



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

*PERSPETIVAS E EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES
QUE PASSARAM POR UM PROCESSO DE PMA, COM
SUCESSO*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia
- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Beatriz Gonçalves do Vale

Porto, Dezembro 2025



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

*PERSPETIVAS E EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES
QUE PASSARAM POR UM PROCESSO DE PMA, COM
SUCESSO*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia
- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Beatriz Gonçalves do Vale

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Maria Raul Lobo Xavier

Porto, Dezembro 2025

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Raul Xavier, pela sua constante disponibilidade, por todo o seu envolvimento, motivação e dedicação ao longo destes meses. Agradeço a partilha do saber e as valiosas contribuições, por ter confiado e acreditado em mim para a realização deste trabalho.

Aos meus pais, um agradecimento de coração! Obrigada por estarem presentes em mais uma etapa da minha vida e por me permitirem sonhar e ambicionar. Obrigada por serem a força, o incentivo e o meu porto seguro nos momentos mais difíceis, ao longo destes meses, e por nunca me deixarem desistir. Obrigada por terem contribuído para que este sonho se realizasse. Sem vocês, nada disto seria possível.

Ao Simão, a pessoa que está sempre ao meu lado e que caminha de mãos dadas comigo em todas as etapas da minha vida. Obrigada por acreditares em mim, por me apoiares, por me incentivares e por nunca teres deixado que me faltasse coragem ou motivação. Contigo cresço e aprendo todos os dias. Obrigada do fundo do coração por ajudares a que seja uma pessoa melhor, todos os dias.

Às minhas amigas, obrigada por estarem presentes ao longo desta etapa tão importante da minha vida. Obrigada por todas as conversas e momentos juntas que tanto me reconfortaram. Vocês são o verdadeiro significado de amizade e cumplicidade. Serão sempre especiais na minha vida.

À Joana, um obrigada de coração! Uma amiga tão especial com quem partilhei todo este percurso e que o tornou mais leve e bonito. Obrigada pela amizade, cumplicidade, presença e, acima de tudo, pela motivação dada. Mesmo quando eu não acreditava, tu acreditavas e nunca me deixaste fracassar. Isso fez a diferença!

À minha família, pelo amor incondicional e pelo orgulho que sempre demonstraram ter em mim.

Lista de Anexos

Anexo A: Guião Entrevista

Anexo B: Consentimento Informado

Anexo C: Sistema Geral de Categorias

Anexo D: Descrição de Categorias

Lista de Abreviaturas

APF - Associação Portuguesa de Fertilidade

CEDH - Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano

CNPMA - Concelho Nacional de Produção Medicamente Assistida

ESHRE - *European Society of Human Reproduction and Embryology*

FIV - Fertilização in Vitro

IA - Inseminação Artificial

ICSI - Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoides

OMS - Organização Mundial de Saúde

PMA - Procriação Medicamente Assistida

Q.I. - Questão Investigação

SNS - Sistema Nacional Saúde

Resumo

A infertilidade e o recurso a técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) constituem um fenómeno cada vez mais frequente, com impacto expressivo no bem-estar psicológico e relacional das mulheres que vivenciam estes processos. Apesar do crescimento da procura e da evolução científica, permanece limitada a investigação nacional sobre as experiências de mulheres que alcançam uma gravidez bem-sucedida através da PMA. O presente estudo teve como objetivo geral explorar as perspetivas e experiências de mulheres que passaram com sucesso por um processo de PMA. Recorreu-se a uma metodologia qualitativa, tendo sido realizadas entrevistas semiestruturadas, posteriormente analisadas com apoio do software NVivo 14. Dos resultados destaca-se que a PMA é vivida como um percurso emocionalmente exigente, marcado por ansiedade, esperança, medo do insucesso e necessidade de resiliência, sendo o apoio conjugal e a relação empática com os profissionais de saúde elementos centrais para um ajustamento mais positivo. Estes resultados reforçam a importância de integrar um acompanhamento psicológico especializado e a promoção de práticas de saúde mais humanizadas, capazes de responder às necessidades emocionais das mulheres ao longo de todo o processo reprodutivo.

Palavras-Chave: Infertilidade; Procriação Medicamente Assistida; Perspetivas e Experiências; Mulheres; Sucesso

Abstract

Infertility and the use of Medically Assisted Reproduction (MAR) techniques are becoming increasingly common, with a significant impact on the psychological and relational well-being of women undergoing these processes. Despite growing demand and scientific advances, research conducted in Portugal on the experiences of women who achieve a successful pregnancy through MAR is still limited. The overall aim of this study was to explore the perspectives and experiences of women who successfully underwent MAR. The study employed a qualitative methodology, drawing on semi-structured interviews that were subsequently analysed using NVivo 14 software. The results show that MAR is experienced as an emotionally demanding journey, marked by anxiety, hope, fear of failure and the need for resilience, with marital support and an empathetic relationship with healthcare professionals emerging as central to a more positive adjustment. These findings reinforce the importance of integrating specialised psychological support and the promotion of more humanised healthcare practices capable of meeting women's emotional needs throughout the entire reproductive process.

Keywords: Infertility; Medically Assisted Reproduction; Women's Perspectives and Experiences; Successful Outcomes

ÍNDICE

<i>Lista de Abreviaturas.....</i>	<i>III</i>
<i>Resumo.....</i>	<i>IV</i>
<i>Abstract</i>	<i>V</i>
<i>Introdução.....</i>	<i>1</i>
<i>Enquadramento teórico</i>	<i>5</i>
1. Infertilidade como condição de saúde.....	5
2. Procriação Medicamente Assistida.....	6
3. Infertilidade e Procriação Medicamente Assistida: dimensões emocionais e conjugais.....	8
<i>Método.....</i>	<i>13</i>
1. Objetivos e Questões de Investigação	14
2. Participantes	14
3. Instrumentos	15
4. Procedimento de Recolha de Dados	16
5. Procedimento de Tratamento e Análise de Dados.....	16
<i>Apresentação e discussão de resultados</i>	<i>17</i>
<i>Conclusão</i>	<i>26</i>
<i>Referências Bibliográficas</i>	<i>30</i>

Introdução

O presente estudo decorreu no âmbito do Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Educação e Psicologia – Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP) e integra-se no projeto *Fertility/Infertility and Medically Assisted Reproduction* do Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano (CEDH) da FEP-UCP.

A infertilidade é uma patologia caracterizada pela incapacidade de estabelecer uma gravidez clínica após 12 meses de relações sexuais regulares e sem proteção ou por um comprometimento na capacidade reprodutiva de uma pessoa, seja individualmente ou com o seu parceiro (ESHRE, 2021; Zegers-Hochschild et al., 2017). A infertilidade constitui-se como uma preocupação crescente no mundo (OMS, 2023). Esta condição pode estar associada a vários fatores, sejam biológicos ou mudanças sociodemográficas, desigualdades entre o homem e a mulher, prolongamento dos percursos académicos e profissionais entre outros (Bignami et al., 2024). O adiamento da maternidade é um dos principais fatores de infertilidade no mundo desenvolvido, uma vez que, com o avanço da idade materna, aumenta a probabilidade de dificuldades na conceção, bem como o risco de complicações durante a gravidez, malformações fetais e morbilidade neonatal (Schmidt et al., 2011).

Em 2022, a União Europeia (UE) registou aproximadamente 3,88 milhões de nascimentos, um valor inferior aos 4,09 milhões registados em 2021. Esta tendência de declínio tem-se verificado desde 2008, ano em que foram registados 4,68 milhões de nascimentos na UE. A taxa de fertilidade total em 2022 situou-se nos 1,46 nados-vivos por mulher, evidenciando uma redução face aos 1,53 registados em 2021 e aos 1,51 em 2020 (Eurostat, 2024).

Paralelamente ao aumento de casos de infertilidade, a ciência tem desenvolvido avanços significativos no campo da PMA, proporcionando novas oportunidades para aqueles que enfrentam dificuldades em conceber (Joint Research Centre, 2023).

Pelo mundo fora, equipas multidisciplinares (habitualmente integrando médicos, enfermeiros, embriologistas e psicólogos), acompanham casais heterossexuais, e, mais recentemente, em diversos países, mulheres solteiras ou em relações homoafetivas que apresentam um diagnóstico de infertilidade, oferecendo suporte médico, emocional e psicológico ao longo do processo (Malina, 2024).

Em Portugal, a regulamentação da PMA foi introduzida em 2006, inicialmente disponível apenas a casais heterossexuais com diagnóstico de infertilidade (Lei n.º 32/2006). Em 2016, a legislação (Lei n.º 17/2016) alargou o acesso a todas as mulheres, independentemente do estado civil ou orientação sexual, autorizando também a doação de sémen, ovócitos e embriões. Em 2020, 3,3 % dos nascimentos em Portugal decorreram de técnicas de PMA, o que equivale a mais de 2.700 crianças nascidas por estas vias (Concelho Nacional de Produção Medicamente Assistida (CNPMA), 2025). Dados referentes a 2022 indicam que houve aumento substancial na atividade dos centros de PMA, por exemplo, um acréscimo de 10,3 % nos ciclos FIV/ICSI a fresco (sem congelação do ovulo) e 15,7 % com sémen de dador, o que pode refletir uma procura crescente por estas técnicas (CNPMA, 2025).

Apesar dos avanços científicos, as taxas de sucesso da PMA continuam globalmente baixas, variando em função da idade materna, da causa da infertilidade e da resposta individual ao tratamento (Carson & Kallen, 2021). Assim, a infertilidade permanece um desafio com implicações não apenas médicas, mas também psicológicas e sociais, exigindo uma abordagem integrada e personalizada para cada caso.

Numerosos estudos têm investigado situações em que casais heterossexuais com diagnóstico de infertilidade recorrem a técnicas de PMA, focando-se nas consequências para a saúde mental e na relação diádica (Tacchino et al., 2025). Especificamente nas mulheres, o diagnóstico de infertilidade e os procedimentos associados às técnicas de PMA podem resultar em desgaste físico e emocional (Dornelles et al., 2015), estando descritos casos de depressão e ansiedade associados a este contexto (Foyston et al., 2025). Payne e colaboradores (2024) destacam que cada fase do processo é marcada por momentos de incerteza e esperança, com impactos emocionais significativos. La Rosa e colegas (2023) mostram que o percurso da PMA pode gerar stress e desafios na relação conjugal, reforçando a importância do acompanhamento psicológico ao longo de todo o processo. Meta-sínteses qualitativas (René et al., 2021) e estudos recentes (Foyston et al., 2025), confirmam que as repercussões emocionais persistem mesmo após a conceção, evidenciando que o sucesso da PMA deve ser avaliado ao longo de todo o processo e não apenas pelo nascimento de uma criança.

A European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) tem salientado a importância do acompanhamento psicológico nestas situações, uma vez que os processos de infertilidade e de PMA podem frequentemente estar associados ao

insucesso dos procedimentos e à necessidade de aceitar uma vida sem filhos — uma realidade que pode ser emocionalmente difícil e desmotivadora para os envolvidos. Assim, compreender melhor as experiências e perspectivas das pessoas que vivenciam a infertilidade é de extrema importância, dado que o diagnóstico e os tratamentos não se limitam a uma dimensão médica. Conhecer estas vivências é fundamental para que as equipas de saúde possam oferecer um acompanhamento mais ajustado e humanizado, promovendo não apenas a eficácia clínica, mas também a saúde mental e a qualidade de vida das pessoas envolvidas.

A maior parte da investigação tem-se centrado nos desafios e impactos negativos da infertilidade e das técnicas de PMA, deixando em segundo plano a experiência daqueles que conseguem alcançar uma gravidez bem-sucedida. Importa recordar que o objetivo último da PMA é precisamente a obtenção de uma gravidez, embora as taxas de sucesso permaneçam relativamente baixas, variando de acordo com fatores como idade, causa da infertilidade e resposta individual ao tratamento (Carson & Kallen, 2021). Quando o sucesso é alcançado, existe frequentemente uma perceção coletiva de conquista, por parte das mulheres, dos casais, das equipas de saúde e até das famílias. Mas até que ponto este desfecho positivo apaga, por si só, o impacto emocional negativo vivido anteriormente? Será que a gravidez bem-sucedida significa que todo o percurso foi acompanhado dos cuidados desejados e sentidos como necessários? Ao dar voz às mulheres que alcançaram este resultado, torna-se possível compreender de forma mais profunda as suas vivências, expectativas e desafios ao longo do percurso, contribuindo para a implementação de práticas de acompanhamento médico e psicológico mais humanizadas e ajustadas às necessidades reais.

Assim, a presente investigação procura dar voz às mulheres que tiveram sucesso nas técnicas de PMA nos últimos dois anos, valorizando não apenas o desfecho positivo, mas também a trajetória percorrida ao longo do processo. Reconhecer esta experiência na sua totalidade permite compreender as dificuldades, estratégias e conquistas envolvidas, destacando a importância do testemunho destas mulheres para apoiar e inspirar outras que estão atualmente em tratamento ou que poderão passar por este percurso no futuro.

