



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

***VIVÊNCIA PSICOLÓGICA DA GRAVIDEZ APÓS
SUCESSO DAS TÉCNICAS DE PROcriação
MEDICAMENTE ASSISTIDA***

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

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano-

Teresa Pinto Bernardo Moura Da Rocha

Porto, julho 2015



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

***VIVÊNCIA PSICOLÓGICA DA GRAVIDEZ APÓS
SUCESSO DAS TÉCNICAS DE PROcriação
MEDICAMENTE ASSISTIDA***

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

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano-

Teresa Pinto Bernardo Moura Da Rocha

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof^a Doutora Maria Raul Lobo Xavier

Porto, julho 2015

“Talvez a mais rica, forte e profunda experiência da caminhada humana seja a de ter um
filho.”

(Carl Ravazzi)

AGRADECIMENTOS

O culminar de cinco anos incríveis deixa em mim um enorme sentimento de dever cumprido e de felicidade extrema. Obrigada a todos que iluminam a minha vida e que estiveram sempre presentes, em especial:

À Professora *Maria Raul Xavier*, pelo constante apoio e motivação, por me ter dado a conhecer o mundo da maternidade e da paternidade como eu nunca pensei vir a descobrir antes mesmo de ser mãe.

À *Catinha, Rosarinho, Zé, Salu* e tantos outros, que fizeram deste percurso uma aventura memorável da qual me orgulho tanto, sem vocês nada teria o mesmo sentido.

À *Mel*, por estar sempre comigo, por partilharmos tantos sonhos e ambições. Por sermos o “braço direito” uma da outra.

A toda a minha *Família*, por ser o meu porto de abrigo! À nossa *Tia Alice*, pelo amor à família e pelo legado que nos deixa para que este amor continue a ser o valor mais importante das nossas vidas.

À minha *Avó Júlia*, pelos dezanove anos incríveis que vivemos juntas. Pela imensidão de memórias que deixa em mim, pelo amor incalculável que sempre sentirei por ela.

A todas as *Mulheres* e a todos os *Homens* que passam pela dolorosa experiência da infertilidade e que veem interrompido o desejo de ter um filho. Em especial à minha madrinha *Isabel*, por ter sido uma destas mulheres e por nunca ter desistido do seu sonho mesmo com tantos obstáculos com que se deparou. Hoje, ela tem o seu filho tão desejado!

Ao *Tomaz*, por tudo! Por estes quatro anos felizes, por não se cansar de gostar de mim. Por cuidar de mim todos os dias, minutos e segundos e por me aceitar tal e qual como eu sou. Pela compreensão infinita nos momentos em que a exaustão falou mais alto.

À *Vida*, que me tem permitido a construção e realização de tantos sonhos, por acreditar que um dia esta me permitirá ter filhos - o meu maior sonho - e que estes poderão ler estas mensagens com tanta gratificação!

Finalmente, aos meus *Pais*, por me terem dado a VIDA, por serem a minha luz!

Índice de Anexos

Anexo 1. Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade – EAGP

Anexo 2. Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM

Anexo 3. Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS

Anexo 4. Revised Dyadic Adjustment Scale - RDAS

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica

Tabela 2. Caracterização da Gravidez

Tabela 3. Resultados das subescalas relativas à EAGM

Tabela 4. Resultados das subescalas relativas à EAGP

Tabela 5. Ansiedade e depressão nos homens e nas mulheres (HADS)

Tabela 6. Comparação entre géneros (HADS)

Tabela 7. Comparação entre géneros (RDAS)

Resumo

Este estudo teve como objetivo geral conhecer as características da vivência da gravidez, nos homens e nas mulheres, após sucesso das técnicas de procriação medicamente assistida (PMA), nomeadamente quanto à relação conjugal, psicopatologia e dimensões da vivência psicológica da gravidez. A amostra deste estudo é constituída por 22 casais, apresentado um total de 44 indivíduos, com idades compreendidas entre os 30 e os 47 anos. Os instrumentos utilizados na recolha dos dados foram a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade, a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e a Escala Revista de Ajustamento Diádico. Os resultados obtidos sugerem que existem diferenças significativas relativamente às atitudes sobre a gravidez e maternidade/paternidade das mulheres e dos homens que recorreram à PMA com as da amostra padrão. Os resultados dos dois últimos instrumentos indicam que não há diferenças significativas entre os géneros da amostra do estudo relativamente aos níveis de ansiedade, depressão e ajustamento diádico. Apesar disso foi possível verificar a existência de ansiedade em 27.3% das mulheres e em 9.1% dos homens. Relativamente à depressão não se verificou a sua existência em nenhum dos indivíduos da amostra do estudo.

Palavras-Chave: Infertilidade; gravidez; procriação medicamente assistida; ansiedade; depressão; relação conjugal

Abstract

The purpose of this study was to know the characteristics of the experience of pregnancy, in both men and women, after successfully resorting to medically assisted reproduction techniques (MART), especially on the subject of the conjugal relationship, psychopathology and the dimensions of the psychological experience of pregnancy. The sample of this study comprises 22 couples, numbering 44 people in total, with ages between 30 and 47 years. The instruments used in collecting data were the Scale of Attitudes towards Pregnancy and Motherhood, the Scale of Attitudes towards Pregnancy and Fatherhood, The Hospital Anxiety and Depression Scale and The Revised Dyadic Adjustment Scale. The results suggest that there are significant differences concerning the attitudes towards pregnancy and motherhood/fatherhood of women and men who resorted to MART. The results of the last two instruments indicate that there is no major difference among the genders regarding the levels of anxiety, depression and couple adjustment. Despite that, it was possible to ascertain the existence of anxiety in 27.3% of the women and 9.1% of the men. Moreover, there was no evidence of depression in any of the individuals of the study sample.

Keywords: Infertility; pregnancy; medically assisted reproduction; anxiety; depression; marital relationship

Introdução

A vivência da gravidez num casal comporta consigo um período de desafios para este, pautada por mudanças a diversos níveis e exigindo um processo de adaptação onde importa cumprir determinadas tarefas de desenvolvimento por ambos os membros do casal (e.g., Conde & Figueiredo 2007; Justo, 1990; Sarmiento & Setúbal, 2003).

Quando a gravidez resulta do recurso a técnicas de PMA soma-se, aos desafios já típicos desse período, o impacto das experiências próprias e inerentes, tanto ao diagnóstico de infertilidade como aos procedimentos a que se recorre (e.g., Chiaffarino et al., 2011; Cousineau & Domar, 2007; Domar, Zuttermeister & Friedman, 1993; Lepecka-Klusek, & Jakiel, 2007; Monga, Alexandrescu, Katz, Stein & Ganiats, 2004; Silva & Lopes, 2009).

A comunidade científica tem verificado que a infertilidade ameaça uma das convicções mais comuns da maioria dos casais: a parentalidade é uma parte da vida adulta. Assim sendo, quando confrontados com este diagnóstico, associa-se este momento a uma crise que gera um grande impacto a nível social, psicológico e físico, tanto para os homens como para as mulheres (e.g., Gameiro, Silva & Canavarro, 2008; Vayena, Rowe, & Griffin, 2002; Wischmann et al., 2014). A infertilidade tem sido associada a várias psicopatologias, nomeadamente a depressão e a ansiedade, assim como a sentimentos de culpabilidade e isolamento social, em ambos os géneros (e.g., Gameiro, Ramos, Canavarro & Soares, 2010; Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008; Reis, Xavier, Coelho & Montenegro, 2013). Alguns números conhecidos reportam para uma incidência de depressão e/ou sintomas de ansiedade de cerca de 18,5 % em mulheres e 7,4% nos homens (Chiaffarino et al., 2011).

Além disto, também os tratamentos inerentes às técnicas de PMA têm um grande impacto em relação às consequências emocionais que advêm para o casal (e.g., Gameiro et al., 2011; Reis et al., 2013; Thomas & Rausch, 2010) Assim, também a relação conjugal sofre alterações que devem ser consideradas: níveis de *stress* elevados entre os membros do casal e diminuição da satisfação conjugal, são exemplos de consequências muitas vezes decorrentes dos procedimentos subjacentes ao diagnóstico de infertilidade (Silva & Lopes, 2009).

A gravidez pós PMA é, por conseguinte, um período de crise e de grande vulnerabilidade psicológica que, caso não seja bem gerida, pode condicionar a vivência deste período, através de possíveis repercussões na prestação de cuidados e desenvolvimento futuro da criança (e.g., Gameiro et al., 2010; Lourenço, 2013). Alguns estudos apontam para possíveis consequências na relação pais e criança, após recurso à PMA. Devido ao estilo parental ansioso e superprotetor visível na maioria destes casais, existe um maior risco de desenvolvimento de problemas emocionais na criança (e.g., Serra & Algarvio, 2006; Shiff,

Vakil, Dimitrovsky, Shahar & Har-Even, 1998), de dificuldades de cariz social e perturbações do comportamento (Greenfeld, Ort, Greenfeld, Jones & Olive, 1996).

Em Portugal existem ainda poucos estudos sobre o tema da PMA, além disso, os estudos em torno destas questões ao nível nacional e internacional, têm valorizado menos o impacto da infertilidade, dos tratamentos e da subsequente gravidez nos homens, uma vez que a investigação científica se centra maioritariamente nas mulheres (Gameiro et al., 2008).

Deste modo, é possível verificar a pertinência e atualidade deste estudo, cujo objetivo geral é conhecer as características da vivência da gravidez após sucesso das técnicas de PMA, nomeadamente quanto à relação conjugal, psicopatologia (ansiedade e depressão) e dimensões da vivência psicológica da gravidez, de um grupo de mulheres e homens acompanhados num Serviço de PMA do Serviço Nacional de Saúde.

Estado da Arte

Gravidez

Os períodos da gravidez e da transição para a parentalidade são marcados por mudanças a múltiplos níveis, exigindo um processo de adaptação constante e onde importa efetuar um conjunto de tarefas desenvolvimentais (e.g., Figueiredo, 2001; Hernandez & Hutz, 2009; Menezes & Lopes, 2007; Xavier, 2001). Na verdade, os futuros pais terão de se ajustar a uma série de transformações inerentes aos novos papéis sociais que surgem com a gravidez, as quais implicarão uma reestruturação na rede de relações conjugais, familiares e sociais e nos seus projetos de vida (e.g., Figueiredo, 2001; Xavier, 2001).

Tal como acontece com outros períodos de desenvolvimento do ciclo vital, a gravidez expõe a mulher a um período de crise normativa (e.g., Canavarro, 2001; Canavarro & Pedrosa, 2005), na qual decorrem não só transformações sociais mas também uma série de modificações psicológicas, físicas e sócio emocionais, onde existe uma maior vulnerabilidade psicológica que se intensifica à medida que a gravidez se aproxima do fim (e.g., Lourenço, 2013; Sarmiento & Setúbal, 2003; Teixeira, 2011). Colman e Colman (1994) descreveram as tarefas específicas a que a mulher tem que se adaptar durante a gravidez. A primeira tarefa é a aceitação da gravidez, período caracterizado por sentimentos de ambivalência. Segue-se a reavaliação da relação com os pais, em que a mulher vai ter necessidade de reavaliar a relação com os seus pais, no sentido de reajustar e equilibrar a nova relação emergente. A terceira tarefa é a reavaliação da relação com o cônjuge/companheiro sendo que, com a gravidez, passam a existir novos papéis e funções para o casal. Nesta fase, a relação conjugal é muitas vezes desafiada, sendo que o até então apenas “parceiro romântico” passa a ser também a

pessoa com quem a mulher irá partilhar grandes responsabilidades, como o cuidar de uma criança. A aceitação do bebé como pessoa separada é a quarta tarefa psicológica, sendo que a mulher e mãe precisa de reconhecer que o bebé é um ser individual e separado dela. Segue-se a integração da identidade parental e inclusão na identidade da mulher, o papel, função e significado de ser mãe (e.g., Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994).

