de forma mais favorável, criando espaço para processos de aceitação. Esta leitura teórica é coerente com o desenho do próprio programa avaliado neste estudo: ao fornecer informação clínica, validação emocional e contacto com pares em situação semelhante, a intervenção psicoeducativa em grupo pode funcionar precisamente como um recurso de coping adicional, suscetível de alterar a avaliação cognitiva que os casais fazem da sua própria situação.

A ausência de diferenças estatisticamente significativas entre sexos em todas as subescalas sugere uma relativa homogeneidade do impacto psicológico da infertilidade entre homens e mulheres nesta amostra, num contraste interessante com parte da literatura mais antiga, que tende a descrever um impacto desproporcionalmente mais elevado nas mulheres (Greil et al., 2011). Esta convergência entre sexos poderá refletir uma evolução social e clínica na forma como a infertilidade é hoje vivida e partilhada pelo casal, em linha com a literatura mais recente sobre o envolvimento crescente dos homens neste processo (Martins et al., 2014). A escolaridade também não se revelou um fator diferenciador relevante: não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre níveis de escolaridade em nenhuma das cinco subescalas, nem para homens nem para mulheres, embora a reduzida dimensão de alguns subgrupos limite a robustez desta conclusão.

Este perfil psicológico globalmente favorável, com a aceitação da infertilidade como dimensão mais desafiante, constitui um contexto importante para interpretar a avaliação que os participantes fizeram da intervenção. Os resultados quantitativos e qualitativos relativos à avaliação do programa convergem de forma notável, oferecendo uma leitura integrada da sua aceitabilidade. Do ponto de vista quantitativo, os níveis de satisfação com os conteúdos, a organização e a equipa multidisciplinar mantiveram-se elevados e estáveis entre o Dia 1 e o Dia 2, sem diferenças estatisticamente significativas na generalidade dos itens, à exceção do grau de satisfação geral, que aumentou de forma significativa entre as duas sessões. Esta estabilidade é, em si mesma, um indicador relevante de aceitabilidade: programas de intervenção breve correm o risco de perder qualidade percebida na segunda sessão, quer pela repetição de conteúdos, quer pelo desgaste da novidade inicial; a manutenção, e mesmo o

ligeiro aumento, da satisfação geral sugere que o programa conseguiu sustentar o seu valor percebido ao longo de todo o percurso.

Refira-se ainda um resultado pontual relevante: as mulheres relataram sentir-se significativamente menos acompanhadas pela equipa do que os homens ($p = ,028$), divergência que não se replicou em mais nenhum dos restantes sete itens de satisfação com a equipa, nem em qualquer item das restantes dimensões avaliadas. Tendo em conta que foram testadas oito comparações por sexo apenas nesta dimensão, e várias dezenas ao longo de toda a avaliação quantitativa da intervenção, não é de excluir que este resultado isolado corresponda a um falso positivo decorrente de comparações múltiplas. Ainda assim, tratando-se da única diferença estatisticamente significativa entre sexos em toda a avaliação quantitativa da intervenção, este resultado merece monitorização em futuras edições do programa, ainda que não seja possível, com os dados disponíveis, identificar a que aspeto específico da interação com a equipa esta percepção diferencial se associa.

A análise qualitativa permite compreender com maior profundidade a origem desta satisfação elevada, através dos três temas de aceitabilidade positiva identificados: a valorização da informação transmitida (Tema 1), a qualidade relacional da equipa multidisciplinar (Tema 2) e a coesão do grupo (Tema 3). Estes três temas correspondem, de forma direta, às três dimensões que orientaram a operacionalização da aceitabilidade neste estudo, conteúdos, equipa e organização, mas acrescentam-lhes uma camada de significado que os números, por si só, não captam: não é apenas que os participantes estejam satisfeitos com a informação recebida, mas que essa informação parece responder a uma necessidade sentida de redução da incerteza, necessidade esta que, recorde-se, se reflete também nos scores de Aceitação da infertilidade acima descritos; não é apenas que avaliem bem a equipa, mas que valorizam especificamente a sua disponibilidade e empatia num momento de vulnerabilidade emocional; e não é apenas que recomendem a sessão, mas que identificam a coesão do grupo e o sentimento de não-isolamento como elementos terapêuticos por si só.

A emergência da coesão de grupo como tema central de aceitabilidade positiva pode ser interpretada à luz da teoria dos fatores terapêuticos do grupo de Yalom e Leszcz (2020), segundo a qual a coesão grupal, entendida como o sentimento de pertença e de interligação afetiva entre os membros do grupo, constitui um dos fatores mais robustamente associados a desfechos terapêuticos positivos em contextos de intervenção grupal, atuando como pré-condição para que outros fatores, como a universalidade e a aprendizagem interpessoal, possam emergir. A universalidade, em particular, parece especialmente pertinente para compreender o valor atribuído pelos casais à dimensão grupal do programa: o simples facto

de partilhar o espaço com outros casais em situação semelhante permite-lhes reconhecer que o seu sofrimento, as suas dúvidas e os seus receios não são singulares, atenuando o isolamento social frequentemente associado à infertilidade e validando a sua experiência através do espelho dos outros participantes. Esta leitura teórica reforça a pertinência do formato grupal, e não apenas individual, para este tipo de intervenção psicoeducativa, sugerindo que parte do benefício percebido pelos casais não decorre exclusivamente dos conteúdos transmitidos, mas da própria estrutura relacional em que esses conteúdos são partilhados.