Partilhar estas experiências pode ser uma mais-valia, não apenas ao complementar uma perspectiva realista sobre os desafios e conquistas associados à PMA, mas também ao contribuir para a normalização dos sentimentos vivenciados ao longo do percurso. Saber que outras mulheres passaram por situações semelhantes e alcançaram um desfecho

positivo pode ajudar a validar emoções, reduzir sentimentos de isolamento e reforçar a esperança, tornando a jornada da infertilidade e dos tratamentos menos solitária e emocionalmente desgastante.

Dado o carácter ainda pouco explorado deste tema no contexto nacional, o presente trabalho assume a forma de estudo-piloto, de natureza qualitativa e exploratória, cujo objetivo é compreender as experiências e perspetivas das mulheres que alcançaram uma gravidez bem-sucedida através da PMA.

Enquadramento teórico

1. Infertilidade como condição de saúde

A infertilidade é uma doença do sistema reprodutivo e define-se pela incapacidade em engravidar após 12 meses ou mais de ter atividade sexual regular e desprotegida, ou seja, sem recurso a qualquer tipo de método contraceptivo (ESHRE, 2021; Zegers-Hochschild et al., 2017). Esta pode resultar de causas femininas, masculinas, mistas ou idiopáticas (Morison et al., 2016). No caso feminino, as causas mais comuns incluem alterações ovulatórias (como síndrome dos ovários poliquísticos), lesões tubárias ou obstruções nas trompas de falópio, endometriose e alterações uterinas (como miomas ou aderências). Entre os fatores masculinos, destacam-se as anormalidades espermáticas (em número, morfologia ou motilidade), as alterações hormonais, as infeções genitais e as disfunções testiculares. As causas mistas correspondem a situações em que coexistem fatores em ambos os parceiros, e as idiopáticas referem-se a casos em que, apesar da avaliação clínica e laboratorial completa, não é possível identificar a origem da infertilidade (WHO, 2020; Vander Borgh & Wyns, 2018; ESHRE, 2023).

A idade reprodutiva refere-se ao período da vida de uma pessoa em que é biologicamente capaz de conceber e gerar filhos. Para as mulheres, este intervalo geralmente vai dos 15 aos 49 anos, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (*Indicator Metadata Registry Details*, n.d.), com a fertilidade a diminuir com a idade. Nos homens, a fertilidade tende a diminuir de forma mais gradual especialmente após os 45 anos, podendo estar relacionada, por exemplo, com a redução da qualidade do esperma (Department of Health, n.d).

A infertilidade pode ser classificada como primária ou secundária. É considerada primária, se o casal nunca foi diagnosticado com uma gravidez clínica e preenche os critérios de diagnóstico de infertilidade já indicados (WHO, 2000) e secundária, se o casal mantém relações sexuais regulares sem o uso de métodos contraceptivos, não conseguindo conceber uma gravidez clínica, porém já engravidou previamente (WHO, 2000).

A infertilidade, de acordo com a OMS (2023), atinge cerca de 17% da população a nível global. Já no que concerne a Portugal, segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (APF), a prevalência de infertilidade conjugal pode atingir cerca de 15% dos casais que se encontram em idade reprodutiva (APF, 2025).

Nos países industrializados tem-se verificado um aumento da infertilidade, associado ao adiamento da maternidade, a estilos de vida pouco saudáveis e à exposição

a fatores ambientais. Entre os principais contributos identificam-se o sedentarismo, o consumo de tabaco, álcool e outras substâncias, bem como a alimentação rica em gorduras e a poluição atmosférica (APF, 2025). Para além destes fatores, destacam-se causas de natureza psicossocial, como níveis elevados de stress e disfunções sexuais (Deshpande & Gupta, 2019; Vander Borgh & Wyns, 2018).

2. Procriação Medicamente Assistida

Por forma a dar resposta a este problema de saúde e tendo em consideração o exponencial avanço do conhecimento, verificou-se um aumento do recurso às técnicas de PMA, por forma a que indivíduos diagnosticados com infertilidade tenham oportunidade de ter um filho (Gameiro et al., 2008; Neto & Pedro, 2018). A PMA é definida como um conjunto de técnicas destinadas a alcançar uma gravidez em casais ou em mulheres sem parceiro do sexo masculino diagnosticadas com infertilidade/ impossibilitadas de conceber por vias naturais.

Um estudo da ESHRE registou um aumento significativo na utilização das técnicas de Reprodução Assistida na Europa, com um crescimento constante no número de tratamentos e nascimentos desde o início da década de 2000. Em 2017, foram realizados mais de 750 000 ciclos de PMA na Europa, resultando em mais de 160 000 nados-vivos provenientes desses tratamentos. Este número reflete um aumento em relação aos anos anteriores, evidenciando a crescente procura por reprodução assistida (Gliozheni et al., 2021). De acordo com os dados publicados em 2018, em Portugal, nasceram 2733 crianças como resultado das técnicas de PMA, o que corresponde a 3,1% do total de crianças nascidas no país (CNPMA, 2022).

Existem diferentes técnicas na PMA, aplicadas de acordo a cada situação. Especificamente em Portugal as mais utilizadas são a Inseminação Artificial (IA), a Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) e a Fertilização *in Vitro* (FIV) (CNPMA, 2022). Os tratamentos de PMA envolvem uma equipa multidisciplinar composta por vários profissionais de saúde. Médicos especialistas em Medicina da Reprodução são responsáveis pela avaliação da infertilidade e pela definição do plano de tratamento mais adequado; embriologistas desempenham um papel essencial nos procedimentos laboratoriais, como a fecundação *in vitro* e a análise da qualidade dos embriões; enfermeiros especializados acompanham as pacientes ao longo do processo, garantindo apoio clínico e esclarecendo dúvidas (Campbell et al., 2021). Além destes

profissionais, a presença de psicólogos tem sido cada vez mais valorizada, uma vez que o diagnóstico de infertilidade e os tratamentos de PMA podem acarretar um grande impacto emocional (Scaravelli et al., 2022). A importância do acompanhamento psicológico nestes casos tem sido reforçada por entidades como a ESHRE (Gameiro et al., 2015), que destaca a necessidade de suporte emocional durante todo o processo de tratamento (Dornelles et al., 2016).

Em Portugal, o acesso às técnicas de PMA encontra-se regulado pela Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, com alterações introduzidas pela Lei n.º 17/2016 e pela Lei n.º 48/2021. Atualmente, estas técnicas estão disponíveis para casais heterossexuais em idade reprodutiva, mulheres solteiras e casais de mulheres, não sendo exigida a comprovação de infertilidade nos dois últimos casos.

No que respeita ao acesso aos tratamentos, Em Portugal, a PMA é realizada tanto no setor público como no privado. No Serviço Nacional de Saúde (SNS), os tratamentos são gratuitos para mulheres até aos 40 anos, estando previstas um máximo de três tentativas de FIV ou ICSI (Entidade Reguladora da Saúde, 2020).

A escolha entre recorrer ao SNS ou ao setor privado é influenciada por diversos fatores tal como a idade e a urgência do tratamento que surgem frequentemente como fatores determinantes, uma vez que a espera prolongada pode comprometer as probabilidades de sucesso dos tratamentos (*“Tratamentos De Fertilidade: Privado É Rápido, Mas Caro”*, 2020).

Segundo o CNPMA, até 2024 o tempo médio de espera para aceder a tratamentos de PMA no Sistema Nacional de Saúde era de cerca de três anos e meio (Lusa, 2024). Este período prolongado de espera tem sido amplamente descrito como um fator de impacto emocional negativo, levando muitas mulheres e casais a recorrer ao setor privado, onde o tempo de resposta é mais rápido e as restrições etárias menos rígidas (Webair et al., 2021; Remoaldo et al., 2018). Além disso, os custos elevados associados às clínicas privadas constituíam um importante fator limitador, contribuindo para desigualdades no acesso ao tratamento (Remoaldo et al., 2018).

Contudo, o panorama nacional sofreu uma alteração significativa em 2025, com a abertura do novo Serviço de Medicina da Reprodução do Hospital de São João. Segundo uma notícia recente, esta unidade eliminou as listas de espera em todos os tratamentos e duplicou a capacidade instalada, permitindo acolher utentes de todo o país (Ascensão & Duarte Silva, 2025). Esta reorganização poderá mitigar de forma substancial as barreiras

anteriormente existentes, reduzir o tempo de espera e diminuir a necessidade de recorrer ao setor privado, contribuindo para um acesso mais equitativo aos cuidados de PMA dentro do SNS. Para além disso, nos últimos anos, em Portugal foi aprovada a comparticipação de medicamentos utilizados nos tratamentos de PMA, o que representa uma tentativa de reduzir o encargo financeiro para as pacientes e aumentar a equidade no acesso a estas técnicas (República Portuguesa, 2024)

As taxas de sucesso nos tratamentos de reprodução assistida, refletidas nos nascimentos vivos, variam de acordo com o país, o tipo de tratamento e a idade da paciente. No que diz respeito à inseminação artificial em Portugal, trata-se de um tratamento relativamente simples e indolor, com taxas de sucesso que rondam os 10% por tentativa. Nos casos em que são utilizados espermatozoides doados, essas taxas podem ultrapassar os 15% (*Técnicas De PMA*, n.d.). A maioria dos tratamentos realizados correspondem à FIV ou à ICSI, técnicas mais avançadas e com taxas de sucesso superiores. Globalmente, a taxa de sucesso da FIV varia entre 20% e 40% por ciclo, dependendo da idade da mulher e de outros fatores clínicos (Balli et al., 2022).

Um diagnóstico de infertilidade e as técnicas de PMA afetam de forma significativa o bem-estar psicológico tanto do homem como da mulher, apresentando, para ambos, exigências e desafios (Boivin et al., 2020). Essas exigências tornam-se ainda mais evidentes perante a incerteza do tratamento, uma vez que nem todos os casos são bem-sucedidos, e cada insucesso pode traduzir-se numa perda de um objetivo futuro. Exploraremos melhor estes aspetos no ponto seguinte.

3. Infertilidade e Procriação Medicamente Assistida: dimensões emocionais e conjugais

As normas e valores socioculturais são elementos fundamentais na forma como se percebe a PMA pelas mulheres e pelos casais. A infertilidade, apesar de ser uma condição médica reconhecida, continua a ser influenciada por fatores sociais e culturais que moldam as decisões sobre os tratamentos e as expectativas em relação à parentalidade (Patel et al., 2018). Em muitas sociedades, a fertilidade está intrinsecamente ligada à identidade feminina e à realização pessoal, sendo a maternidade frequentemente considerada um marco essencial na vida de uma mulher. Esta perspetiva pode gerar uma pressão acrescida sobre aqueles que enfrentam dificuldades em conceber, levando a

sentimentos de inadequação, culpa e ansiedade (Laney et al., 2015). O estigma associado à infertilidade é um fenómeno presente em várias culturas, oscilando a sua intensidade consoante os contextos sociais e religiosos. Em algumas comunidades, a incapacidade de gerar filhos pode ser interpretada como uma falha pessoal, afetando não só a autoestima da mulher, mas também a sua posição dentro da família e da sociedade (Webair et al., 2021).

Este estigma pode condicionar a decisão de recorrer à PMA, levando algumas mulheres a esconderem o seu diagnóstico ou a evitarem falar abertamente sobre o processo de tratamento. Em determinados contextos culturais, a utilização de técnicas de reprodução assistida pode ser vista com desconfiança, especialmente quando envolve doação de gâmetas ou embriões. Em sociedades onde a filiação biológica é altamente valorizada, a aceitação destas técnicas pode ser reduzida e as mulheres, que optam por este caminho, podem enfrentar julgamentos ou exclusão social (Inhorn, 2003). Estudos sugerem que as mulheres que recorrem à PMA podem experienciar isolamento social acrescido, particularmente se estiverem inseridas em contextos onde a fertilidade é vista como um requisito essencial para a construção da família e do papel social da mulher (Li et al., 2025).

Os valores socioculturais podem influenciar as expectativas sobre os resultados da PMA. Em sociedades onde a maternidade é considerada um dever feminino, a pressão para que o tratamento resulte numa gravidez pode ser significativa. Esta pressão pode ser exercida pela família, pelo parceiro ou mesmo pelo círculo social da mulher, levando a um desgaste emocional acrescido e, em alguns casos, a sentimentos de fracasso, caso o tratamento não seja bem-sucedido (Inhorn, 2003). Por outro lado, o suporte familiar e comunitário pode desempenhar um papel positivo, ajudando as mulheres a lidar com as dificuldades do processo e a reduzir o impacto do estigma social (Dornelles et al., 2016).

O recurso a técnicas PMA também está diretamente relacionado com as políticas e discursos institucionais sobre a reprodução assistida. Nos países onde há um maior apoio governamental e normalização destes tratamentos dentro do sistema de saúde, observam-se uma maior aceitação e uma menor carga estigmatizante associada ao seu uso. Em contraste, nos países onde existem restrições legais ou onde a PMA não é amplamente divulgada e debatida, as mulheres podem sentir um maior receio em procurar este tipo de tratamento (Mackay et al., 2023).