Ser pai não envolve as mesmas experiências físicas vividas e sentidas pela mulher grávida. No entanto, as experiências da gravidez e o nascimento de um bebé também são profundas e exigentes para o pai (Carteiro & Marques, 2010), trazendo consigo uma série de desafios que os novos pais têm que enfrentar. Vários autores referem que a transição para a paternidade é uma fase cheia de emoções e sentimentos contraditórios, os quais são sentidos e vividos de diferentes formas. Invariavelmente, durante a gravidez e o pós-parto, também os pais necessitam de se ajustar psicologicamente a todas as exigências e adaptar-se à nova realidade e condição de pai (e.g., Camus, 2002; Carteiro & Marques, 2010). Cumprir eficazmente todas estas tarefas dependerá de uma variedade de fatores, que se podem agrupar em aspetos relativos ao indivíduo, ao bebé e ao contexto em que a família se insere (e.g., Conde & Figueiredo, 2007; Hernandez & Hutz, 2009).

Assim, sendo a gravidez um período que acarreta tantas exigências, existem sentimentos e emoções ambivalentes, verificando-se, por vezes, a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva frequentes em ambos os membros do casal (e.g., Conde, 2008; Sarmiento & Setúbal, 2003; Silva, 2011; Teixeira, 2011). A literatura diz-nos ainda que, no decorrer da gravidez e enquanto o casal se prepara para aceitar e integrar o bebé como um novo membro na relação (Lourenço, 2013), também a relação conjugal irá sofrer modificações (Yeoh et al., 2014). Tais mudanças poderão acontecer a vários níveis: afetivo, sexual e da própria rotina diária do casal. Nesta fase, torna-se imprescindível um equilíbrio e reestruturação da relação conjugal para a posterior inclusão da relação parental que surge com o nascimento do bebé, e que permita a partilha das tarefas e cuidados, assim como a promoção de suporte emocional entre os membros do casal (Colman & Colman, 1994).

Infertilidade

Sabe-se que, apenas 5% da população adulta e casada decide não ter filhos, na medida em que a parentalidade constitui um importante objetivo de vida, independentemente das razões que sustentam esta motivação (Leal & Pereira 2005).

No entanto, aquilo que se verifica hoje em dia nas sociedades desenvolvidas é o adiar cada vez mais do nascimento do primeiro filho que, juntamente com o aumento da esperança

média de vida, são fatores que tornam a população em geral, cada vez mais idosa e com pouca população juvenil e em idade fértil, lado a lado com outras causas de cariz social como o *stress*, o tabaco, e as doenças sexualmente transmissíveis (e.g., Figueiredo, 2005; Nunes, 2007). Estes fatores estão relacionados com uma realidade cada vez mais presente: a infertilidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define infertilidade como “*a ausência de gravidez após dois anos de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção*” (Orientações Direcção-Geral de Saúde, 2008, p. 6), sendo ainda reconhecida como uma doença e problema de saúde pública a nível mundial. A infertilidade apresenta uma prevalência de cerca de 10% a 15% da população mundial em idade reprodutiva (Associação Portuguesa de Fertilidade, 2014). Dados portugueses, estimados pela Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução, referem que cerca de 500 mil casais portugueses apresentam problemas de infertilidade, e que esta situação tende a aumentar (Gameiro, Canavarro & Soares, 2009).

As causas associadas à infertilidade podem ser agrupadas em causas patológicas e não patológicas. As últimas referem-se a fatores tais como a idade e estilo de vida (e.g., Alves, 2013). Quanto aos fatores patológicos das mulheres podem constituir-se em disfunções no ovário, a causas genéticas ou também a estilos de vida prejudiciais à saúde (e.g., Unuane, Tournaye, Velkeniers & Poppe, 2011). No que diz respeito às causas patológicas da infertilidade masculina, estas costumam estar relacionadas com a ausência ou obstrução dos canais ou órgãos do sistema reprodutor e a causas genéticas. Juntam-se a estas causas, os estilos de vida não saudáveis e o varicocelo, sendo esta última a causa de infertilidade mais comum nos homens (e.g., Lee et al., 2012).

Mais ainda, a infertilidade pode dever-se a fatores femininos (aproximadamente 40%), a fatores masculinos (aproximadamente 40%) ou à combinação de ambos (cerca de 20%), podendo ainda ser considerada infertilidade de causa desconhecida ou idiopática (e.g. Faria, 2001).

A vivência da infertilidade é sentida de diferentes formas, podendo variar em função da cultura, do género, da história pessoal de cada indivíduo e da importância que se dá ao nascimento de um filho (e.g., Collins, Freeman, Boxer & Turek, 1992; Galhardo, Cunha, & Gouveia, 2011; Holditch, Sandelowski & Harris, 2010). Segundo a literatura, o impacto da infertilidade causa níveis de ansiedade mais elevados nas mulheres assim como o *stress*, depressão e baixa autoestima (e.g., Benoit et al., 1991; Haica, 2013; Kissi et al., 2013; Repokari et al., 2007). Contudo, também os homens vivenciam esta realidade de forma

negativa, demonstrando também eles sofrimento psicológico, nomeadamente níveis elevados de ansiedade (Kissi et al., 2013).

Sabe-se ainda que as mulheres em situação de infertilidade procuram mais o suporte social do que os homens. Quanto aos homens, o número daqueles que não confia a ninguém sobre a sua condição de infertilidade, é significativamente superior ao das mulheres (Fernandes, 2011).

Perante a impossibilidade de procriar, imensos aspetos da vida do casal são afetados, assim como ao nível individual (Sharon, 2009, cit. in Alves, 2013). A literatura refere que os casais que se defrontam com esta realidade, apresentam sintomatologia ansiosa e depressiva, bem como sentimentos de incapacidade, frustração, angústia, vergonha e tristeza (e.g., Lopes & Leal, 2012; Redsaw, Hockley & Davidson, 2007). Sendo que a infertilidade se associa a uma perda de controlo sobre o corpo, sobre o que se faz e sobre as emoções, lado a lado com uma falta de certeza e incapacidade de prever e planear o futuro, gera, de facto, um sentimento de mau estar geral em ambos os membros do casal. Tal realidade pode desencadear consequências na interação e satisfação com o companheiro, diminuição da satisfação e funcionamento sexual, bem como alterações e dificuldades nas interações sociais (e.g., Greil, 1997; Lopes & Leal, 2012).

Posto isto, sabe-se que hoje em dia o problema de infertilidade de numerosos casais, que desejam adquirir o papel de pais e mães, tornou-se, em todo o mundo, um problema muito sério e que necessita ser alvo de atenção.

Técnicas de PMA

Para tentar fazer face à realidade de infertilidade de muitos casais, surgiram as técnicas de PMA, que têm vindo a assumir uma importância considerável na sociedade atual.

Ao conjunto de técnicas que auxiliam o casal no processo de reprodução humana foi designado de técnicas de reprodução assistida (TRA), que podem ser agrupadas em métodos de baixa e de alta complexidade. Relativamente às primeiras, pode-se incluir o coito programado e a inseminação intrauterina. Quanto às técnicas de alta complexidade pode incluir-se a fertilização *in vitro* ou a injeção intracitoplasmática de espermatozoides no ovócito (e.g., Duarte, 2003; Hochschild, et al., 2009; Magalhães, 2010).

No que refere à taxa de sucesso de gravidez das PMA, sabe-se que esta diminui conforme a idade aumenta. Mulheres cuja faixa etária se situa até 30 anos, o sucesso é de cerca de 45%, aos 35 anos diminui para uma taxa de 35%, na faixa etária dos 35 aos 40 anos,

a probabilidade é de 25%, e em mulheres acima dos 40 anos, a taxa situa-se entre os 18 a 20% (Pessini & Barchifontaine, 2002).

Estima-se que a nível mundial tenham nascido, até à data, 3.75 milhões de bebés, após recurso a estas técnicas (Silva et al., 2011, cit. in Figueiredo, 2012).

A acessibilidade e disponibilidade da PMA é regulamentada na maioria dos países da União Europeia, nos termos da Lei e/ou através de orientações profissionais e/ou recomendações. No entanto, a regulamentação difere de país para país. Em Portugal o recurso à PMA está acessível a casais heterossexuais em situação de infertilidade ou em risco de doenças graves transmissíveis, como regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho (2006) (Silva et al., 2011, cit. in Figueiredo, 2012).

Mesmo quando a gravidez é alcançada, o casal teve de passar por processos dolorosos, uma vez que as técnicas de PMA são, na maioria dos casos, extremamente desgastantes quer do ponto de vista físico e psicológico, quer do ponto de vista económico, caracterizadas por serem muito dispendiosas (e.g., Eugster & Vingerhoets, 1999; Hammarberg, Fisher & Wynter, 2008; Matthiesen, Frederiksen, Ingerslev & Zachariae, 2011; Ramos, Gameiro, Soares, Santos & Canavarro, 2010).

O envolvimento em tratamentos de fertilização é considerado muito desafiante e *stressante* para a maioria das mulheres, gerando-lhes o aumento da ansiedade e depressão, mas também nos homens, que vivenciam este período com reações emocionais negativas (e.g., Hjelmstedt, Widstrom, Wramsby, Matthiesen & Collins, 2003; Kissi et al., 2013). De facto, também os homens experienciam sentimentos de baixa autoestima, perda de controlo, isolamento, diminuição da satisfação sexual e depressão. Quando o tratamento não tem sucesso, sentimentos como rancor e culpa começam a surgir, aumentando à medida que novos tratamentos reiniciam, (Sharon, 2009, cit. in Alves, 2013), podendo gerar um impacto negativo no relacionamento conjugal, sendo que uma série de sentimentos e preocupações podem aparecer nestes casais, como as acusações mútuas, a culpa, a frustração e o desespero (e.g., Lopes & Leal, 2012; Spotorno, 2005).

Importa pois referir que estas técnicas comportam riscos que precisam de ser olhados com atenção. Para além dos dados atuais sobre os riscos psicossociais, há autores que também referem os riscos físicos a que, nomeadamente, a mulher pode estar exposta (e.g., Pessini & Barchifontaine, 2002).

Concluindo, as técnicas de PMA são cada vez mais utilizadas, tornando-se uma prática frequente de diversos casais que procuram a resolução da sua infertilidade através destas técnicas, depositando as suas esperanças nas mesmas (e.g., Kupka et al., 2010; Nunes, 2007).