Os temas de melhoria identificados (Temas 4 a 6), relacionados com a gestão do tempo, as condições logísticas e a dimensão do grupo, não encontram paralelo direto nos dados quantitativos, que não captaram diferenças estatisticamente significativas nos itens de organização entre as duas sessões. Esta aparente discrepância ilustra um dos valores centrais do desenho de estudo misto (Creswell & Plano Clark, 2018) adotado neste estudo: aspetos que não emergem como insatisfação suficientemente expressiva para alterar uma média numérica podem, ainda assim, ser identificados pelos próprios participantes nas respostas abertas como áreas concretas de melhoria, com potencial impacto na experiência de participação de alguns indivíduos, mesmo que não se reflitam no padrão global do grupo.

A identificação de dois perfis de resposta quanto à alteração de opinião sobre o serviço prestado no âmbito da PMA, Mudança Positiva e Manutenção de Opinião Positiva Prévia, é, em si mesma, relevante para a interpretação da aceitabilidade do programa. O Perfil B não traduz ausência de efeito do programa, mas antes uma função de validação e consolidação de expectativas positivas preexistentes: participantes que já tinham uma opinião favorável sobre a PMA viram essa opinião confirmada e reforçada pela participação nas sessões.

A recomendação praticamente unânime da sessão em ambos os momentos (100,0% e 97,8%) constitui talvez o indicador mais direto de aceitabilidade obtido neste estudo, e reforça a interpretação de que as dificuldades identificadas qualitativamente são percecionadas pelos participantes como aspetos a aperfeiçoar, e não como barreiras que comprometam o valor global do programa. Esta leitura é também consistente com o facto de a proporção de participantes que reportou alteração de opinião sobre o serviço prestado no âmbito da PMA se ter mantido estável entre sessões (50,8% e 47,7%), sem diferença estatisticamente significativa, um resultado que, à luz da análise qualitativa dos dois perfis identificados, não traduz ausência de impacto do programa, mas antes a sua capacidade de

gerar mudança ou de consolidar percepções já favoráveis, dependendo do ponto de partida de cada participante.

A integração dos resultados até aqui apresentados permite responder ao objetivo central deste estudo. No que respeita à viabilidade, os dados recolhidos ao longo da implementação do programa não revelaram barreiras estruturais relevantes. O recrutamento foi conseguido junto de 74 participantes ao longo de várias edições do programa, e a adesão à primeira sessão foi consistentemente elevada, ainda que uma parte dos participantes ($n = 30$) não tenha frequentado a segunda sessão, um padrão de retenção que, embora deva ser monitorizado em futuras edições, não compromete a exequibilidade global da intervenção em contexto clínico. A integração das componentes médica, de enfermagem, da biologia e de psicologia na condução das sessões revelou-se operacionalmente sustentável, e a recolha de dados de forma incorporada no próprio questionário de avaliação final permitiu obter informação quantitativa e qualitativa sem sobrecarregar adicionalmente os participantes ou a equipa clínica.

No que respeita à aceitabilidade, a convergência entre os indicadores quantitativos (satisfação elevada e estável, recomendação praticamente unânime) e qualitativos (predomínio de temas de aceitabilidade positiva sobre os de melhoria) constitui uma evidência robusta de que o programa é percecionado pelos participantes como adequado, satisfatório e útil, correspondendo, precisamente, à definição de aceitabilidade adotada neste estudo (Sekhon et al., 2017). As áreas de melhoria identificadas (gestão do tempo, condições logísticas, dimensão do grupo) são de natureza operacional e não estrutural, sendo, por isso, suscetíveis de correção em edições futuras sem necessidade de redesenhar o programa. Os resultados do bem-estar psicológico acrescentam uma dimensão complementar a esta leitura: o perfil globalmente favorável encontrado, com exceção da subescala de Aceitação da infertilidade, sugere que o programa atua numa população que não se encontra, na sua maioria, em elevado sofrimento emocional, mas que apresenta necessidades específicas relacionadas com a aceitação da própria condição, necessidade que o programa, pela sua componente psicoeducativa e pelo formato grupal, parece particularmente bem posicionado para abordar, ainda que este estudo não tenha avaliado diretamente o efeito do programa sobre esta dimensão específica.

Em conjunto, estes resultados posicionam o presente programa de forma semelhante a outras intervenções breves recentemente avaliadas em contexto português, como o programa Beyond Fertility (Sousa-Leite et al., 2022), que demonstrou igualmente elevados níveis de viabilidade e aceitabilidade numa fase crítica do percurso de PMA. A convergência

entre estes dois estudos, realizados em momentos distintos do percurso reprodutivo, um antes do início do tratamento, outro após o seu insucesso, reforça a ideia de que intervenções psicossociais breves e estruturadas constituem uma resposta viável e bem aceite ao longo de diferentes fases do processo de PMA, justificando a sua integração na prática clínica de rotina dos serviços de medicina da reprodução.

Importa, contudo, qualificar esta conclusão à luz do modelo de implementabilidade proposto por Klaic et al. (2022), já introduzido na secção 1.4 deste trabalho. Segundo este modelo, a viabilidade e a aceitabilidade demonstradas num contexto específico constituem condições necessárias, mas não suficientes, para garantir a sustentabilidade da intervenção a médio prazo ou a sua escalabilidade para outros contextos clínicos. Os resultados deste estudo permitem afirmar, com razoável confiança, que o programa é exequível e bem aceite neste serviço em particular, ao longo de quatro edições sucessivas; não permitem, contudo, garantir que o mesmo grau de viabilidade e aceitabilidade se replicaria automaticamente noutros serviços de medicina da reprodução, com diferentes recursos humanos, volumes de procura ou culturas organizacionais. Esta distinção entre viabilidade demonstrada e escalabilidade presumida é relevante para a forma como os resultados deste estudo devem ser comunicados a outros serviços interessados em adotar o programa: mais do que um modelo pronto a replicar sem adaptação, os resultados aqui apresentados configuram uma evidência de prova de conceito, que justifica a realização de estudos de implementação subsequentes, idealmente multicêntricos, antes de se considerar a disseminação do programa a uma escala mais ampla.

