



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

PROcriação Medicamente Assistida: Vivência Psicológica e Intimidade de um Grupo de Casais Portugueses

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

- Especialização em – Psicologia Clínica e da Saúde

Mafalda Figueiredo Fernandes

Porto, julho 2022

Agradecimentos

Aos meus professores, por todo o conhecimento partilhado, profissionalismo, exigência e apoio!

À Professora Doutora Maria Raul Lobo Xavier, por toda a disponibilidade, profissionalismo, dedicação, suporte e conhecimento partilhado! E pela oportunidade de investigação!

À minha família, por todo o apoio, carinho, motivação e compreensão demonstrados desde sempre!

Aos meus pais, pelo carinho, apoio, compreensão e amor incondicional, e por me incentivarem a seguir sempre os meus sonhos! Obrigada por toda a dedicação e sacrifício, e por tornarem este caminho possível!

Ao António, pelo carinho, apoio, compreensão, motivação, companheirismo e amor incondicional! Obrigada por tornares este caminho ainda mais bonito e especial!

Às minhas amigas, pela amizade, carinho e apoio demonstrados desde sempre, e por me incentivarem a seguir sempre os meus objetivos!

Resumo

O presente estudo teve como objetivo caracterizar um grupo de casais portugueses com diagnóstico de infertilidade, candidatos a técnicas de PMA (Procriação Medicamente Assistida) e que estão a ser acompanhados em dois serviços de PMA do norte de Portugal integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), considerando as características sociodemográficas da infertilidade, a presença ou ausência de sintomatologia ansiosa e depressiva, e intimidade na relação diádica. A amostra deste estudo é constituída por 70 casais (homens e mulheres), com um total de 140 indivíduos, com idades compreendidas entre os 25 e os 54 anos. Os instrumentos utilizados na recolha de dados foram o *Screening of In-Vitro Fertility Treatments* (SCREEN-IVF), a Escala de Avaliação da Intimidade na Relação (PAIR) e o Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI).

Tal como outros trabalhos descrevem, identifica-se sintomatologia ansiosa em 72.9% dos homens e 78.6% das mulheres, e sintomatologia depressiva em 17.1% dos homens e 21.3% das mulheres da nossa amostra, destacando-se o valor elevado de ansiedade em ambos os géneros. Relativamente ao número de tratamentos, estão relacionados com aspetos sexuais da intimidade nas mulheres. Como descrito noutros trabalhos, encontraram-se correlações entre algumas variáveis em estudo, tal como depressão e aspetos sexuais nas mulheres.

Palavras-chave: Infertilidade; Procriação Medicamente Assistida; Ansiedade; Depressão; Intimidade.

Abstract

The present study aimed to characterize a group of Portuguese couples diagnosed with infertility, candidates for MAR (Medical Assisted Reproduction) techniques and who are being followed up in two MAR services in the north of Portugal integrated in the National Health Service (SNS), considering sociodemographic and infertility characteristics, the presence or absence of anxious and depressive symptoms, and intimacy in the dyadic relationship. The sample of this study consists of 70 couples (couples and women), with a total of 140 individuals, aged between 25 and 54 years. The instruments used for data collection were the Screening of In-Vitro Fertility Treatments (SCREEN-IVF), the Relationship Intimacy Assessment Scale (PAIR) and the Fertility Problems Inventory (FPI).

As described in other studies, in our sample were identified in 72.9% of men and 78.6% of women anxious symptoms, and in 17.1% of men and 21.3% of women depressive symptoms. As for anxiety, there is a high value in both genders. Regarding the number of treatments, they are related to sexual aspects of intimacy in women. As described in other works, we found correlations with some dimensions of intimacy and depression in women, for exemple sexual aspects.

Keywords: Infertility; Medical Assisted Reproduction; Anxiety; Depression; Intimacy.

ÍNDICE

Agradecimentos	1
Resumo	2
Abstract	3
Glossário	5
Introdução	7
1. Enquadramento Teórico	8
1.1 Infertilidade e Procriação Medicamente Assistida	8
1.2 Vivência Psicológica perante o diagnóstico de infertilidade e técnicas de PMA 10	
1.3 Relação diádica durante o processo de PMA	12
2. Método	16
2.1 Objetivos e Hipóteses	16
2.2 Amostra	18
2.3 Instrumentos	19
2.3.1 Protocolo pré-tratamento GIPPMA	19
2.3.2 Screening of In-Vitro Fertilisation treatments (SCREEN-IVF)	19
2.3.3 Escala de Avaliação da Intimidade na Relação (PAIR)	20
2.3.4 Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI)	21
2.4 Procedimento de Recolha de Dados	21
2.5 Procedimento de Tratamento e Análise de Dados	22
3. Resultados	23
4. Discussão	32
5. Conclusão	37
Referências Bibliográficas	40

Glossário

_F- Mulheres

_M- Homens

CNPMA- Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

FPI- Inventário de Problemas de Fertilidade

GIPPMA- Grupo de Intervisão de Psicologia em Procriação Medicamente Assistida

IVF- Fertilização *In Vitro*

PAIR- Escala de Avaliação da Intimidade na Relação

PMA- Procriação Medicamente Assistida

SCREENIVF- *Screening of In-Vitro Fertility Treatments*

SNS- Sistema Nacional de Saúde

Lista de Tabelas

Tabela 1	23
Tabela 2	24
Tabela 3	24
Tabela 4	25
Tabela 5	25
Tabela 6	26
Tabela 7	27
Tabela 8	27
Tabela 9	27
Tabela 10	28
Tabela 11	28
Tabela 12	29
Tabela 13	29
Tabela 14	29
Tabela 15	31

Introdução

O presente trabalho refere-se à Dissertação do Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Educação e Psicologia, da Universidade Católica Portuguesa. Este trabalho tem como objetivo geral caracterizar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, e a intimidade de um grupo de casais com diagnóstico de infertilidade acompanhados em dois centros de PMA do norte de Portugal integrados no SNS. Este estudo foi desenvolvido no âmbito da colaboração entre essas duas Unidades de Saúde e a FEP-UCP e enquadra-se no Grupo de Trabalho e Intervisão em Psicologia na PMA (GIPPMA) (Lopes et al., 2022). O GIPPMA é constituído pelos Psicólogos de quatro destes centros (incluindo os envolvidos neste trabalho) que trabalham em contexto hospitalar no SNS na zona Norte e uma docente/investigadora da Universidade Católica Portuguesa (Orientadora da presente Dissertação) (Lopes et al., 2022). Um dos objetivos do GIPPMA é desenvolver projetos de investigação científica conjunta, sendo que este trabalho constitui uma das primeiras iniciativas nesse âmbito.

A infertilidade representa uma condição de stress, podendo desenvolver sofrimento pessoal, pois está associada ao processo de perda por não ser possível conceber naturalmente (Cousineau & Domar, 2007; Koert & Daniluk, 2018). A evolução das técnicas de PMA veio proporcionar a muitos indivíduos a oportunidade de alcançarem uma gravidez, tendo o recurso a estas técnicas aumentado significativamente nos últimos anos (Cousineau & Domar, 2007; Molgora et al., 2019), nomeadamente, em Portugal (Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, 2020). Os últimos dados disponíveis (referentes a 2017) indicam que nesse ano nasceram 2796 crianças em Portugal com recurso às técnicas de PMA, representando 3,2% das crianças nascidas nesse ano (Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, 2020).

Várias investigações apontam que a condição de infertilidade afeta o bem-estar psicológico tanto de mulheres, como de homens, e que as reações psicológicas mais reportadas são ansiedade, depressão, culpa e isolamento (Boivin et al., 2022; Péloquim et al., 2018). A literatura sustenta que a condição de infertilidade e os respetivos tratamentos contribuem para dificuldades a nível emocional, social e sexual, e poderão ter um impacto negativo no bem-estar de cada indivíduo e na relação diádica (Molgora et al., 2019). Alguns autores destacam diferenças de género, relativamente ao impacto das técnicas de PMA no bem-estar psicológico, nomeadamente, que mulheres diagnosticadas com infertilidade submetidas a este tratamento evidenciam maior sintomatologia depressiva e ansiosa, comparativamente aos homens nas mesmas condições (Kroemeke & Kubicka, 2018; Schaller et al., 2016; Ying et al., 2015).

Segundo alguns autores, o processo de PMA também poderá ter impacto na intimidade na relação diádica (Luk & Loke, 2019). Contrariamente, de acordo com um trabalho de Pasha e colaboradores (2017), um número elevado de mulheres diagnosticadas com infertilidade descrevem a intimidade da sua relação diádica de um modo positivo. Diversos trabalhos têm ainda apontado para a relação entre ansiedade, depressão e intimidade na relação diádica experienciadas pelos casais com diagnóstico de infertilidade submetidos a tratamentos de PMA (e.g., Maroufizadeh et al., 2018; Rooney & Domar, 2018).

Por conseguinte, perante o atual crescimento e adesão às técnicas de PMA, é essencial compreender a relação de intimidade, bem como a vivência psicológica dos indivíduos submetidos a este tratamento, possibilitando intervenções psicológicas mais focadas nas dificuldades principais dos indivíduos de forma a aumentar o bem-estar individual e conjugal durante o processo de PMA e melhorar a qualidade de vida após o sucesso ou insucesso do mesmo (Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, 2020).

Destaca-se ainda que a recolha de dados deste trabalho ocorreu durante a pandemia Covid-19. A necessidade de compreensão destas novas circunstâncias na vivência de um processo de PMA é evidente, pois segundo a literatura produzida até agora a pandemia parece comprometer o processo de PMA, (e.g. alterar o decurso expectável dos tratamentos ou mesmo interrompendo-os) podendo desenvolver ansiedade nos indivíduos envolvidos (Rallo et al., 2021).

Quanto à constituição deste trabalho, no enquadramento teórico será abordada a infertilidade e a PMA, a vivência psicológica face ao diagnóstico de infertilidade e técnicas de PMA e a relação diádica durante o processo de PMA. Segue-se a apresentação do método, e, posteriormente serão apresentados os resultados, seguindo-se a sua discussão. Para finalizar, será apresentada uma conclusão do estudo.

1. Enquadramento Teórico

1.1 Infertilidade e Procriação Medicamente Assistida

A infertilidade é uma doença do sistema reprodutivo e é definida pela ausência de gravidez após 12 meses ou mais de atividade sexual regular sem recorrer a qualquer prática contraceptiva, sendo uma condição com impacto na possibilidade de um casal ter filhos através de uma conceção natural (e.g., ESHRE, 2015; Zegers-Hochschild et al., 2017). Esta condição tem implicações na identidade pessoal e social do indivíduo, afetando o seu bem-estar psicológico (Luk & Loke, 2019; Shahraki et al., 2019). A infertilidade é uma realidade crescente, abrangendo cerca de 15% dos casais em idade reprodutiva (McLaren, 2012).

A infertilidade pode ser caracterizada como primária ou secundária, sendo possível este diagnóstico, tanto nas mulheres, como nos homens (Vander Borgh & Wyns, 2018; Zegers-Hochschild et al., 2017). A infertilidade primária considera o casal que mantém relações sexuais regulares sem o uso de métodos contraceptivos, nunca foi diagnosticado com uma gravidez clínica e preenche os critérios de diagnóstico de infertilidade (WHO, 2000; Zegers-Hochschild et al., 2017). A infertilidade secundária refere-se ao casal que mantém relações sexuais regulares sem o uso de métodos contraceptivos, mas não consegue conceber uma gravidez clínica, porém, já engravidou previamente (WHO, 2000; Zegers-Hochschild et al., 2017). De acordo com a literatura, a infertilidade primária é considerada a mais prevalente (Deshpande & Gupta, 2019; Moridi et al., 2019). Alguns autores indicam que a infertilidade feminina corresponde a 30-40% das situações de infertilidade, e que a infertilidade masculina contribui aproximadamente para 50% desses casos, sendo que, em 10% das situações não há indicação da causa da condição de infertilidade (Santos & Ramos, 2010; Vander Borgh & Wyns, 2018).

No que concerne às causas da condição de infertilidade, são considerados diversos fatores, nomeadamente, disfunções sexuais, níveis elevados de stress e consumo de substâncias psicoativas (Deshpande & Gupta, 2019; Vander Borgh & Wyns, 2018). Mais especificamente, a infertilidade feminina poderá estar relacionada com problemas de ovulação, doenças menstruais e autoimunes, enquanto a infertilidade masculina poderá estar associada a doenças vasculares e endócrinas, fatores infecciosos (Moridi et al., 2019; Rooney & Domar, 2018).

O progressivo avanço do conhecimento potencia o aumento da intervenção terapêutica, contribuindo para que os indivíduos diagnosticados com infertilidade tenham oportunidade de terem um filho através das técnicas de PMA (Gameiro et al., 2008; Neto & Pedro, 2018). A PMA é definida como um conjunto de técnicas com finalidade de obter uma gravidez em casais inférteis ou com fertilidade reduzida, ou em mulheres sem parceiro masculino (Santos, 2019). A PMA abrange um conjunto de técnicas específicas a cada situação: Inseminação Intrauterina, Transferência Intratubária de Gâmetas, Fertilização *in Vitro* (FIV) seguida de transferência de embriões, Transferência Intratubária de Zigotos, Dissecção Parcial da Zona Pelúcida Ovocitária, Inseminação Subzonal ou Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (e.g., Pierrepont et al., 2016; Raposo, 2014). Os tratamentos de PMA têm aumentado de um modo consistente nos últimos anos, e, conseqüentemente, o número de nascimentos por PMA também aumentaram (European IVF-monitoring Consortium (EIM) et al., 2017; Ferraretti et al., 2017).