Vivência Psicológica da Gravidez pós PMA

A vivência da gravidez pós PMA comporta consigo sintomatologia psicológica negativa como a frustração, angústia, diminuição da autoestima, ansiedade e dificuldades no relacionamento conjugal e interpessoal. A situação de infertilidade é mesmo referenciada como uma das experiências mais transtornantes nas vidas dos indivíduos, daí que as mulheres inférteis apresentem, de forma continuada, níveis superiores de ansiedade e depressão, influenciando a gravidez que daí decorrer (Domar, Seibel & Benson, 1990, cit. in Leal & Pereira, 2005).

Alguns estudos sobre as consequências psicológicas e sociais da infertilidade e dos procedimentos associados confirmaram que as consequências psicossociais da infertilidade e do seu tratamento forneceram consistente evidência dos efeitos adversos que a infertilidade exerce sobre o bem-estar emocional, satisfação de vida e autoestima dos casais expostos às técnicas reprodutivas (Leal & Pereira, 2005). Além disso, a PMA está associada a uma diminuída satisfação com a vida, a uma redução da autoconfiança e a sofrimento psicológico mesmo na gravidez posterior (e.g., Hammarberg et al., 2008; Hjelmstedt et al., 2003). Existe uma evidência consistente de que as mulheres e os homens expostos a técnicas de PMA relatam alguns sintomas depressivos na gravidez e que se mostram particularmente ansiosos com situações específicas sobre segurança, gravidez e saúde fetal, sentimentos que são intensificados nas mulheres, especialmente aqueles que já experimentaram falha do tratamento e que revelam níveis elevados de ansiedade e tristeza (e.g., Hammarberg et al., 2008).

Quando a gravidez é resultante de PMA também a relação conjugal sofre alterações que devem ser consideradas. Num estudo longitudinal (Verhaak et al., 2007), as 207 mulheres expostas a tratamentos de fertilidade, foram sujeitas a um processo de avaliação tendo sido considerados os seus níveis de *stress* e satisfação na relação conjugal. Os dados revelaram que a satisfação da relação conjugal diminuiu, e mesmo nos casos em que o tratamento foi bem-sucedido, houve uma queda na satisfação com a sexualidade. Resultados relativos à rede social, foram encontrados por Stanton e Golombok, 1993, cit. in Silva e Lopes (2009), que realizaram um estudo no qual participaram 15 mulheres que engravidaram com o recurso à fertilização *in vitro* e 20 que conceberam naturalmente. As participantes responderam a uma escala que incluía questões relacionadas com a sua rede social. De acordo com os autores, as mulheres que conceberam com o auxílio das técnicas de PMA mostraram resultados mais negativos em relação a essa dimensão das suas vidas, o que significava menor satisfação conjugal e menor satisfação nos restantes relacionamentos sociais das mulheres.

Alguns estudos apontam ainda para possíveis consequências na relação pais e criança a curto e longo prazo e no desenvolvimento da criança - devido ao estilo parental ansioso e superprotetor visível na maioria destes casais, existe um maior risco de desenvolvimento de problemas emocionais na criança (e.g., Serra & Algarvio, 2006; Shiff et al., 1998), de dificuldades de cariz social e desenvolvimento de perturbações do comportamento (Greenfeld et al., 1996). Assim, torna-se relevante que psicólogos, médicos e outros profissionais competentes, possam ajudar estes casais não só ao longo de todo o processo de PMA, mas também durante a transição para a parentalidade, uma vez que o casal esteve exposto durante um longo período de tempo a uma série de desafios complexos e destruturastes (Smorti & Smorti, 2012).

Objetivos e Hipóteses

Tendo em conta o objetivo geral do estudo foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Conhecer as características da vivência psicológica da gravidez nas mulheres após o sucesso da PMA e verificar se existem diferenças em relação às grávidas da população geral;
2. Conhecer as características da vivência psicológica da gravidez nos homens após o sucesso da PMA e verificar se existem diferenças em relação aos homens da população em geral;
3. Verificar a existência de ansiedade e depressão nos homens e nas mulheres após sucesso da intervenção das técnicas de PMA;
4. Verificar a existência de diferenças quanto à ansiedade e depressão entre os homens e as mulheres após sucesso das técnicas de PMA;
5. Compreender o modo como os homens e as mulheres caracterizam a relação conjugal e verificar se existem diferenças relativamente ao género.

Assim, consideram-se as seguintes hipótese de investigação:

H1) Existem diferenças relativamente às atitudes sobre a gravidez e a maternidade entre o grupo de mulheres que recorreu às técnicas de PMA e que obteve sucesso e as mulheres da população geral;

H2) Existem diferenças relativamente às atitudes sobre a gravidez e a paternidade entre o grupo de homens que recorreu às técnicas de PMA e que obteve sucesso e os homens da população geral;

H3) As mulheres e os homens que recorreram às técnicas PMA apresentam ansiedade

H4) As mulheres e os homens que recorreram às técnicas PMA apresentam depressão;

H5) Os níveis de ansiedade são mais elevados nas mulheres que recorreram às técnicas de PMA do que nos homens expostos ao mesmo procedimento;

H6) Os níveis de depressão são mais elevados nas mulheres que recorreram às técnicas de PMA, do que nos homens expostos ao mesmo procedimento;

H7) Existem diferenças relativamente à forma como os homens e as mulheres expostos à PMA caracterizam a sua relação conjugal.

Tendo em conta os objetivos e as hipóteses apresentadas, os instrumentos que foram utilizados para a recolha de dados – questionários – assim como os testes estatísticos para proceder à sua testagem, considera-se que este estudo apresenta um paradigma metodológico quantitativo.

Amostra

A amostra (não probabilística de conveniência) é constituída por 45 casais (45 homens e 45 mulheres) cuja gravidez resultou do recurso às técnicas de PMA, tendo sido acompanhados numa instituição de saúde pública do norte do país, que integra um Serviço de PMA. A idade média na amostra é de 35.73 anos ($DP=3.32$), variando entre 30 e 45 anos nas mulheres, e de 37.45 ($DP= 4.36$), variando entre 30 e 47 anos nos homens.

De seguida, apresento duas tabelas que dizem respeito à caracterização sociodemográfica (cf. tabela 1), e à caracterização da gravidez (cf. tabela 2).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica

Variáveis sociodemográficas	Mulheres		Homens	
	N	%	N	%
Idade				
Até 30	2	4.5	2	5.0
Até 35	19	43.2	12	30.0
Até 40	19	43.2	14	35.0
>40	4	9.1	12	30.0
Estado Civil				
Casado	36	81.8	36	81.8
Solteiro	1	2.3	1	2.3
União de Facto	1	15.9	1	15.9
Nível de Escolaridade				

Ensino Superior	18	41.9	9	23.1
Ensino Secundário	14	32.6	14	35.9
Ensino Básico	11	25.6	16	41.0
Número de Filhos				
1	3	6.7	3	6.7
Nenhum	42	93.3	42	93.3

Tabela 2

Caracterização da Gravidez

Variáveis relacionadas com a gravidez	Mulheres/Homens	
	N	%
Género do bebé		
Feminino	14	31.1
Masculino	14	31.1
Ambos	2	4.4
Sem Informação	15	33.3
Tempo de Gravidez (semanas)		
Até às 7 semanas	3	6.7
7-14 semanas	10	22.2
15-21 semanas	3	6.7
22-28 semanas	10	22.2
29-35 semanas	15	33.3
36-41 semanas	4	8.9

Instrumentos

Atendendo ao objetivo geral do estudo, consideraremos para o efeito a administração de quatro instrumentos – a Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Paternidade – EAGP (Caeiro & Xavier, 2010) (cf. anexo 1); a Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Maternidade - EAGM (Xavier, Paúl & Sousa, 2001) (cf. anexo 2); a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares - HADS (McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva, 1999) (cf. anexo 3) e a Escala de Ajustamento Diádico Revista - RDAS (versão portuguesa de Pereira, 2004) (cf. anexo 4).

Relativamente ao instrumento EAGP – “Escala de Avaliação da gravidez e da paternidade” (Caeiro & Xavier, 2010), foi utilizada uma versão para estudo que avalia, como o próprio nome indica, as atitudes face à gravidez e à paternidade. É uma escala de autopreenchimento do tipo *Likert* destinado aos grávidos. Esta escala é constituída por 76 itens que se organizam em oito subescalas, possibilitando o conhecimento dos fenómenos da gravidez e da paternidade vivenciados pelo futuro pai, assim como a compreensão de algumas dimensões da relação pai-bebé, durante a gravidez e nos primeiros anos de vida (Caeiro & Xavier, 2010).

A Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM) é uma escala destinada a mulheres grávidas, constituída por 42 itens – respondidos através de uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos – que se organizam em sete dimensões (Xavier, et al., 2001). Durante a sua construção, a EAGM foi submetida a estudos psicométricos, cumprindo critérios de qualidade psicométricos. Atualmente esta escala tem sido utilizada em várias investigações realizadas em Portugal (Xavier et al., 2001).

Ambos os instrumentos - EAGM e EAGP – apresentam um cabeçalho que permite o registo de variáveis sociodemográficas e da gravidez.

No que concerne ao instrumento “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983, versão portuguesa de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia, e Silva 1999), trata-se de uma escala constituída por 14 itens (sete itens para avaliar a ansiedade e sete itens para avaliar a depressão), é utilizada na investigação e prática clínica para avaliar, de uma forma breve, os níveis de ansiedade e depressão em indivíduos (Herrmann, 1997 cit. in Sousa & Pereira, 2008).

Por fim, no que diz respeito à Revised Dyadic Adjustment Scale - RDAS, versão original de Spanier, 1976 e adaptada para a versão portuguesa por Pereira (2004), é um instrumento que foi desenvolvido para avaliar dimensões relativas ao ajustamento conjugal (Busby, Christensen, Crane & Larson, 1995). Neste instrumento, valores superiores indicam maior ajustamento conjugal, tendo sido testada a sua validade e confiabilidade da tradução em português (Marcolino et al., 2007).

Procedimentos

No que diz respeito aos procedimentos da constituição da amostra, foram feitos contactos com um contexto de saúde pública que integra um serviço de PMA, de forma a autorizarem a recolha de dados.

Posteriormente seguiu-se um contacto com os participantes, o qual foi feito por uma das psicólogas ou outro elemento da equipa de saúde (enfermeiro ou médico) aquando das consultas de acompanhamento da gravidez. Os casais foram contactados e sensibilizados para o objetivo geral do estudo, e assim solicitada a sua participação no mesmo.

Os instrumentos supramencionados foram administrados individualmente a cada um dos membros do casal. Nas situações em que a grávida foi sozinha às consultas de acompanhamento da gravidez, os instrumentos destinados ao grávido foram entregues à mulher, através de um envelope selado e com a direção da FEP.UCP, solicitando-se que, posteriormente ao seu preenchimento, fossem os referidos instrumentos devolvidos na consulta seguinte ou enviados pelo correio.

Importa ainda referir que todos os participantes foram informados sobre o contexto do estudo, a sua pertinência e o modo de preenchimento de cada instrumento, assim como das questões relacionadas com a confidencialidade, sendo que foi entregue a cada participante um formulário de consentimento informado que foi assinado e devolvido.