5. Conclusão

O presente estudo teve como objetivo avaliar a viabilidade e a aceitabilidade de um programa de intervenção breve em grupo dirigido a casais em lista de espera para PMA. Os quatro objetivos específicos que orientaram esta investigação foram integralmente alcançados.

Relativamente à caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes (objetivos 1 e 2), os resultados revelaram um perfil consistente com o descrito na literatura para populações em lista de espera para PMA, com predominância do sexo feminino, idade média de 35,5 anos, fator de infertilidade predominantemente feminino ou misto, e indicação maioritária para fertilização in vitro. No que respeita ao bem-estar psicológico (objetivo 3), a avaliação através da escala SCREENIVF revelou, em termos absolutos, valores médios

relativamente baixos nas subescalas de Ansiedade e de Desesperança, ao passo que a subescala de Aceitação da infertilidade se destacou como a dimensão psicologicamente mais desafiante para os participantes, identificando-a como uma necessidade psicológica específica desta população, ainda antes do início do tratamento. A comparação com a amostra de validação portuguesa do SCREENIVF reforçou esta leitura, ao revelar que os participantes deste estudo apresentam níveis de ansiedade e desamparo substancialmente inferiores aos da população de referência, mas níveis igualmente inferiores de aceitação da infertilidade e de suporte social percebido, sugerindo que a fase de lista de espera, apesar de não constituir um período de sofrimento emocional agudo, confronta os casais com desafios adaptativos específicos. Identificou-se ainda uma associação inversa, e não linear, entre o tempo de espera e os níveis de ansiedade, que poderá refletir uma redução progressiva da incerteza ao longo do período de espera, antes de uma eventual nova subida da ansiedade já em fase de tratamento ativo, uma hipótese que carece de confirmação longitudinal.

A compreensão da avaliação dos participantes sobre a intervenção psicoeducativa (objetivo 4) foi alcançada através da articulação entre os dados quantitativos e qualitativos. Os resultados quantitativos revelaram níveis elevados e estáveis de satisfação com os conteúdos, a organização e a equipa multidisciplinar ao longo das duas sessões do programa, e uma recomendação praticamente unânime da intervenção. Os resultados qualitativos identificaram seis temas, confirmando e enriquecendo esta avaliação positiva: a valorização da informação transmitida, a qualidade relacional da equipa e a coesão do grupo emergiram como as principais dimensões de aceitabilidade, enquanto a gestão do tempo das sessões, as condições logísticas e a dimensão do grupo foram identificadas como áreas de melhoria, de natureza predominantemente operacional.

Em resposta à pergunta de investigação que orientou este estudo, conclui-se que o programa de intervenção breve em grupo dirigido a casais em lista de espera para PMA é percecionado pelos participantes como viável e aceitável. A viabilidade é sustentada pela exequibilidade da implementação ao longo de quatro edições do programa, sem barreiras estruturais relevantes identificadas; a aceitabilidade é sustentada pela convergência entre indicadores quantitativos e qualitativos de satisfação, sem que as áreas de melhoria identificadas comprometam o valor global atribuído pelos participantes à intervenção.

Neste sentido, sugere-se que futuras investigações considerem a ampliação da dimensão amostral, a adoção de um desenho longitudinal que permita o acompanhamento dos participantes ao longo de todo o período de espera e do próprio tratamento de PMA, e o registo do tempo total de espera de cada participante, de forma a permitir uma análise mais

completa da sua relação com o bem-estar psicológico. Seria igualmente relevante a realização de focus groups com participantes e com a equipa que dinamiza o programa, de forma a aprofundar a compreensão dos aspetos que se destacaram neste trabalho quanto à aceitabilidade e à viabilidade, nomeadamente as dimensões de melhoria operacional identificadas pelos participantes e a perspetiva da equipa sobre os desafios e potencialidades da implementação. Seria também relevante explorar, em maior profundidade, a dimensão da aceitação da infertilidade, dado o seu destaque nos resultados deste estudo, eventualmente através do desenvolvimento de componentes específicas do programa dirigidas a este processo adaptativo.

Este estudo apresenta, no entanto, algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a dimensão da amostra ($N = 74$), embora adequada a um estudo de viabilidade e aceitabilidade, limita o poder estatístico de algumas análises e a generalização dos resultados a outros contextos clínicos. Em segundo lugar, o desenho transversal adotado não permite acompanhar a evolução do bem-estar psicológico dos participantes ao longo do tempo, nem estabelecer relações de causalidade entre as variáveis estudadas. Em terceiro lugar, os dados foram recolhidos de forma separada entre homens e mulheres, uma vez que os registos arquivados não permitiam confirmar a correspondência entre os elementos de cada casal, o que impossibilitou análises ao nível diádico. Por último, a recolha de dados, realizada no âmbito da atividade clínica regular do serviço, não foi submetida a uma comissão de ética de investigação formal, o que constitui uma limitação a colmatar em futuras edições do programa, nomeadamente através da submissão do protocolo de avaliação a uma comissão de ética institucional.