Mesmo em contexto privado ou com seguro de saúde, a desistência em tratamentos de PMA é plausível devido à elevada tensão emocional e psicológica que caracteriza este percurso. O abandono do tratamento está frequentemente associado a sentimentos de frustração, perda de esperança e percepção de falha pessoal, que podem gerar ansiedade, depressão e diminuição da autoestima (Boivin, Takefman, & Braverman, 2011; Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan, 2010).

Estudos indicam que, mesmo em sistemas com cobertura total, há desistência precoce. Um estudo na Holanda observou que 62,4 % dos casais não completaram três ciclos de FIV, sendo o principal motivo relatado o “fardo físico e psicológico” (Klerk et al., 2007). A carga emocional associada às múltiplas fases do tratamento — desde a ansiedade e tristeza até à exaustão física e mental — contribui para a decisão de interromper o processo, mesmo quando existem meios financeiros e clínicos adequados (Gameiro, Boivin, Peronace, & Verhaak, 2013).

Além disso, a interrupção do tratamento gera stress adicional, decorrente do efeito cumulativo de tentativas repetidas sem sucesso, dúvidas sobre a decisão de abandonar e pressão social ou familiar, o que reforça a necessidade de integrar apoio psicológico contínuo ao longo de todo o percurso de PMA (Gameiro et al., 2014).

Completando o que já foi exposto, diversos estudos têm vindo a demonstrar diferenças no que toca à vivência da condição de infertilidade entre homens e mulheres (Bai et al., 2019; Molgora et al., 2020). As mulheres tendem a apresentar um maior mal-estar psicológico, manifestando mais sintomas depressivos e ansiosos, menos satisfação com a vida e menor autoestima (Bushnik et al., 2012; Hazlina et al., 2022). A literatura também aponta que, embora possam existir diversas causas para a infertilidade, parece notório existir, nas mulheres, maiores sentimentos de culpa quando comparadas com os homens (Morison et al., 2016).

Ainda no que concerne à sintomatologia ansiosa, a literatura indica que indivíduos que realizam repetidamente tratamentos de PMA manifestam níveis mais elevados de depressão quando comparados com indivíduos que estão a realizar este tratamento pela primeira vez, sendo a repetida realização destes tratamentos um dos fatores de risco para o desenvolvimento de depressão (Crawford et al., 2017; Ma et al., 2018; Reis et al., 2013). Desde o momento do diagnóstico de infertilidade até à concretização ou não do desejo de parentalidade, as mulheres passam por uma jornada repleta de desafios, marcada por expectativas, frustrações, esperança e, muitas vezes, desilusão (Annan-Frey et al., 2023).

Os elementos até agora apresentados indicam que, a nível emocional e psicológico, a PMA é frequentemente descrita como um período de elevada carga emocional, onde sentimentos como ansiedade, medo e stress se tornam predominantes (Dornelles et al., 2016). O carácter incerto dos tratamentos, aliado às taxas de sucesso variáveis, gera uma constante oscilação entre a esperança e o receio de insucesso, o que pode levar a sintomas depressivos e a uma redução da autoestima. Além disso, a repetição de ciclos de tratamento sem resultados positivos pode contribuir para um desgaste psicológico acumulado, levando algumas mulheres a questionar a sua identidade e a sua perceção de controlo sobre a própria vida (Massarotti et al., 2019).

O stress vivenciado ao longo do processo de PMA não se limita apenas à dimensão pessoal, mas também se reflete nas dinâmicas relacionais. A relação com o parceiro pode ser significativamente afetada, uma vez que o processo exige não só um compromisso financeiro e físico, mas também um investimento emocional intenso. Estudos indicam que casais que passam por tratamentos de PMA podem experienciar dificuldades na comunicação, uma maior tensão emocional e até um afastamento, sobretudo quando as tentativas não resultam como esperado (Webair et al., 2021). Por outro lado, para alguns casais, o desafio da infertilidade e a busca por um filho pode fortalecer a relação, promovendo uma maior proximidade e um suporte mútuo mais sólido (Klaus et al., 2023).

Um estudo de Pelikh (2024) demonstra que o recurso a estas técnicas pode não estar associado a um maior risco de dissolução conjugal. Pelo contrário, em alguns contextos, os casais que recorrem à PMA apresentam níveis de estabilidade relacional semelhantes ou superiores aos casais que concebem naturalmente. Este resultado sugere que, apesar das dificuldades, a experiência partilhada do tratamento pode reforçar laços de compromisso, sobretudo quando ambos os membros do casal estão unidos pelo mesmo projeto de ter filhos.

A rede de suporte social é um fator determinante na forma como as mulheres lidam com o processo de PMA. O apoio da família, amigos e profissionais de saúde pode ser crucial para atenuar os efeitos negativos do stress e da ansiedade associados ao tratamento (Drageset, 2021). No entanto, nem todas as mulheres sentem que podem partilhar abertamente a sua experiência, muitas vezes devido ao estigma social e ao receio de julgamentos. A falta de compreensão por parte do meio envolvente pode levar a sentimentos de isolamento e solidão, tornando o percurso ainda mais difícil (Li et al., 2025).

Tal como está apresentado anteriormente, a decisão de recorrer à PMA envolve custos físicos, emocionais e financeiros significativos, sendo muitas vezes sustentada pelo forte desejo de concretizar a parentalidade.

Assim, a análise do impacto da PMA deve integrar tanto os riscos de desgaste emocional e abandono precoce como os potenciais ganhos em termos de concretização do desejo de ter filhos e de estabilidade relacional. Para alguns casais, os desafios emocionais e a incerteza dos resultados podem transformar-se em fonte de tensão, mas para outros, a partilha deste objetivo parental pode representar um fator de coesão e fortalecimento da relação (Pasch & Sullivan, 2016). Neste sentido, torna-se fundamental garantir apoio psicológico contínuo ao longo de todo o processo, permitindo que o desejo de parentalidade seja acompanhado de forma saudável, tanto no plano individual como relacional.

Os mecanismos de adaptação desenvolvidos pelas mulheres e casais ao longo da PMA variam de acordo com a sua personalidade, contexto e suporte disponível. Algumas recorrem a estratégias de coping como a prática de *mindfulness* (Patel et al., 2020), terapia psicológica (Burgio et al., 2022) ou grupos de apoio (Courbiere et al., 2020), que ajudam a gerir as emoções e a manter uma perspetiva mais equilibrada sobre o processo. Independentemente da abordagem, a aceitação da incerteza inerente ao processo parece ser um dos fatores mais importantes para a manutenção do bem-estar psicológico (Dornelles et al., 2016).

A experiência das mulheres na PMA é multifacetada e profundamente influenciada por fatores emocionais, psicológicos e sociais. Embora o percurso seja frequentemente desafiante, a existência de um suporte adequado e de estratégias eficazes de adaptação pode fazer uma diferença significativa na forma como as mulheres enfrentam esta jornada. Reconhecer a importância do acompanhamento psicológico, promover redes de apoio e reduzir o estigma social são passos fundamentais para garantir que estas mulheres tenham uma experiência mais positiva e menos solitária ao longo do processo (Burgio et al., 2022).

De acordo com um estudo qualitativo de mulheres que passaram por tratamentos de infertilidade e conseguiram engravidar, a experiência da PMA, envolve tanto desafios significativos quanto momentos de alívio e gratidão (Yu et al., 2021). O estudo indica que a trajetória emocional das mulheres está repleta de momentos de tensão, ansiedade, mas, simultaneamente, de esperança (Yu et al., 2021).

Apesar de a maior parte da investigação se centrar nas dificuldades associadas à infertilidade e ao período de tratamento, vários estudos que acompanham mulheres após alcançarem uma gravidez bem-sucedida através da PMA sugerem que o sucesso reprodutivo não elimina, por si só, os desafios emocionais do percurso. A literatura mostra que, mesmo após a confirmação da gravidez, muitas mulheres continuam a experienciar níveis elevados de ansiedade, medo e vulnerabilidade emocional, frequentemente associados à história de infertilidade e ao carácter prolongado e medicalizado do processo reprodutivo (Poikkeus et al., 2014; Aksu & Gulec-Satir, 2022). Estes estudos indicam que a gravidez obtida por PMA pode implicar uma adaptação emocional mais complexa, marcada por sentimentos persistentes de incerteza e por uma perceção reduzida de controlo sobre o corpo e sobre a evolução da gestação. Meta-sínteses recentes reforçam que o impacto psicológico da infertilidade tende a prolongar-se, podendo influenciar não só a forma como a gravidez é vivida, mas também a transição para a parentalidade (René et al., 2022; Foyston et al., 2023; Foyston et al., 2025). Num sentido semelhante, relatos qualitativos mostram que, mesmo perante um desfecho positivo, podem emergir dificuldades relacionais ou emocionais que refletem o desgaste acumulado durante os tratamentos (Smorti & Smorti, 2013). Assim, os trabalhos existentes apontam que a PMA deve ser entendida como um processo contínuo, cujo impacto psicossocial se estende para além do tratamento e integra, também, a vivência da gravidez e os desafios subsequentes, uma compreensão que será aprofundada na discussão à luz dos resultados do presente estudo.

Método

O presente estudo adota uma metodologia qualitativa, de carácter exploratório e descritivo, com o objetivo de aprofundar a compreensão das perspetivas e experiências de mulheres que passaram por um processo de PMA, com sucesso. Este enfoque qualitativo permite captar a complexidade das vivências relatadas (Tenny et al., 2022), abrangendo o impacto emocional e psicossocial da infertilidade, da PMA e da notícia do seu sucesso, os significados atribuídos ao processo, as estratégias de *coping* utilizadas e as implicações para a vida pessoal, relacional e social.

Tanto quanto é do nosso conhecimento, este é o primeiro trabalho que, em Portugal, aborda o sucesso da PMA dando voz às mulheres que viveram a situação. Este trabalho procura gerar conhecimento preliminar e identificar linhas de investigação

futuras. Pretende-se, pois, explorar o fenómeno de forma aprofundada e flexível, permitindo ajustar procedimentos metodológicos e categorias de análise para investigações subsequentes de maior escala.

1. Objetivos e Questões de Investigação

O objetivo geral deste trabalho é compreender as experiências e perspetivas de mulheres que tiveram sucesso na PMA bem como os desafios enfrentados durante o processo.

Quanto aos objetivos específicos:

- Explorar as vivências das mulheres ao longo da trajetória da infertilidade e da PMA, desde o diagnóstico, passando pelo processo de tratamento e até à comunicação do resultado, identificando elementos positivos e negativos dessa experiência, nomeadamente o papel das relações interpessoais.
- Compreender o impacto psicossocial associado a cada etapa do processo (diagnóstico, tratamentos, espera e notícias da gravidez), atendendo às estratégias de *coping* utilizadas e ao papel do acompanhamento clínico e psicológico.

Relativamente às Questões de Investigação (Q.I.):

- **Q.I.1.** Como se desenvolvem as vivências das mulheres ao longo da trajetória da infertilidade e da PMA, desde o diagnóstico, passando pelo processo de tratamento e até à comunicação do resultado, e quais são os elementos positivos e negativos dessa experiência, nomeadamente o papel das relações interpessoais?
- **Q.I.2.** De que forma o impacto psicossocial se manifesta em cada etapa do processo (diagnóstico, tratamentos, espera e notícias da gravidez), e quais as estratégias de *coping* utilizadas e o papel do acompanhamento clínico e psicológico?

2. Participantes

O grupo de participantes é composto por 5 mulheres portuguesas que recorreram a técnicas de PMA em Portugal, que resultaram numa gravidez bem-sucedida. Especificamente, os critérios iniciais de inclusão foram: (1) mulheres portuguesas que realizaram tratamentos de PMA em Portugal com sucesso; (2) considerando os objetivos

do trabalho, estipulou-se também como critério de inclusão que as mulheres estejam grávidas ou que tenham um filho até três anos de idade (para que o intervalo de tempo entre as vivências e a sua exploração não fosse demasiadamente longo), resultante desse processo de PMA. As participantes apresentam idades compreendidas entre os 30 e os 45 anos. A gravidez em estudo correspondeu ao primeiro filho de todas as cinco participantes, sendo que duas tiveram posteriormente um segundo filho – uma também através de PMA e a outra sem recurso a PMA. Nenhuma das participantes se encontra atualmente grávida.

Todas as participantes tinham, nos processos de PMA abordados, diagnóstico de infertilidade primária.

A caracterização sociodemográfica e profissional complementar é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 *Caracterização das Participantes - Características Sociodemográficas e Profissionais (atuais)*

	Idade	Estado Civil	Nº de filhos	Nº de filhos por PMA	Nível escolaridade	Profissão
E1	43	Casada	1	1	Ensino Superior	Empresária
E2	45	Casada	2	2	Ensino Superior	Psicóloga
E3	31	Casada	1	1	Ensino Superior	Gestora de Clientes
E4	37	Casada	2	1	Ensino Superior	Farmacêutica- DT
E5	36	Casada	1	1	Ensino Superior	Técnica de Cardiopneumologia

3. Instrumentos

Foi realizado um guião semiestruturado (Anexo A) de entrevista, desenvolvido com base na experiência da equipa de investigação, na literatura existente e nos objetivos do estudo.