Para o tratamento dos dados, recorreu-se ao programa informático *Statistical Package for the Social Science* (IMB SPSS), versão 22.

Numa primeira fase, recorreremos à estatística descritiva com os seguintes objetivos: descrição da amostra e prossecução das análises estatísticas. Esta estatística permite, através de medidas de tendência central, a descrição, de forma sucinta, de um conjunto de dados (Martins, 2011). Numa segunda fase, recorreremos a uma análise inferencial. Segundo Martins, (2011), “a estatística inferencial permite-nos retirar conclusões acerca da população-alvo, com base nos resultados obtidos na amostra daí recrutada, através de um processo de inferência estatística” (p.91). Assim, utilizamos este procedimento estatístico para comparar grupos, sendo que, a partir dos dados obtidos, pretendemos perceber as diferenças entre os grupos deste estudo.

Para as hipóteses 1 e 2, mais concretamente na análise dos resultados da EAGM e EAGP utilizamos a seguinte fórmula (Clark-Carter, 1997), de modo a calcular os valores de z para comparar cada subescala com os valores da amostra padrão dos instrumentos.

$$Z = \frac{\text{Média da amostra} - \text{Média da população}}{\left(\frac{\text{Desvio padrão da população}}{\sqrt{\text{Tamanho da amostra}}} \right)}$$

Depois de obtidos os valores de z , estes foram analisados na tabela de probabilidades de z (Clark -Carter, 1997), tendo sido obtido os valores de p -value que revelam a existência, ou não, de diferenças significativas entres os grupos.

Para testar as hipóteses 3 e 4 relativas ao instrumento HADS, de forma a avaliar a presença de ansiedade e depressão, foram adotados pontos de corte recomendados para ambas as escalas (Zigmond & Snaith, 1983).

Por fim, utilizamos o teste de *Mann-Whitney* (*Mann-Whitney, Test, U*), para as hipóteses 5, 6 e 7, para perceber se existem diferenças nas escalas de ansiedade, depressão, coesão diádica, satisfação diádica e consenso diádico, consoante o género.

Resultados

De seguida passo a apresentar os resultados obtidos tendo em conta os objetivos previamente formulados.

Assim, atendendo ao objetivo 1, apresentamos de forma breve os resultados obtidos tendo em conta as sete subescalas da EAGM e comparamos os valores da amostra do estudo com os da amostra padrão/população geral (cf. tabela 3).

Tabela 3

Resultados das subescalas relativas à EAGM

Subescalas da EAGM	Amostra		Amostra padrão		Z
	M	DP	M	DP	
O Filho Imaginado	9.89	2.69	11.56	2.93	2.69**
Boa Mãe	18.87	4.37	20.09	3.87	1.46
Gravidez como fator de Mudança/Crescimento Pessoal	10.29	2.12	12.32	3.47	2.78**
Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade	23.47	3.68	23.09	3.72	.48
Relação com a própria Mãe	5.96	1.75	6.48	2.03	1.83**
Apoio ao Marido/Companheiro	5.11	1.19	5.79	1.70	1.88**
Imagem Corporal e Necessidades de Dependência	8.42	2.61	8.71	2.34	.59

** $p \leq .01$

De acordo com os valores obtidos na tabela acima descrita, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas, entre a amostra do estudo e a amostra da população geral relativamente às subescalas “O Filho Imaginado”, “Gravidez como fator de Mudança/Crescimento Pessoal”, “Relação com a própria Mãe” e “Apoio ao Marido/Companheiro. Nas restantes subescalas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Segue-se a tabela 4, relativa aos valores obtidos nas oito subescalas da EAGP, de forma a responder ao objetivo de estudo 2.

Tabela 4

Resultados das subescalas relativas à EAGP

Subescalas da EAGP	Amostra		Amostra padrão		Z
	M	DP	M	DP	
Mudanças Positivas Associadas à Gravidez e à Paternidade	21.87	4.51	14.15	4.33	8.39***
Presença, Envolvimento e Suporte com a Gravidez, a Grávida e o Bebê	24.20	4.51	18.62	4.25	6.20***
Alterações na Estrutura Individual, Conjugal e Familiar	15.29	4.78	14.55	4.61	.75
Preocupações e Necessidade de Apoio	38.42	6.31	26.01	5.67	10.34***
Antecipação de Satisfação e Gratificação	13.24	2.91	10.26	2.89	4.88***
Antecipação de Dificuldades no Período Pós-Natal	24.07	4.00	18.09	3.35	8.42***
Sintomatologia Física e/ou Psicológica Associada à Gravidez	14.22	1.67	13.59	2.16	1.40
Ciúmes do Bebê e/ou da Mulher	7.78	.76	7.78	.61	.00

*** $p \leq .001$

Tendo em conta os valores obtidos na tabela acima descrita, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas, entre a amostra do estudo e a amostra

padrão relativamente às seguintes subescalas: “Mudanças Positivas Associadas à Gravidez e à Paternidade”, “Presença, Envolvimento e Suporte com a Gravidez, a Grávida e o Bebê”, “Preocupações e Necessidade de Apoio”, “Antecipação de Satisfação e Gratificação” e “Antecipação de Dificuldades no Período Pós-Natal. Nas restantes subescalas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Tendo em conta o objetivo 3, que diz respeito à presença de ansiedade e depressão nos homens e nas mulheres, utilizou-se os pontos de corte recomendados para ambas as escalas. Assim, passamos a apresentar a tabela 5, representativa dos valores obtidos nestas dimensões.

Tabela 5

Ansiedade e depressão nos homens e nas mulheres (HADS)

Ponto de Corte HADS	Homens (N=22)		Mulheres (N=22)	
	Ansiedade	Depressão	Ansiedade	Depressão
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
≥9	2 (9.1%)	0 (0%)	6 (27.3%)	0 (0%)
≤9	20 (90.9%)	22 (100%)	16 (72.7%)	22 (100%)

Como podemos verificar, na tabela acima representada, 27.3% das mulheres apresentam valores acima do ponto de corte indicado nas normas dos instrumentos, verificando-se nestes casos a presença de ansiedade. No caso dos homens, apenas 9.1% apresentam ansiedade. Relativamente à depressão a sua existência não se verificou nos homens nem nas mulheres, uma vez que em ambos os casos, 100% dos indivíduos obtiveram um valor abaixo do ponto de corte (≤ 9).

Tendo em conta os objetivos de estudo 4, e 5, que dizem respeito às diferenças relativamente à ansiedade e depressão nos homens e das mulheres (cf. tabela 6) e às diferenças entre a forma como ambos caracterizam a relação conjugal (cf. tabela 7), passamos a apresentar os valores obtidos:

Tabela 6

Comparação entre géneros (HADS)

HADS	Homens		Mulheres		U
	M	DP	M	DP	
					198.00

Ansiedade	1.09	.294	1.27	.456	
Depressão	1.00	.000	1.00	.000	242.00

Tendo em conta os resultados obtidos, é possível verificar que não existem diferenças significativas entre os homens e as mulheres relativamente aos níveis da ansiedade e depressão.

Tabela 7

Comparação entre géneros (RDAS)

RDAS	Homens		Mulheres		U
	M	DP	M	DP	
Consenso Diádico	26.00	2.33	26.64	2.57	200.50
Satisfação Diádica	19.59	1.36	20.23	2.75	210.50
Coesão Diádica	12.09	3.15	11.91	2.82	216.50

Segundo a tabela apresentada, é possível verificar que não existem diferenças significativas entre os homens e as mulheres relativamente às escalas consenso diádico, satisfação diádica e coesão diádica.

Discussão dos resultados

De seguida, apresentamos a discussão dos resultados, tendo em conta as hipóteses de investigação formuladas.

No que diz respeito às sete subescalas da EAGM, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas, relativamente às atitudes sobre a gravidez e a maternidade entre o grupo de mulheres que recorreu às técnicas de PMA e que obteve sucesso, e as mulheres da população geral, nomeadamente nas subescalas “Filho Imaginado”, “Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal”, “Relação com a própria mãe” e “Apoio ao marido/companheiro”, o que permite aceitar a hipótese de investigação 1.

A subescala “Filho Imaginado” avalia o investimento da mulher em relação aos pensamentos que esta tem sobre as expectativas em relação ao futuro do bebé (Xavier et al., 2001), sendo que valores mais baixos nesta subescala correspondem a um maior investimento na imaginação, relativamente ao futuro do bebé. Assim, os resultados indicam que os valores obtidos na amostra em estudo foram inferiores aos da amostra padrão. Isto significa que as

mulheres expostas a procedimentos de PMA pensam mais vezes sobre o futuro do bebé e imaginam situações de prestação de cuidados em comparação com as mulheres da população geral. Este resultado pode ficar a dever-se ao facto de que as mulheres da amostra passaram por todo um processo de infertilidade e tratamentos associados, aumentando dessa forma os seus pensamentos e as suas expectativas face ao futuro do bebé, mais concretamente às atividades que este e a mãe poderão realizar em conjunto (Gameiro et al., 2011). Sabemos ainda que é durante a gravidez que se inicia a relação entre a mãe e o seu filho, a partir de expectativas que a mãe cria sobre o bebé e da interação que estabelece com ele (Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindenmeyer, & Lopes, 2009).

No que concerne à subescala “Boa Mãe”, não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos de mulheres. Esta subescala avalia as expectativas da mulher grávida relativamente ao papel de uma boa mãe, sendo que valores inferiores indicam uma maior expectativa/preocupação em ser boa mãe (Xavier et al., 2001). Segundo Conde e Figueiredo (2007), durante a gravidez existe uma série de preocupações típicas deste período, nomeadamente preocupações relativas à competência para lidar e cuidar do bebé, transversais a qualquer mulher, designadamente às grávidas pós PMA.

No que diz respeito à subescala “Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal”, apresenta diferenças significativas nos dois grupos de mulheres. A amostra do estudo obteve resultados inferiores comparativamente às mulheres da amostra padrão. Nesta subescala, resultados inferiores indicam uma maior conceção de que a gravidez tem/está a ter como consequência uma mudança/crescimento pessoal. A história anterior de tratamentos, muitas vezes longa, pode ser explicativa desta constatação, uma vez que toda esta vivência de infertilidade e PMA traduz como resultado um crescimento pessoal (Redshaw et al., 2007). Além de todas as mudanças (físicas, psicológicas, sociais) que a gravidez sem recurso à PMA acarreta, a gravidez com recurso a este procedimento aumenta o número de desafios e mudanças a que as mulheres vão ter que se adaptar (Hernandez & Hutz, 2009).

Na subescala “Aspetos difíceis da gravidez/maternidade” que diz respeito à forma como as mulheres vivenciam os aspetos considerados difíceis durante o período da gravidez (Xavier et al., 2001), não se verificaram diferenças significativas entre as mulheres da amostra do estudo e as mulheres da população geral. Assim, esta constatação vem reforçar que a gravidez comporta consigo um período de mudanças a múltiplos níveis, exigindo uma série de transformações inerentes aos novos papéis sociais que surgem com a gravidez (e.g., Figueiredo, 2001; Xavier, 2001). Mais ainda, a gravidez expõe a mulher a um período de crise normativa (Canavarro & Pedrosa, 2005), sendo que existem tarefas específicas durante este

período a que todas as mulheres têm que se adaptar (e.g., Canavarro & Pedrosa, 2005, Colman & Colman, 1994), tornando-o como profundamente exigente.