Os resultados deste estudo apresentam implicações práticas relevantes para a equipa clínica do Serviço de Medicina da Reprodução e para outros serviços que considerem implementar intervenções semelhantes. Em primeiro lugar, a evidência de aceitabilidade elevada sustenta a manutenção do programa como componente regular do acompanhamento de casais em lista de espera para PMA neste serviço, podendo a equipa clínica avançar com maior confiança para a sua institucionalização, em vez de o tratar como uma iniciativa pontual ou experimental. Em segundo lugar, os resultados qualitativos fornecem orientações concretas para o aperfeiçoamento operacional do programa: a comunicação prévia mais detalhada sobre a duração e o formato grupal das sessões, e a possível reorganização da dimensão dos grupos, são alterações de baixo custo e fácil implementação que poderão melhorar ainda mais a experiência dos participantes sem necessidade de redesenhar o programa. Em terceiro lugar, os valores observados na subescala de Aceitação da

infertilidade, especialmente quando comparados com os da amostra de validação portuguesa, sugerem à equipa clínica a pertinência de reforçar, dentro da componente psicológica das sessões, conteúdos especificamente dirigidos a este processo adaptativo, complementando a vertente informativa já valorizada pelos participantes. Por último, a natureza replicável do desenho de avaliação utilizado, um Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação com a Intervenção articulado com um instrumento estandardizado de bem-estar psicológico, pode constituir um modelo de monitorização adaptável a outros serviços de medicina da reprodução interessados em avaliar, de forma sistemática, programas de intervenção psicossocial semelhantes, ainda que a sua viabilidade e aceitabilidade nesses contextos careçam de avaliação própria, dadas as diferenças de recursos e de organização que os possam distinguir do serviço aqui estudado.

Em síntese, este estudo contribui para o desenvolvimento de conhecimento científico sobre a viabilidade e a aceitabilidade de programas de intervenção em grupo dirigidos a casais em lista de espera para PMA, oferecendo evidência que sustenta a continuidade deste tipo de intervenção no contexto em que foi implementada, e que constitui uma prova de conceito relevante para o eventual desenvolvimento de iniciativas semelhantes noutros contextos clínicos de medicina da reprodução, num momento do percurso reprodutivo ainda pouco explorado pela investigação científica.

Referências

- Agarwal, A., Mulgund, A., Hamada, A., & Chyatte, M. R. (2015). A unique view on male infertility around the globe. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 13(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12958-015-0032-1>
- Alirezaei, S., Taghipour, A., & Latifnejad Roudsari, R. (2022). The effect of infertility counseling interventions on marital and sexual satisfaction of infertile couples: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 20(10), 795–806. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v20i10.12264>
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7.^a ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Bai, J., Zheng, J., Guo, N., Dong, Y., Wang, K., Cheng, C., Jiang, H., & Qian, L. (2024). Coping profiles and differences in psychological distress and quality of life in clients undergoing assisted reproductive techniques: A latent profile analysis. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 533–540. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S444053>
- Batista, L. A. T., Bretones, W. H. D., & de Almeida, R. J. (2016). O impacto da infertilidade: narrativas de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida. *Reprodução & Climatério*, 31(3), 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.05.004>
- Bennett-Levy, J., Richards, D., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths, K., Kavanagh, D., Klein, B., Lau, M., Proudfoot, J., Ritterband, L., White, J., & Williams, C. (2010). Oxford guide to low intensity CBT interventions. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199590117.001.0001>
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57(12), 2325–2341. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00138-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00138-2)
- Boivin, J., & Kentenich, H. (2002). Guidelines for counselling in infertility: Outline version. *Human Reproduction*, 17(6), 1526–1529. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.6.1526>

- Boivin, J., Scanlan, L. C., & Walker, S. M. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Human Reproduction*, 14(5), 1384–1391.
<https://doi.org/10.1093/humrep/14.5.1384>
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Kaplan, C. P., Squiers, L., Fabrizio, C., & Fernandez, M. (2009). Design and analysis of feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452–457.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Thematic analysis: A practical guide. SAGE Publications.
<https://doi.org/10.4135/9781529682977>
- Camps, N., Arias-Pujol, E., & Anguera, M. T. (2025). Infertility grief and filiation experiences 25 years later: Detection of multiple cases from the mixed methods approach. *Frontiers in Psychology*, 16, Article 1660802. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1660802>
- Caputo, A., Langher, V., Capri, O., Muzii, L., & Fedele, F. (2023). Toward a personalized psychological counseling service in assisted reproductive technology centers: A qualitative analysis of couples' needs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), Article 1010. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021010>
- Carara, A. J., & Bressan, J. A. (2024). Infertilidade feminina: Efeitos psicológicos dos tratamentos e seus desafios. In *Psicologia e saúde mental: Perspectivas teóricas e práticas* (pp. 127–141). Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.9471125180310>
- Cissen, M., Bensdorp, A. J., Cohlen, B. J., Repping, S., de Bruin, J. P., & van Wely, M. (2016). Assisted reproductive technologies for male subfertility. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(2), CD000360. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000360.pub5>
- Coelho, A., Martins, M. V., & Gameiro, S. (2023). Emotional adjustment during the infertility treatment journey: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 29(3), 379–412. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmad004>
- Costa, C., Silva, S., & Nogueira, C. (2016). Da infertilidade à parentalidade: vivências de casais portugueses após técnicas de reprodução assistida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(1), 88–101. <https://doi.org/10.15309/16psd170110>

- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293–308. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2023). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (6.^a ed.). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781071817100>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Daniluk, J. C. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling & Development*, 79(4), 439–449. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01991.x>
- Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*. Guilford Press.
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E. A., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, 73(4), 805–811. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(99\)00493-8](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00493-8)
- Domar, A. D., Rooney, K. L., Wiegand, B., Orav, E. J., Alper, M. M., Berger, B. M., & Nikolovski, J. (2011). Impact of a group mind/body intervention on pregnancy rates in IVF patients. *Fertility and Sterility*, 95(7), 2269–2273. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.03.020>
- Dube, L., Bright, K., Hayden, K. A., & Gordon, J. L. (2023). Efficacy of psychological interventions for mental health and pregnancy rates among individuals with infertility: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 29(1), 71–94. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmac034>
- Eldridge, S. M., Lancaster, G. A., Campbell, M. J., Thabane, L., Hopewell, S., Coleman, C. L., & Bond, C. M. (2016). Defining feasibility and pilot studies in preparation for randomised controlled trials: Development of a conceptual framework. *PLOS ONE*, 11(3), e0150205. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150205>