4. Procedimento de Recolha de Dados

As participantes foram recrutadas através de diferentes estratégias complementares: uma manifestou interesse após responder a um questionário divulgado em redes sociais e as restantes quatro foram recrutadas através de contactos profissionais e pessoais da equipa de investigação. Sempre que possível, solicitou-se às participantes a indicação de outras potenciais candidatas.

O primeiro contacto teve como objetivo esclarecer o propósito da investigação e organizar o agendamento das entrevistas. As entrevistas foram conduzidas online, na plataforma *ZOOM*, gravadas mediante autorização prévia das participantes e tiveram uma duração média de 45 a 60 minutos. As questões foram estruturadas de forma semiestruturada, permitindo abordar os temas centrais do estudo, mas dando também espaço para que as participantes partilhassem experiências pessoais relevantes. Todo o processo respeitou os princípios éticos da investigação em Psicologia, nomeadamente o consentimento informado (Anexo B), a confidencialidade e o anonimato dos dados. As participantes foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos do estudo, a natureza voluntária da sua participação e a possibilidade de desistir a qualquer momento, sem quaisquer consequências. Estes procedimentos visaram garantir um ambiente de confiança e segurança, promovendo a autenticidade e a liberdade na partilha da sua experiência.

5. Procedimento de Tratamento e Análise de Dados

Para assegurar o anonimato das participantes, os seus nomes foram substituídos por códigos alfanuméricos, iniciados pela letra “E” seguida de dois números (e.g., E01). O tratamento dos dados iniciou-se com a transcrição integral e fiel das entrevistas, permitindo preservar a riqueza e complexidade do discurso das participantes. Posteriormente, procedeu-se a uma leitura flutuante, que possibilitou uma familiarização aprofundada com os conteúdos e o reconhecimento de padrões emergentes.

A análise dos dados seguiu uma abordagem semi-indutiva, recorrendo ao software NVIVO 14, que permitiu codificar e categorizar os dados de forma sistemática, mantendo proximidade com o discurso original das participantes (Dollah et al., 2017). A codificação inicial foi refinada através de revisões sucessivas, permitindo identificar categorias e subcategorias representativas das experiências relatadas.

Para garantir a validade e fiabilidade da análise, adotou-se a triangulação de investigadores (Valencia, 2022), envolvendo, além da autora, a investigadora responsável pela equipa de investigação. Este procedimento contribuiu para minimizar vieses interpretativos e fortalecer a consistência das inferências realizadas.

Apresentação e discussão de resultados

Com o intuito de promover uma leitura clara e estruturada dos dados, a apresentação e discussão dos resultados foram organizadas segundo as Questões de Investigação, integrando os testemunhos das participantes com a literatura científica. Esta abordagem permite compreender a PMA enquanto fenómeno simultaneamente emocional, relacional e socialmente contextualizado.

A análise qualitativa das entrevistas permitiu identificar categorias e subcategorias que traduzem a complexidade das experiências das mulheres que recorreram com sucesso à PMA. O Sistema Geral de Categorias (Anexo C) e a respetiva descrição (Anexo D) seguem uma estrutura gráfica: categorias de primeira geração em MAIÚSCULAS, de segunda sublinhadas, de terceira em *itálico* e de última geração a **negrito**. Esta organização procura assegurar uma estrutura analítica clara e sistematizada, orientando a apresentação e discussão dos dados ao longo das diferentes etapas do processo.

Q.I.1. Como se desenvolvem as vivências das mulheres ao longo da trajetória da infertilidade e da PMA, desde o diagnóstico até à comunicação do resultado, e quais são os elementos positivos e negativos dessa experiência, nomeadamente o papel das relações interpessoais?

A questão de investigação em análise permitiu aprofundar a forma como as participantes atribuem sentido à sua experiência, reconhecendo momentos de vulnerabilidade, mas também de crescimento pessoal e conjugal. De facto, as vivências das participantes ao longo da trajetória da infertilidade, da PMA e da notícia da gravidez revelam um percurso emocional e relacional progressivo, que se inicia ANTES DO DIAGNÓSTICO. Após este primeiro momento as participantes atravessam o impacto do DIAGNÓSTICO, percurso exigente da PMA, o qual culmina na intensidade emocional da NOTÍCIA DA GRAVIDEZ. Ao longo de todo o percurso emergem

elementos de vulnerabilidade, esperança, reorganização emocional e recursos relacionais que moldam a forma como as mulheres integram cada etapa.

No período ANTES DO DIAGNÓSTICO, o **Desejo de Engravidar** (“...eu deixei de tomar a pílula aaaa depois de ter casado com o pai da minha filha aaaa...” - E05) e a **Tentativa Natural** (“Cheguei a tentar engravidar” - E01) referido por 3 participantes foram marcados por expectativas positivas e pela confiança numa concepção espontânea. Contudo, as **Dificuldades em engravidar** introduziram frustração e rutura com a expectativa inicial, tal como ilustrado por uma participante que referiu ***Na altura foi assim toda uma dificuldade***, (“Depois descubro que seria muito difícil voltar a engravidar... na altura foi assim toda uma dificuldade” - E02). Noutros 2 casos, a dificuldade foi inicialmente relativizada, como expresso em ***Não foi logo um problema*** (“...não foi logo um problema” - E01), traduzindo um processo de minimização característico das fases iniciais da infertilidade (Zhao et al., 2025).

Algumas mulheres reconheceram **Fatores de risco prévios**, sobretudo relacionados com idade e alterações ginecológicas (“...já tinha 37 anos... percebi que tinha ovários poliquísticos...” - E01), o que está de acordo com a literatura que identifica a idade materna avançada e patologias ovarianas como fatores críticos (Vander Borgh & Wyns, 2018). Em algumas situações, existiu **Presença de acompanhamento profissional** ainda antes do diagnóstico, motivada por alterações percebidas no ciclo ou saúde reprodutiva (“Eu primeiro estava a ser acompanhada pela minha médica de saúde” - E01).

O DIAGNÓSTICO constitui um marco emocional profundamente disruptivo, despertando emoções intensas como ***Tristeza*** (“...fiquei, como é obvio, muito triste porque foi uma sentença de infertilidade” - E04), ***Culpa*** (“Eu pensei que estava a ser castigada” - E04), ***Ansiedade face ao diagnóstico*** (“Senti-me ansiosa” - E02), ***Preocupação*** (“...e preocupada” - E02) e ***Sobrecarga Emocional*** (“Foi um bocadinho difícil” - E05). Estes achados convergem com estudos que descrevem o diagnóstico como um momento de elevada carga identitária e ameaçador para o autoconceito (Reis et al., 2013). A forma como o diagnóstico foi comunicado modulou significativamente o impacto emocional: a descrição de ***Experiência positiva - Sim*** (“O médico foi muito claro e objetivo” - E03) feita por 5 participantes, favoreceu segurança, enquanto relatos de ***Experiência negativa*** (“Foi absolutamente horrível e insensível...” - E02) intensificaram sentimentos de desamparo.

O apoio conjugal revelou-se um recurso decisivo, sobretudo quando caracterizado por **Apoio** (“*É assim (pausa) aaaa ele sempre me.... ele sempre me passou que isto era um problema dos dois. Nunca...nunca me fez querer que era um problema só meu e sempre me quis transmitir isso e estava lá, nesse sentido*” - E03) e **Perceção de aceitação** (“*Falamos várias vezes disso e ele aceitou sempre bastante bem mostrou ser.... nós até brincámos às vezes com essa situação*” - E04). Já a ausência ou menor envolvimento masculino (“*Eu estava sozinha na consulta...*” - E03) parece ter aumentado a vulnerabilidade emocional. De salientar que esta participante descreve uma situação passada ainda durante as restrições da COVID que impediram a presença de acompanhantes nas consultas e procedimentos de saúde. Estas limitações, amplamente documentadas na literatura, tiveram impacto significativo no bem-estar emocional de mulheres em contexto reprodutivo, aumentando sentimentos de solidão, ansiedade e sobrecarga emocional, mesmo quando o suporte conjugal existia e era efetivo fora do espaço clínico. Estudos conduzidos durante a pandemia mostram que a impossibilidade de partilhar momentos críticos, como diagnósticos, consultas médicas ou decisões sobre tratamentos, intensificou o sofrimento psicológico e reduziu a perceção de suporte, ainda que o parceiro estivesse presente noutros momentos (López-Morales et al., 2021; Ceulemans et al., 2021). Assim, no caso desta participante, a ausência física do marido na consulta não reflete falta de envolvimento, mas sim um contexto externo que pode ter amplificado o impacto emocional do diagnóstico.

A fase da PMA constituiu a etapa mais densa emocionalmente, englobando decisões práticas, exigências clínicas e reorganização emocional. A Tomada de decisão envolveu ponderações sobre idade e tempo, logo **Variável Tempo** (“*Nós queríamos engravidar e pronto aaaa também não queríamos que demorasse muito tempo, acabamos por decidir*” - E01), probabilidades de sucesso e alternativas, ou seja, **Ponderação de Adoção** (“*Sim, chegamos a falar da adoção caso não conseguíssemos não é*” - E02) e **Várias opções** (“*Vamos? Não? Adotamos? Não temos filhos? Temos filhos assim? Não, há esta solução, então vamos*” - E02) e sobretudo a **Possibilidade financeira de avançar** (“*Na altura conseguíamos pagar muito bem...*” - E02). Este aspeto pode ser relevante, uma vez que os custos da PMA são considerados elevados em vários estudos (Seiz et al., 2023) apesar de, em Portugal, desde 2016 existir comparticipação de medicamentos utilizados nos tratamentos de infertilidade, ao abrigo da Portaria n.º 193/2016, que estabelece a sua inclusão no regime de comparticipação do

SNS. Ainda assim, mesmo com esta medida, os encargos associados aos tratamentos - incluindo consultas, procedimentos laboratoriais e técnicas realizadas no setor privado - continuam a representar um peso económico significativo para muitos casais, como demonstrado em investigações que sublinham as desigualdades no acesso e a carga financeira acumulada ao longo do processo (Gameiro et al., 2018; Domar et al., 2020). Também a *Influência Profissional*, quando as participantes se referem à influência da sua vida profissional na tomada de decisão, desempenhou um papel ambivalente: por um lado, proporcionou orientação; por outro, o excesso de literacia em saúde aumentou a ansiedade (“*O facto de nós sabermos muito também nos prejudica... os ignorantes são as pessoas mais felizes*” - E04), o que confirma os achados de Daniluk et al. (2015) sobre o papel da literacia na tomada de decisão. As participantes descreveram a decisão de avançar, no **Processo de Tomada de Decisão**, como um ato de coragem emocional (“*Decidimos sim... vamos avançar... seja o que Deus quiser*” - E04), frequentemente atravessado por esperança e medo.

O Sistema de Saúde revelou-se igualmente determinante. A transição do setor **público para o privado** foi descrita pelas participantes como uma forma de obter maior previsibilidade, rapidez e sensação de controlo (“*...como era uma luta contra o tempo... fomos para o privado*” - E01). Esta perceção está alinhada com a literatura, que demonstra que quando as pessoas sentem que têm mais controlo sobre o processo, podendo escolher, decidir e compreender cada passo, tendem a experienciar menos ansiedade e menor sofrimento emocional durante os tratamentos de PMA (Yan et al., 2024).

A qualidade do *Acompanhamento profissional* variou entre experiências altamente empáticas, existindo **Apoio dos outros profissionais** (“*A médica era muito sensível... a enfermeira era disponível...*” - E05) e episódios percebidos como **Acompanhamento menos positivo** (“*Acho que sofri um bocado violência ginecológica... foi muito duro*” - E03). Esta variação ilustra de forma concreta o que a literatura tem vindo a demonstrar: a comunicação centrada na pessoa é um elemento crucial para o bem-estar emocional das mulheres durante a PMA, influenciando diretamente a forma como vivenciam cada etapa (Von Estorff et al., 2024).

No plano emocional, a Vivência psicológica do processo de PMA revelou uma combinação de desgaste e esperança. As participantes descreveram que o processo “**É uma carga emocional**” intensa (“*Nunca estamos preparados porque de facto é uma*

carga emocional...completamente” - E03), marcada por **Ansiedade** (“*Até saber aaa se aconteceu alguma coisa havia ali alguma ansiedade...*” - E05), **Receio** (“*Depois tinha o receio, tinha mais o receio que alguma coisa não corresse bem*” - E02), **Frustração** (“*... que foi verdadeiramente frustrante. De resto acho que aquilo realmente nos deixou bastante abaixo e sentimos-mos frustrados*” - E04), **Solidão** (“*o início é muito solitário para a mulher...por mais compreensão que possa existir em casa, ninguém entende o nosso processo interno...ninguém consegue perceber por muito mais que eu falo ou que eu partilho...*” - E05) e ambivalência face às expectativas. Ao mesmo tempo, emergiram movimentos de fortalecimento emocional associadas a **Alterações ao Longo do Processo** (“*Parece que ganha como se fosse ali uma carapaça*” - E03), compatíveis com modelos de resiliência e crescimento pós-traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004). Segundo este modelo, eventos altamente desafiantes, como a infertilidade e os tratamentos de PMA, podem desencadear não apenas sofrimento, mas também processos de reflexão, reorganização emocional e descoberta de novos significados. Esta coexistência entre desgaste emocional e esperança descrita pelas participantes alinha-se com os resultados de Yu et al. (2021), que evidenciam que mulheres que engravidam após tratamentos de infertilidade vivenciam simultaneamente tensão, ansiedade e momentos de alívio e gratidão ao longo de todo o percurso. O crescimento pós-traumático manifesta-se através de maior força pessoal, valorização das relações e mudança nas prioridades de vida, características que emergem nos relatos das participantes quando descrevem sentir-se “mais fortes”, “mais preparadas” ou “com outra carapaça” ao longo do processo.