Centrando-nos agora na subescala “Relação com a própria mãe”, que procura compreender a forma como a grávida se encontra a viver esta relação (Xavier et al., 2001), verificamos que as mulheres da amostra obtiveram resultados menores, estatisticamente significativos, em relação às mulheres da população geral. Isto significa que as mulheres que recorreram a tratamentos de fertilidade avaliam de forma mais positiva as suas relações com as próprias mães. Provavelmente a história de suporte que é habitual ao longo do processo de tratamentos (Thomas & Rausch, 2007) tem um efeito positivo na forma como estas mulheres avaliam a sua relação com as próprias mães. De facto, as famílias não ficam indiferentes aos processos de PMA e costumam estar próximas no acompanhamento de todo o processo (Leal & Pereira, 2005). Além disso, as mulheres recorrem mais ao suporte social do que os homens, valorizando esta dimensão nas suas vidas e ao longo de todo o processo de tratamentos e gravidez (Fernandes, 2011).

Na subescala “Apoio ao marido/companheiro”, é possível verificar através dos resultados obtidos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de mulheres. O grupo correspondente à amostra das mulheres do estudo, apresentou valores inferiores nesta subescala, relativamente à amostra padrão, o que significa que o primeiro grupo de mulheres demonstram maior valorização e dependência em relação ao papel do marido/companheiro. Como foi referido anteriormente, as mulheres valorizam o papel de suporte e apoio (Fernandes, 2011) também em relação ao marido. Além disso, aquando a gravidez, o companheiro deixa de ser apenas associado a “par romântico”, para se tornar também membro de um novo contexto familiar que se vai criar com o novo ser (e.g., Colman & Colman, 1994; Smorti & Smorti, 2012), sendo muitas vezes nesta fase que as questões de dependência e a importância do apoio do marido se tornam mais evidentes e reais (Smorti & Smorti, 2012).

Por fim, no que refere à subescala “Imagem corporal e necessidades de dependência”, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres da amostra do estudo e as mulheres da população geral. De facto, o período da gravidez comporta para a mulher uma série de modificações psicológicas específicas, mas também de alterações físicas que se intensificam à medida que a gravidez se aproxima do fim (e.g., Lourenço, 2013; Teixeira, 2011), assim como o sentimento de suporte e dependência muitas vezes vivenciado pelas grávidas (Sportorno, 2005). Esta realidade pode explicar o facto de não terem sido

encontradas diferenças significativas, uma vez que tanto as transformações físicas, bem como a necessidade de dependência, são características transversais às grávidas.

Focamos agora a nossa atenção nos resultados obtidos relativos às oito subescalas da EAGP, sendo possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas, relativamente às atitudes sobre a gravidez e a paternidade entre o grupo de homens que recorreu às técnicas de PMA, e os homens da amostra padrão, nas subescalas “Mudanças positivas associadas à gravidez e à paternidade”, “Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebé”, “Preocupações e necessidade de apoio”, “Antecipações de satisfação e gratificação” e “Antecipação de dificuldades no período pós-natal” o que permite aceitar a hipótese de investigação 2.

Relativamente à primeira subescala “Mudanças positivas associadas à gravidez e à paternidade” é constituída por variáveis que reportam a diferenças e a mudanças positivas que a gravidez acarreta (Caeiro, 2010). Segundo os resultados obtidos podemos verificar, que existem diferenças estatisticamente significativas entre os homens da amostra e os homens da população geral, tendo os primeiros apresentado valores superiores nesta subescala, referindo menos as alterações positivas associadas à gravidez. Na verdade, a gravidez é um período de crescimento, mudanças e desafios (Colman & Colman, 1994) também para o homem, sendo a parentalidade marcada por mudança e crescimento, a qual acarreta para o novo pai a responsabilidade por outro ser humano (e.g., Ayers, Ahmed, Brennan, & Marshall-Lucette, 2007; Brazelton, 1992). Quando confrontados com o diagnóstico de infertilidade mais desafios se acrescem para o homem, trazendo consequências negativas a vários níveis, nomeadamente psicológicos, sociais e emocionais (Smorti & Smorti, 2012). Assim sendo, perante todos os desafios e obstáculos que a vivência psicológica da infertilidade acarreta, parece fazer sentido que os pais não consigam facilmente associar a gravidez a mudanças positivas, dada a complexidade de todo o processo.

Na subescala “Presença, envolvimento e suporte com a gravidez, a grávida e o bebé”, também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Esta subescala aborda a proximidade do pai em relação ao bebé e o seu envolvimento durante o período da gravidez (Caeiro, 2010). Os homens da amostra do estudo apresentaram valores superiores em relação aos homens da população geral o que significa que os primeiros se envolvem menos e percebem menos suporte da sua parte em relação à gravidez, grávida e bebé. Segundo Almqvist et al., (2009), para os casais inférteis, tornar-se pai é uma das principais mudanças durante a vida adulta, exigindo a aquisição de novas responsabilidades e a aprendizagem de outras competências, sendo que neste grupo em particular estas mudanças

correspondem a um desafio extra. Assim, a vivência da gravidez nos homens, marcada por história de infertilidade, é um desafio bastante exigente, caracterizado por sentimentos ambivalentes que estão inerentes a todo o processo (Almqvist et al., 2009). Isto pode explicar uma menor predisposição do pai no envolvimento e suporte com a gravidez, possivelmente até ainda duvidando que um bebé vai nascer.

A subescala “Preocupações e necessidade de apoio” refere-se às preocupações dos homens ao nível financeiro, à sua capacidade e da sua companheira em lidar com o bebé e o parto, assim como necessidades de apoio e carinho por parte do futuro pai (Caeiro, 2010). Também esta subescala apresentou diferenças significativas entre a amostra do estudo e os homens da população geral, tendo os homens da amostra revelado resultados superiores nesta subescala. Assim, os homens da amostra revelam menos preocupações face às questões financeiras, capacidade de estes e as suas companheiras lidarem com o bebé e demonstram menos necessidade de carinho. A verdade é que a literatura também nos diz que os homens, quando confrontados com as dificuldades que a vivência da infertilidade e tratamentos acarretam, tendem a aumentar o seu envolvimento nos trabalhos e noutras atividades, mostrando-se mais otimistas e concentrados na resolução de problemas, não manifestando tantas preocupações (e.g., Gameiro et al., 2008; Jordan & Revenson, 1999), além disso, recorrem menos ao suporte social do que as mulheres, não sendo verificada tanta necessidade de apoio por parte dos homens (Jordan & Revenson, 1999). As mesmas razões poderão estar associadas à subescala “Antecipações de dificuldades no período pós-natal” que procura analisar as preocupações e dificuldades sentidas pelo homem depois de o bebé nascer (Caeiro, 2010), onde também se obtiveram valores mais elevados nos homens da amostra, tendo sido verificado diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Na subescala “Antecipação da satisfação e gratificação”, obtivemos valores mais elevados nos homens da amostra do que na amostra padrão, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Isto significa que os homens da amostra não percebem, com tanta frequência, sentimentos de gratificação em relação ao futuro bebé, quando comparados com os homens da população geral. Tal facto pode estar associado a toda uma história de vivência de um processo doloroso, e tantas vezes moroso, de tratamentos de fertilidade, que pode trazer consigo sensações de cansaço extremo e desilusão, assim como uma queda na satisfação da relação conjugal (e.g, Bornholdt, Wagner, & Staudt, 2007; Onat & Beji, 2012).

Nas subescalas “Alterações na estrutura individual, conjugal e familiar”, “Sintomatologia física e/ou psicológica associada à gravidez” e “Ciúmes do bebé/ ou da

mulher”, não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos. No que refere às alterações na estrutura individual, conjugal e familiar, estes resultados reforçam que, de facto, a gravidez é sempre um período de crise desenvolvimental, a que tanto as mulheres como os homens estão sujeitos, tendo como consequências as reavaliações e modificações dos seus papéis sociais (e.g., Silva & Lopes, 2009; Smorti & Smorti, 2012). Segundo Figueiredo (2001), a ambiguidade dos sentimentos do homem em relação à gravidez é ainda atenuada pelo facto de não existir contacto físico com o bebé, sendo este contacto mediado pelo corpo da mulher grávida, o que pode explicar os valores obtidos na subescala em relação à sintomatologia nos homens. Na subescala relacionada com sentimentos de ciúme também não foram encontradas diferenças significativas, sendo que alguns autores afirmam que este é um sentimento comum em vários países, pelo facto de não experienciarem as sensações físicas da mulher, assim como a competição e exclusão da atenção são sentimentos esperados pelos futuros pais (Brazelton & Cramer, 1993).

No que diz respeito aos resultados da HADS, foi possível verificar a existência de ansiedade em 27% das mulheres e 9.1% nos homens, o que nos permite aceitar a hipótese 3. De facto estes valores vão de encontro à literatura que nos reporta para uma incidência de ansiedade, superior nas mulheres em relação aos homens (Chiapparino et al., 2011). Relativamente à depressão, não foi encontrado nenhum indivíduo que indicasse a existência de depressão refutando a hipótese 4. Além disto, quando comparamos a diferença entre os géneros ao nível da ansiedade e depressão, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos nestas duas dimensões, refutando igualmente as hipóteses 5 e 6.

Apesar da literatura existente acerca desta temática associar a infertilidade a várias psicopatologias, nomeadamente a depressão e a ansiedade (e.g., Gameiro et al., 2010; Reis et al., 2013) a verdade é que os dados obtidos neste estudo na avaliação destas dimensões acabam por ser surpreendentes. Tal situação pode ficar a dever-se ao facto de todos os participantes da amostra deste estudo terem sido acompanhados, ao longo de todo o tratamento e posterior gravidez, por um serviço especializado no acompanhamento de PMA, com uma equipa de saúde que inclui psicólogos que auxiliaram os casais nas diferentes fases do processo.

Efetivamente, o acompanhamento destes casais por técnicos especializados é fundamental (ESHRE, 2015). Quando falamos de casais expostos à vivência da infertilidade que, como já mencionado várias vezes, se caracteriza por ser tão exigente, desde o diagnóstico até à concretização e vivência da parentalidade, foram vividos desafios físicos e psicológicos dolorosos e desgastante (e.g., Figueiredo, 2012; Wackerly & Krieger, 2014).

Assim, para muitos casais com estas características, a gravidez e o nascimento de um filho não compensa de imediato todas as exigências que o projeto árduo de ter um filho implicou (Figueiredo, 2012). Além disso, alguma literatura vai de encontro a estes resultados uma vez que indica que quando a gravidez pós PMA é alcançada, os níveis de ansiedade tendem a diminuir, sendo que durante a gravidez não se verificam níveis aumentados de ansiedade e depressão nos casais expostos à PMA (Gameiro et al., 2009).