- Entidade Reguladora da Saúde. (2025). *Acesso a procriação medicamente assistida* [Estudo]. ERS. <https://www.ers.pt/pt/atividade/regulacao-economica/selecionar/estudos/lista-de-estudos/estudo-acesso-a-procriacao-medicamente-assistida/>
- ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group. (2015). Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction: A guide for fertility staff. European Society of Human Reproduction and Embryology. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>
- Faria, D. E. P., Grieco, S. C., & Barros, S. M. O. (2012). Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 794–801. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400002>
- Farinati, D. M., Rigoni, M. S., & Müller, M. C. (2006). Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23(4), 433–439. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400011>
- Fontenele, C. V., & Tanaka, A. C. D. (2013). Expectativas e sentimentos de mulheres que esperam por tratamento de reprodução humana. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 93–108.
- Foti, F. L., Karner-Huțuleac, A., & Maftei, A. (2023). The value of motherhood and psychological distress among infertile women: The mediating role of coping strategies. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1024438. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1024438>
- Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgård, N. G., Ingerslev, H. J., & Zachariae, R. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 5(1), e006592. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006592>
- Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2022). Mindfulness-based program for infertility: Efficacy study. *Fertility and Sterility*, 117(5), 1184–1192. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2022.01.030>
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., Thorn, P., Van den Broeck, U., Venetis, C., Verhaak, C. M., Wischmann, T., & Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction — A

- guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 30(11), 2476–2485.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update*, 18(6), 652–669.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dms031>
- Gaskins, A. J., & Chavarro, J. E. (2018). Diet and fertility: A review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(4), 379–389. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.08.010>
- Gonçalves, M., Nunes, C., & Oliveira, P. (2020). Aspetos psicológicos na procriação medicamente assistida: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(3), 678–691.
- Graham, J. W. (2009). Missing data analysis: Making it work in the real world. *Annual Review of Psychology*, 60, 549–576. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085530>
- Grammenou, M., Michou, V., Itziou, A., Tsiotsias, A., & Eskitzis, P. (2026). The psychological impact of in vitro fertilization (IVF): A gender systematic review. *Healthcare*, 14(3), Article 375. <https://doi.org/10.3390/healthcare14030375>
- Greil, A. L., McQuillan, J., & Slauson-Blevins, K. (2023). Infertility: An intersectional perspective on a highly contested domain. *Sociology of Health & Illness*, 45(2), 411–429.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.13578>
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2011). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 33(1), 1–21. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01281.x>
- Guimarães, A. C. Q., & Faria, H. M. C. (2024). Tão-só na maternidade: o luto na perda perinatal. *HU Revista*, 50, 1–8. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2024.v50.44268>
- Hammarberg, K., Fisher, J. R. W., & Wynter, K. H. (2008). Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 14(5), 395–414. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmn030>

- Harrison, C., Hu, Y., & Donoghue, K. (2022). Patient-reported outcomes and experiences of psychosocial support in fertility treatment: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 2029–2039. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.02.011>
- Jackson, P. L., Saunders, P., Mizzi, S., & Hallam, K. T. (2025). The efficacy of psychological interventions for infertile women: A systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*, 25, Article 506. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-04054-x>
- Klaic, M., Kapp, S., Hudson, P., Chapman, W., Denehy, L., Story, D., & Francis, J. J. (2022). Implementability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a conceptual framework. *Implementation Science*, 17(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01171-7>
- Klaus, R. T. (2022). Revelar e ter com quem contar: Infertilidade e apoio social. *Revista Mackenzie de Psicologia*, 22(1), 1–15. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPCP14408.en>
- Kleinman, A. (2007). *What really matters: Living a moral life amidst uncertainty and danger*. Oxford University Press.
- Lanius, M., & Souza, E. L. A. (2010). Assisted reproduction: The impasses of desire. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(1), 53–70. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000100004>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Li, G., Jiang, Z., Kang, X., Ma, L., Han, X., & Fang, M. (2021). Trajectories and predictors of anxiety and depression amongst infertile women during their first IVF/ICSI treatment cycle. *Journal of Psychosomatic Research*, 142, Article 110357. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110357>
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1–55.
- Liu, L., Yang, H., Lei, A., & You, H. (2024). The effectiveness of expressive art therapy on infertile women undergoing surgery: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 25, Article 475. <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08324-1>

- Lopes, V., Canavarro, M. C., Verhaak, C. M., Boivin, J., & Gameiro, S. (2014). Are patients at risk for psychological maladjustment during fertility treatment less willing to comply with treatment? Results from the Portuguese validation of the SCREENIVF. *Human Reproduction*, 29(2), 293–302. <https://doi.org/10.1093/humrep/det418>
- Luk, B. H.-K., & Loke, A. Y. (2015). The impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: A systematic review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(6), 610–625. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.958789>
- Mappa, I., Cagnacci, A., & Ricci, L. (2024). Endometriosis and infertility: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(2), 480. <https://doi.org/10.3390/jcm13020480>
- Marques, P. P., & Morais, N. A. (2018). A vivência de casais inférteis diante de tentativas inexitosas de reprodução assistida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(2), 299–314. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4315>
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM® SPSS®: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios Edições.
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26(8), 2113–2121. <https://doi.org/10.1093/humrep/der157>
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V., Mesquita-Guimarães, J., & Costa, M. E. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, 29(1), 83–89. <https://doi.org/10.1093/humrep/det403>
- Molgora, S., Fenaroli, V., Acquati, C., De Donno, A., Baldini, M. P., & Saita, E. (2019). Examining the role of dyadic coping on the marital adjustment of couples undergoing assisted reproductive technology (ART). *Frontiers in Psychology*, 10, Article 415. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00415>
- Montagnini, H. M. L., Blay, S. L., Novo, N. F., Freitas, V., & Cedenho, A. P. (2009). Estados emocionais de casais submetidos à fertilização in vitro. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(4), 475–481. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000400008>

- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O'Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Soares, A. L. S. (2012). Assessing infertility stress: Re-examining the factor structure of the fertility problem inventory. *Human Reproduction*, 27(2), 496–505. <https://doi.org/10.1093/humrep/der388>
- Moutzouri, M., Sarantaki, A., Koulirakis, G., & Gourounti, K. (2024). Coping strategies associated with emotional adjustment during the dyadic experience of infertility and its treatment: A systematic review. *Journal of Mother and Child*, 28(1), 61–69. <https://doi.org/10.34763/jmotherandchild.20242801.d-24-00013>
- Organização Mundial da Saúde. (2025). Infertility. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Pakpahan, C., Ibrahim, R., William, W., Kandar, P. S., Darmadi, D., & Khaerana, A. S. A. (2023). "Am I masculine?" A metasynthesis of qualitative studies on traditional masculinity on infertility. *F1000Research*, 12, Article 252. <https://doi.org/10.12688/f1000research.130633.1>
- Portaria n.º 154/2017, de 4 de maio. (2017). *Diário da República, 1.ª Série, N.º 86*, 2283–2288.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2013). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 99(1), 63. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.09.023>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65–76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Refaeli, L. B., Rodrigues, M., Neaman, A., Bertele, N., Ziv, Y., Talmon, A., & Enav, Y. (2024). Supporting the transition to parenthood: A systematic review of empirical studies on emotional and psychological interventions for first-time parents. *Patient Education and Counseling*, 120, Article 108090. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108090>

- René, C., Landry, I., & de Montigny, F. (2022). Couples' experiences of pregnancy resulting from assisted reproductive technologies: A qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, Article 100059. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100059>
- Rodrigues, R. (2024). Infertilidade e identidade: Uma revisão integrativa sobre o impacto psicossocial do diagnóstico. *Psicologia em Estudo*, 29, e54852. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v29i.54852>
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Ahlgren, J., Almqvist, L., & Ljungman, L. (2022). Psychosocial group intervention in patients undergoing fertility treatment: A randomized controlled trial. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 101(6), 621–629. <https://doi.org/10.1111/aogs.14344>
- Santos, M. de F. O. (2010). Injeção intracitoplasmática de espermatozóides: questões éticas e legais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(Supl. 2), S289–S296. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600005>
- Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>
- Sousa-Leite, M., Fernandes, M., Reis, S., Costa, R., Figueiredo, B., & Gameiro, S. (2022). Feasibility and acceptability of psychosocial care for unsuccessful fertility treatment. *Health Expectations*, 25(6), 2902–2913. <https://doi.org/10.1111/hex.13598>
- Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., & Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 422–428. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.10.009>
- Verhaak, C. M., Lintsen, A. M., Evers, A. W., & Braat, D. D. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25(5), 1234–1240. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq054>
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaijmaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of

- research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27–36.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dml040>
- Wang, G., Pan, J., Tan, X., Sun, X., Lai, A. C., Wang, S., Pan, F., Yi, S., Liang, Q., & Mu, X. (2023). Cognitive behavioural therapy for women with infertility: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(1), 38–53.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2792>
- Warne, E., Oxlad, M., & Best, T. (2023). Evaluating group psychological interventions for mental health in women with infertility undertaking fertility treatment: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 17(3), 377–401.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2058582>
- Wischmann, T., & Thorn, P. (2022). Psychosocial care in fertility treatment: Why, when and how? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 39(1), 29–39.
<https://doi.org/10.1007/s10815-021-02355-x>
- Xavier, M. R. L., & Lopes, E. (2022). Psicologia e procriação medicamente assistida – o GIPPMA como abordagem. *Comunicações Orais*, 5(2), S21.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6.^a ed.). Basic Books.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications.
- Ying, L., Wu, X., Loke, A. Y., & Schwarzer, R. (2022). Psychological interventions for infertility: A systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 117(3), 630–641.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.12.031>
- Zaia, V., Gremigni, P., & Casu, G. (2025). Validation and dyadic invariance of the Infertility Concerns Questionnaire among Brazilian couples. *Frontiers in Psychology*, 16, Article 1504554. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1504554>
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., & Ishihara, O. (2017). The international glossary on infertility and fertility care, 2017. *Human Reproduction*, 32(9), 1786–1801. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex234>

Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F., & Vallone, F. (2023). Paths towards parenthood after repeated treatment failures: A comparative study on predictors of psychological health outcomes in infertile couples persisting in treatments or opting for adoption. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1147926. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1147926>

Anexo 1 — Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação com a Intervenção

Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães | Universidade Católica Portuguesa — Faculdade de Educação e Psicologia

Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação com a Intervenção (Dia 1)

O presente questionário visa identificar o impacto da intervenção ao nível do seu desenvolvimento pessoal e conjugal, contribuir para o ajustamento desta abordagem em situações futuras, bem como para a melhoria do acompanhamento no âmbito da PMA.

I. Identificação

Sexo: Feminino ____ Masculino ____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Estado civil: _____

Fator de infertilidade do casal: Feminino ____ Masculino ____ Mista ____ Idiopática ____

Tratamento: FIV ____ ICSI ____

Para cada uma das afirmações avalie de forma espontânea o seu grau de satisfação, preenchendo com um X o respetivo espaço. Se, eventualmente, se enganar a assinalar a sua resposta, deverá riscá-la e preencher o círculo correspondente à resposta que pretende.

II. Conteúdos programáticos e métodos:

	1	2	3	4	5
1. Conteúdos da sessão de intervenção					
2. Estrutura dos conteúdos					
3. Interesse dos conteúdos					
4. Equilíbrio entre a exposição teórica/prática					

Nota. Escala: 1 = Nada satisfeito; 2 = Pouco satisfeito; 3 = Satisfeito; 4 = Muito satisfeito; 5 = Totalmente satisfeito.