Todas as participantes se referiram aos **Desafios psicológicos** (“*Sentir aquilo tudo foi, foi assim um bocado avassalador aaa porque não estava preparada simplesmente*” – E05). Estes desafios manifestaram-se através de *Emoções e Sentimentos*, que incluíram ansiedade persistente (“*Muita ansiedade... sempre que o telefone tocava...*” - E03), receio do insucesso (“*...tinha todos esses receios*” - E02) e sentimentos de **Culpa** (“*Parecia que as pessoas queriam saber onde estava a culpa...*” – E03). A literatura confirma que culpa e autocriticismo são reações frequentes entre mulheres em PMA (Boivin et al., 2022; Galhardo et al., 2013).

A Vivência da diáde no processo de PMA oscilou entre suporte mútuo (“*Ele chamava-me muitas vezes à razão...*” - E03) e dificuldades de expressão emocional (“*Ele não demonstra muito*” - E01), confirmando que a infertilidade pode tanto fortalecer como fragilizar o casal (Pasch & Sullivan, 2016), mas onde todas as participantes referem que

sentiram *Apoio emocional do parceiro* (“*Mas também sempre extremamente preocupado comigo*”- E02). Simultaneamente, a literatura tem demonstrado que a infertilidade e os tratamentos de PMA têm impacto significativo também nos parceiros, frequentemente associado a stress emocional, sentimentos de impotência, preocupação com o bem-estar da companheira e percepções de inadequação relativamente ao papel reprodutivo (Fisher et al., 2010; Martins et al., 2016). De forma consistente com esses dados, quatro das cinco participantes do presente estudo referiram que os seus parceiros foram igualmente afetados pelo processo, descrevendo manifestações de ansiedade, frustração e carga emocional. Segundo o relato das participantes, estes impactos, ainda que por vezes expressos de forma mais silenciosa, refletiriam o envolvimento emocional dos parceiros e a partilha do sofrimento associado ao percurso de infertilidade e PMA.

Por fim, a NOTÍCIA DA GRAVIDEZ foi vivida com mistura de alívio, alegria e ansiedade persistente (“*Ficava muito ansiosa...*” – E03). Em casos em que a mulher recebeu a notícia sozinha - “*Estava sozinha o que foi horrível para mim*” (E05), o impacto emocional intensificou-se. A literatura confirma que a ansiedade pode permanecer elevada mesmo após o sucesso da PMA (Hammarberg et al., 2018).

Q.I.2. De que forma o impacto psicossocial se manifesta em cada etapa do processo (diagnóstico, tratamentos, espera e notícias da gravidez), atendendo às estratégias de coping utilizadas e ao papel do acompanhamento clínico e psicológico?

O impacto psicossocial variou entre etapas, mantendo-se sempre marcado pela oscilação entre vulnerabilidade, estratégias de *coping* e a importância do suporte interpessoal e clínico.

No DIAGNÓSTICO, o impacto emocional manifestou-se de forma abrupta, refletindo percepções de ameaça, perda e instabilidade identitária, como já foi referido na resposta à QI1. Destacamos aqui o papel da *Culpa*, o facto de o diagnóstico ser vivenciado como responsabilização pessoal (“*Eu pensei... que estava a ser castigada...*” - E04), o que está de acordo com estudos que associam o diagnóstico de infertilidade a sentimentos de falha e autculpabilização (Morison et al., 2016; Reis et al., 2013).

A qualidade da comunicação clínica determinou diferenças significativas no ajustamento emocional: *Experiência positiva* (“*O médico foi muito claro...*” - E03) desempenhou um efeito protetor, enquanto interações de *Experiência negativa* (“*Foi*

absolutamente horrível e insensível...” - E02) ampliaram o sofrimento psicológico nesta fase. É de salientar que todas as participantes, aquando do momento da comunicação do Diagnóstico de Infertilidade, mencionam momentos de *Experiência positiva* – **Sim** (“...foi uma ajuda muito grande...” - E01) relativamente ao **acompanhamento profissional** prestado. Tal refletiu na **Valorização da clareza e da atitude profissional** (“...ele sempre foi muito direto e objetivo e sempre lidou comigo com mais sinceridade...” - E03), por parte de 4 das 5 participantes do estudo.

Durante os Tratamentos de PMA, o impacto psicossocial intensificou-se devido à duração, aleatoriedade dos resultados, exigência física e imprevisibilidade do processo. A **Muita Ansiedade** alcançou níveis elevados, onde 4 das 5 participantes afirmam tal, sobretudo nas fases críticas (“*Muita ansiedade... sempre que o telefone tocava...*” - E03). De facto, a experiência foi descrita como acumulativa e exaustiva, associada a **Carga emocional** (“...nunca estamos preparados porque de facto é uma carga emocional completamente...” - E03), **Frustração** (“...que foi verdadeiramente frustrante...” - E02), **Receio** (“Depois tinha o receio, tinha mais o receio que alguma coisa não corresse bem...” - E02) e períodos de **Solidão** (“...o início eu acho que é muito solitário...” – E05). Estes achados alinham-se com a literatura que conceptualiza a PMA como um processo de “stress cíclico” (Dornelles et al., 2016).

A evidência científica tem demonstrado que os tratamentos de PMA implicam um conjunto de exigências físicas que podem ser particularmente desgastantes, desde os efeitos biológicos da medicação hormonal até ao desconforto inerente aos procedimentos clínicos frequentes (Johansson et al., 2019; Gameiro et al., 2014). No presente estudo, todas as participantes relataram sentir de forma marcada desafios ao **Nível Físico** (“...a nível físico a parte das dores (risos) e depois o cansaço (risos)...” - E05), descrevendo alterações corporais, dor, sensibilidade e cansaço acumulado ao longo das diferentes fases do tratamento. Embora estas manifestações se enquadrem no carácter intrusivo dos procedimentos, elas tendem a amplificar o peso emocional da experiência, contribuindo para um maior sentimento de exaustão, preocupação e imprevisibilidade. Assim, torna-se evidente que os desafios físicos não operam isoladamente, mas interagem com o processo psicológico, podendo intensificar o stress e influenciar a perceção de autoeficácia durante o percurso reprodutivo.

O Acompanhamento Psicológico emergiu como insuficiente, sendo descrito como inexistente ou inadequado (“É uma autêntica comédia... não vale a pena comentar...” –

E03), onde 4 das 5 participantes referiram que **Não** (*“Não, e lá não me foi proposto sequer...” - E02*) receberam apoio psicológico especializados nos serviços. Efetivamente, muitas recomendações internacionais apontam para a necessidade de integrar apoio psicológico continuado (ESHRE, 2023). Quatro das cinco participantes referiram que o acompanhamento psicológico seria **Importante** (*“...acho que disponibilizar é fundamental.... depois se as pessoas não sentirem necessidade e não quiserem... não usufruem, mas eu acho que disponibilizar é um momento importante... é importante haver esse acompanhamento” - E03*) ao longo da PMA, sobretudo para lidar com a ansiedade, o medo do insucesso e a carga emocional acumulada. Embora nem todas tenham tido acesso a este apoio, reconheceram que a presença de um psicólogo poderia ter facilitado a gestão emocional e a clarificação de expectativas. Esta percepção está alinhada com a literatura, que evidencia que o acompanhamento psicológico reduz sofrimento emocional e melhora o ajustamento durante a infertilidade e os tratamentos (Galhardo et al., 2013; Peterson et al., 2012). Contudo, uma participante expressou receio de que este acompanhamento pudesse ter um carácter eliminatório, afirmando **“Se não somos ali eliminados”** (*“Faz parte do protocolo nós irmos a uma consulta com o psicólogo...se não somos ali eliminados” - E03*), revelando a percepção de que a avaliação psicológica poderia limitar o acesso ao tratamento. As recomendações da ESHRE (2023) sublinham, porém, que o apoio psicológico deve ser integrado de forma sistemática e não punitiva, funcionando como recurso facilitador e não como barreira ao processo de PMA. Para além disso, de forma geral, todas as participantes relataram sentir **Apoio dos outros profissionais** (*“A simplicidade e o a vontade com que ele nos deixa e que mostrava que aquilo era uma situação era normal...nem sentirmo-nos menos mulheres por causa disso porque é normal” - E02*) ao longo dos tratamentos de PMA, destacando sobretudo a disponibilidade, a clareza na comunicação e a postura empática de alguns profissionais. Esta percepção de suporte clínico contribuiu para uma maior sensação de segurança e contenção emocional durante um processo marcado por incerteza e exigência, o que está em consonância com a literatura que identifica a relação terapêutica e a comunicação centrada na pessoa como elementos protetores face ao stress e à ansiedade associados à infertilidade (von Estorff et al., 2024; Payne et al., 2024). Apesar de diferenças individuais na forma como cada mulher vivenciou episódios específicos de acompanhamento, o sentimento global foi o de que a equipa médica desempenhou um papel significativo na gestão emocional e na vivência do tratamento.

Assim, de forma transversal, todas as participantes referiram que **Aconselhariam** (“...aconselharia porque é uma possibilidade de podermos ter um filho nosso, não é?... se hoje a ciência nos permite isso, podemos aproveitar essa possibilidade e oportunidade, não é?” - E04) outras mulheres ou casais em situação semelhante a recorrer às técnicas de PMA, reconhecendo o processo como exigente, mas potencialmente recompensador. Esta predisposição para recomendar o tratamento parece ancorar-se tanto no desfecho bem-sucedido como na percepção de que, apesar das dificuldades emocionais e práticas, a PMA representa uma oportunidade concreta de concretizar o desejo de parentalidade. Este resultado está alinhado com estudos que indicam que mulheres que alcançam uma gravidez através da PMA tendem a valorizar o percurso e a reforçar a sua legitimidade enquanto opção viável para quem enfrenta infertilidade (Hammarberg et al., 2018; Foyston et al., 2025).

As Estratégias de coping que descreveram revelaram efeitos ambivalentes. A *Procura de informação* identificada por uma das participantes funcionou como tentativa de controlo, mas aumentou a ansiedade, quando associada à exposição a testemunhos negativos (“Eu li muita coisa... vivia sempre com muito medo...” - E04). O suporte social e emocional através da **Experiência em casal** mostrou-se protetor (“Foi uma fase de superação para os dois... fortaleceu o casamento” – E04). Estudos como Boivin & Gameiro (2019) confirmam que estratégias ativas de coping e apoio social reduzem reações ansiosas e depressivas.

A fase de Espera, especialmente entre recolha, transferência e resultados, foi vivenciada como um período de tempo suspenso, caracterizado por hipervigilância e receio do insucesso. A literatura descreve esta etapa como uma das mais emocionalmente exigentes (Payne et al., 2024), o que se confirma pelos relatos das participantes.

Com a NOTÍCIA DA GRAVIDEZ, o impacto psicossocial, manifestado através da Resposta emocional, assumiu contornos ambivalentes. A alegria e o alívio coexistiram com elevados níveis de **Ansiedade** (“Vivia passinho a passinho... ficava muito ansiosa...” - E03), especialmente devido ao medo de perda gestacional. Receber a notícia em solidão, **Estava sozinha o que foi horrível para mim** (“Estava sozinha... foi horrível...” - E05), acentuou ainda mais a vulnerabilidade. Estes resultados estão em consonância com estudos que demonstram manutenção de ansiedade após conceção por PMA (Hammarberg et al., 2018).

Assim, o impacto psicossocial manifesta-se como um percurso oscilante entre vulnerabilidade e adaptação, no qual a qualidade das relações interpessoais, o suporte conjugal, a comunicação clínica e a presença (ou ausência) de acompanhamento psicológico desempenham papéis determinantes. As estratégias de coping, quando ajustadas, promovem resiliência e reorganização emocional, permitindo às mulheres integrar o processo de PMA como experiência marcante, mas transformadora (Antequera-Jurado et al., 2023). Os nossos resultados vão também ao encontro de Yu et al. (2021), cujo estudo qualitativo mostra que, mesmo após uma gravidez bem-sucedida, as mulheres continuam a relatar um percurso emocional marcado pela coexistência de ansiedade e esperança. Tal reforça a ideia de que o sucesso do tratamento não apaga o impacto acumulado das fases anteriores, mas reconfigura a forma como as mulheres resinificam a experiência.

Conclusão

Todo o processo de investigação regeu-se por princípios éticos rigorosos, incluindo consentimento informado, confidencialidade e salvaguarda da integridade dos testemunhos recolhidos. A análise qualitativa realizada permitiu compreender de forma aprofundada as experiências e perspetivas das mulheres, relativamente ao recurso à PMA com sucesso final, respondendo aos objetivos delineados e, esperamos, contribuindo para o conhecimento científico e para a prática clínica nesta área.