Tudo isto pode igualmente ser explicativo dos resultados encontrados na RDAS. Os valores obtidos neste instrumento permitem refutar a hipótese 7, verificando assim que não existem diferenças significativas relativamente à forma como os homens e as mulheres expostos à PMA caracterizam a sua relação conjugal. Além disto, os casais deste estudo apresentaram valores elevados nas três subescalas da RDAS, o que significa um bom ajustamento conjugal. O serviço especializado mencionado anteriormente contempla ainda uma consulta psicológica inicial que consiste numa entrevista clínica que tem como objetivo explorar o percurso do casal no âmbito das questões relacionadas com a vivência da infertilidade, como o desejo da parentalidade e a importância do filho para o casal, assim como são exploradas questões sobre a relação conjugal (Fernandes, 2011). Apesar disto, há uma evidência empírica de que apesar de poder existir mais estabilidade conjugal durante a gravidez, no período pós-natal existem muitos casos em que se verifica um declínio no ajustamento conjugal, marcado pelas profundas alterações e mudanças para os novos pais (Hernandez & Huntz, 2009).

Conclusão

A infertilidade e os tratamentos subjacentes a este diagnóstico abarcam uma série de desafios que devem ser tidos em conta. Apesar da maioria da amostra deste estudo não apresentar ansiedade e depressão, e demonstrar uma perceção de relacionamento conjugal ajustado, não podemos descurar aquelas que têm sido as conclusões a que grande parte dos estudos chegam, de que a vivência da infertilidade e gravidez pós PMA trazem consigo consequências negativas para estes casais, como o aumento da ansiedade e depressão, assim como uma queda da satisfação conjugal (e.g., Kissi et al., 2013). Deste modo, é importante reforçar mais uma vez a importância de um acompanhamento técnico e contínuo, ao longo da gravidez e mesmo após o nascimento, fator que pode ser explicativo dos resultados positivos obtidos neste estudo.

Relativamente às escalas EAGM e EAGP, é possível verificar que as mulheres e os homens que recorreram a técnicas de PMA parecem indicar uma vivência mais negativa, e

possivelmente mais difícil, da gravidez em comparação com a população geral. Estes dados são corroborados pela literatura, que nos diz que a vivência da infertilidade traduz-se numa crise que é vivida de forma muito conturbada e com um grande impacto na forma como o casal vivência toda a experiência da gravidez (e.g., Gameiro et al., 2008; Vayena et al., 2002). Estes resultados sublinham a necessidade de acompanhamento destes casais, assim como a importância da integração do psicólogo nas equipas, acompanhando os casais não só ao longo da PMA mas, nos casos de sucesso, durante a gravidez.

Algumas forças e limitações podem ser encontradas neste estudo. Relativamente às primeiras, podemos constatar a pertinência e atualidade de se explorar a temática da infertilidade, tão pouco estudada em Portugal, principalmente nos homens. Além disso, o número de casais inférteis tende a aumentar tendo em conta a forma como se vive nos dias de hoje (Gameiro et al., 2008). O enfoque que o presente estudo atribui à vivência masculina da infertilidade, também se assume como uma força, tentando combater o olhar redutor de menosprezar o homem na abordagem a esta temática. De facto, embora na maioria dos casos o diagnóstico de infertilidade seja feito apenas a um dos membros do casal, a verdade é que esta deve ser concetualizada como um problema conjunto, que afeta ambos os membros do casal (Gameiro et al., 2008). Quanto às limitações, a primeira prende-se logo com o número reduzido de participantes da amostra, que não permite a realização de outras análises estatísticas mais complexas e que demostrem outras conclusões. Além disso, o facto de os participantes serem todos da mesma instituição de saúde pública, que abrange um serviço de acompanhamento especializado, acaba por dar uma visão redutora daquelas que poderão ser as características destes casais. Assim, para investigação futura podemos sugerir algumas sugestões como o aumento da amostra, assim como incluir outros contextos de saúde (e.g. clínicas privadas), para que se possam fazer comparações e tirar conclusões mais abrangentes e reais. Ademais, poderia ainda haver estudos que comparem os resultados da população portuguesa com outras nacionalidades, para que se comece a perceber diferenças que possam estar implícitas, nomeadamente socioculturais. Por fim, sugerimos a criação de mais estudos que foquem, nomeadamente, o impacto na relação pais-bebé fruto de tratamentos de fertilidade, para que possamos, cada vez mais, ir de encontro a uma leitura mais abrangente e compreensiva deste mundo tão complexo e desafiador: o da infertilidade.

Referências Bibliográficas

- Almqvist, F., Flykt, M., Lindblom, J., Poikkeus, P., Punamaki, R., Repokari, L., Sinkkonen, J., Tiitinen, A., Tulppala, M., Unkila-Kallio, L., & Vilska, S. (2009). Prenatal Expectations in Transition to Parenthood: Former Infertility and Family Dynamic Considerations. *Journal of Family Psychology, 23*(6), 779-789;
- Alves, A. (2013). *Relatório de Estágio em Procriação Medicamente Assistida* (Relatório de Estágio não publicado). Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Associação Portuguesa de Fertilidade. (2014). Retirado em: http://www.apfertilidade.org/Infertilidade_O_que_e.html
- Ayers, S., Ahmed, H., Brennan, A., & Marshall-Lucette, S. (2007). A critical review of the couvade syndrome: The pregnant male. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 3*, 173-189.
- Benoit, J., Bissonnette, F., Duchesne, C., Girard, Y., Sabourin, S., & Wright, J. (1991). Psychosocial distress and infertility: Men and women respond differently. *Fertility and Sterility, 55*(1), 100-108.
- Bornholdt, E., Wagner, A., & Staudt, A. (2007). A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psicologia Clínica, 19*(1), 75-92.
- Brazelton, T. B. (1992). *Tornar-se Família*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (1993). *A relação mais precoce*. Lisboa, Portugal: Terramar.
- Busby, D., Christensen, C., Crane, D. & Larson J. (1995). A Revision of the Dyadic Adjustment. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*(3), 289-308.
- Caeiro, M. (2010). *Construção e Validação da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade: Estudo Preliminar* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Católica do Porto, Porto, Portugal.
- Caeiro, M., & Xavier, M.R. (2010). Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Paternidade.
- Camus, J. L. (2002). *O Verdadeiro Papel do Pai*. Porto, Portugal: Edições Âmbar.

- Canavarro, M. (2001). Gravidez e Maternidade - Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-45). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M., & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Carteiro, D., & Marques, A. (2010). Os homens e a gravidez. *Cadernos de sexologia*, 3, 67-76.
- Chiaffarino, F., Baldini, M., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., D'Orsi, C., Torretta, R., Bonizzoni, M., & 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 e Gynecology and Reproductive Biology*, 158, 235 – 241. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.04.032.
- Clark-Carter, D. (1997). *Doing Quantitative Psychological Research: From Design to Report*. New York: Psychology Press.
- Collins, A., Freeman, E., Boxer, A., & Turek, R. (1992). Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 57(2), 350-356.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa, Portugal: Edições Colibri.
- Conde, A. (2008). *Vinculação e psicopatologia, em mães e pais, na gravidez e transição para a parentalidade: Impacto no desenvolvimento fetal e neonatal* (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós parto. *Análise Psicológica*, 3(25), 381- 398.
- Cousineau, T., & Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293-308.

- Domar, A, Zuttermeister, P., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J. Psychosom: Obstet Gynaecol*, 14, 45-52.
- Duarte, T. (2003). *In Vitro Veritas? A Procriação Medicamente Assistida na Constituição e na Lei*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- ESHRE. (2015). Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff. *European Society of Human Reproduction and Embryology*.
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social Sciences and Medicine*, 48(5), 575-589.
- Faria, C. (2001) Aspectos Psicológicos da Infertilidade. In M. Canavarro (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 161-207) Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernandes, M., (2011). Aspectos emocionais da Procriação Medicamente Assistida – Perspectiva Psicológica. *Revista do hospital de crianças Maria Pia*, 20(3), 180-181.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações Psicopatológicas do Puerpério. In M. Canavarro (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 161-207). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, H. (2005). *A Procriação Medicamente Assistida e as Gerações Futuras*. Coimbra, Portugal: Gráfica de Coimbra.
- Figueiredo, M. (2012). *Da (In)fertilidade à parentalidade após recurso a ovócitos de dadora: vivências de quatro casais portugueses* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, sociais e da vida, Lisboa, Portugal.
- Galhardo, A., Cunha, M., & Gouveia, J. (2011). Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies*, 20, 224-228. doi: 10.1016/j.sexol.2011.08.006.
- Gameiro, S., Canavarro, M., Boivin, J., Ramos, M., Soares, I., & Santos, A. (2011). Parental investment in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive techniques. *Human Reproduction*, 26(5), 1128-1137.

- Gameiro, S., Canavarro, M., & Soares, I. (2009). Ajustamento Familiar e padrões de vinculação de bebés concebidos por reprodução medicamente assistida. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 22, 67-85.
- Gameiro, S., Ramos, M., Canavarro, M., & Soares, I. (2010). Psychosocial Adjustment During the Transition to Parenthood of Portuguese Couples Who Conceived Spontaneously or Through Assisted Reproductive Technologies. *Research in Nursing & Health*, 33, 207–220.
- Gameiro, S., Silva, S., & Canavarro, M. (2008). A Experiência Masculina de Infertilidade e de Reprodução Medicamente Assistida. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(2), 253-270.
- Greenfeld, D. A., Ort, S., Greenfeld, D.G., Jones, E., & Olive D. (1996). Attitudes of IVF parents regarding the IVF experience and their children. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 13(3), 266-274.
- Greil, A. (1997). Infertility and Psychological Distress: A critical review of the literature. *Social, Sciences and Medicine*, 45(11), 1679-1704.
- Haica, C. (2013). Gender Differences in Quality of Life, Intensity of Dysfunctional Attitudes, Unconditional Self-Acceptance, Emotional Distress and Dyadic Adjustment of Infertile Couples. *Social and Behavioral Sciences*, 78, 506-510.
- Hammarberg, K., Fisher, J., & Wynter, K. (2008). Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 14(5), 395–414. doi: 10.1093/humupd/dmn030
- Hernandez, J., & Hutz, C. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, 40(4), 414-421.
- Hjelmstedt, A., Widstrom, A., Wramsby, H., Matthiesen, A., & Collins, A. (2003). Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82, 152-161.
- Hochschild, F., Adamson, G., Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., & Poel, S. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Human Reproduction*, 0(0), 1-5.

- Holditch, D., Sandelowski, M., & Harris, B. (2010). Effect of infertility on mother's and father's interactions with young infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 17*(2), 159-173. doi: doi.org/10.1080/02646839908409095.
- Jordan, C., & Revenson, T. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta analysis. *Journal of Behavioral Medicine, 22*(4), 341-358.
- Justo, J. (1990). Gravidez e Mecanismos de Defesa: um estudo introdutório. *Análise Psicológica, 4*(8), 371-376.
- Kissi, Y., Bomdhane, A., Samir, H., Bannour, S., Idrissi, K., Khairi, H., & Ali, B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 167*, 185-189.
- Kupka, M., Ferraretti, A., Mouzon, F., Hooghe, T., Castilla, J., Calhaz-Jorge, C., Geyter, C., & Goossens, V. (2010). Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction, 29*(10), 2099-2113.
- Leal, I., & Pereira, O. (2005) Infertilidade – algumas considerações sobre causas e consequências. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp.151-170). Lisboa: Sociedade Unipessoal.
- Lee, H., Lee, H., Park, S., Jo, D., Choe, J., Lee, J., & Seo J. (2012). Causes and classification of male infertility in Korea. *Clinical and Experimental Reproductive Medicine, 39*(4), 172–175. doi: 10.5653/cerm.2012.39.4.172.
- Lepecka-Klusek, C., & Jakiel, G. (2007). Difficulties in adaptation to pregnancy following natural conception or use of assisted reproduction techniques: A comparative study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 12*(1), 51-57.
- Lopes, V., & Leal, I. (2012). *Ajustamento Emocional na Infertilidade*. Lisboa, Portugal: Placebo, LDA.
- Lourenço, I. (2013). *Acompanhar a maternidade de forma holística: efeitos sobre a Autoestima Materna e a Vinculação Mãe-Bebé* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Évora, Évora, Portugal.