Verifica-se que o recurso a estes tratamentos tem vindo a evoluir progressivamente, sendo em 2013 a percentagem de crianças nascidas como resultado das técnicas de PMA de 2,5% e em 2016 de 3,0% (Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, 2020). Nos

restantes países da Europa, também se verificou um aumento do recurso a técnicas de PMA, em 2016 houve mais 8% destes tratamentos e mais 4,4% de nascimentos provenientes dos mesmos (Wyns et al., 2020).

Em Portugal, o recurso a procedimentos laboratoriais para o tratamento de casais inférteis teve início em 1985, sendo a PMA regulada desde 26 de julho de 2006 pela Lei nº 32/2006, que criou também o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), como entidade reguladora desta prática terapêutica (Augusto et al., 2012). Atualmente, as técnicas de PMA estão disponíveis no SNS, a casais heterossexuais, casais de mulheres e mulheres sem parceiro/a, sendo o limite mínimo etário legal 18 anos e o limite máximo, para a mulher, 40 anos (não existe limite máximo para o parceiro masculino) (CNPMA, s.d.a; Santos, 2019). No SNS, cada casal (ou mulher sem parceiro/a) tem direito a realizar até três ciclos de fertilização *in vitro*/ microinjeção intracitoplasmática de espermatozoides com transferência de embriões (CNPMA, s.d.b).

1.2 Vivência Psicológica perante o diagnóstico de infertilidade e técnicas de PMA

A infertilidade e as técnicas de PMA estão associada ao desenvolvimento de stress psicológico, tanto para a mulher como para o homem, apresentando-se como um fator de stress que afeta o casal fisicamente, emocionalmente, mentalmente e em domínios interpessoais (e.g., Reis et al., 2013; Rooney & Domar, 2022).

Muitos trabalhos têm vindo a demonstrar que os indivíduos com diagnóstico de infertilidade e que recorrem a técnicas de PMA podem desenvolver ansiedade, depressão e baixa-autoestima, podendo ter impacto na relação diádica (Faramarzi et al., 2008; Masoumi et al., 2017; Rooney & Domar, 2022), apontando-se como razões o desconforto físico e mental das técnicas ou a incerteza do resultado dos tratamentos (e.g., Kato et al., 2021; Purewal et al., 2018; Reis et al., 2013). Considerando-se o impacto psicológico, destaca-se a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva como mais frequentes (e.g., ESHRE, 2015; Thomas & Rausch, 2002). Também quando comparados indivíduos férteis com indivíduos diagnosticados com infertilidade, há trabalhos que demonstram níveis mais elevados de ansiedade e depressão em indivíduos inférteis (e.g., Fallahzadeh et al., 2019; Lakatos et al., 2017).

Schaller e colaboradores (2016) sustentam que a ansiedade do homem está relacionada com a preocupação do bem-estar e a saúde da sua companheira, enquanto a ansiedade da mulher refere-se à possibilidade de não ter sucesso nos tratamentos de PMA e não alcançar a gravidez. De acordo com a literatura, a mulher experiencia mais sintomatologia ansiosa e depressiva,

comparativamente ao homem durante os tratamentos de infertilidade (Molgora et al., 2020; Patel et al., 2018; Reis et al., 2013).

Ainda relativamente à sintomatologia ansiosa desenvolvida pelas mulheres, um estudo de Pinar e Zeyneloglu (2012), verificou que mulheres diagnosticadas com infertilidade apresentavam valores mais elevados de ansiedade, quando comparadas com mulheres férteis. De acordo com uma investigação de Yassa e colaboradores (2019), 57.5% de uma amostra de mulheres com diagnóstico de infertilidade, apresentavam sintomatologia ansiosa.

No que concerne à sintomatologia ansiosa desenvolvida pelos homens, segundo Cousineau e Domar (2007) os homens diagnosticados com infertilidade revelam um aumento de ansiedade. Um estudo de Shahraki e colaboradores (2019), demonstrou que os níveis de sintomatologia ansiosa eram significativamente superiores em homens diagnosticados com infertilidade, comparativamente a homens sem este diagnóstico.

Retomando a comparação entre homens e mulheres no que respeita à sintomatologia ansiosa, um trabalho de Volgsten e colaboradores (2008), que avaliou a prevalência de sintomatologia ansiosa em indivíduos diagnosticados com infertilidade e submetidos a técnicas de PMA verificou que a sintomatologia ansiosa está presente em 14.8% das mulheres, e em 4.9% dos homens. Similarmente, Chiaffarino e colaboradores (2011) avaliaram a presença de sintomatologia ansiosa de casais submetidos à técnica de Fertilização *in vitro*, observando-se resultados similares ao estudo anterior, mais especificamente, 14,7% das mulheres, e 4,5% dos homens apresentavam sintomatologia ansiosa.

No que diz respeito ao desenvolvimento de sintomatologia ansiosa perante a frequência de tratamentos de infertilidade, os casais que são submetidos à PMA pela primeira vez demonstram níveis mais elevados de ansiedade, comparativamente a casais que estão em tratamentos de PMA repetidamente (Reis et al., 2013). Neste sentido parece que o conhecimento das técnicas de PMA pode reduzir a ansiedade sentida pelos casais (Reis et al., 2013).

Em relação ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva nas mulheres, de acordo com Cousineau e Domar (2007), quando comparadas mulheres inférteis com mulheres em idade fértil, as mulheres com diagnóstico de infertilidade apresentavam níveis mais elevados de episódios de depressão major. Também, por exemplo, Ozturk e colaboradores (2019) evidenciaram que as mulheres diagnosticadas com infertilidade apresentavam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, comparativamente a mulheres férteis.

No que concerne à reação psicológica de homens diagnosticados com infertilidade, são demonstrados níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, comparativamente com

homens sem diagnóstico de infertilidade (Fairweather-Schmidt et al., 2014; Gameiro et al., 2008). Um estudo de Bak e colaboradores (2013), no qual se investigou o impacto psicológico do diagnóstico de infertilidade nos homens, demonstrou que após o diagnóstico desta condição revelaram um aumento significativo de sintomatologia depressiva.

Quando comparadas mulheres com diagnóstico de infertilidade, com homens diagnosticados com infertilidade, Yangin e colaboradores (2015), verificaram que as mulheres com diagnóstico de infertilidade submetidas a tratamentos de PMA, apresentam mais elevada sintomatologia depressiva, comparativamente com os homens diagnosticados com infertilidade, e que a sintomatologia depressiva nas mulheres estava associada a uma menor satisfação sexual. Volgsten e colaboradores (2008), analisaram a prevalência de sintomatologia depressiva em indivíduos diagnosticados com infertilidade e submetidos a técnicas de PMA, e sustentam que a sintomatologia depressiva é prevalente em 10,9% das mulheres, e em 5,1% dos homens. Similarmente, um trabalho de Chiaffarino e colaboradores (2011), que avaliou o nível de sintomatologia depressiva de casais submetidos a Fertilização *in vitro*, revelou que 17,9% das mulheres, e 6,9% dos homens apresentava sintomatologia depressiva.

Relativamente à frequência de tratamentos de infertilidade e possível influência no desenvolvimento de sintomatologia depressiva, segundo alguns autores, os casais que realizam repetidamente tratamentos de PMA apresentam níveis de depressão significativamente mais elevados, comparados com os casais que estão a realizar este processo pela primeira vez, sendo que a elevada frequência de tratamentos de infertilidade se constitui como um fator de risco para o desenvolvimento de depressão (Crawford et al., 2017; Ma et al., 2018; Reis et al., 2013).

A conjugação de fatores de risco, tais como o reduzido nível educacional e suporte social, com os tratamentos de infertilidade, especificamente, a sua causa, duração e elevada frequência podem revelar-se como potenciadores de problemas emocionais (Maroufizadeh et al., 2015; Maroufizadeh et al., 2018; Ockhuijsen et al., 2017). Assim, o processo de PMA poderá ter impacto na saúde mental destes indivíduos (Gameiro et al., 2008; Neto & Pedro, 2018).

1.3 Relação diádica durante o processo de PMA

Como já referido anteriormente, o diagnóstico de infertilidade e o processo de PMA têm consequências na relação diádica, podendo desenvolver dificuldades quanto à intimidade do casal (e.g., Malina & Pooley, 2017; Vizdeh et al., 2015).

Segundo Schaefer e Olson (1981), a intimidade é o resultado da revelação de assuntos íntimos e da partilha de experiências, dividindo-se em cinco dimensões, nomeadamente,

emocional, que se refere ao desenvolvimento de sentimentos de proximidade; social, associada à experiência de ter amigos e atividades sociais em comum; intelectual, referente à partilha de ideias; sexual; e, recreacional, a partilha de experiências recreativas. Atualmente, de acordo com diversos autores, a intimidade é conceptualizada como um conceito multidimensional, considerando a vertente sexual, emocional, social, comunicacional, afeto, conhecimento, ação mútua e normas, como aspetos basilares para a expressão de intimidade na relação diádica (e.g., Forstie, 2017; Yoo et al., 2014). No presente estudo os aspetos de intimidade considerados dizem respeito às quatro dimensões avaliadas pelos instrumentos que serão administrados (consultar ponto 2.4), nomeadamente, proximidade emocional, intimidade sexual, comunicação e intimidade social.

Como já referido, a infertilidade e as técnicas de PMA têm impacto a nível individual, familiar, social e conjugal, concomitantemente, para além das consequências psicológicas negativas (e.g., instabilidade emocional) também têm sido estudadas outras consequências, tais como menor expressão sexual (Kim et al., 2020; Latifnejad et al., 2011; Molgora et al., 2020). A proximidade do casal, assim como os comportamentos referentes à intimidade da relação podem ser comprometidos pelas técnicas mais invasivas e pela prescrição médica complexa (Luca et al., 2021). Os conflitos na relação diádica poderão ocorrer quando um casal não satisfaz as necessidades vinculares um do outro, nomeadamente, intimidade afetiva, emocional, intelectual ou sexual, podendo comprometer a ligação entre o casal (Soleimani et al., 2015). A relação diádica é significativamente afetada quando um dos indivíduos da relação, ou ambos são diagnosticados com infertilidade, havendo trabalhos que salientam que a qualidade da relação diádica é significativamente reduzida (Griel et al., 2010; Lotfi et al., 2015). Num estudo realizado por Ozkan e colaboradores (2016), constatou-se que mulheres submetidas a técnicas de PMA (o seu companheiro tinha um diagnóstico de infertilidade), revelaram níveis inferiores de bem-estar na sua relação diádica, comparativamente a mulheres que engravidaram espontaneamente. De acordo com Facchin e colaboradores (2019), também as mulheres com diagnóstico de infertilidade apresentam preocupações relacionais e sexuais, quanto à intimidade sexual da relação diádica.

Alguns estudos apontam que a duração do diagnóstico de infertilidade tem uma influência significativa na intimidade, nomeadamente, a presença de infertilidade com uma duração entre três e seis anos, contribui para uma relação conjugal instável e uma reduzida satisfação da intimidade na relação diádica (Droszol & Skrzypulec., 2009). De acordo com alguns trabalhos, os homens diagnosticados com infertilidade submetidos a técnicas de PMA, apresentam uma menor qualidade de vida sexual (ESHRE, 2015; Tao et al., 2012).

Deste modo, a literatura tende a sustentar que casais com diagnóstico de infertilidade submetidos a técnicas de PMA, apresentam menor estabilidade na relação conjugal, do que casais sem este diagnóstico, e que elevados níveis de satisfação com a relação diádica estão associados com o número reduzido de tratamentos de PMA e com a menor duração do diagnóstico de infertilidade (e.g., Wang et al., 2007). O estudo de Yamanaka-Altenstein e colaboradores (2021) verificou que a qualidade da relação diádica depende se o casal foi exposto a técnicas de PMA, mais especificamente, os casais que não foram submetidos a estas técnicas revelaram uma maior satisfação quanto à qualidade da relação conjugal, comparativamente aos casais submetidos a estes tratamentos. As técnicas de PMA poderão potencializar sentimentos de solidão e isolamento social, que poderão estar associados à redução do tempo despendido para as relações sociais e nas atividades de lazer (Nicoloro-SantaBarbara et al., 2018). Um trabalho de Langher e colaboradores (2019), sustenta que as mães submetidas a técnicas de PMA têm uma ligação mais fortificada com os filhos, quando comparadas a mães que engravidaram naturalmente. Neste sentido, é possível que o companheiro se sinta emocionalmente excluído da relação mãe e filho, e, conseqüentemente, ter um impacto negativo na satisfação conjugal do casal (Langher et al., 2019).

Outros estudos que se dedicam a investigar a satisfação do casal durante os tratamentos de infertilidade apresentam resultados contraditórios (Greil et al., 2018). Neste sentido, há trabalhos que demonstram o impacto positivo da infertilidade na relação do casal, nomeadamente, o casal apresenta relações mais unidas e fortalecimento do vínculo emocional, devido, ao desenvolvimento de competências comunicacionais do casal e ao desejo de solucionar os problemas (Amiri et al., 2016; Marques & Morais, 2018; Schmidt et al., 2005; Tuzer et al., 2010). Um estudo de Drosdzol e Skrzypulec (2009), verificou que as mulheres diagnosticadas com infertilidade, apresentavam um melhor funcionamento da relação diádica, quando comparadas com mulheres sem esta condição.