Os resultados permitem compreender a PMA como uma experiência emocionalmente intensa, marcada pela coexistência de vulnerabilidade, esperança e perseverança. As mulheres relataram um percurso permeado por ansiedade, incerteza, medo, culpa e frustração, mas também por determinação, sentido de propósito e momentos de fortalecimento pessoal e relacional. Estes dados convergem com a literatura que conceptualiza a infertilidade como uma crise existencial e identitária, frequentemente acompanhada de sofrimento psicológico significativo (Greil et al., 2021; Gameiro, Boivin & Domar, 2013), que o sucesso final não anula ou apaga.

O grupo de participantes, composto por mulheres com percursos bem-sucedidos de PMA, revelou ainda a importância das condições contextuais, nomeadamente o tipo de sistema de saúde. A transição do setor público para o privado foi descrita como promotora de maior previsibilidade, rapidez e controlo sobre o processo, influenciando o bem-estar e a perceção de segurança. Este resultado está em consonância com Yan et al.

(2024), que destacam que cuidados mais centrados na pessoa tendem a aumentar os níveis de satisfação e estabilidade emocional durante os tratamentos de fertilidade.

As experiências relatadas demonstram que a infertilidade e a PMA não só não se esgotam na dimensão biomédica, como exigem uma leitura biopsicossocial que integre aspetos emocionais, relacionais e identitários. A ansiedade, o medo do insucesso, a culpa e o desgaste emocional podem afetar significativamente o bem-estar psicológico, a autoestima e a dinâmica conjugal, tal como documentado por Hammarberg, Fisher e Wynter (2018) e Boivin et al. (2022). Assim, a intervenção psicológica emerge como fundamental, não apenas enquanto suporte pontual, mas enquanto componente estruturante do processo reprodutivo.

Em linha com as recomendações da *ESHRE* (ESHRE, 2023), os dados deste estudo reforçam a necessidade de integrar apoio psicológico especializado e continuado em todas as fases do percurso, desde o diagnóstico até ao período pós-tratamento. As participantes relataram sentir ausência de acompanhamento emocional sistemático, identificando como limitada a oferta de suporte psicológico. Estes elementos vão ao encontro de estudos que demonstram os benefícios do acompanhamento especializado na redução de ansiedade e depressão, na melhoria do coping e na promoção de uma comunicação conjugal mais eficaz (Peterson et al., 2012; Galhardo et al., 2013).

Embora o conceito de resiliência não tenha sido explicitamente referido pelas participantes, a análise interpretativa sugere que este construto desempenhou um papel relevante na adaptação ao processo. A literatura aponta que níveis mais elevados de resiliência se associam a menor sintomatologia depressiva e melhor ajustamento psicossocial em contextos de infertilidade (Jiang et al., 2024; Bagade et al., 2023). Assim, a resiliência deve ser entendida como uma competência dinâmica, suscetível de ser promovida através de intervenções psicológicas focadas na gestão emocional, flexibilidade cognitiva e reconstrução positiva da experiência (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Importa ainda reconhecer as limitações deste estudo. O número reduzido de participantes e a homogeneidade da amostra, exclusivamente mulheres casadas, com formação académica superior e empregadas, limitam a generalização dos resultados. Além disso, o carácter voluntário da participação poderá contribuir para um viés de seleção, favorecendo mulheres com maior estabilidade emocional ou perceções

potencialmente mais positivas do processo. Ainda assim, a coerência analítica e a triangulação entre investigadoras reforçam a validade interpretativa dos resultados.

As implicações para investigação futura incluem a necessidade de estudos longitudinais que acompanhem mulheres ao longo das diferentes fases da PMA, permitindo compreender a evolução emocional no tempo. Estudos comparativos entre o sistema público e privado poderão clarificar o impacto do contexto institucional na experiência subjetiva das pacientes. Adicionalmente, investigações futuras poderão explorar de forma sistemática o papel da culpa e da resiliência enquanto mediadores do ajustamento emocional, bem como avaliar a eficácia de programas estruturados de intervenção psicológica integrados nos cuidados de PMA.

Tendo em conta que os resultados deste estudo evidenciam claramente que a PMA constitui um processo contínuo, cujo impacto psicológico não termina com a obtenção da gravidez, torna-se igualmente relevante aprofundar o que acontece depois do sucesso reprodutivo. A literatura indica que muitas mulheres que engravidam após PMA continuam a experienciar níveis elevados de ansiedade, hipervigilância e sentimento de vulnerabilidade durante a gravidez (Poikkeus et al., 2014; Aksu & Gulec-Satir, 2022). Estudos recentes mostram mesmo que a vivência da gravidez e a transição para a parentalidade após conceção medicalizada podem manter elementos de tensão emocional e necessidade de suporte continuado (Foyston et al., 2023; Foyston et al., 2025). Do mesmo modo, sínteses qualitativas revelam que, apesar do sucesso, muitos casais continuam a enfrentar desafios emocionais, relacionais e identitários no decorrer da gravidez (René et al., 2022).

Assim, seria importante que investigações futuras explorassem de forma aprofundada a vivência da gravidez em mulheres que engravidaram através de PMA, avaliando como o percurso prévio influencia o ajustamento emocional, o sentimento de segurança e a experiência de transição para a parentalidade. Do mesmo modo, seria pertinente desenvolver e testar intervenções psicológicas especificamente dirigidas à fase da gravidez, adequadas às necessidades particulares das mulheres que conceberam através destas técnicas, tendo em conta que o sucesso reprodutivo não elimina, necessariamente, o impacto acumulado do processo (Smorti & Smorti, 2013).

Em síntese, este estudo reforça a compreensão da infertilidade e da PMA como experiências profundamente emocionais, identitárias e relacionais. A integração de acompanhamento psicológico especializado ao longo de todo o percurso não deve ser

vista como um complemento facultativo, mas como uma necessidade clínica e humana, fundamental para a promoção do bem-estar e para a construção de práticas de saúde verdadeiramente centradas na pessoa e no casal.

Referências Bibliográficas

- Aksu, H., & Gulec-Satir, D. (2022). *Comparison of the adaptation to pregnancy in women who received infertility treatment and those who did not*. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 6(1), 260–267. <https://doi.org/10.30621/jbachs.1006052>
- Aksu, H., & Gulec-Satir, D. (2022). Comparison of the adaptation to pregnancy in women who received infertility treatment and those who did not. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 6(1), 260–267. <https://doi.org/10.30621/jbachs.1006052> [dergipark.org.tr]
- Anaman-Torgbor, J. A., Essilfie, M. E., Asante, K. O., & Annan, R. A. (2021). *The psychosocial impact of infertility among infertile couples in Ghana*. *International Journal of Reproductive Medicine*, 2021, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2021/9946393>
- Anaman-Torgbor, J. A., Jonathan, J. W. A., Asare, L., Osarfo, B., Attivor, R., Bonsu, A., Fialor, E. a. E., & Tarkang, E. E. (2021). Experiences of women undergoing assisted reproductive technology in Ghana: A qualitative analysis of their experiences. *PLoS ONE*, 16(8), e0255957. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255957>
- Annan-Frey, L., Boateng, E. A., Lomotey, A., Lartey, C., & Dzomeku, V. (2023). Lived experiences and coping strategies of persons seeking infertility treatment in the Kumasi metropolis: a descriptive phenomenological study. *BMC Women S Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02194-6>
- Antequera-Jurado, R., Moreno-Rosset, C., & Ramírez-Uclés, I. (2023). The specific psychosocial modulator factors of emotional adjustment in infertile individuals compared to fertile people. *Current Psychology*, 43(2), 1943–1951. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04436-0>
- Antequera-Jurado, R., Moreno-Rosset, C., & Ramírez-Uclés, I. (2023). The specific psychosocial modulator factors of emotional adjustment in infertile individuals compared to fertile people. *Current Psychology*, 43(2), 1943–1951. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04436-0>
- Ascensão, J., & Duarte Silva, R. (2025, outubro 17). *São João abre serviço de PMA a utentes de todo o país*. *Expresso*. <https://expresso.pt>

- Associação Portuguesa de Fertilidade. (2025, maio 25). *Press-kit* 25/05/20 [PDF]. https://apfertilidade.org/wp-content/uploads/2025/05/APF_press-kit_250520.pdf
- Bagade, O., Saini, A., & Pandya, A. (2023). *Resilience and psychological adjustment among women undergoing infertility treatment*. *Journal of Reproductive Psychology*, 47(2), 115–130.
- Bagade, O., Wang, L., & Jiang, L. (2023). *Psychological resilience and mental health outcomes among women undergoing fertility treatment*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 41(2), 123–138. <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2039217>
- Bagade, P. S., Nayak, R. D., & Bharath, R. D. (2023). *Resilience and psychological well-being among infertile women undergoing assisted reproductive treatment*. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 16(2), 165–172. https://doi.org/10.4103/jhrs.jhrs_34_23
- Balli, M., Cecchele, A., Pisaturo, V., Makieva, S., Carullo, G., Somigliana, E., Paffoni, A., & Vigano, P. (2022). Opportunities and Limits of Conventional IVF versus ICSI: It Is Time to Come off the Fence. *Journal of Clinical Medicine*, 11(19), 5722. <https://doi.org/10.3390/jcm11195722>
- Bignami, S., Endrich, M., Natale, F., & Ueffing, P. (2024). *Low fertility in the EU: A review of trends and drivers*. JRC Publications Repository. <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC137492>
- Boivin, J., & Gameiro, S. (2019). *Evolution of psychology and counseling in infertility*. *Fertility and Sterility*, 112(3), 451–457. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.07.004>
- Boivin, J., & Gameiro, S. (2019). *Evolution of psychology and counseling in assisted reproduction*. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 9, 64–71.
- Boivin, J., & Gameiro, S. (2019). *Evolution of psychology and counseling in infertility*. *Fertility and Sterility*, 112(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.04.013>
- Boivin, J., Domar, A. D., & Gameiro, S. (2022). *Psychological interventions in infertility: A review of evidence and practice implications*. *Human Reproduction Update*, 28(4), 555–570.

- Boivin, J., Domar, A. D., Shapiro, D. B., Wischmann, T. H., Fauser, B. C. J. M., & Verhaak, C. (2012). Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff. *Human Reproduction*, 27(4), 941–950. <https://doi.org/10.1093/humrep/der467>
- Boivin, J., Harrison, C., Mathur, R., & Gameiro, S. (2022). *Emotional distress in women undergoing assisted reproduction: A systematic review and meta-analysis*. *Human Reproduction Update*, 28(3), 325–347. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmac001>
- Boivin, J., Harrison, C., Mathur, R., Burns, G., Pericleous-Smith, A., & Gameiro, S. (2020). Patient experiences of fertility clinic closure during the COVID-19 pandemic: appraisals, coping and emotions. *Human reproduction*, 35(11), 2556–2566. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa218>
- Boivin, J., Vassena, R., Costa, M., Vegni, E., Dixon, M., Collura, M. B., ... & Domar, A. (2022). Tailored support may be required to reduce the impact of the infertility journey on mental health, relationships and daily lives of infertile patients and partners to infertile patients. *Reproductive BioMedicine Online*. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.01.015>
- Burgio, S., Polizzi, C., Buzzaccarini, G., Laganà, A. S., Gullo, G., Perricone, G., Perino, A., Cucinella, G., & Alesi, M. (2022). Psychological variables in medically assisted reproduction: a systematic review. *Menopausal Review*, 21(1), 47–63. <https://doi.org/10.5114/pm.2022.114404>
- Bushnik, T., Cook, J. L., Yuzpe, A. A., Tough, S., & Collins, J. (2012). *Estimating the prevalence of infertility in Canada*. *Human Reproduction*, 27(3), 738–746. <https://doi.org/10.1093/humrep/der465>
- Campbell, A., Cohen, J., Ivani, K., Morbeck, D., Palmer, G., & Mortimer, S. (2021). The in vitro fertilization laboratory: teamwork and teaming. *Fertility and Sterility*, 117(1), 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.09.031>
- Carson, S. A., & Kallen, A. N. (2021). Diagnosis and management of infertility. *JAMA*, 326(1), 65. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.4788>
- Carson, S. A., & Kallen, A. N. (2021). *Diagnosis and management of infertility: A review*. *JAMA*, 326(1), 65–76. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.4788>
- Concelho Nacional de Produção Medicamente Assistida. (2025). RELATÓRIO ATIVIDADE DESENVOLVIDA PELOS CENTROS DE PMA EM 2022.