- Magalhães, S. (2010). *Aspectos sucessórios da Procriação Mediamente Assistida Hómologa Post Mortem*. Coimbra, Portugal: Coimbra Editora.
- Marcolino, J., Mathias, L., Filho, L., Guaratini, A., Suzuki, F., & Alli, L. (2007). Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório. *Revista Brasileira Anestesiol*, 57, 52-62.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IMB SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga, Portugal: Psiquilíbrios Edições.
- Matthiesen, S., Frederiksen, Y., Ingerslev, H., & Zachariae, R. (2011). Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis. *Human Reproduction*, 26(10), 2763-2776.
- McIntyre, T., Pereira, G., Soares, V., Gouveia, L., & Silva, S. (1999). Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares (HADS).
- Menezes, C., & Lopes, R. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebé. *Psico – USF*, 12(1), 83-93.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63(1), 126-130.
- Nunes, S. (2007). *O Aconselhamento Genético no âmbito da Procriação Medicamente Assistida: Perspectiva da Bioética* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Onat, G., & Beji, N. (2012). Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 165, 234-248.
- Orientações Direcção-Geral de Saúde (2008). *Saúde Reprodutiva Infertilidade*. Lisboa
- Pereira, M. (2004). Revised Dyadic Adjustment Scale.
- Pessini, L., & Barchifontain, C. (2002). *Problemas actuais de Bioética* (6ª ed.). São Paulo, Brasil: Edições Loyola.

- Piccinini, C., Gomes, A., Nardi, T., & Lopes, R. (2008). Pregnancy and Motherhood. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.
- Piccinini, C., Levandowski, D., Gomes, A., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 373-382.
- Ramos, M., Gameiro, S., Soares, I., Santos, T., & Canavarro, M. (2010). Psychosocial adjustment in infertility: a comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive technologies and presumed fertile couples. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 299-319.
- Redshaw, M., Hockley, C. & Davidson, L. (2007). A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Human Reproduction*, 22, 295–304.
- Reis, S., Xavier, M., 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, 61-66.
- Repokari, L., Punamaki, R., Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., Almqvist, F., Tiitinen, A., & Tulppala, M. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22(5), 1481-1491.
- Sarmiento, R., & Setúbal, M. V. (2003). Abordagem Psicológica em Obstetrícia: aspetos emocionais da Gravidez, Parto e Puerpério. *Revista Ciências Médicas*, 12(3), 261-268.
- Serra, A., & Algarvio, S. (2006). Preocupações parentais dos pais de crianças nascidas por fertilização in vitro. *Análise Psicológica*, 2(24), 149-154.
- Shiff, R. L., Vakil, E., Dimitrovsky, M. A., Shahar, N., & Har-Even, D. (1998). Medical, cognitive, emotional, and behavioral outcomes in school-age children conceived by in-vitro fertilization. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(3), 320-329.

- Silva, A. (2011). *Vivências da maternidade: expectativas e satisfação das mães no parto* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.
- Silva, I., & Lopes, R. (2009). Reprodução assistida e relação conjugal durante a gravidez e após o nascimento do bebê: uma revisão da literatura. *Estudos de Psicologia, 14*(3), 223-230.
- Smorti, M., & Smorti, A. (2012). Transition to parenthood in infertile couples. *Procedia – Social and Behavioral Sciences, 46*, 527-531.
- Sousa, C. & Pereira G. (2008). Morbilidade Psicológica e Representações da Doença em Pacientes com Esclerose Múltipla: Estudo da Validação da “Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia, Saúde e Doenças, 9*(2), 283-298.
- Spotorno, P. (2005). *Expectativas e Sentimentos de Mulheres em Situação de Reprodução Medicamente Assistida* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Psicologia, Porto Alegre, Brasil.
- Teixeira, C. (2011). *Ansiedade e depressão em mulheres e homens durante a gravidez* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de medicina Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Thomas, V., & Rausch, D. (2010). Evaluating Psychosocial Factors and Psychological Reactions to Infertility Treatment. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 1*(2), 33-49.
- Unuane, D., Tournaye, H., Velkeniers, B., & Poppe, K. (2011). Endocrine disorders & female infertility. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab, 25*(6), 861-873.
- Vayena, E., Rowe, P., & Griffin, P. (2002). *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Verhaak, C., Smeenk, J., Evers, A., Kremer, J., Kraaijmaat, F., & Braat, D. (2007). Women’s emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update, 13*(1), 27-36.
- Wackerly, A., & Krieger, J. (2014). Dancing around infertility: the use of metaphors in a complex medical situation. *Health Communication, 30*, 612-623.

- Wischmann, T., Schilling, K., Toth, S., Rosner, S., Strowitzki, T., Wohlfarth, K., & Kentenich, H. (2014). Sexuality, Self-Esteem and Partnership Quality in Infertile Women and Men. *Geburtsh Frauenheilk*, 74, 759-763.
- Xavier, M.R. (2001). *Estatuto de Risco das Crianças Expostas a Substâncias Ilícitas Durante a Gestação – As crianças que não podem dizer não...*” (Tese doutoramento não publicada). ICBAS – Faculdade da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Xavier, M.R., Paúl, M.C., & Sousa, L. (2001). Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Maternidade.
- Yeoh, S., Razali, R., Sidi, H., Razi, Z., Midin, M., Ruzyanei, J., & Das, S. (2014). The relationship between sexual functioning among couples undergoing infertility treatment: a pair of perfect gloves. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 51-56.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale.

Anexos

Anexo 1. Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Paternidade - EAGP

ESCALA DE ATITUDES SOBRE A GRAVIDEZ E A PATERNIDADE Versão para estudo

Data de nascimento: / /

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Actualmente empregado: Sim / Não

Tempo de gravidez (em semanas):

Gravidez ocorrida após tratamento de
procriação medicamente assistida? Sim / Não

Se sim,

primeira tentativa - Sim / Não *ou* segunda ou mais - Sim /
Não

Sexo do bebé (quando conhecido): F / M Número de filhos (nascido
anteriormente):

Por favor, leia atentamente as afirmações que se seguem e responda rapidamente, de acordo com a primeira ideia que lhe ocorrer. Note que não há respostas certas ou erradas, é apenas uma questão de opinião.

Faça um círculo à volta do número que corresponde à sua opinião.

SEMPRE	MUITAS VEZES	POUCAS VEZES	NUNCA
1	2	3	4

1. Tenho pensado no futuro do meu bebé	1	2	3	4
2. Ter filhos altera a vida de um homem	1	2	3	4
3. Deve haver responsabilidades partilhadas entre pai e mãe, nos trabalhos domésticos e cuidados ao bebé	1	2	3	4
4. Com a gravidez sinto que preciso de mais apoio e carinho por parte da minha mulher/companheira	1	2	3	4
5. Os bebés são todos iguais no primeiro ano de vida	1	2	3	4
6. O pai tem um papel fundamental no acompanhamento do parto	1	2	3	4
7. Tenho-me preocupado com a possibilidade de deixar de ter tempo para mim depois do bebé nascer	1	2	3	4
8. Penso que vou ser um bom pai	1	2	3	4
9. Sinto-me feliz por vir a ser pai	1	2	3	4
10. Tenho tido problemas físicos	1	2	3	4
11. O marido/companheiro tem um papel importante de suporte material /financeiro à mulher e à criança	1	2	3	4
12. Preocupo-me com a saúde e bem-estar da minha mulher /companheira durante a gravidez	1	2	3	4
13. Sinto que a vida vai ser mais difícil depois do nascimento do bebé	1	2	3	4
14. Os pais precisam de mais informação sobre a gravidez e o desenvolvimento do bebé	1	2	3	4
15. Um bom relacionamento de casal facilita o envolvimento do pai com a criança	1	2	3	4
16. Tenho pensado como a gravidez é uma fase muito importante na minha vida	1	2	3	4
17. O apoio do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez	1	2	3	4
18. Com a gravidez sinto que tenho necessidade de mais apoio	1	2	3	4
19. O pai deve ser o suporte financeiro e das necessidades materiais da família	1	2	3	4
20. Tenho estado presente nas consultas de acompanhamento da gravidez (ecografias, consultas pré-natais, etc)	1	2	3	4
21. A vida de casal fica alterada com o nascimento de um filho	1	2	3	4
22. Tenho pensado no que quero ensinar ao meu filho	1	2	3	4
23. A gravidez é um período difícil na vida de um homem.	1	2	3	4
24. Durante a gravidez as necessidades da minha mulher/companheira e do bebé são mais importantes que as minhas	1	2	3	4
25. Com a gravidez sinto que a minha mulher/companheira está diferente	1	2	3	4

26. Preocupo-me com a minha capacidade para lidar com o bebé	1	2	3	4
27. Sinto alegria quando penso que vou ser pai	1	2	3	4
28. Preocupo-me com a capacidade da minha mulher / companheira lidar com o bebé	1	2	3	4
29. Preocupo-me com a saúde e bem-estar do bebé que vai nascer	1	2	3	4
30. Tenho pensado nas questões financeiras associadas ao nascimento do bebé	1	2	3	4
31. Depois do bebé nascer a minha vida vai mudar	1	2	3	4
32. O marido/companheiro tem um papel importante de suporte emocional / psicológico à mulher durante a gravidez	1	2	3	4
33. Imagino-me a brincar no jardim com o meu filho, quando ele for mais crescido	1	2	3	4
34. Desde que se preste os cuidados básicos ao bebé, como dar-lhe de comer e mantê-lo limpo, tudo correrá bem	1	2	3	4
35. Imagino-me a mudar as fraldas ao meu bebé	1	2	3	4
36. Sinto-me confiante na minha capacidade de ser pai	1	2	3	4
37. O pai tem um papel fundamental no alívio do stress da grávida	1	2	3	4
38. Imagino-me a brincar com o meu filho	1	2	3	4
39. Sinto-me satisfeito com a ideia de vir a ser pai	1	2	3	4
40. Considero importante estar presente nas consultas de acompanhamento da gravidez (ecografias, consultas pré-natais, etc).	1	2	3	4
41. Tenho-me preocupado com a gravidez	1	2	3	4
42. Sinto-me disponível para educar e cuidar do meu filho	1	2	3	4
43. Preocupa-me a possibilidade de existirem complicações com o bebé durante a gravidez	1	2	3	4
44. Com a gravidez sinto-me mais responsável	1	2	3	4
45. Penso que vão acontecer alterações importantes na nossa vida	1	2	3	4
46. Tenho pensado que depois do bebé nascer não vou ter tempo para mim	1	2	3	4
47. A gravidez está a fazer-me mudar para melhor	1	2	3	4
48. Sinto vômitos, náuseas, mal-estar no estômago e/ou alterações de apetite	1	2	3	4
49. O pai tem um papel fundamental no alívio do stresse da grávida e no parto	1	2	3	4
50. Estou preocupado com a minha capacidade para enfrentar o parto	1	2	3	4
51. Sinto ciúmes do bebé	1	2	3	4