O melhor funcionamento conjugal entre casais diagnosticados com infertilidade, que estão a tentar alcançar uma gravidez, comparativamente com casais férteis, pode ser explicado pelo aumento do suporte emocional, por uma relação conjugal mais solidificada, pautada por proximidade e intimidade emocional, e pela existência de uma comunicação relativa aos problemas de infertilidade do casal (Drosdzol & Skrzypulec, 2009). No estudo já referido anteriormente (Langher et al., 2019), os autores sugerem que as mulheres procuram suporte emocional no seu companheiro, reduzindo a sensação de isolamento. Alguns autores sugerem que uma comunicação honesta entre o casal referente à infertilidade está associada à satisfação com a relação diádica, proximidade e compreensão entre o casal (Hawkey et al., 2021). De

acordo com Kiełek-Rataj e colaboradores (2020), para as mulheres diagnosticadas com infertilidade, a comunicação entre o casal constitui-se preditor positivo na satisfação da relação conjugal.

Os sintomas psicológicos também poderão ter impacto na relação diádica, por exemplo, a ansiedade relativa aos tratamentos de PMA pode contribuir para dificuldades na intimidade destes casais (Soleimani et al., 2015). De acordo com Slade e colaboradores (2007), a satisfação conjugal está negativamente correlacionada com a sintomatologia ansiosa e depressiva, apresentada pelos indivíduos diagnosticados com infertilidade. Os níveis elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva de indivíduos diagnosticados com infertilidade e submetidos a tratamentos de PMA estão associados ao stress característico do diagnóstico de infertilidade, bem como à preocupação a nível relacional e sexual (Pozza et al., 2019). Com efeito, a reduzida satisfação conjugal constitui-se como um fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva (Verhaak et al., 2005).

A literatura aponta que a sintomatologia ansiosa e depressiva, desenvolvida nos indivíduos diagnosticados com infertilidade, tem mais impacto nas mulheres, do que nos homens, relativamente à intimidade na relação diádica (Palomba et al., 2018). Neste sentido, a satisfação sexual é afetada pelas consequências derivadas da infertilidade, nomeadamente, o desenvolvimento de depressão (Luca et al., 2021). De acordo com Maroufizadeh e colaboradores (2018), os níveis reduzidos de satisfação conjugal por parte do homem, estão associados a níveis elevados de sintomatologia depressiva da sua companheira. Renzi e colaboradores (2020) concluíram que níveis elevados de sintomatologia ansiosa em mulheres submetidas a técnicas de PMA têm um impacto significativo na vertente social destas mulheres.

A satisfação conjugal, bem como a qualidade da comunicação do casal, pode ser considerada determinante para o bem-estar emocional das mulheres durante os tratamentos de infertilidade (Gourounti et al., 2012). Segundo Matsubayashi e colaboradores (2004), a sintomatologia ansiosa e depressiva desenvolvida por mulheres com diagnóstico de infertilidade estava significativamente associada com o reduzido suporte conjugal. Salienta-se que alguns estudos demonstraram que mulheres diagnosticadas com infertilidade, com reduzida sintomatologia depressiva, revelaram níveis mais elevados de bem-estar na relação diádica (e.g., Peyvandi et al., 2011).

Enaltece-se, assim, o impacto que a infertilidade pode causar na intimidade na relação diádica, podendo resultar, tanto numa aproximação do casal através da comunicação e suporte pelo que o companheiro está a experienciar, como na redução da satisfação conjugal (Loke et al., 2012; Pasch & Sullivan, 2014; Schmidt et al., 2005; Ying et al., 2015). A investigação

demonstra que durante os processos de PMA, a qualidade de vida do casal e a intimidade na relação diádica são afetados, devido ao período sensível que os casais estão a vivenciar, pois requer uma maior adaptação (Álvarez-Díaz, 2007; Luca et al., 2021; Van Der Merwe & Greeff, 2015).

Olhando criticamente para os diferentes estudos analisados, é notório que a condição de infertilidade pode ser considerada um fator stressor para a relação diádica, sendo que a intimidade da relação pode ser comprometida devido aos tratamentos (Chaves et al., 2019; Luca et al., 2021). A intimidade é considerada um vínculo que conecta os indivíduos emocionalmente (Reis & Patrick, 1996). Em acréscimo, nas relações românticas a intimidade está associada com a autorrevelação, a capacidade de dar resposta às necessidades de ambos os membros do casal e à reciprocidade afetiva (Reis & Patrick, 1996). No que concerne aos interesses de investigação relativos à PMA e relação diádica, destaca-se a qualidade de vida dos indivíduos, a qualidade da relação diádica, a satisfação com a relação diádica, a intimidade no geral e a sexualidade (e.g., Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Facchin et al., 2019; Langher et al., 2019; Yamanaka-Altenstein et al., 2021; Zeren et al., 2019). No que diz respeito aos trabalhos que abordam dimensões da intimidade, a investigação revela a utilização de instrumentos diversificados (e.g., o *Personal Assessment of Intimacy in Relationships inventory* (Schaefer & Olson, 1981), *Perceived Intimacy Questionnaire* (Manne et al., 2004), podendo dificultar a comparação entre resultados. Especificamente em Portugal - e tanto quanto é do nosso conhecimento - não existem trabalhos sobre a PMA que se foquem na intimidade. Neste seguimento, o presente trabalho dedica-se ao estudo da intimidade em casais submetidos a tratamentos de PMA.

2. Método

Esta investigação enquadra-se na tradição hipotético-dedutivo (método quantitativo), uma vez que procura testar hipóteses de investigação, sendo avaliadas através da análise dos dados recolhidos, permitindo uma visão crítica e uma maior compreensão do fenómeno em estudo (Velásquez-Restrepo et al., 2011), particularmente, a saúde mental e a intimidade na relação diádica durante os tratamentos de PMA.

2.1 Objetivos e Hipóteses

Considerando a revisão da literatura apresentada e a sustentação para o desenvolvimento deste estudo presente na introdução, este trabalho tem como objetivo geral caracterizar um grupo de casais portugueses com diagnóstico de infertilidade, candidatos a técnicas de PMA e que estão a ser acompanhados em dois serviços de PMA do norte de Portugal integrados no

Serviço Nacional de Saúde (SNS), quanto às suas características sociodemográficas e da infertilidade, à saúde mental, especificamente sintomatologia ansiosa e depressiva, e à intimidade na relação diádica, nomeadamente, proximidade emocional, comunicação, intimidade social e sexual.

Tendo em consideração o objetivo geral do estudo foram considerados os seguintes objetivos específicos:

1. Proceder à caracterização sociodemográfica e das variáveis referentes à infertilidade de um grupo de casais (homens e mulheres) acompanhados na valência de psicologia no âmbito de serviços de PMA de duas unidades hospitalares do norte do país.
2. Caracterizar este grupo de casais quanto à saúde mental, nomeadamente, à presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, e das dimensões da intimidade na relação diádica, nomeadamente, intimidade sexual, proximidade emocional, comunicação e intimidade social.
3. Explorar diferenças de género no que concerne aos níveis de ansiedade e depressão neste grupo de casais.
4. Explorar diferenças de género quanto à intimidade neste grupo de casais.
5. Comparar os níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva entre os participantes (homens e mulheres), que passaram por um ou mais tratamentos e os participantes que ainda não passaram por nenhum tratamento.
6. Comparar os níveis da intimidade entre os participantes (homens e mulheres) que passaram por um ou mais tratamentos e os participantes que ainda não passaram por nenhum tratamento.
7. Explorar associações entre ansiedade e depressão, e intimidade (intimidade sexual, proximidade emocional, comunicação e intimidade social) nos homens e nas mulheres.
8. Explorar associações entre ansiedade e depressão, e intimidade (intimidade sexual, proximidade emocional, comunicação e intimidade social) entre homens e mulheres.

Em concordância com a revisão da literatura, assim como com os objetivos do estudo, foram definidas as seguintes hipóteses de investigação:

- H1- As mulheres e os homens da nossa amostra apresentam sintomatologia ansiosa.
- H2- As mulheres e os homens da nossa amostra apresentam sintomatologia depressiva.
- H3- As mulheres da nossa amostra apresentam valores superiores de sintomatologia ansiosa, comparativamente aos homens.

H4- As mulheres da nossa amostra apresentam valores superiores de sintomatologia depressiva, comparativamente aos homens.

H5- As mulheres da nossa amostra apresentam valores superiores de intimidade, quando comparadas aos homens.

H6- Os níveis de sintomatologia ansiosa dos participantes (homens e mulheres) que ainda não realizaram um tratamento de PMA são superiores aos dos participantes que passaram por mais do que um tratamento.

H7- Os níveis de sintomatologia depressiva dos participantes (homens e mulheres) que passaram por mais do que um tratamento de PMA são superiores aos dos participantes que ainda não passaram por um tratamento.

H8- Os níveis de intimidade dos participantes (homens e mulheres) que passaram por mais do que um tratamento são inferiores aos dos participantes que ainda não passaram por nenhum tratamento.

H9- Há associação entre sintomatologia ansiosa e depressiva, e intimidade nas mulheres da nossa amostra.

H10- Há associação entre sintomatologia ansiosa e depressiva, e intimidade nos homens da nossa amostra.

H11- Há associação entre os valores de sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva e intimidade nas mulheres e nos valores de sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva e intimidade nos homens da nossa amostra.

2.2 Amostra

A amostra é constituída por casais com diagnóstico de infertilidade, acompanhados na valência de psicologia no âmbito de serviços de PMA (critérios de inclusão) de duas unidades hospitalares do norte do país, que fazem parte do SNS. Trata-se de uma amostra não-probabilística, mais especificamente, define-se por amostragem objetiva ou intencional, dado que a amostra foi delineada com uma intenção (Martins, 2011). Ambos os Serviços de Psicologia fazem parte do GIPPMA e utilizam procedimentos comuns no acompanhamento de todos os casais que se encontram num processo de PMA (embora circunstâncias processuais e/ou associadas à Covid-19, por vezes, façam com que tal não aconteça).

O *n* do presente estudo é constituído por 140 participantes (70 homens e 70 mulheres). A idade média da amostra feminina é de 35.61 anos ($DP=3.757$), e varia entre 29 e 41 anos. Enquanto a média da amostra masculina é de 38.41 anos ($DP=5.537$), e varia entre 25 e 54 anos. A maior parte dos casais estão numa relação há mais de uma década, sendo que a média

do tempo do relacionamento é 11.04 ($DP=5.373$), 4 anos o tempo mínimo e 23 anos o tempo máximo de relacionamento. Cumprindo a sequência dos objetivos do trabalho, os restantes dados da caracterização da amostra estão presentes nos Resultados.

2.3 Instrumentos

Neste estudo foi usado o protocolo comum do GIPPMA, bem como três instrumentos de autorresposta validados para a população portuguesa, utilizados no âmbito do mesmo protocolo da consulta de Psicologia.

2.3.1 Protocolo pré-tratamento GIPPMA (Lopes et al., 2022)

O protocolo pré-tratamento constitui-se como uma entrevista semiestruturada e visa a recolha de dados sociodemográficos e de infertilidade, como o sexo, data de nascimento, nacionalidade, grau de escolaridade, profissão, número de filhos e tipo de infertilidade, história relacional, história de tratamentos, entre outros. O instrumento foi desenvolvido pelo GIPPMA e é usado nas consultas de psicologia, especificamente no acompanhamento dos casais que se encontram antes da realização de um tratamento de PMA.

2.3.2 *Screening of In-Vitro Fertilisation treatments (SCREEN-IVF) - original de Verhaak e colaboradores (2010); versão portuguesa de Lopes e colaboradores (2014)*

O SCREEN-IVF avalia diferentes dimensões de problemas emocionais, é constituído por 34 itens e tem como objetivo avaliar cinco dimensões de risco para o mau ajustamento emocional em indivíduos diagnosticados com infertilidade ou submetidos a tratamentos de PMA, permitindo a identificação das mulheres e dos homens que estão em risco de desenvolver problemas emocionais (Ockuijen et al., 2017; Verhaak et al., 2010): “Ansiedade”, “Depressão”, “Apoio Social”, “Cognições Relativas à Dificuldade de Fertilidade Referentes à Rejeição” e “Aceitação” (Lopes et al., 2013). No presente estudo vão ser utilizadas as subescalas ansiedade e depressão. A dimensão “Ansiedade” é avaliada por 10 itens e a dimensão “Depressão” por 7 itens.

Os itens são cotados de 1 a 4 (1- raramente; 2- algumas vezes; 3- frequentemente; 4- quase sempre). A pontuação total calcula-se do modo seguinte: 0 se o sujeito pontuar abaixo do ponto de corte e 1 quando pontuar o mesmo ou acima do ponto de corte. Neste sentido, o ponto de corte para a escala ansiedade é ≥ 24 e depressão ≥ 4 . O risco é avaliado de 0 a 5: 0 indica que não há nenhum risco e 5 que existem cinco fatores de risco.

A versão portuguesa deste instrumento demonstrou ser válida, de confiança e com boa consistência interna, podendo utilizar-se em qualquer fase das técnicas de PMA (Lopes, 2012). O *alfa de Cronbach* das subescalas utilizadas é de 0.88 para “Ansiedade” e 0.66 para “Depressão” (Lopes, 2012). No presente estudo, os valores de alfa das escalas utilizadas foi de .485 e .720, respetivamente para a escala “Ansiedade e a escala “Depressão”.

Salienta-se a pertinência do uso deste instrumento, na medida em que avalia as dimensões de bem-estar e saúde mental dos indivíduos submetidos às técnicas de PMA, sendo um instrumento construído e validade especificamente para esta população (Lopes, 2012).