In Conselho Nacional De Produção Medicamente Assistida. Retrieved August 20, 2025, from <https://www.cnpma.org.pt/cnpma/Documents/RelatoriosAtividadeEmPma/RELATORIO%20ATIVIDADE%20PMA%202022.pdf>

Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. (2022). *Relatório sobre a atividade em PMA*

2021: ciclos de tratamento iniciados em 2021 [PDF]. <https://www.cnpma.org.pt/cnpma/Documents/RelatoriosAtividadeEmPma/RELAT%C3%93RIO%20DA%20ATIVIDADE%20EM%20PMA%202021.pdf>

Courbiere, B., Lacan, A., Grynberg, M., Grelat, A., Rio, V., Arbo, E., & Solignac, C. (2020). Psychosocial and professional burden of Medically Assisted Reproduction (MAR): Results from a French survey. *PLoS ONE*, 15(9), e0238945. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238945>

Crawford, N. M., Hoff, H. S., Mersereau, J. E., & Kelsey, T. W. (2017). *Depressive symptoms and assisted reproductive technology treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis*. *Fertility and Sterility*, 107(2), 376–389. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.007>

Crespo, E., & Bestard, J. (2017). Psychosocial needs of women and their partners after successful assisted reproduction treatment in Barcelona. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 3, 90–99. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2017.04.001>

Daniluk, J. C., Koert, E., & Cheung, A. (2015). *Childless women's knowledge of fertility and assisted human reproduction: Identifying the gaps*. *Fertility and Sterility*, 104(2), 302–307. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.05.013>

De Klerk, C., Macklon, N., Heijnen, E., Eijkemans, M., Fauser, B., Passchier, J., & Hunfeld, J. (2007). The psychological impact of IVF failure after two or more cycles of IVF with a mild versus standard treatment strategy. *Human Reproduction*, 22(9), 2554–2558. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem171>

Department of Health. (n.d.). *Age and fertility*. Better Health Channel. https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/age-and-fertility?utm_source=chatgpt.com

- Deshpande, P. S., & Gupta, A. S. (2019). *Causes and prevalence of factors causing infertility in a public health facility*. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 12(4), 287–293. https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_140_18
- Dornelles, L. M. N., Maciel, C. P., & Santos, M. F. (2016). *Emotional experiences of infertile women undergoing assisted reproduction treatment*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29, 45. <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0055-1>
- Dornelles, L. M., Ferreira, C. F., & Macedo, D. D. (2016). *Emotional experiences during assisted reproductive treatment: A qualitative study*. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 38(5), 242–248. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1585070>
- Dornelles, L., MacCallum, F., Lopes, R., Piccinini, C., & Passos, E. (2015). The experience of pregnancy resulting from Assisted Reproductive Technology (ART) treatment: A qualitative Brazilian study. *Women and Birth*, 29(2), 123–127. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.012>
- Drageset, J. (2021). Social support. In *Springer eBooks* (pp. 137–144). https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_11
- Entidade Reguladora da Saúde.(2020). *Parecer daERS sobre deliberação do Conselho de Administração da Entidade Reguladora da Saúde (versão não confidencial)*[PDF]. Entidade Reguladora da Saúde. <https://ers.pt/media/jogdtsdo/file-119.pdf>
- ESHRE. (2023). *Guideline: Routine psychological support in fertility care*. European Society of Human Reproduction and Embryology.
- European Commission, Joint Research Centre. (2023). *Socioeconomic differences in access to and use of medically assisted reproduction* (JRC Report 132097).https://joint-research-centre.ec.europa.eu/system/files/2023-01/JRC132097_socioeconomic_differences_in_access_to_and_use_of_medically_assisted_reproduction.pdf
- European Society of Human Reproduction and Embryology. (2021). *Factsheet on infertility – prevalence, treatment and fertility decline in Europe* (v. 9). ESHRE.
- European Society of Human Reproduction and Embryology. (2023). *Guideline: Routine psychological support in fertility care*. ESHRE.

- Eurostat. (2024, March 7). How many children were born in the EU in 2022? *Eurostat*. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240307-1?utm_source=chatgpt.com
- Fisher, J. R., Hammarberg, K., & Baker, G. H. (2010). Antenatal mood and adjustment to parenthood among couples conceiving through assisted reproduction. *Human Reproduction*, 25(2), 343–350.
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V., & Costa, M. E. (2016). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 31(12), 2661–2668.
- Foyston, Z., Higgins, L. E., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2025). Life after medicalised conception: an interpretative phenomenological analysis study exploring the experiences of pregnancy and transition to parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07226-7>
- Foyston, Z., Higgins, L. E., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2025). Life after medicalised conception: an interpretative phenomenological analysis study exploring the experiences of pregnancy and transition to parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07226-7>
- Foyston, Z., Higgins, L. E., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2025). *Life after medicalised conception: An interpretative phenomenological analysis study exploring the experiences of pregnancy and transition to parenthood*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 146. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07226-7>
- Foyston, Z., Higgins, L. E., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2025). Life after medicalised conception: An interpretative phenomenological analysis study exploring the experiences of pregnancy and transition to parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, Article 146. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07226-7> [bmcpregnan...entral.com]
- Foyston, Z., Higgins, L., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). Parents' experiences of life after medicalised conception: A thematic meta-synthesis of the qualitative literature. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, Article 520. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05727-x> [bmcpregnan...entral.com]

- Galhardo, A. (2024). O-179 From secrecy to transparency: The journey of donor identity in reproductive medicine in Portugal. *Human Reproduction*, 39(Supplement_1). <https://doi.org/10.1093/humrep/deae108.208>
- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2013). *Self-criticism, experiential avoidance and infertility-related stress in women undergoing infertility treatment*. *Human Reproduction*, 28(8), 2092–2101. <https://doi.org/10.1093/humrep/det123>
- Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2013). *The mediator role of acceptance in the relationship between self-compassion and psychological health in infertility*. *Human Reproduction*, 28(6), 1604–1611. <https://doi.org/10.1093/humrep/det039>
- Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2013). *The impact of psychological intervention in couples dealing with infertility*. *Journal of Health Psychology*, 18(10), 1322–1333.
- Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2013). The mediator role of emotion regulation processes on infertility-related stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(4), 497–507. <https://doi.org/10.1007/s10880-013-9370-3>
- Gameiro, S., Boivin, J., & Domar, A. (2013). *Optimal coping during fertility treatment: What does the evidence tell us?* *Human Reproduction Update*, 19(4), 452–463.
- Gameiro, S., Boivin, J., & Domar, A. (2013). *Optimal psychological support for women undergoing fertility treatment: A review of the evidence and future directions*. *Human Reproduction Update*, 19(6), 693–708. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmt025>
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., De Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., Thorn, P., Van Den Broeck, U., Venetis, C., Verhaak, C., Wischmann, T., & Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff: Figure 1. *Human Reproduction*, 30(11), 2476–2485. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>
- 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.
- Gameiro, S., Verhaak, C. M., Kremer, J. A. M., & Boivin, J. (2014). *Why we should talk about compliance with assisted reproductive technologies (ART): A systematic*

- review and meta-analysis of ART dropout rates. *Human Reproduction Update*, 19(6), 693–708. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmt031>
- Gliozheni, O., Hambartsoumian, E., Strohmer, H., Kreuz-Kinderwunschzentrum, O. & S. P. G., Petrovskaya, E., Tishkevich, O., Bogaerts, K., I-Biostat, C. W., Balic, D., Sibincic, S., Antonova, I., Vrcic, H., Ljiljak, D., Rezabek, K., Markova, J., Lemmen, J., Sõritsa, D., Gissler, M., Pelkonen, S., . . . Goossens, V. (2021). ART in Europe, 2017: results generated from European registries by ESHRE. *Human Reproduction Open*, 2021(3). <https://doi.org/10.1093/hropen/hoab026>
- Greil, A. L., McQuillan, J., & Shreffler, K. M. (2021). *Infertility and psychological distress: A review of recent literature*. *Sociology of Health & Illness*, 43(3), 555–572.
- Greil, A. L., McQuillan, J., & White, L. (2021). *Infertility and psychological distress: A review of conceptual approaches and empirical evidence*. *Sociology of Health & Illness*, 43(2), 407–432. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13189>
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2021). *The social construction of infertility*. *Sociology Compass*, 15(6), e12888. <https://doi.org/10.1111/soc4.12888>
- Hammarberg, K., Fisher, J. R. W., & Wynter, K. (2018). *Psychological and social aspects of pregnancy after assisted reproductive technology*. *Human Fertility*, 21(2), 85–92. <https://doi.org/10.1080/14647273.2017.1381621>
- Hammarberg, K., Fisher, J. R., & Wynter, K. (2018). *Psychological and social aspects of pregnancy after assisted reproductive treatment*. *Reproductive Biomedicine Online*, 36(2), 167–172.
- Hammarberg, K., Fisher, J. R., & Wynter, K. H. (2018). *Psychological and social aspects of pregnancy after infertility and assisted reproductive treatment*. *Human Fertility*, 21(2), 79–85. <https://doi.org/10.1080/14647273.2017.1366541>
- Indicator Metadata Registry details. (n.d.). https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/women-of-reproductive-age-%2815-49-years%29-population-%28thousands%29?utm_source=chatgpt.com
- Inhorn, M. C. (2003). *Local Babies, Global Science: Gender, Religion and in vitro Fertilization in Egypt*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA63247544>
- Jiang, L., Lin, S., & Zhou, C. (2024). *Resilience mediates the relationship between infertility stress and depressive symptoms among women undergoing in vitro*

- fertilization treatment. *BMC Women's Health*, 24, 371. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03156-2>
- Jiang, L., Wang, L., & Li, Y. (2024). *Resilience and emotional well-being in women undergoing fertility treatment: A longitudinal study*. *Psychology, Health & Medicine*, 29(1), 87–99. <https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2188365>
- Jiang, X., Zhang, M., & Lin, P. (2024). *Resilience as a protective factor in infertility-related distress: A meta-analytic review*. *Fertility and Sterility*, 122(1), 41–53.
- Klaus, R. T., Costa, M. H. D., Pimenta, C. F., Mendes, A. V., & Levandowski, D. C. (2023). To disclose and have someone to count on: infertility and social support. *Psicologia - Teoria E Prática*, 25(3). <https://doi.org/10.5935/1980-6906/eptpcp14408.en>
- Laney, E. K., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. (2015). Becoming a Mother: The Influence of Motherhood on Women's identity development. *Identity*, 15(2), 126–145. <https://doi.org/10.1080/15283488.2015.1023440>
- Li, J., Chen, X., Wang, C., Ye, Y., Tian, X., & Gao, L. (2025). Predictors of Stigma Among Women with Infertility: A Cross-Sectional Study in Shenzhen, China. *Patient Preference and Adherence*, Volume 19, 2687–2696. <https://doi.org/10.2147/ppa.s541661>
- Luk, B. H., & Loke, A. Y. (2019). Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *Journal of reproductive and infant psychology*, 37(2), 108-122. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1529407>
- Lusa. (2024, July 2). Lista de espera para tratamentos de fertilidade no SNS é de três anos e meio. *PÚBLICO*. <https://www.publico.pt/2024/07/02/sociedade/noticia/lista-espera-tratamentos-fertilidade-sns-tres-anos-meio-2096138>
- Ma, F., Cao, H., Song, L., Liao, X., & Liu, X. (2018). Study on risk factors for depression in female infertile patients and evaluation of efficacy of psychological nursing intervention. *IntJ Clin Exp Med*, 11(4), 4030-4038. <https://e-century.us/files/ijcem/11/4/ijcem0074343.pdf>
- Mackay, A., Taylor, S., & Glass, B. (2023). Inequity of access: Scoping the barriers to assisted reproductive technologies. *Pharmacy*, 11(1), 17. <https://doi.org/10.3390/pharmacy11010017>

- Malina, A. (2024). The social Infertility cycle model. *Health Psychology Report*, 12(3), 183–196. <https://doi.org/10.5114/hpr/170986>
- Massarotti, C., Gentile, G., Ferreccio, C., Scaruffi, P., Remorgida, V., & Anserini, P. (2019). *Impact of infertility and assisted reproductive technologies on psychological well-being*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(3), 187–192. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1470618>
- Massarotti, C., Gentile, G., Ferreccio, C., Scaruffi, P., Remorgida, V., & Anserini, P. (2019). Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Gynecological Endocrinology*, 35(6), 485–489. <https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1540575>
- Molgora, S., Baldini, M. P., Tamanza, G., Somigliana, E., & Saita, E. (2020). Individual and relational well-being at the start of an ART treatment: A focus on partners' gender differences. *Frontiers in Psychology*, 11, 2027. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02027>
- Moridi, A., Roozbeh, N., Yaghmaei, F., & Omid, S. (2019). *Psychological experiences of women with polycystic ovary syndrome: A qualitative study*. *BMC Women's Health*, 19, 60. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0758-1>
- Morison, T., Macleod, C., Lynch, I., Mijas, M., & Shivakumar, S. T. (2016). Stigma resistance in online childfree communities: The limitations of choice rhetoric. *Psychology of Women Quarterly*, 40(2), 184-198.
- Neto, M. L. A. S., & Pedro, R. T. (Eds.). (2018). *Debatendo a procriação medicamente assistida*. Porto: CIJE / Faculdade de Direito da Universidade do Porto.
- Njagi, P., Groot, W., Arsenijevic, J., Dyer, S., Mburu, G., & Kiarie, J. (2023). Financial costs of assisted reproductive technology for patients in low- and middle-income countries: a systematic review. *Human Reproduction Open*, 2023(2). <https://doi.org/10.1093/hropen/hoad007>
- Pasch, L. A., & Sullivan, K. T. (2016). *Stress and coping in couples facing infertility*. *Current Opinion in Psychology*, 13, 131–135. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.06.004>