Aponte um fator positivo: _____

Aponte um fator negativo: _____

III. Organização:

	1	2	3	4	5
5. Qualidade e adequação das instalações					
6. Organização administrativa					
7. Horário da sessão					
8. Duração da sessão					

Nota. Escala: 1 = Nada satisfeito; 2 = Pouco satisfeito; 3 = Satisfeito; 4 = Muito satisfeito; 5 = Totalmente satisfeito.

IV. Avaliação global da sessão:

	1	2	3	4	5
9. O nível dos conteúdos foi adequado ao seu nível de conhecimento					
10. Utilidade dos conteúdos da sessão					
11. Concretização dos objetivos propostos					
12. Recomendaria esta intervenção a familiares/amigos/colegas					

Nota. Escala: 1 = Nada satisfeito; 2 = Pouco satisfeito; 3 = Satisfeito; 4 = Muito satisfeito; 5 = Totalmente satisfeito.

V. Recomendaria esta sessão a familiares/colegas/amigos na mesma situação?

VI. Em geral, de 0 a 5 qual o grau de satisfação com esta iniciativa?

1 2 3 4 5

VII. Considera que esta sessão o/a fez alterar a sua opinião sobre o serviço prestado no âmbito da Procriação Medicamente Assistida neste Hospital?

Sim ____ Não ____

Porquê? _____

VIII. Sugestões/comentários:

--

Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação com a Intervenção (2) (Dia 2)

O presente questionário visa identificar o impacto da intervenção ao nível do seu desenvolvimento pessoal e conjugal, contribuir para o ajustamento desta abordagem em situações futuras, bem como para a melhoria do acompanhamento no âmbito da Procriação Medicamente Assistida.

I. Identificação

Sexo: Feminino ____ Masculino ____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Estado civil: _____

Fator de infertilidade do casal: Feminino ____ Masculino ____ Mista ____ Idiopática ____

Tratamento: FIV ____ ICSI ____

Tempo de espera para tratamento (desde a última consulta):

Para cada uma das afirmações avalie de forma espontânea o seu grau de satisfação, preenchendo com um X o respetivo espaço. Se, eventualmente, se enganar a assinalar a sua resposta, deverá riscá-la e preencher o espaço correspondente à resposta que pretende.

II. Conteúdos programáticos e métodos:

	1	2	3	4	5
1. Conteúdos da sessão					
2. Estrutura dos conteúdos					
3. Interesse dos conteúdos					
4. Dinâmica da sessão					

Nota. Escala: 1 = Nada satisfeito; 2 = Pouco satisfeito; 3 = Satisfeito; 4 = Muito satisfeito; 5 = Totalmente satisfeito.

Aponte um fator positivo: _____

Aponte um fator negativo: _____

III. Organização:

	1	2	3	4	5
5. Qualidade e adequação das instalações					
6. Organização administrativa					
7. Horário da sessão					

8. Duração da sessão					
----------------------	--	--	--	--	--

Nota. Escala: 1 = Nada satisfeito; 2 = Pouco satisfeito; 3 = Satisfeito; 4 = Muito satisfeito; 5 = Totalmente satisfeito.

IV. Avaliação global da sessão:

	1	2	3	4	5
9. O nível dos conteúdos foi adequado ao meu nível de conhecimento					
10. Utilidade dos conteúdos da sessão					
11. Concretização dos objetivos propostos					
12. Recomendaria esta intervenção a familiares/amigos/colegas					

Nota. Escala: 1 = Nada satisfeito; 2 = Pouco satisfeito; 3 = Satisfeito; 4 = Muito satisfeito; 5 = Totalmente satisfeito.

V. Recomendaria esta sessão a familiares/colegas/amigos na mesma situação?

VI. Em geral, de 0 a 5 qual o grau de satisfação com esta iniciativa?

1 2 3 4 5

VII. Satisfação com a Unidade de Medicina da Reprodução:

	1	2	3	4	5
13. A equipa médica é amável e atenciosa					
14. Recebi informação útil e de qualidade sobre a medicação, os exames e os tratamentos					
16. A equipa de enfermagem é amável e atenciosa					
17. Sinto que a equipa do serviço percebe aquilo por que estou a passar					
18. A unidade de psicologia está disponível para a abordagem das minhas necessidades emocionais					
19. Considero dispor dos serviços médicos e psicológicos que desejo					
20. Sinto que tenho uma boa relação com a equipa do serviço de fertilidade					
21. Ao longo dos meses de espera para realizar tratamento senti-me acompanhado					

Nota. Escala: 1 = Nada; 2 = Um pouco; 3 = Às vezes; 4 = Muito; 5 = Muítoíssimo.

VIII. Considera que esta sessão o/a fez alterar a sua opinião sobre o serviço prestado no âmbito da Procriação Medicamente Assistida neste Hospital?

Sim ____ Não ____

Porquê? _____

IX. Sugestões/comentários:

Anexo 2 — Sistema Integral de Categorias da Análise Temática Reflexiva

O presente anexo apresenta o sistema completo de categorias resultante da Análise Temática Reflexiva (Braun & Clarke, 2022) das respostas abertas do Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação com a Intervenção, incluindo a descrição de cada tema e subtema, o número de referências codificadas em cada categoria, e exemplos ilustrativos extraídos dos dados. Os seis temas organizam-se em dois eixos: dimensões de aceitabilidade positiva (Temas 1 a 3) e dimensões de melhoria e viabilidade operacional (Temas 4 a 6).

Eixo 1 — Dimensões de Aceitabilidade Positiva

Tema 1 — Informação, Esclarecimento e Redução da Incerteza (n = 6 referências)

Descrição: Agrupa respostas que valorizam a transmissão de informação clínica e o esclarecimento de dúvidas sobre o processo de PMA como o aspeto mais positivo da sessão.