2.3.3 Escala de Avaliação da Intimidade na Relação (PAIR)- versão original de Schaefer e Olson (1981); versão portuguesa de Moreira e colaboradores (2009)

Com o objetivo de avaliar diferentes dimensões da intimidade (proximidade emocional/ validação pessoal, comunicação, intimidade social/abertura ao exterior) foi utilizada a Escala de Avaliação da Intimidade na Relação (PAIR), caracterizando-se como um instrumento de autorresposta que avalia “o grau em que cada parceiro se sente íntimo nas várias dimensões da sua relação”, sendo o seu uso adequado para a prática clínica e contexto de investigação (Moreira et al., 2009, p. 357).

A versão portuguesa é constituída por 3 fatores: “Validação Pessoal” com 14 itens, avalia aspetos da intimidade associados ao sentimento de validação de opiniões e sentimentos de aceitação por parte do companheiro em várias áreas; “Comunicação” com 10 itens, analisa a capacidade de expressar pontos de vista, sentimentos e desejos na relação diádica; e “Abertura ao Exterior” com 5 itens, considera a abertura da relação conjugal aos outros (amigos e se estabelecem amigos em comuns) (Moreira et al., 2009). O PAIR inclui ainda uma escala de “Convencionalidade” que analisa o grau de desejabilidade social presente nas respostas do indivíduo (Moreira et al., 2009). Este instrumento é construído numa escala de Likert de 5 pontos, desde 0 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente) (Moreira et al., 2009). A pontuação total de intimidade pode ser calculada através da soma dos itens das subescalas da validação pessoal, comunicação e abertura ao exterior, valores mais elevados indicam maiores níveis de intimidade nas dimensões avaliadas (Moreira et al., 2009).

A versão portuguesa apresenta boas características psicométricas, uma adequada consistência interna e validade de construto (Moreira et al., 2009). Quanto aos índices de fiabilidade, o *alfa de Cronbach* para a escala “Convencionalidade” é .815, “Validação Pessoal” .883, “Comunicação” .874 e “Abertura ao Exterior” .710 (Moreira et al., 2009). No presente

estudo, o valor de alfa para “Validação Pessoal” foi .811, para “Comunicação”.726 e para “Abertura ao Exterior”.199.

2.3.4 Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI)- versão original de Newton e colaboradores (1999); versão portuguesa de Moura-Ramos e colaboradores (2008)

Para avaliar a intimidade sexual dos participantes, foi utilizada a subescala “Aspetos Sexuais” do Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI) (Moura-Ramos et al., 2008).

Esta escala avalia os problemas de fertilidade associados ao stresse, sendo constituída por 46 itens, e subdividida em cinco dimensões: “Aspetos Sexuais”, “Aspetos Sociais”, “Aspetos Relacionais”, “Necessidade de Parentalidade” e “Rejeição de uma Vida sem Filhos” (Newton et al., 1999). Este instrumento apresenta um formato de resposta tipo Likert com 7 pontos (1 - Discordo Fortemente; 6 -Concordo Fortemente), sendo que as pontuações são obtidas através do somatório dos itens de cada dimensão, e o conjunto de todas as dimensões permite obter o stresse global (Newton et al., 1999). Para dimensão, resultados mais elevados indicam que o indivíduo experimentou mais stresse psicológico (Newton et al., 1999).

Salienta-se a relevância do uso deste instrumento, uma vez que foi elaborado e validado para homens e mulheres diagnosticados com infertilidade, submetidos a técnicas de PMA, sendo adaptado para as características da população em estudo (Moura-Ramos et al., 2008).

O FPI apresenta uma adequada consistência interna e validade de construto (Moura-Ramos et al., 2008; Newton et al., 1999). O *alfa de Cronbach* deste instrumento está acima de 0.70 em todas as escalas, suportando a consistência interna deste instrumento. Acrescenta-se que o *alfa de Cronbach* na escala “Aspetos Sexuais” é de 0.77 (Newton et al., 1999). No presente estudo, o valor de alfa para essa escala foi .372.

2.4 Procedimento de Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada no âmbito da consulta de psicologia de acompanhamento dos casais que recorrem a dois dos centros PMA integrados em hospitais do SNS, no Norte de Portugal. Estes centros fazem parte de um grupo de trabalho dedicado ao tema – GIPPMA - Grupo de Trabalho e Intervisão em Psicologia na PMA - que utiliza um protocolo comum no acompanhamento dos casais que recorrem ao Serviço de Psicologia que integra o serviço de PMA (Lopes et al., 2022). Os dados utilizados no presente trabalho foram recolhidos pelos Psicólogos dos respetivos Serviços no âmbito de aplicação deste protocolo (que também abrange o recurso aos instrumentos de avaliação utilizados- SCREENIVF, PAIR

e FPI), entre janeiro de 2021 e maio de 2022. O estudo foi aprovado pelas respectivas Comissões de Ética.

Foi sempre assegurado o cumprimento dos procedimentos éticos, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados no processo da recolha dos mesmos, em conformidade com o código deontológico da Ordem dos Psicólogos (OPP, 2011). A investigadora não teve contacto com os participantes e recebeu uma base de dados anonimizada.

2.5 Procedimento de Tratamento e Análise de Dados

A análise de dados foi realizada com recurso ao *Software IBM SPSS* (versão 28). Foi utilizada estatística descritiva (frequências, médias e desvio-padrão) e inferencial: realizaram-se testes estatísticos de associação e de diferenças, que permitem responder aos objetivos e aceitar ou refutar as hipóteses de investigação (Martins, 2011).

Através da Análise Exploratória de Dados, foi possível concluir que os pressupostos para a utilização de testes paramétricos não estavam assegurados, neste sentido, foram utilizados quatro três não-paramétricos (Martins, 2011). O Teste de diferenças *Mann-Whitney* permite verificar se as ordens médias de dois grupos independentes ao nível de uma variável dependente ordinal diferem (Martins, 2011). O Teste de *Kruskal-Wallis* verifica se há diferenças entre três ou mais grupos independentes ao nível de uma variável dependente ordinal (Martins, 2011). Foi também utilizado o Coeficiente da Correlação de *Spearman*, teste de associação, para explorar se duas ou mais variáveis ordinais (ou uma variável ordinal e uma intervalar) estão associadas (Martins, 2011).

Com o objetivo de aprofundar a caracterização da amostra deste estudo, compararam-se as variáveis de investigação da amostra deste estudo com as variáveis das amostras da validação para a população portuguesa dos instrumentos utilizados- SCREEN-IVF (Lopes et al., 2014), PAIR (Moreira et al., 2009) e FPI (Moura-Ramos et al., 2008). Para a realização destes cálculos, foi usada a equação de Clark-Cater (Clark-Carter, 1997).

$$Z = \frac{\text{Mean of the Study Sample} - \text{Mean of the Population}}{\frac{\text{Standard Deviation of the Population}}{\sqrt{\text{Study Sample size}}}}$$

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

Os resultados serão apresentados seguindo-se a sequência dos objetivos/hipóteses.

Em conformidade com o objetivo 1, a Tabela 1 apresenta dados da caracterização sociodemográfica dos participantes.

Tabela 1

Dados sociodemográficos da amostra do estudo (N=140)

Variáveis sociodemográficas	Homens N (%)	Mulheres N (%)
Idade		
De 25-30 anos	6 (8.5%)	10 (14.3%)
De 31-35 anos	8 (11.5%)	15 (21.5%)
De 36-40 anos	21 (30%)	38 (54.2%)
De 41-45 anos	15 (21.7%)	1 (1.4%)
De 46-54 anos	4 (5.7%)	0 (0%)
Sem informação	16 (22.9%)	6 (8.6%)
Estado Civil		
Casado	32 (45.7%)	32 (45.7%)
União de facto	24 (34.3%)	24 (34.3%)
Sem informação	14 (20%)	14 (20%)
Tempo de Relacionamento:		
4-12 anos	17 (24.4%)	17 (24.4%)
13-23 anos	10 (14.3%)	10 (14.3%)
Sem informação	16 (22.9%)	16 (22.9%)
Habilitações literárias		
2º ciclo	9 (12.9%)	5 (7.1%)
3º ciclo	19 (27.1%)	18 (25.7%)
Ensino Secundário	18 (25.7%)	12 (17.1%)
Ensino Superior	5 (10%)	19 (27.1%)
Sem informação	17 (24.3%)	16 (22.9%)
Situação Profissional		
Empregado	47 (67.1%)	44 (62.9%)
Desempregado	2 (2.9%)	5 (7.1%)
Reformado	1 (1.4%)	0 (0%)
Sem informação	20 (28.6%)	21 (30%)

A Tabela 1 indica que 32 participantes estão casados, 24 vivem em união de facto não havendo informação quanto aos outros participantes. Relativamente às habilitações literárias, na amostra deste estudo verifica-se um número mais elevado de mulheres com o ensino superior do que os homens, 27.1% e 10% respetivamente. Quanto à situação profissional, a informação recolhida revela que a maioria dos participantes tem emprego.

No que diz respeito às informações relativas à condição de infertilidade e tratamentos já realizados, os dados são indicados na Tabela 2.

Tabela 2

Dados relativos à infertilidade e tratamentos

	<i>N (%)</i>
Fator de infertilidade:	
Feminino	16 (22.9%)
Masculino	20 (28.6%)
Ambos	6 (8.6%)
Causa idiopática	6 (8.6%)
Sem informação	22 (31.4%)
Tipo de infertilidade:	
Primária	60 (85.7%)
Secundária	6 (8.6%)
Sem informação	4 (5.7%)
Quantidade de tratamentos:	
0 Tratamentos	35 (50%)
Um ou mais tratamentos	33 (47.1%)
Sem informação	2 (2.9%)

Quanto à quantidade de tratamentos, varia entre zero e três, sendo que oito participantes (11.4%) realizaram um tratamento, oito participantes (11.4%) realizaram dois tratamentos e seis participantes (8.5%) realizaram três tratamentos.

A Tabela seguinte apresenta as médias e desvios padrões de cada variável estudada, de acordo com o gênero:

Tabela 3

Variáveis estudadas de acordo com o Gênero

	Participantes Masculinos (<i>N=70</i>) Média (<i>DP</i>)	Participantes Femininos (<i>N=70</i>) Média (<i>DP</i>)
Sintomatologia Ansiosa	25.86 (2.748)	26.04 (3.376)
Sintomatologia Depressiva	1.17 (1.978)	1.49 (1.954)
Validação Pessoal	11.89 (7.298)	10.77 (8.744)
Comunicação	33.29 (4.114)	33.51 (4.358)
Abertura ao Exterior	13.06 (2.133)	13.12 (2.230)
Aspetos Sexuais	12.37 (4.321)	13.09 (4.649)

DP- Desvio Padrão

Considerando as características do instrumento utilizado (existência de ponto de corte), seguidamente apresentam-se os dados referentes à presença de sintomatologia ansiosa e depressiva:

Tabela 4

Sintomatologia Ansiosa e Depressiva de acordo com o Género

Ponto de Corte SCREEN-IVF	Homens (N=70)	Mulheres (N=70)
	Ansiedade	Ansiedade
	N (%)	N (%)
≥24	51 (72.9%)	55 (78.6%)
<24	13 (18.5%)	14 (20%)
Sem informação	6 (8.6%)	1 (1.4%)
	Depressão	Depressão
	N (%)	N (%)
≥4	12 (17.1%)	15 (21.3%)
<4	58 (82.9%)	55 (78.7%)

Na Tabela 4, podemos verificar que 78.6% das mulheres e 72.9% dos homens apresentam valores de ansiedade acima do ponto de corte indicado nas normas do instrumento, demonstrando, assim, a presença de sintomatologia ansiosa. Verifica-se que 21.3% das mulheres e 17.1% dos homens apresentam valores de depressão acima do ponto de corte indicado pelo instrumento, verificando-se a presença de sintomatologia depressiva.

Para cada variável de saúde mental e intimidade exploraram-se também diferenças considerando três condições relativas às habilitações literárias:

Tabela 5

Teste Kruskal-Wallis- Diferenças considerando habilitações literárias masculino

	Até ao Ensino Secundário (1º ciclo; 2º ciclo; 2º ciclo) (n=28) Média (DP)	Ensino Secundário (10º-12º Ano) (n=18) Média (DP)	Ensino Superior (Licenciatura; Mestrado; Doutoramento) (n=5) Média (DP)	X ²
Ansiedade	28.31 (3.386)	21.35 (2.173)	14.25 (1.673)	6.127*
Depressão	25.63 (2.599)	27.50 (1.455)	27.58 (.816)	.266
Validação Pessoal	26.69 (8.882)	23.94 (4.805)	17.42 (5.574)	2.164
Comunicação	24.80 (3.708)	22.26 (3.562)	25.90 (3.536)	.457
Abertura ao Exterior	26.90 (2.354)	22.94 (1.328)	27.08 (1.506)	.905
Aspetos Sexuais	31.29 (4.672)	21.72 (2.533)	18.50 (3.777)	6.336*

X²-Kruskal-Wallis H; *p<.05

A Tabela 5 indica que nos homens há diferenças estatisticamente significativas, quanto à ansiedade e aspetos sexuais, considerando-se as habilitações literárias (até ao ensino secundário, ensino secundário e ensino superior), sendo que os participantes com mais habilitações literárias são os que apresentam menos ansiedade e são também aqueles que revelam menos problemas quanto aos aspetos sexuais.