52. Preocupo-me com a capacidade da minha mulher / companheira lidar com a gravidez	1	2	3	4
53. Este bebé vai alterar a minha vida	1	2	3	4
54. Tenho problemas de sono	1	2	3	4
55. Estou preocupado com a capacidade da minha mulher/companheira para enfrentar o parto	1	2	3	4
56. Sinto-me inseguro quando penso que vou ser pai	1	2	3	4
57. A gravidez faz-me sentir importante	1	2	3	4
58. Uma criança põe um homem nervoso se ele tiver de estar com ela todo o dia	1	2	3	4
59. Sinto-me ansioso quando penso que vou ser pai	1	2	3	4
60. Com a gravidez sinto que preciso de mais carinho	1	2	3	4
61. Costumo tocar ou passar a mão na barriga onde está o bebé	1	2	3	4
62. O pai é importante para ajudar a criar o seu filho	1	2	3	4
63. Penso que a nossa vida vai mudar	1	2	3	4
64. Tenho ajudado durante a gravidez	1	2	3	4
65. Desde que sei da gravidez que me sinto uma pessoa diferente	1	2	3	4
66. Ter filhos altera a vida do casal	1	2	3	4
67. Durante a gravidez as minhas necessidades são secundárias	1	2	3	4
68. Sinto inveja e ciúmes da minha mulher /companheira	1	2	3	4
69. Tenho pensado na forma como quero educar o meu filho	1	2	3	4
70. Desde a notícia da gravidez que me sinto mais próximo da minha mulher / companheira	1	2	3	4
71. Desde que sei da gravidez vejo a vida de forma diferente	1	2	3	4
72. Sinto-me próximo do meu bebé	1	2	3	4
73. Preocupa-me a possibilidade da vida de casal ficar alterada com o nascimento do bebe	1	2	3	4
74. Costumo conversar com o bebé ainda na barriga da mãe	1	2	3	4
75. Sinto-me excluído da vivência da gravidez	1	2	3	4
76. Imagino-me a passear com o bebé ao colo	1	2	3	4

Anexo 2. Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM

ESCALA DE ATITUDES SOBRE A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE - EAGM

Xavier, M.R.; Paul, M.C.; Sousa, L.

Data: ___/___/___

Data de nascimento do mãe:

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Actualmente empregada - Sim / Não

Tempo de gravidez (em semanas):

Gravidez ocorrida após tratamento de
procriação medicamente assistida? Sim / Não

Se sim,

Primeira tentativa - Sim / Não ou segunda ou mais - Sim / Não

Sexo do bebé (quando conhecido): F / M

Número de filhos (nascidos anteriormente)

Por favor, leia atentamente as afirmações que se seguem e responda rapidamente, de acordo com a primeira ideia que lhe ocorrer. Note que não há respostas certas ou erradas, é apenas uma questão de opinião.

Faça um círculo à volta do número que corresponde à sua opinião.

SEMPRE MUITAS VEZES POUCAS VEZES NUNCA
1 2 3 4

1. Penso que vou ser uma boa mãe	1	2	3	4
2. Com a gravidez sinto-me mais responsável	1	2	3	4
3. A gravidez é um período difícil na vida de uma mulher	1	2	3	4
4. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais apoio	1	2	3	4
5. Considero a minha própria mãe como uma verdadeira amiga	1	2	3	4
6. Imagino-me a brincar com o meu filho	1	2	3	4
7. O apoio do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez	1	2	3	4
8. Durante a gravidez tenho-me preocupado com o meu aspecto	1	2	3	4
9. Os bebés são todos iguais no primeiro ano de vida	1	2	3	4
10. Desde que estou grávida que me sinto mais próxima do meu marido/ companheiro	1	2	3	4

11. Imagino-me a passear com o bebé ao colo	1	2	3	4
12. Desde que se preste os cuidados básicos ao bebé, como dar-lhe de comer e mantê-lo limpo, tudo correrá bem	1	2	3	4
13. A minha mãe compreendia os meus problemas e preocupações	1	2	3	4
14. Estar grávida é um enorme desgaste psicológico	1	2	3	4
15. O meu marido / companheiro tem ajudado durante a gravidez	1	2	3	4
16. A gravidez está a fazer-me mudar para melhor	1	2	3	4
17. Tenho pensado no futuro do meu bebé	1	2	3	4
18. Uma criança põe uma mulher nervosa se esta tiver que estar com ela todo o dia	1	2	3	4
19. Ter filhos altera a vida de uma mulher	1	2	3	4
20. O pai não é importante para ajudar a criar o seu filho	1	2	3	4
21. Desde que estou grávida sinto que o meu marido/companheiro compreende as minhas necessidades	1	2	3	4
22. Desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente	1	2	3	4
23. Uma boa mãe afasta as crianças das dificuldades da vida	1	2	3	4
24. Este bebé vai alterar a minha vida	1	2	3	4

25. O apoio do meu marido / companheiro tem sido muito importante durante a gravidez	1	2	3	4
26. Imagino-me a brincar no jardim com o meu filho, quando ele for mais crescido	1	2	3	4
27. É importante ser eu a ensinar o meu filho a usar o bacio	1	2	3	4
28. A gravidez faz-me sentir importante	1	2	3	4
29. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais carinhos	1	2	3	4
30. Depois do bebé nascer a minha vida vai mudar	1	2	3	4
31. Imagino-me a mudar as fraldas ao meu bebé	1	2	3	4
32. As avós têm mais tempo para olhar pelas crianças	1	2	3	4
33. Estar grávida é um enorme desgaste físico	1	2	3	4
34. Preocupo-me com a capacidade do meu marido / companheiro lidar com o bebé	1	2	3	4
35. A minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou	1	2	3	4
36. Tenho pensado como a gravidez é uma fase muito importante na minha vida	1	2	3	4
37. A minha mãe não me ajudou tanto quanto eu necessitava	1	2	3	4

38. Tenho pensado que depois do bebé nascer a minha vida vai mudar	1	2	3	4
39. Estou preocupada com a minha capacidade para enfrentar o parto	1	2	3	4
40. Durante a gravidez tenho-me preocupado em arranjar-me e vestir roupas bonitas	1	2	3	4
41. Desde que estou grávida que me sinto uma pessoa diferente.	1	2	3	4
42. A minha mãe fazia-me mimos	1	2	3	4

Anexo 3. Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares (HADS)

(Teresa McIntyre, Graça Pereira, Vera Soares, Luís Gouveia, Sofia Silva, 1999)

NOME: _____

DATA: ___ / ___ / _____

Este questionário ajudará o seu médico a saber como se tem sentido. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponde à como tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso pensar muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Sinto-me tenso:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- De vez em quando, ocasionalmente
- Nunca

D 2) Eu ainda gosto das coisas que costumava gostar:

- Sim, tanto como gostava
- Não tanto como gostava
- Só um pouco do que gostava

Nada como gostava

A 3) Eu sinto-me um pouco assustado(a), como se algo terrível estivesse para acontecer:

Sim, e bastante forte

Sim, mas não tão forte

Um pouco, mas isso não me preocupa

Não, de maneira nenhuma

D 4) Consigo rir-me e ver o lado engraçado das coisas:

Tanto como costumava conseguir

Não tanto como costumava conseguir

Definitivamente, não tanto como costumava conseguir

Não, de maneira nenhuma

A 5) Tenho preocupações que não me saem da cabeça:

A maior parte do tempo

Muito tempo

De vez em quando, mas não muitas vezes

Apenas ocasionalmente

D 6) Sinto-me alegre:

Nunca

Poucas vezes

Às vezes

A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e sentir-me relaxado:

Sim, definitivamente

Geralmente

Poucas vezes

De modo nenhum

D 8) Sinto-me mais lento(a) ou vagaroso(a):

Quase sempre

Muitas vezes

Às vezes

Nunca

A 9) Sinto uma espécie de medo, como se fosse um aperto no estômago (“borboletas”):

Nunca

Ocasionalmente

Bastantes vezes

Muitas vezes

D 10) Perdi o interesse pela minha aparência:

Sim, definitivamente

Não me cuido tanto como deveria

Talvez não me cuide tanto

cuido-me como sempre

A 11) Sinto inquieto(a), como se estivesse que estar sempre a andar de um lado para o outro:

Sim

Sim, bastante

Não muito

Não, de forma alguma

D 12) Antecipo as coisas com satisfação:

Tanto como costumava fazer anteriormente

Um pouco menos do que anteriormente

Muito menos que anteriormente

Quase nunca

A 13) Tenho sentimentos súbitos de pânico:

Com muita frequência

Bastantes vezes

Não muitas vezes

Nunca

D 14) Consigo apreciar um bom livro, programa de televisão ou de rádio:

Frequentemente

- () Às vezes
- () Poucas vezes
- () Raramente

Anexo 4. Revised Dyadic Adjustment Scale - RDAS

RDAS

Graham B. Spanier

Versão de Investigação, 2004

M. Graça Pereira

Universidade do Minho

Muitas pessoas têm desentendimentos nos seus relacionamentos. Por favor, indique abaixo o grau de acordo entre si e o seu companheiro(a), para cada item, na lista que se segue. (Indique com uma cruz a sua resposta).

Sempre de acordo	Quase sempre de acordo	Ocasionalmente de acordo	Frequentemente em desacordo	Quase sempre em desacordo	Sempre em desacordo
------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------

1.Assuntos de religião	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.Demonstrações de afecto	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.Tomada de decisões importantes	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4.Relações sexuais	_____	_____	_____	_____	_____	_____

5. Convencionalidade

(comportamento dito correcto

ou socialmente apropriado)

6. Decisões de carreira

Sempre	A maior parte do tempo	Mais vezes sim que não	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
---------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------	------------------	--------------

7. Com que frequência

discute ou considerou

divórcio, separação ou

término da relação

8. Com que frequência se

zanga com o seu companheiro(a)

9. Alguma vez

lamentou ser casado(a)

10. Com que frequência

você e o seu companheiro(a)

se irritam um ao outro

Todos os dias	Quase todos os dias	Ocasionalmente	Muito poucas vezes	Nunca
----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------------	--------------

11. Você e o seu

companheiro(a) participam

juntos em actividades

fora da família

Com que frequência os seguintes acontecimentos ocorrem entre si e o seu companheiro(a)?

Nunca	Menos de uma vez/mês	Uma ou duas vezes/mês	Uma ou duas vezes/semana	Uma vez /dia	Frequentemente
-------	----------------------	-----------------------	--------------------------	--------------	----------------

12. Têm uma troca estimulante

de ideias

13. Trabalham juntos num projecto

14. Calmamente discutem algo