- "Obtive mais informação nestas sessões que objetivamente nas consultas. (P5, 2019, Dia 2)"
- "Informação sobre o processo. (P19, 2023)"
- "Todo o conteúdo informativo. (P31, 2023)"
- "Muito esclarecedor. (P53, 2024)"
- "Contexto científico. (P63, 2025)"
- "Informação e disponibilidade dos profissionais. (P68, 2025)"

Tema 2 — Qualidade Relacional e Competências Empáticas da Equipa (n = 7 referências)

Descrição: Agrupa respostas que valorizam características interpessoais da equipa multidisciplinar — simpatia, disponibilidade, proximidade e empatia.

- "Simpatia do corpo docente e da equipa. (P17, 2023)"
- "Simpatia da doutora e total esclarecimento. (P18, 2023)"
- "Profissionais à escuta. (P47, 2024)"
- "Apresentação ajustada ao nosso estado e ritmo. (P62, 2025)"
- "A Dra. é muito querida e atenciosa; esta é uma excelente forma de nos mantermos positivos no meio desta montanha russa. (P35, 2023)"
- "Revejo mais empatia no serviço de psicologia. (P53, 2024)"

Tema 3 — Coesão de Grupo, Partilha e Sentimento de Não-Isolamento (n = 6 referências)

Descrição: Agrupa respostas que valorizam o formato grupal pela possibilidade de contacto com outros participantes em situação semelhante, reduzindo o isolamento percebido.

- "Conhecer pessoas que estão a passar pelo mesmo que nós. (P35, 2023)"

- *"É muito importante sabermos que não estamos sozinhos. (P23, 2023)"*
- *"Sentimento de união com os outros participantes. (P7, 2019)"*
- *"Boa comunicação entre casais. (P34, 2023)"*
- *"Conhecimento sobre outros casais. (P58, 2024)"*
- *"Partilha. (P70, 2025)"*

Eixo 2 — Dimensões de Melhoria e Viabilidade Operacional

Tema 4 — Gestão Temporal: Duração e Comunicação Prévia das Sessões (n = 4 referências)

Descrição: Agrupa respostas relativas à duração das sessões, percebida como excessiva, e à falta de comunicação prévia sobre essa duração.

- *"O único mal necessário é a duração da consulta. (P36, 2023)"*
- *"Não ter sido informada que a formação tinha uma duração de 2h. (P25, 2023)"*
- *"Duração foi muito além do previsto. (P65, 2025)"*
- *"Manter a sessão a um tempo mais reduzido ou avisar antecipadamente que poderá estender para além das 2 horas. (P65, 2025)"*

Tema 5 — Condições Logísticas e Contextuais (n = 5 referências)

Descrição: Agrupa respostas relativas às condições físicas do espaço (temperatura) e à comunicação prévia sobre o formato e a localização das sessões.

- *"Sala muito quente. (P47, 2024)"*
- *"Temperatura da sala. (P60, 2024)"*
- *"Não tinha conhecimento que seria numa sessão de formação coletiva. (P62, 2025)"*
- *"Comunicar melhor a localização das sessões. (P62, 2025)"*
- *"Informar o tipo de formação, consulta. Indicar que é de grupo. (P61, 2025)"*

Tema 6 — Dimensão do Grupo e Profundidade da Partilha (n = 4 referências)

Descrição: Agrupa respostas que identificam uma tensão entre a dimensão do grupo e a oportunidade de partilha individual mais profunda.

- *"O facto de serem muitos casais pode fazer com que alguns não se sintam confortáveis para falar, partilhar e até por falta de tempo. (P47, 2024)"*
- *"Pouco tempo e dinâmicas de partilha de experiências entre casais. (P62, 2025)"*
- *"Acho que poderia ter mais dias assim em grupo. (P68, 2025)"*
- *"Menos casais de cada vez e um horário mais conveniente, ou seja, fim da tarde. (P47, 2024)"*

Síntese Quantitativa do Sistema de Categorias

Eixo	Tema	n referências
Aceitabilidade Positiva	1. Informação e Esclarecimento	7
Aceitabilidade Positiva	2. Qualidade Relacional da Equipa	6
Aceitabilidade Positiva	3. Coesão de Grupo	6
Melhoria Operacional	4. Gestão Temporal	4
Melhoria Operacional	5. Condições Logísticas	5
Melhoria Operacional	6. Dimensão do Grupo	4
—	Total	32

Nota. A distribuição evidencia uma concentração superior de referências no Eixo 1 (n = 19; 59,4%), relativo às dimensões de aceitabilidade positiva, em comparação com o Eixo 2 (n = 13; 40,6%), relativo às dimensões de melhoria.

Anexo 3 — Instrumento SCREENIVF

A escala SCREENIVF (Screening on Distress in Fertility Treatment) é um instrumento padronizado, sujeito a direitos de autor dos seus criadores originais, pelo que a sua reprodução integral não é apresentada neste anexo. O instrumento completo, incluindo a totalidade dos 34 itens distribuídos pelas cinco subescalas (Ansiedade, Depressão, Suporte Social, Desamparo e Aceitação), pode ser consultado diretamente nas publicações de referência abaixo indicadas.

Verhaak, C. M., Lintsen, A. M., Evers, A. W., & Braat, D. D. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25(5), 1234–1240. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq054>

Lopes, V., Canavarro, M. C., Verhaak, C. M., Boivin, J., & Gameiro, S. (2014). Are patients at risk for psychological maladjustment during fertility treatment less willing to comply with treatment? Results from the Portuguese validation of the SCREENIVF. *Human Reproduction*, 29(2), 293–302. <https://doi.org/10.1093/humrep/det418>