Tabela 6

Teste Kruskal-Wallis- Diferenças considerando habilitações literárias feminino

	Até ao Ensino Secundário (1º ciclo; 2º ciclo; 2º ciclo) (n=23) Média (DP)	Ensino Secundário (10º-12º Ano) (n=12) Média (DP)	Ensino Superior (Licenciatura; Mestrado; Doutoramento) (n=19) Média (DP)	X ²
Ansiedade	27.46 (3.330)	24.59 (4.490)	27.84 (3.190)	.348
Depressão	25.91 (1.058)	27.83 (2.151)	29.21 (1.600)	.530
Validação Pessoal	21.77 (5.715)	28.68 (7.243)	28.26 (10.507)	2.583
Comunicação	22.87 (3.983)	24.78 (4.667)	25.27 (5.675)	.315
Abertura ao Exterior	25.50 (2.562)	29.05 (1.916)	26.22 (2.340)	.428
Aspetos Sexuais	29.84 (5.535)	22.13 (6.389)	26.79 (2.820)	1.967

X²-Kruskal-Wallis H

A Tabela 6 permite concluir que não há diferenças estatisticamente significativas nas mulheres, considerando as habilitações literárias e em cada variável em estudo.

No seguimento da caracterização do grupo de participantes do estudo, comparam-se os resultados obtidos com os das amostras da validação para a população portuguesa dos instrumentos utilizados. Os participantes da amostra de validação portuguesa do SCREEN-IVF e do FPI eram indivíduos com diagnóstico de infertilidade, a encetar o seu primeiro ciclo de tratamentos de PMA (Lopes et al., 2014; Moura-Ramos et al., 2008). A amostra da validação do PAIR corresponde a um grupo de participantes não-clínicos, representando a população portuguesa no geral (Moreira et al., 2009). Considerou-se o todo da amostra (N=140), uma vez que as validações do estudo dos instrumentos não apresentaram diferenças significativas entre géneros, ou não foi fornecida informação estatística sobre isso (Lopes et al., 2014; Moreira et al., 2009; Moura-Ramos et al., 2008).

Tabela 7

*Comparação entre a amostra do presente estudo com a amostra da validação-
SCREEN-IVF*

	Amostra N (140) M (DP)	Amostra da validação N (291) M (DP)	Z
Ansiedade	25.95 (3.079)	20.87 (6.28)	9,77***
Depressão	1.33 (1.965)	2.51 (3.09)	1,44

*** $p \leq .001$

A Tabela 7 mostra a existência de diferenças altamente significativas na ansiedade, entre a amostra do estudo e a amostra da validação. A amostra deste estudo apresenta níveis superiores de sintomatologia ansiosa.

Tabela 8

Comparação entre a amostra do presente estudo com a amostra da validação- PAIR

	Amostra N (140) M (DP)	Amostra da validação N (314) M (DP)	Z
Validação Pessoal	11.33 (8.042)	37.76 (9.33)	33.452***
Comunicação	33.4 (4.221)	28.32 (6.34)	9.59***
Abertura ao Exterior	13.09 (2.175)	12.66 (3.54)	1.43

*** $p \leq .001$

Existem diferenças altamente significativas entre a amostra da validação e a amostra deste estudo nas variáveis da validação pessoal e comunicação, sendo que a amostra deste estudo apresenta resultados inferiores quanto à validação pessoal, o que significa menores níveis de proximidade emocional, e valores mais elevados na comunicação, o que significa maior comunicação.

Tabela 9

Comparação entre a amostra do presente estudo com a amostra da validação- FPI

	Amostra N (140) M (DP)	Amostra da validação N (209) M (DP)	Z
Aspetos Sexuais	12.73 (4.485)	14.27 (5.92)	3.08**

** $p < .01$

Verificaram-se diferença muito significativa entre a amostra da validação e a amostra do estudo, sendo que a amostra deste estudo apresenta uma média inferior, significando menos stresse psicológico quanto aos aspetos sexuais.

Em conformidade com os objetivos 3 e 4, seguem-se os dados referentes às diferenças de género no que concerne aos níveis de ansiedade e depressão, e intimidade neste grupo de casais. Tendo em conta o foco na díada, a análise foi feita por casal, explorando-se diferenças no casal.

Tabela 10

Teste de Mann-Whitney- Comparação das variáveis em estudo entre homens e mulheres

	Participantes masculinos (n=70) Média (DP)	Participantes femininos (n=70) Média (DP)	U
Ansiedade	25.86 (2.748)	26.04 (3.376)	2201.000
Depressão	1.17 (1.978)	1.49 (1.954)	2090.000
Validação Pessoal	11.89 (7.298)	10.77 (8.744)	1821.500
Comunicação	33.29 (4.114)	33.51 (4.358)	2023.000
Abertura ao Exterior	13.06 (2.133)	13.12 (2.230)	2215.500
Aspetos sexuais	12.37 (4.321)	13.09 (4.649)	2108.500

Nas Tabela 10 podemos verificar que ao compararmos os valores obtidos pelos homens e os obtidos pelas mulheres não existem diferenças significativas entre os dois nas variáveis em estudo.

Considerando-se os objetivos 5 e 6, exploraram-se possíveis diferenças quanto à ansiedade, depressão e intimidade entre mulheres/homens que se encontram a iniciar um primeiro tratamento e aqueles que já realizaram um ou mais tratamentos.

Tabela 11

Teste Mann-Whitney- Ansiedade e depressão das mulheres considerando o número de tratamentos

	Ansiedade		
	M	DP	U
0 Tentativas	26.63	3.388	483.000
Uma ou mais Tentativas	25.45	3.355	
	Depressão		
	M	DP	U
0 Tentativas	1.54	1.788	511.500
Uma ou mais Tentativas	1.42	2.194	

Tabela 12

Teste Mann-Whitney- Ansiedade e depressão dos homens considerando o número de tratamentos

	Ansiedade		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>
0 Tentativas	22.20	9.396	431.500
Uma ou mais Tentativas	14.73	11.595	
	Depressão		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>
0 Tentativas	1.57	2.317	511.000
Uma ou mais Tentativas	1.00	1.479	

As Tabelas 11 e 12 permitem-nos concluir que não há diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia ansiosa, considerando ao número de tratamentos, em ambos os géneros.

Tabela 13

Teste Mann-Whitney- Intimidade nas mulheres considerando o número de tratamentos

	Variável em estudo		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>
Validação Pessoal			
0 Tentativas	10.24	8.721	433.500
Uma ou mais Tentativas	11.83	8.902	
Comunicação			
0 Tentativas	33.00	3.742	378.000
Uma ou mais Tentativas	34.00	5.069	
Abertura ao Exterior			
0 Tentativas	12.82	2.351	476.000
Uma ou mais Tentativas	13.33	2.056	
Aspetos Sexuais			
0 Tentativas	13.91	4.309	376.000*
Uma ou mais Tentativas	12.21	5.023	

p<.05*

Tabela 14

Teste Mann-Whitney- Intimidade nos homens considerando o número de tratamentos

	Variável em estudo		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>
Validação Pessoal			
0 Tentativas	12.58	7.949	491.000
Uma ou mais Tentativas	11.48	6.501	
Comunicação			

0 Tentativas	32.85	4.098	438.000
Uma ou mais Tentativas	33.57	4.049	
Abertura ao Exterior			
0 Tentativas	13.30	2.518	431.000
Uma ou mais Tentativas	12.78	1.680	
Aspetos Sexuais			
0 Tentativas	13.00	4.627	471.000
Uma ou mais Tentativas	11.61	3.840	

Quanto às Tabelas 13 e 14, estamos perante diferenças significativas considerando o número de tratamentos apenas na variável aspetos sexuais nas mulheres. As mulheres que não realizaram nenhum tratamento anterior apresentam níveis mais elevados de stresse, relativamente a aspetos sexuais.

Seguem-se os dados referentes aos objetivos 7 e 8, nomeadamente, a Tabela 16 com as correlações entre as variáveis em estudo.

Tabela 15*Teste Correlação de Spearman- Correlações entre as variáveis em estudo*

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. Aspetos Sexuais masculino	1											
2. Validação Pessoal masculina	.580**	1										
3. Comunicação masculina	-.109	-.434**	1									
4. Abertura ao Exterior masculina	.038	-.045	.443**	1								
5. Ansiedade masculina	.125	.103	.064	.027	1							
6. Depressão masculina	.087	.256*	-.149	-.087	.026	1						
7. Aspetos Sexuais feminina	.211	.347**	-.271*	-.037	.047	.362**	1					
8. Validação Pessoal feminina	-.007	.142	-.113	-.171	-.179	.238	.141	1				
9. Comunicação feminina	-.312*	-.246	.160	.061	.169	-.070	-.095	-.344**	1			
10. Abertura ao Exterior feminina	-.228	-.278*	.198	.195	.312*	-.276*	-.268*	-.197	.389**	1		
11. Ansiedade feminina	-.107	-.135	-.169	-.351**	.083	-.017	.148	-.043	.094	-.032	1	
12. Depressão feminina	.171	.276*	-.150	-.132	.023	.440*	.461**	.362**	-.099	-.123	.207	1

**p≤.01; *p≤.05

De acordo com os valores obtidos na Tabela 15, relativamente às correlações nas mulheres, é possível verificar correlações positivas muito significativas entre as variáveis: abertura ao exterior e comunicação; depressão e aspetos sexuais; e depressão e validação pessoal. E correlações negativas estatisticamente significativas entre as variáveis: abertura ao exterior e aspetos sexuais; e correlações muito significativas entre as variáveis: comunicação e validação pessoal. No que diz respeito às correlações nos homens, é possível verificar correlações estatisticamente significativas positivas entre as variáveis: depressão e aspetos sexuais; e muito significativas entre as variáveis: validação pessoal e aspetos sexuais; abertura ao exterior e comunicação. E correlações muito significativas negativas entre as variáveis: comunicação e validação pessoal. Quanto à existência de correlações entre as variáveis femininas e as masculinas, verifica-se correlações positivas estatisticamente significativas entre as variáveis: depressão feminina e validação pessoal masculina; depressão feminina e depressão masculina; abertura ao exterior feminina e ansiedade masculina; e muito significativas entre as variáveis: aspetos sexuais feminina validação pessoal masculina; aspetos sexuais feminina e depressão masculina. E correlações negativas estatisticamente significativas entre as variáveis: abertura ao exterior feminina e validação pessoal masculina; abertura ao exterior feminina e depressão masculina; comunicação feminina e aspetos sexuais masculina; aspetos sexuais feminina e comunicação masculina; e correlações muito significativas entre as variáveis: ansiedade feminina e abertura ao exterior masculina.

4. Discussão

Inicialmente, será apresentada a discussão dos resultados referente às características sociodemográficas e da infertilidade e, posteriormente, dos restantes dados, em concordância com os objetivos e as hipóteses de investigação formuladas.

No que concerne às características sociodemográficas, verifica-se uma maior prevalência na faixa etária dos 36-40 anos, tanto nos homens ($n=21$), como nas mulheres ($n=38$). Como revisto pela literatura, o limite de idade para a mulher recorrer ao processo de PMA no SNS é 40 anos. Neste sentido, esta prevalência pode ser explicada por os casais sentirem que já se encontram próximo do término do período fértil da mulher e, face à dificuldade de engravidar, decidam recorrer a técnicas de PMA (Santos, 2019). Quanto ao estado civil, verificou-se que 45.7% dos casais são casados, sendo esta percentagem similar à percentagem na população portuguesa (42.7%) (Pordata, 2021). No que diz respeito às habilitações literárias, verificou-se que uma maior percentagem de mulheres (27.1%) estudaram no ensino superior, comparativamente aos homens (10%). Estes dados são também paralelos aos da população

portuguesa (2022; 2022b) que apresentam mais mulheres com ensino superior. Os resultados demonstraram ainda que 2.9% dos homens e 7.1% das mulheres encontram-se desempregados. De acordo com os dados estatísticos da Pordata (2022c), referentes à população portuguesa, 6.3% dos homens e 6.9% das mulheres estão desempregados. Tendo em conta que o recurso às técnicas de PMA, mesmo quando realizadas no âmbito do SNS, têm um custo elevado (Santos, 2020) e que, tradicionalmente, é o homem que tem a principal contribuição para os recursos económicos do casal (Golombok & Tasker, 2015; Pordata, 2022d), será compreensível perceber os dados masculinos. O desemprego nas mulheres, poderá ser visto como maior disponibilidade temporal para os tratamentos (e.g. exames e consultas médicas, medicação), para viver a gravidez e também para o acompanhamento de um bebé nos primeiros tempos após o nascimento.

Quanto às características da infertilidade, há uma maior prevalência de casais com infertilidade primária (85.7%), estando estes resultados em concordância com a literatura (e.g., Deshpande & Gupta, 2019). Relativamente à quantidade de tratamentos de PMA realizados, os resultados são similares: 50% dos casais nunca realizaram tratamentos, e 47.1% já realizou um ou mais tratamentos. Dados internacionais e nacionais apontam taxas de insucesso elevadas (CNPMA, 2021; Schorsch et al., 2013), levando a que muitos casais recorram a mais que um ciclo de tratamentos.

No que diz respeito aos resultados do SCREEN-IVF, verificou-se a existência de sintomatologia ansiosa em 78.6% das mulheres e 72.9% dos homens, permitindo aceitar a hipótese 1. Quanto à sintomatologia depressiva, verificamos a existência em 21.3% das mulheres e em 17.1% dos homens, permitindo aceitar a hipótese 2. Comparativamente com um estudo de Volgsten e colaboradores (2008), os dados do presente estudo apontam para valores tendencialmente mais elevados, tanto quanto à sintomatologia ansiosa, como na sintomatologia depressiva dos homens e das mulheres, sendo que na nossa amostra destaca-se claramente a presença de sintomatologia ansiosa. Em concordância com a literatura, a infertilidade e as técnicas de PMA estão associadas ao desenvolvimento de ansiedade e depressão, sendo os valores mais elevados de ansiedade (e.g., Fallahzadeh et al., 2019; Kato et al., 2021; Reis et al., 2013). Também quando comparamos dados da nossa amostra com os da amostra de validação do instrumento para Portugal, encontramos diferenças altamente significativas para a ansiedade, com resultados mais elevados na nossa amostra. Uma hipótese possível para os valores elevados é o facto de terem sido dados recolhidos durante o tempo de pandemia Covid-19, o que traz um conjunto de inseguranças aos casais (com a sua saúde e a do parceiro/a e do futuro do bebé, com a incerteza do cumprimento do processo por isolamento dos profissionais por doença, ou receio de interrupção da prestação deste tipo de acompanhamento hospitalar) (Rallo et al., 2021). Será

importante continuar a recolha de dados de modo a verificar se no futuro os dados apresentam a mesma tendência.

Relativamente à diferença de género nos valores de ansiedade e depressão, e dimensões da intimidade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Rejeita-se as hipóteses 3, 4 e 5. Os resultados são consistentes com os da validação dos instrumentos administrados neste trabalho, na medida em que não se verificaram diferenças significativas entre géneros (Lopes et al., 2014; Moreira et al., 2009; Moura-Ramos et al., 2008). Vários trabalhos apontam para uma maior prevalência de ansiedade e depressão nas mulheres, quando comparadas com os homens durante o processo de PMA (e.g., Chiaffarino et al., 2011; Reis et al., 2013). A literatura justifica que enquanto a ansiedade do homem está associada com a preocupação do bem-estar da sua mulher, a ansiedade da mulheres está relacionada com a maior necessidade de parentalidade e rejeição de um estilo de vida sem filhos (e.g., Schaller et al., 2016).

No que concerne aos níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva nos participantes que não passaram por nenhum tratamento ou participantes que passaram por mais do que um tratamento, não foram encontradas diferenças significativas em ambos os géneros. Rejeitam-se as hipóteses 6 e 7. Quanto ao número de tratamentos de PMA, a literatura sugere que os casais que ainda não passaram por nenhum tratamento apresentam níveis superiores de sintomatologia ansiosa, comparativamente aos casais que já realizaram mais do que um tratamento, possivelmente devido à expectativa dos tratamentos e à exposição a procedimentos invasivos, que podem desenvolver desconforto físico e mental em ambos os membros do casal (e.g., Reis et al., 2013). Considera-se, ainda, que o conhecimento das técnicas de PMA pode contribuir para a redução de ansiedade (Reis et al., 2013). No entanto, tal não se verifica na nossa amostra. A justificação apresentada anteriormente para os valores de ansiedade poderá ser também utilizada aqui, sendo que as preocupações associadas à Covid, ao estarem presentes em ambas as condições, acabam por poder ter peso nos resultados.

A investigação tem também mostrado que os casais que realizaram mais do que um tratamento de PMA, apresentam níveis de sintomatologia depressiva mais elevados, comparativamente a casais que estão a realizar este processo pela primeira vez, assim, a elevada frequência de tratamentos de infertilidade, e, por conseguinte, o insucesso das técnicas, pode contribuir para o desenvolvimento de depressão (e.g., Crawford et al., 2017; Ma et al., 2018; Milazzo et al., 2016; Reis et al., 2013). Os nossos dados não vão ao encontro dos resultados destes trabalhos.

Em relação aos níveis de intimidade entre participantes que não passaram por nenhum tratamento, e participantes que passaram por mais do que um tratamento, concluiu-se que há associações muito significativas quanto à intimidade sexual nas mulheres, sendo que as que realizaram mais do que um tratamento apresentaram valores inferiores na escala de preocupação sexual (revelando menor preocupação sexual), comparativamente com as mulheres que ainda não realizaram tratamentos de PMA. Rejeitamos, pois, a hipótese 8. A literatura tende a sustentar que o processo de PMA (técnicas mais invasivas e elevada frequência de tratamentos) podem ter um impacto negativo na intimidade da relação diádica (e.g., Luca et al., 2021). Por outro lado, há autores que sustentam que os casais diagnosticados com infertilidade e submetidos a técnicas de PMA descrevem a intimidade na sua relação diádica de um modo positivo, apresentando um melhor funcionamento da relação diádica e da intimidade sexual (Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Huang et al., 2020; Pasha et al., 2017). A redução de problemas associados aos aspetos sexuais podem ser explicados através dos procedimentos das técnicas de PMA, os quais podem contribuir para o aumento da lubrificação vaginal e, conseqüentemente, terem um impacto positivo na vertente sexual (Huang et al., 2020). Mais uma vez colocamos como hipótese explicativa os valores de ansiedade e também o facto do primeiro ciclo de PMA ser especialmente desafiante para a mulher, pelos aspetos desconhecidos de invasão física associados aos tratamentos (incluindo procedimentos fisicamente desconfortáveis e alterações hormonais) e controlo do ciclo fértil. Nas circunstâncias de um primeiro ciclo de PMA, a mulher pode sentir pela primeira vez perda de controlo sobre o seu corpo, fazendo aumentar a preocupação sexual referente à diminuição da satisfação sexual devido ao planeamento das relações e a todo um controlo externo da vida sexual. Quando comparados os valores de preocupação sexual da nossa amostra com a amostra de validação para Portugal do instrumento, a diferença é estatisticamente significativa, sendo os resultados da nossa amostra menores. A leitura que fazemos relaciona estes dados com as preocupações associadas às circunstâncias de um processo de PMA durante a pandemia (como já explicado anteriormente) e que poderá tirar importância a outros aspetos, tais como a dimensão sexual. Também o facto de a amostra de validação ser uma amostra clínica (Moura-Ramos et al., 2008) poderá ter a ver com estes resultados.

Acrescenta-se, ainda, que o nosso estudo não há diferenças significativas quanto à dimensão da comunicação, relativamente ao número de tratamentos. Tal como revisto pela literatura, a comunicação é apontada como uma dimensão basilar para a proximidade e suporte entre o casal, assim sendo, os casais poderão manter a qualidade da comunicação (Hawkey et al., 2021; Kielek-Rataj et al., 2020), inclusivamente nestas circunstâncias.

Os resultados demonstraram diferenças significativas nos homens quanto às habilitações literárias no que diz respeito às variáveis da ansiedade e intimidade sexual, sendo que habilitações mais elevadas se associam a menor ansiedade. A literatura sustenta que elevados níveis de escolaridade promovem uma melhor adaptação perante o diagnóstico de infertilidade, constituindo-se como um fator protetor para o bem-estar psicológico, por exemplo, não desenvolver ansiedade e depressão (e.g., Xu et al., 2017).

No que diz respeito à existência de correlações entre a sintomatologia ansiosa e depressiva, e dimensões da intimidade nas mulheres, verificamos correlações positivas muito significativas entre as variáveis: abertura ao exterior e comunicação; depressão e aspetos sexuais; e depressão e validação pessoal. Estes resultados significam que valores mais elevados em (e.g. depressão) estão correlacionados a valores mais elevados em (e.g. aspetos sexuais) (Martins, 2011). Importa referir que valores mais elevados em aspetos sexuais, significa mais problemas relativos a esse domínio, enquanto valores mais elevados na validação pessoal, comunicação e abertura ao exterior significa maior intimidade nessas dimensões. Verificaram-se também, correlações negativas estatisticamente significativas entre as variáveis: abertura ao exterior e aspetos sexuais; e correlações muito significativas entre as variáveis: comunicação e validação pessoal. Isto é, valores mais elevados em (e.g. comunicação) estão correlacionados a valores mais baixos em (e.g. validação pessoal) (Martins, 2011). Assim, aceitamos parcialmente a hipótese 9. Relativamente às correlações nos homens, verificou-se correlações positivas estatisticamente significativas entre as variáveis: depressão e aspetos sexuais; e muito significativas entre as variáveis: validação pessoal e aspetos sexuais; abertura ao exterior e comunicação. Tendo também se verificado correlações negativas muito significativas entre as variáveis: comunicação e validação pessoal. Aceitamos parcialmente a hipótese 10. Estes resultados são consistentes com a literatura, a qual considera que estas variáveis estão associadas, nomeadamente, os sintomas psicológicos (ansiedade e depressão) poderão ter impacto na intimidade da relação diádica, nomeadamente nos aspetos sexuais (Luca et al., 2021; Pozza et al., 2019; Renzi et al., 2020). Diversos estudos demonstram esta relação (e.g., Peyvandi et al., 2011), verificando-se que valores inferiores de sintomatologia depressiva estavam associados ao bem-estar da relação diádica.

Quanto à existência de correlações entre as variáveis femininas e as masculinas, verificou-se correlações positivas estatisticamente significativas entre as variáveis: depressão feminina e validação pessoal masculina; depressão feminina e depressão masculina; abertura ao exterior feminina e ansiedade masculina; e muito significativas entre as variáveis: aspetos sexuais feminina e validação pessoal masculina; aspetos sexuais feminina e depressão masculina.

Também se verificaram correlações negativas estatisticamente significativas entre as variáveis: abertura ao exterior feminina e validação pessoal masculina; abertura ao exterior feminina e depressão masculina; comunicação feminina e aspetos sexuais masculina; aspetos sexuais feminina e comunicação masculina; e correlações muito significativas entre as variáveis: ansiedade feminina e abertura ao exterior masculina. Estes resultados permitem-nos a aceitar parcialmente a hipótese 11. Vários autores corroboram estes resultados, justificando que a sintomatologia psicológica (ansiedade e depressão) de um dos membros do casal, pode interferir na relação diádica, nomeadamente, na perceção da intimidade do outro membro do casal, podendo haver associações entre estas variáveis (e.g., Maroufizadeh et al., 2018; Ozkan et al., 2016; Rooney & Domar, 2018; Soleimani et al., 2015).

Ainda quanto à comparação entre os valores da amostra do presente estudo com as amostras de validação para Portugal dos instrumentos utilizados, a nossa amostra apresenta também, para além dos valores mais elevados de comunicação, resultados inferiores de proximidade emocional no PAIR em comparação com a amostra de validação, da população em geral (não clínica) (Moreira et al., 2009). Em concordância com a literatura, as técnicas de PMA podem ter impacto na perceção de intimidade do casal (e.g., Luk & Loke, 2019; Soleimani et al., 2015). Talvez a ansiedade presente em ambos os membros do casal interfira no sentimento associado à validação de opiniões e sentimentos e de aceitação por parte do companheiro num conjunto de diferentes áreas.

Os casais diagnosticados com infertilidade e submetidos a técnicas de PMA podem desenvolver problemas ao nível da saúde mental e conjugal (e.g., Luca et al., 2021; Reis et al., 2013). No presente estudo foi abordada a ansiedade, depressão, e dimensões da relação diádica, considerando ambos os géneros. Podemos comentar que os resultados evidenciam uma “sintonia” entre os casais, como fica bem patente nos dados de sintomatologia ansiosa e em diversos outros aspetos já discutidos. Este paralelismo entre os casais remete para a importância do acompanhamento psicológico durante o processo de PMA, focando não só nas características individuais, como também na díade, valorizando os sintomas psicológicos e as dimensões da intimidade.

Conclusão

Diversas investigações apontam para o aumento da adesão às técnicas de PMA em vários países, incluindo no contexto português, e, conseqüentemente, para o facto de cada vez mais nascerem crianças através desses tratamentos (Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, 2020; Wyns et al., 2020). No entanto, a infertilidade e as técnicas de PMA podem

ter impacto no bem-estar psicológico dos indivíduos envolvidos, bem como na relação diádica (Molgora et al., 2019). O nosso trabalho permitiu aprofundar o conhecimento sobre os sintomas psicológicos, nomeadamente, ansiedade e depressão, e a intimidade na relação diádica de um grupo de casais a viverem um processo de PMA, assim como das suas características sociodemográficas e das variáveis associadas à infertilidade, e, ainda, compreender como se associam entre si. Conclui-se que não havia diferenças significativas entre géneros, quanto às variáveis estudadas, sendo que se destaca a sintomatologia ansiosa com valores elevados e presentes em mais de metade da amostra. Quanto ao número de tratamentos, existem diferenças significativas nas mulheres, relativamente à intimidade sexual, particularmente, as mulheres que já realizaram tratamentos de PMA apresentam menos problemas relacionados aspetos sexuais. Foi possível também verificar correlações estatisticamente positivas e negativas nas variáveis em estudo. Da análise dos dados destaca-se a tentativa de compreensão da importância das circunstâncias da Pandemia Covid-19 nos resultados.

Podem ser consideradas algumas forças e limitações do presente estudo. Relativamente às forças, destaca-se a pertinência e atualidade deste trabalho. Apesar de haver investigação sobre a PMA em Portugal, é um tema que ainda deve ser mais estudado, particularmente ao nível da sintomatologia ansiosa e depressiva, e da intimidade na relação diádica. Em acréscimo, este estudo incidiu nos dois elementos do casal, enquanto noutros estudos o foco é muitas vezes apenas a mulher (e.g., Facchin et al., 2019; Yassa et al., 2019). Destacamos ainda o facto de tanto quanto é do nosso conhecimento, ser o primeiro estudo nacional sobre o tema com uma amostra recolhida durante a pandemia. Salienta-se, ainda, terem sido administrados três instrumentos (Protocolo Pré-Tratamento GIPPMA, SCREEN-IVF e FPI) construídos especificamente para esta população. Encontramos também um conjunto de limitações que deverão ser tidas em conta: trata-se de uma mostra de tamanho reduzido e que foi recolhida numa zona geográfica específica do país, limitando potencialmente a generalização dos resultados. Como a administração dos instrumentos ocorreu no início do processo de PMA, seria pertinente administrar os instrumentos em momentos diferentes do processo e comparar resultados (por exemplo, administrar no início e final dos tratamentos). Considera-se importante que no futuro a investigação se debruce sobre diferentes contextos de saúde, tanto públicos, como privados, integrando um maior número de participantes, também depois do final da Pandemia, promovendo um maior conhecimento e compreensão sobre a relação diádica e o bem-estar psicológico durante o processo de PMA.

Concluindo, realça-se a necessidade da investigação nesta área, base de intervenções psicológicas de maior qualidade que visem identificar os indivíduos com maior vulnerabilidade

psicológica e colmatar dificuldades (a nível individual e conjugal), tanto no início, como durante e no fim do processo de PMA.

Referências Bibliográficas:

Álvarez-Díaz, J. A. (2007). Sexualidad en parejas con problemas de fertilidad. *Gaceta Médica de México*, 143(1), 65-71. <https://doi.org/10.3906/sag-0901-17>

Amiri, M., Sadeqi, Z., Hoseinpoor, M. H., & Khosravi, A. (2016). Marital satisfaction and its influencing factors in fertile and infertile women. *Journal of family & reproductive health*, 10(3), 139. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5241358/pdf/JFRH-10-139.pdf>

Augusto, D. R., Rodrigues, R. S., & Alves, I. M. C. (2012). Procriação medicamente assistida: presente e futuro. *AdolesCiência: Revista Júnior de Investigação*, 1, 103-106. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12997/1/70-490-4-PB.pdf>

Bak, C. W., Seok, H. H., Song, S. H., Kim, E. S., Her, Y. S., & Yoon, T. K. (2012). Hormonal imbalances and psychological scars left behind in infertile men. *Journal of andrology*, 33(2), 181-189. <https://doi.org/10.2164/jandrol.110.012351>

Boivin, J., Vassena, R., Costa, M., Vegni, E., Dixon, M., Collura, M. B., ... & Domar, A. (2022). Tailored support may be required to reduce the impact of the infertility journey on mental health, relationships and daily lives of infertile patients and partners to infertile patients. *Reproductive BioMedicine Online*. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.01.015>

Chaves, C., Canavarro, M. C., & Moura-Ramos, M. (2019). The role of dyadic coping on the marital and emotional adjustment of couples with infertility. *Family process*, 58(2), 509-523. <https://doi.org/10.1111/famp.12364>

Chiaffarino, F., Baldini, M. P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., D'Orsi, C., ... & Ragni, G. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 158(2), 235-241. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.04.032>

Clark-Carter, D. (1997). *Doing quantitative psychological research: from design to report*. Psychology Press/Erlbaum Taylor & Francis.

Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (s.d.a). *Quais os limites de idade para recorrer a tratamentos de PMA?* <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/faqs.aspx>

Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. (2021). Relatório Atividade Desenvolvida pelos Centros de PMA em 2018. https://www.spmr.pt/images/pdf/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2017.pdf

Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. (s.d.b) *Existe um limite para o número de tratamentos de PMA que podem ser feitos?*
<https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/faqs.aspx>

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>

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>

Crawford, N. M., Hoff, H. S., & Mersereau, J. E. (2017). Infertile women who screen positive for depression are less likely to initiate fertility treatments. *Human reproduction*, 32(3), 582-587. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew351>

Deshpande, P. S., & Gupta, A. S. (2019). Causes and Prevalence of Factors Causing Infertility in a Public Health Facility. *Journal of human reproductive sciences*, 12(4), 287–293.
https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_140_18

Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of marital and sexual interactions of polish infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, 6(12), 3335- 3346.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01355.x>

ESHRE (2015) Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>

European IVF-monitoring Consortium (EIM), European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Calhaz-Jorge, C., De Geyter, C., Kupka, M. S., de Mouzon, J., ... & Baranowski, R. (2017). Assisted reproductive technology in Europe, 2013: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 32(10), 1957-1973.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dex264>

European Society of Human Reproduction and Embriology. (2015). *Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff*.
https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Psychology/ESHRE-psychology-guideline_2015_final_version1_2.pdf?la=en&hash=D3D7A78F264FB8C95E5C84D522666B389FA530D

Facchin, F., Somigliana, E., Busnelli, A., Catavorello, A., Barbara, G., & Vercellini, P. (2019). Infertility-related distress and female sexual function during assisted reproduction. *Human Reproduction*, 34(6), 1065-1073. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez046>

Fairweather-Schmidt, A. K., Leach, L. S., Butterworth, P., & Anstey, K. (2014). Infertility problems and mental health symptoms in a community-based sample: depressive symptoms among infertile men, but not women. <https://doi.org/10.3149/jmh.1302.75>

Fallahzadeh, H., Abadi, H. Z. M., Momayyezi, M., Moghadam, H. M., & Keyghobadi, N. (2019). The comparison of depression and anxiety between fertile and infertile couples: A meta-analysis study. *International journal of reproductive biomedicine*, 17(3), 153. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i3.4514>

Faramarzi, M., Alipor, A., Esmaelzadeh, S., Kheirkhah, F., Poladi, K., & Pash, H. (2008). Treatment of depression and anxiety in infertile women: cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *Journal of affective disorders*, 108(1-2), 159–164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.09.002>

Ferraretti, A. P., Nygren, K., Andersen, A. N., de Mouzon, J., Kupka, M., Calhaz-Jorge, C., ... & European IVF-Monitoring Consortium (EIM), for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). (2017). Trends over 15 years in ART in Europe: an analysis of 6 million cycles. *Human Reproduction Open*, 2017(2), hox012. <https://doi.org/10.1093/hropen/hox012>

Forstie, C. (2017). A new framing for an old sociology of intimacy. *Sociology compass*, 11(4), e12467. <https://doi.org/10.1111/soc4.12467>

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>

Gameiro, S., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). A experiência masculina de infertilidade e de reprodução medicamente assistida. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(2), 253-270. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36219057006>

Golombok, S., & Tasker, F. (2015). Socioemotional development in changing families. *Handbook of child psychology and developmental science*, 1-45. <https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy311>

Gourounti, K., Lykeridou, K., & Vaslamatzis, G. (2012). Increased anxiety and depression in Greek infertile women results from feelings of marital stress and poor marital communication. *Health Science Journal*, 6(1), 69. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1025.841&rep=rep1&type=pdf>

Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., McQuillan, J., Lowry, M. H., Burch, A. R., & Shreffler, K. M. (2018). Relationship satisfaction among infertile couples: implications of gender and self-

identification. *Journal of Family Issues*, 39(5), 1304-1325.
<https://doi.org/10.1177/0192513X17699027>

Hawkey, A., Ussher, J. M., Perz, J., & Parton, C. (2021). Talking but not always understanding: couple communication about infertility concerns after cancer. *BMC public health*, 21(1), 161. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10188-y>

Huang, C. Y., Liou, C. F., Lu, Y. C., Tsai, L. Y., Ying, T. H., Kuo, C. P., & Lee, S. H. (2020). Differences in the Sexual Function and Sexual Healthcare Needs of Pregnant Women Who Underwent in Vitro Fertilization and Women Who Conceived Naturally at Each Trimester: A Prospective Cohort Study. *Sexual Medicine*, 8(4), 709-717.
<https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.08.009>

Kato, T., Sampei, M., Saito, K., Morisaki, N., & Urayama, K. Y. (2021). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life of Japanese women at initiation of ART treatment. *Scientific reports*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-87057>

Kiełek-Rataj, E., Wendołowska, A., Kalus, A., & Czyżowska, D. (2020). Openness and communication effects on relationship satisfaction in women experiencing infertility or miscarriage: a dyadic approach. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5721. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165721>

Kim, M., Moon, S. H., & Kim, J. E. (2020). Effects of psychological intervention for Korean infertile women under in vitro fertilization on infertility stress, depression, intimacy, sexual satisfaction and fatigue. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(4), 211-217.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.05.001>

Koert, E., and Daniluk, J. C. (2018). When time runs out: reconciling permanent childlessness after delayed childbearing. *J. Reprod. Infant Psychol.* 35, 342–352.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1320363>

Kroemeke, A., & Kubicka, E. (2018). Positive and negative adjustment in couples undergoing infertility treatment: The impact of support exchange. *PloS one*, 13(6), e0200124.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200124>

Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., & Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC women's health*, 17(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0410-2>

Langher, V., Fedele, F., Caputo, A., Marchini, F., & Aragona, C. (2019). Extreme Desire for Motherhood: Analysis of Narratives From Women Undergoing Assisted Reproductive Technology (ART). *Europe's journal of psychology*, 15(2), 292–311.
<https://doi.org/10.5964/ejop.v15i2.1736>

Latifnejad Roudsari, R., Rasolzadeh Bidgoly, M., Mousavifar, N., & Modarres Gharavi, M. (2011). The effect of collaborative counseling on perceived infertility-related stress in infertile women undergoing IVF. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 14(4), 22-31. <https://10.22038/IJOGI.2015.5766>

Loke, A. Y., Yu, P. L., & Hayter, M. (2012). Experiences of sub-fertility among Chinese couples in Hong Kong: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 21(3-4), 504-512. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03632.x>

Lopes, E., Xavier, M. R., Reis, S., Capela, I., Dantas, S. (2022, Maio 12-14). *A Psicologia em Contexto de Atuação na PMA – O GIPPMA como abordagem* (Póster). 8º Congresso Português de Medicina da Reprodução 2022, Ponta Delgada, Açores, Portugal. https://www.admedic.pt/uploads/programa_8-congresso-portugues-s-da-sociedade-portuguesa-de-medicina-da-reproduc-a-o.pdf

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>

Lotfi, N., Zarei, E., & Samavi, S. A. (2015). The impact of infertility counseling on intimacy between infertile couples of Qeshm. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 5(7), 192-196. [https://www.textroad.com/pdf/JAEB/J.%20Appl.%20Environ.%20Biol.%20Sci.,%205\(7\)192-196,%202015.pdf](https://www.textroad.com/pdf/JAEB/J.%20Appl.%20Environ.%20Biol.%20Sci.,%205(7)192-196,%202015.pdf)

Luca, G., Parrettini, S., Sansone, A., Calafiore, R., & Jannini, E. A. (2021). The Inferto-Sex Syndrome (ISS): sexual dysfunction in fertility care setting and assisted reproduction. *Journal of Endocrinological Investigation*, 1-32. <https://doi.org/10.1007/s40618-021-01581-w>

Luk, B. H., & Loke, A. Y. (2019). Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *Journal of reproductive and infant psychology*, 37(2), 108-122. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1529407>

Ma, F., Cao, H., Song, L., Liao, X., & Liu, X. (2018). Study on risk factors for depression in female infertile patients and evaluation of efficacy of psychological nursing intervention. *Int J Clin Exp Med*, 11(4), 4030-4038. <https://e-century.us/files/ijcem/11/4/ijcem0074343.pdf>

Malina, A., & Pooley, J. A. (2017). Psychological consequences of IVF fertilization—Review of research. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(4), 554-558. <https://doi.org/10.5604/12321966.1232085>

Manne, S., Sherman, M., Ross, S., Ostroff, J., Heyman, R. E., & Fox, K. (2004). Couples' support-related communication, psychological distress, and relationship satisfaction among women with early stage breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology, 72*(4), 660–670. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.4.660>

Maroufizadeh, S., Ghaheri, A., Almasi-Hashiani, A., Mohammadi, M., Navid, B., Ezabadi, Z., & Samani, R. O. (2018). The prevalence of anxiety and depression among people with infertility referring to Royan Institute in Tehran, Iran: A cross-sectional questionnaire study. *Middle East Fertility Society Journal, 23*(2), 103-106. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2017.09.003>

Maroufizadeh, S., Hosseini, M., Foroushani, A. R., Omani-Samani, R., & Amini, P. (2018). The relationship between marital satisfaction and depression in infertile couples: an actor–partner interdependence model approach. *BMC psychiatry, 18*(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1893-6>

Maroufizadeh, S., Karimi, E., Vesali, S., & Samani, R. O. (2015). Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 130*(3), 253-256. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.044>

Marques, P. P., & Morais, N. A. D. (2018). *The Experience of Infertile Couples Facing Unsuccessful Assisted Reproductive Attempts*. Universidad del Rosario. <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.

Masoumi, S. Z., Khani, S., Kazemi, F., Kalhori, F., Ebrahimi, R., & Roshanaei, G. (2017). Effect of marital relationship enrichment program on marital satisfaction, marital intimacy, and sexual satisfaction of infertile couples. *International journal of fertility & sterility, 11*(3), 197. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2017.4885>

Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S., Suzuki, T., Kondo, A., & Makino, T. (2004). Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. *General hospital psychiatry, 26*(5), 398–404. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.05.002>

Matthiesen, S. M. S., Frederiksen, Y., Ingerslev, H. J., & Zachariae, R. (2011). Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis. *Human reproduction, 26*(10), 2763-2776. <https://doi.org/10.1093/humrep/der246>

McLaren, J. F. (2012). Infertility evaluation. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 39(4), 453-463. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2012.09.001>

Milazzo, A., Mnatzaganian, G., Elshaug, A. G., Hemphill, S. A., Hiller, J. E., & Astute Health Study Group. (2016). Depression and anxiety outcomes associated with failed assisted reproductive technologies: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 11(11), e0165805. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165805>

Molgora, S., Baldini, M. P., Tamanza, G., Somigliana, E., & Saita, E. (2020). Individual and Relational Well-Being at the Start of an ART Treatment: A Focus on Partners' Gender Differences. *Frontiers in psychology*, 11, 2027. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02027>

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, 415. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00415>

Moreira, H., Amaral, A., & Canavarro, M. C. (2009). Adaptação do Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale (PAIR) para a população Portuguesa: Estudo das suas características psicométricas. *Psychologica*, 50, 353-373. https://doi.org/10.14195/1647-8606_50_18

Moridi, A., Roozbeh, N., Yaghoobi, H., Soltani, S., Dashti, S., Shahrahmani, N., & Banaei, M. (2019). Etiology and risk factors associated with infertility. *Int J Women's Heal Reprod Sci*, 7(3), 346-53. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2019.57>

Moura-Ramos, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2008). Inventário de problemas de fertilidade: Características psicométricas da versão portuguesa do Fertility Problem Inventory [Fertility problem inventory: Psychometric characteristics of the portuguese version of the fertility problem inventory]. In *XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. <https://doi.org/10.1093/humrep/der388>

Neto, M. L. A. D. S., & Pedro, R. T. (2018). Debatendo a procriação medicamente assistida.

Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and sterility*, 72(1), 54-62. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(99\)00164-8](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00164-8)

Nicoloro-SantaBarbara, J., Busso, C., Moyer, A., & Lobel, M. (2018). Just relax and you'll get pregnant? Meta-analysis examining women's emotional distress and the outcome of assisted reproductive technology. *Social science & medicine (1982)*, 213, 54-62. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.033>

Ockhuijsen, H. D., van Smeden, M., van den Hoogen, A., & Boivin, J. (2017). Validation study of the SCREENIVF: an instrument to screen women or men on risk for emotional maladjustment before the start of a fertility treatment. *Fertility and sterility*, *107*(6), 1370-1379. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.04.008>

Ozkan, B., Orhan, E., Aktas, N., & Coskuner, E. R. (2016). Sexual dysfunction and depression among Turkish women with infertile husbands: the invisible part of the iceberg. *International urology and nephrology*, *48*(1), 31-36. <https://doi.org/10.1007/s11255-015-1142-6>

Ozturk, S., Sut, H. K., & Kucuk, L. (2019). Examination of sexual functions and depressive symptoms among infertile and fertile women. *Pakistan journal of medical sciences*, *35*(5), 1355. <https://doi.org/10.12669/pjms.35.5.615>

Palomba, S., Daolio, J., Romeo, S., Battaglia, F. A., Marci, R., & La Sala, G. B. (2018). Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, *16*(1), <https://doi.org/10.1186/s12958-018-0434-y>

Pasch, L. A., & Sullivan, K. T. (2017). Stress and coping in couples facing infertility. *Current opinion in psychology*, *13*, 131-135. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.07.004>

Pasha, H., Basirat, Z., Esmailzadeh, S., Faramarzi, M., & Adibrad, H. (2017). Marital intimacy and predictive factors among infertile women in northern Iran. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, *11*(5), QC13. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/24972.9935>

Patel, A., Sharma, P. S. V. N., Narayan, P., Binu, V. S., Dinesh, N., & Pai, P. J. (2016). Prevalence and predictors of infertility-specific stress in women diagnosed with primary infertility: A clinic-based study. *Journal of human reproductive sciences*, *9*(1), 28. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.178630>

Péloquin, K., Brassard, A., Arpin, V., Sabourin, S., & Wright, J. (2018). Whose fault is it? Blame predicting psychological adjustment and couple satisfaction in couples seeking fertility treatment. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *39*(1), 64–72. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1289369>

Peyvandi, S., Hosseini, S. H., Daneshpoor, S. M. M., Mohammadpour, R. A., & Nazanin, Q. (2011). The prevalence of depression, anxiety and marital satisfaction and related factors in infertile women referred to infertility clinics of Sari city in 2008. *Journal of Mazandaran University of Medical Science*, *20*, 25-32. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-644-en.html>

Pierrepoint, C., Polomeno, V., Bouchard, L., & Reissing, E. (2016). What do we know about perinatal sexuality? A scoping review on sexoperinatal. *Journal de Gynécologie*

Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 45, 796-808.
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.06.003>

Pinar, G., & Zeyneloglu, H. B. (2012). Quality of life, anxiety and depression in turkish women prior to receiving assisted reproductive techniques. *International journal of fertility & sterility*, 6(1), 1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4260637/pdf/Int-J-Fertil-Steril-6-1.pdf>

Pordata. (2021). *Censos 2021: conheça Portugal*.
<https://www.pordata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal-255606>

Pordata. (2022). *População residente do sexo masculino com idade entre 16 e 89 anos por nível de escolaridade completo mais elevado (%)*.
[https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%3%a7%3%a3o+residente+do+sexo+masculino+com+idade+entre+16+e+89+anos+por+n%3%advel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-886-7179](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%3%a7%3%a3o+residente+do+sexo+masculino+com+idade+entre+16+e+89+anos+por+n%3%advel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-886-7179)

Pordata. (2022b). *População residente do sexo feminino com idade entre 16 e 89 anos por nível de escolaridade completo mais elevado (%)*.
[https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%3%a7%3%a3o+residente+do+sexo+feminino+com+idade+entre+16+e+89+anos+por+n%3%advel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-885](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%3%a7%3%a3o+residente+do+sexo+feminino+com+idade+entre+16+e+89+anos+por+n%3%advel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-885)

Pordata. (2022c). *Taxa de desemprego: total e por sexo (%)*.
[https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-550](https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentagem)-550)

Pordata. (2022d). *Remuneração base média mensal dos trabalhadores por conta de outrem: total e por sexo*.
<https://www.pordata.pt/Portugal/Remunera%3%a7%3%a3o+base+m%3%a9dia+mensal+d+os+trabalhadores+por+conta+de+outrem+total+e+por+sexo-367-2921>

Pozza, A., Dettore, D., & Coccia, M. E. (2019). Depression and anxiety in pathways of medically assisted reproduction: The role of infertility stress dimensions. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 15, 101.
<https://doi.org/10.2174/1745017901915010101>

Purewal, S., Chapman, S. C., & van den Akker, O. B. (2018). Depression and state anxiety scores during assisted reproductive treatment are associated with outcome: a meta-analysis. *Reproductive biomedicine online*, 36(6), 646-657.
<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.03.010>

Rallo, G., Negro, F., Piersanti, V., Consalvo, F., & Marinelli, S. (2021). Medically assisted procreation in times of COVID-19: what impact on health care system organization and

the reproductive rights of couples?. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 92(5).
<https://doi.org/10.23750/abm.v92i5.11900>

Raposo, V. L. (2014). *O direito à imortalidade*. Almedina.

Reis, H. T., & Patrick, B. C. (1996). Attachment and intimacy: Component processes. In E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (p. 523–563). Guilford Press.

Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., & Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 171(1), 61-66.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.07.034>

Renzi, A., Di Trani, M., Solano, L., Minutolo, E., & Tambelli, R. (2020). Success of assisted reproductive technology treatment and couple relationship: A pilot study on the role of romantic attachment. *Health Psychology Open*, 7(1).
<https://doi.org/10.1177/2055102920933073>

Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 41.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney>

Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 41.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney>

Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2022). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in clinical neuroscience*.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney>

Santos, R. (2019). *PMA. Saúde Bem-Estar*.
<https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/ginecologia/pma/>

Santos, T. A., & Ramos, M. M. (2010). *Esterilidade e procriação medicamente assistida* (Vol. 11). Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press.

Schaefer, M. T., & Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: The PAIR inventory. *Journal of marital and family therapy*, 7(1), 47-60. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1981.tb01351.x>

Schaller, M. A., Griesinger, G., & Banz-Jansen, C. (2016). Women show a higher level of anxiety during IVF treatment than men and hold different concerns: a cohort study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 293(5), 1137-1145. <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4033-x>

Schaller, M. A., Griesinger, G., and Banz-Jansen, C. (2016). Women show a higher level of anxiety during IVF treatment than men and hold different concerns: a cohort study. *Arch. Gynecol. Obstet.* 293, 1137–1145. <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4033-x>

Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit?: An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient education and counseling*, 59(3), 244-251. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.015>

Schorsch, M., Gomez, R., Hahn, T., Hoelscher-Obermaier, J., Seufert, R., & Skala, C. (2013). Success rate of inseminations dependent on maternal age? An analysis of 4246 insemination cycles. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 73(08), 808-811. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1350615>

Shahraki, Z., Afshari, M., Ghajarzadeh, M., & Tanha, F. D. (2019). How Different are Men with Infertility-Related Problems from Fertile Men in Prevalence of Depression, Anxiety and Quality of Life?. *Maedica*, 14(1), 26. <https://doi.org/10.26574/maedica.2019.14.1.26>

Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A. J., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human reproduction (Oxford, England)*, 22(8), 2309–2317. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem115>

Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. (2020). Relatório Atividade Desenvolvida pelos Centros de PMA em 2017. https://www.spmr.pt/images/pdf/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2017.pdf

Soleimani, A. A., Najafi, M., Ahmadi, K., Javidi, N., Hoseini Kamkar, E., & Mahboubi, M. (2015). The Effectiveness of Emotionally Focused Couples Therapy on Sexual Satisfaction and Marital Adjustment of Infertile Couples with Marital Conflicts. *International journal of fertility & sterility*, 9(3), 393–402. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4556>

Tao, P., Coates, R., & Maycock, B. (2012). Investigating marital relationship in infertility: a systematic review of quantitative studies. *Journal of reproduction & infertility*, 13(2), 71.

Thomas, V., & Rausch, D. T. (2002). Evaluating psychosocial factors and psychological reactions to infertility treatment. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 1(2), 33-49. <https://doi.org/10.1300/J398v01n0204>

Thomas, V., & Rausch, D. T. (2002). Evaluating psychosocial factors and psychological reactions to infertility treatment. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 1(2), 33-49. https://doi.org/10.1300/J398v01n02_04

Tüzer, V., Tuncel, A., Göka, S., Bulut, S. D., Yüksel, F. V., Atan, A., & Göka, E. (2010). Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 40(2), 229-237. <https://doi.org/10.3906/sag-0901-17>

Van Der Merwe, E., & Greeff, A. P. (2015). Infertility-related stress within the marital relationship. *International Journal of Sexual Health*, 27(4), 522-531. <https://doi.org/10.1080/19317611.2015.1067275>

Vander Borgh, M., & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical biochemistry*, 62, 2–10. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>

Velásquez-Restrepo, P. A., Rodríguez-Quintero, A. K., & Jaén-Posada, J. S. (2011). Metodologías cuantitativas para optimización del servicio de urgencias: una revisión de la literatura. *Revista Gerencia y políticas de salud*, 10(21), 196-218. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165770272011000200012&lng=en&tlng=es

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A., 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>

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaijmaat, F. W. (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: a prospective study. *Journal of behavioral medicine*, 28(2), 181–190. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-3667-0>

Verhaak, C., Lintsen, A., Evers, A., & Braat, D. (2010). Who is at the 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>

Vizheh, M., Pakgohar, M., Rouhi, M., & Veisy, A. (2015). Impact of gender infertility diagnosis on marital relationship in infertile couples: a couple based study. *Sexuality and Disability*, 33(4), 457-468. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9417-5>

Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., & Sundström Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23(9), 2056-2063. <https://doi.org/10.1093/humrep/den154>

Wang, K., Li, J., Zhang, J. X., Zhang, L., Yu, J., & Jiang, P. (2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-

intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and sterility*, 87(4), 792-798.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.07.1534>

World Health Organization. (2000). *Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe* (No. EUR/00/5017822). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108284/E68459.pdf>

Wyns, C., Bergh, C., Calhaz-Jorge, C., De Geyter, C., Kupka, M. S., Motrenko, T., ... & Goossens, V. (2020). ART in Europe, 2016: results generated from European registries by ESHRE. *Human reproduction open*, 2020(3), hoaa032. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoaa032>

Xu, H., Ouyang, N., Li, R., Tuo, P., Mai, M., & Wang, W. (2017). The effects of anxiety and depression on in vitro fertilisation outcomes of infertile Chinese women. *Psychology, Health & Medicine*, 22(1), 37-43. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1218031>

Yamanaka-Altenstein, M., Rauch-Anderegg, V., & Heinrichs, N. (2021). The link between infertility-related distress and psychological distress in couples awaiting fertility treatment: a dyadic approach. *Human Fertility*, 1-15.
<https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1948112>

Yangin, H., Kukulu, K., Gülşen, S., Aktaş, M., & Sever, B. (2016). A survey on the correlation between sexual satisfaction and depressive symptoms during infertility. *Health care for women international*, 37(10), 1082-1095. <https://doi.org/10.1080/07399332.2015.1107067>

Yassa, M., Arslan, E., & Gülbahar, D. S. (2019). Effects of infertility treatment on anxiety and depression levels. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 410-415.
<https://doi.org/10.17826/cumj.456723>

Ying, L. Y., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015). The experience of Chinese couples undergoing in vitro fertilization treatment: perception of the treatment process and partner support. *PloS one*, 10(10), e0139691. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139691>

Ying, L. Y., Wu, L. H., and Loke, A. Y. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: a literature review. *Int. J. Nurs. Stud.* 52, 1640–1652.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.004>

Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D., & Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, 40(4), 275-293. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.751072>

Zayed, A. A., & El-Hadidy, M. A. (2020). Sexual satisfaction and self-esteem in women with primary infertility. *Middle East Fertility Society Journal*, 25(1), 1-5.
<https://doi.org/10.1186/s43043-020-00024-5>

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., De Mouzon, J., Sokol, R., ... & Van Der Poel, S. (2017). The international glossary on infertility and fertility care, 2017. *Human reproduction*, 32(9), 1786-1801. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex234>

Zeren, F., Gürsoy, E., & Çolak, E. (2019). The quality of life and dyadic adjustment of couples receiving infertility treatment. *African Journal of Reproductive Health*, 23(1), 117-127. <https://doi.org/10.29063/ajrh2019/v23i1.12>