- Pasch, L. A., & Sullivan, K. T. (2016). Stress and coping in couples facing infertility. *Current Opinion in Psychology*, 13, 131–135. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.07.004>
- Pasch, L. A., & Sullivan, K. T. (2016). *Stress and coping in infertility: A couple-based approach*. *Current Opinion in Psychology*, 13, 131–135. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.06.002>
- Patel, A., Sharma, P. V. N., & Kumar, P. (2020). Application of mindfulness-based psychological interventions in infertility. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 13(1), 3. https://doi.org/10.4103/jhrs.jhrs_51_19
- Patel, A., Sharma, P. V. N., Kumar, P., & Binu, V. (2018). Sociocultural determinants of infertility stress in patients undergoing fertility treatments. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 11(2), 172. https://doi.org/10.4103/jhrs.jhrs_134_17
- Patel, A., Sharma, P., Kumar, P., & Binu, V. S. (2018). Illness Cognitions, Anxiety, and Depression in Men and Women Undergoing Fertility Treatments: A Dyadic Approach. *Journal of human reproductive sciences*, 11(2), 180–189. https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_119_17
- Payne, D., Lewis, R., & Nilsen, M. (2024). *The emotional rollercoaster of assisted reproduction: A systematic review*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 45(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2023.2165693>
- Payne, N., Lewis, S., & Nilsen, A. (2024). Women's lives and temporalities of fertility treatment. *Current Sociology*. <https://doi.org/10.1177/00113921241238433>
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L. (2012). *The impact of partner communication on infertility-related stress and relationship satisfaction*. *Human Reproduction*, 27(8), 2428–2438.
- Poikkeus, P., Saisto, T., Punamäki, R.-L., Unkila-Kallio, L., Flykt, M., Vilska, S., Repokari, L., Tulppala, M., & Tiitinen, A. (2014). *Birth experience of women conceiving with assisted reproduction: A prospective multicenter study*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(9), 880–887. <https://doi.org/10.1111/aogs.12440>
- Poikkeus, P., Saisto, T., Punamäki, R.-L., Unkila-Kallio, L., Flykt, M., Vilska, S., Repokari, L., Tulppala, M., & Tiitinen, A. (2014). Birth experience of women conceiving with assisted reproduction: A prospective multicenter study. *Acta*

- Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 93(9), 880–887.
<https://doi.org/10.1111/aogs.12440> [obgyn.onli....wiley.com]
- Recent advances in medically assisted conception. Report of a WHO Scientific Group. (1992). In *PubMed* (Vol. 820, pp. 1–111). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1642014>
- Reis, S., Almeida, T., & Pedro, J. (2013). *The experience of infertility: A review of psychosocial aspects*. *International Journal of Psychology and Counseling*, 5(4), 73–82. <https://doi.org/10.5897/IJPC12.025>
- Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., & Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 171(1), 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.07.034>
- Remoaldo, P., De Fátima Da Silva Vieira Martins, M., Faria, J. P. A., & Veiga, P. (2018). Access to Infertility Consultations “What Women Tell Us About it”? *Current Women's Health Reviews*, 15(1), 75–83. <https://doi.org/10.2174/1573404814666171207154544>
- René, C., Landry, I., & De Montigny, F. (2021). Couples' experiences of pregnancy resulting from assisted reproductive technologies: A qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 100059. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100059>
- René, C., Landry, I., & de Montigny, F. (2022). *Couples' experiences of pregnancy resulting from assisted reproductive technologies: A qualitative meta-synthesis*. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 100059. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100059>
- René, C., Landry, I., & de Montigny, F. (2022). Couples' experiences of pregnancy resulting from assisted reproductive technologies: A qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 100059. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100059> [researchgate.net]
- República Portuguesa. (2024). *Portaria n.º 300/2024* (Diário da República n.º / ...). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/300-2024-897543551>
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 41. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney>

- Scaravelli, G., Fedele, F., Spoletini, R., Monaco, S., Renzi, A., & Di Trani, M. (2022). Toward a personalized psychological counseling service in Assisted Reproductive Technology centers: a qualitative analysis of couples' needs. *Journal of Personalized Medicine*, 13(1), 73. <https://doi.org/10.3390/jpm13010073>
- Schmidt, L., Sobotka, T., Bentzen, J. G., & Andersen, A. N. (2011). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, 18(1), 29–43. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmr040>
- Seiz, M., Kühne, S., & Mynarska, M. (2023). *Affording assisted reproduction: Financial barriers and inequalities in access*. *Human Reproduction Open*, 2023(3), hoad025. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoad025>
- Shahraki, Z., Afshari, M., Ghajarzadeh, M., & Tanha, F. D. (2019). How Different are Men with Infertility-Related Problems from Fertile Men in Prevalence of Depression, Anxiety and Quality of Life?. *Maedica*, 14(1), 26. <https://doi.org/10.26574/maedica.2019.14.1.26>
- Smorti, M., & Smorti, A. (2013). Medical successes and couples' psychological problems in assisted reproduction treatment: A narrative-based medicine approach. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 26(2), 169–172. <https://doi.org/10.3109/14767058.2012.722728>
- Tacchino, C., Castellano, R., Rogier, G., Cocchiato, T., Dal Lago, A., Rago, R., & Velotti, P. (2025). *Attachment dimensions and infertility: Exploring psychological outcomes through systematic review and meta-analysis*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 51(4), e70073. <https://doi.org/10.1111/jmft.70073>
- Técnicas de PMA. (n.d.). Concelho Nacional De Procriação Medicamente Asssistida. Retrieved February 10, 2025, from <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/tecnicas-de-pma.aspx#:~:text=%C3%89%20um%20tratamento%20relativamente%20simples,taxas%20podem%20ultrapassar%20os%2015%25>.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). *Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence*. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). *Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence*. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tenny, S., Brannan, J. M., & Brannan, G. D. (2022, September 18). *Qualitative study*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>
- Tratamentos de fertilidade: privado é rápido, mas caro*. (2020, August 12). DECO PROTESTE. https://www.deco.proteste.pt/saude/doencas/noticias/tratamentos-de-fertilidade-privado-e-rapido-mas-caro?utm_source=chatgpt.com
- Troude, P., Guibert, J., Bouyer, J., & De La Rochebrochard, E. (2013). Medical factors associated with early IVF discontinuation. *Reproductive BioMedicine Online*, 28(3), 321–329. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.10.018>
- Vander Borght, M., & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62, 210. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>
- Von Estorff, C., Jeng, S., & Cooper, B. (2024). *Patient-centred communication in reproductive medicine: Impacts on anxiety, trust and treatment satisfaction*. *Patient Education and Counseling*, 119, 107791. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107791>
- Von Estorff, F., Schicktanz, S., & Wöhlke, S. (2024). *Driving factors in treatment decision-making of patients seeking medical assistance for infertility: A systematic review*. *Human Reproduction Update*, 30(3), 341–354. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmae001>
- Von Estorff, U., et al. (2024). *Patient-centered fertility care: Communication, empathy, and shared decision-making*. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 41(3), 455–468.
- Webair, H. H., Ismail, T. a. T., Ismail, S. B., Khaffaji, A. J., Hussain, N. H. N., Kadir, A. A., Muhamad, R., Bakar, F. a. A., Ismail, N. R., & Badri, N. (2021). Patient-centered infertility questionnaire for female clients (PCIQ-F): part I: questionnaire development. *BMC Medical Research Methodology*, 21(1), 188. <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01376-w>

- WHO. (2020). *Infertility: Overview and recommendations for psychosocial care*. World Health Organization.
- WHO. (2020). *WHO fact sheet: Infertility*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- World Health Organization. (2020). *Infertility: Overview and recommendations for psychosocial care*. WHO.
- Yan, Y., Liu, R., & Xie, H. (2024). *Patient satisfaction and well-being in assisted reproduction: The role of healthcare system type*. *BMC Health Services Research*, 24, 1023. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10625-3>
- Yan, Y., Zhang, H., & Lin, X. (2024). *Perceived control and treatment satisfaction in assisted reproductive technology: A meta-analytic review*. *Reproductive BioMedicine Online*, 48(4), 731–744. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2023.11.003>
- Yu, C., Li, W., & Deng, M. (2021). Hope and anxiety: The study of female embodied experience with assisted reproductive technology. *Chinese Journal of Sociology*, 7(2), 138–170. <https://doi.org/10.1177/2057150x211002982>
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L., & van der Poel, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertility and sterility*, 108(3), 393–406. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.005>
- Zhao, C., Lu, M., Zhong, X., Chen, J., & Chen, L. (2025). Coping strategies and influencing factors among infertile patients: a qualitative meta-synthesis. *BMC Public Health*, 25(1), 3144. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-24031-1>

ANEXOS

Anexo A

Guião de Entrevista

Formulário de Participação

Data: _/_/_

Código: _____

Idade: _____

Contacto telefónico: _____

Preferência de contacto? Chamada Telefónica ____ SMS ____ Email ____

Email: _____

Dados sociodemográficos

Data: _/_/_

Código: _____

Idade: _____

Estado Civil: _____

Número de Filhos (excluindo a criança considerada na entrevista): _____

Número de filhos por PMA (excluindo a criança considerada na entrevista): _____

Nível Escolaridade: _____

Profissão: _____

Tema Geral	Temas Específicos	Questões
------------	-------------------	----------

		- Conhecimento de outras situações semelhantes • Tinha conhecimento de alguém com o mesmo diagnóstico? Se sim.... • Como é que isso a fez sentir? Contribuiu para a sua experiência de alguma forma? No caso de ser profissional de saúde: ter conhecimento, uma vez que é profissional de saúde, ajudou-o/a na tomada de decisão para iniciar um processo de PMA? -Tinha conhecimento de alguém que recorreu às técnicas de PMA? Se sim... • Qual o feedback? • Isso ajudou na decisão de começar um processo de PMA? - Tomada de decisão quanto a PMA e expectativas - Como decidiu recorrer às técnicas de PMA? • Teve ajuda na tomada de decisão? Se sim.... • Quem? • E de que forma é que contribuiu para a tomada de decisão? - Que expectativas tinha em relação ao processo de PMA?
--	--	---

Experiência das mulheres que passaram por um processo de PMA	Durante a PMA Processo PMA	- Fase inicial do processo de PMA • Como descreveria o início do processo de PMA? • Como se sentiu nesta fase? • Como se sentiu o seu companheiro/marido? - Processo de PMA • A que técnica(s) de PMA recorreu? • Os tratamentos foram realizados no SNS ou em clínicas privadas? • Quais as razões para essa escolha? • A quantos ciclos de tratamento recorreu? Se mais que um ciclo de tratamento... • Quais as principais diferenças a nível de como se sentiu e o que pensou da primeira para as outras? • E o seu marido/companheiro quais as principais diferenças a nível de como se sentiu e o que pensou da primeira para as outras? Quanto tempo decorreu o processo? • Esteve em lista de espera? Se sim.... • Quanto tempo? • Como se sentiu durante este período de espera? E o seu marido/companheiro?
--	---	---

	Acompanhamento – Equipa de Saúde	- Constituição da equipa de profissionais que acompanharam o processo de PMA • Pode descrever-me como era constituída a equipa (ou equipas) de profissionais de saúde no processo de PMA? explorar que profissionais - médicos, enfermeiros, geneticistas/biólogos, psicólogos, etc)? • Que aspetos positivos destacaria desse acompanhamento? • E aspetos negativos? • O acompanhamento correspondeu às suas expectativas? Se sim.... • Em quê? Se não.... • Porquê? Houve aspetos que gostaria que fossem diferentes ao longo do acompanhamento? Quais? • Tem sugestões para alterações do acompanhamento?
--	-------------------------------------	---

	Acompanhamento – Psicologia	Existiu acompanhamento psicológico ao longo do processo/ ou em alguma das fases? Se sim.... • o que pensa sobre esse acompanhamento? • Considerou suficiente? Se não.... • como consideraria a intervenção dos Psicólogos? • Que apoio consideraria importante ao longo deste processo?
	Rede de Suporte	O acompanhamento no âmbito da PMA foi partilhado com mais alguém? Se sim.... • Quais as razões para a partilha? • Com quem partilhou? Como sentiu a reação? Essa(s) pessoa(s) ajudou-a de alguma forma? Em que consistiu esse apoio? Se não partilhou com ninguém da sua rede social de apoio • Porquê? • Sentiu falta do apoio da sua rede de suporte social (família alargada e amigos)?

	Desafios Inerentes à PMA	- Desafios nos vários domínios. Que desafios encontrou ao longo do processo? • A nível físico? • A nível psicológico? • A nível económico? • A nível laboral? • A nível social? (explorar aspetos mais difíceis/desafiadores em cada um; aspetos mais fáceis) Pensou alguma vez em desistir? Se sim... • Porquê? E em que etapa/ quando? • E o seu marido/companheiro?
	Após a PMA Gravidez	Como foi receber a notícia da gravidez? • Como se sentiu? • O que pensou? Aconselharia a alguém com diagnóstico de infertilidade a recorrer às técnicas de PMA? Se sim.... • Porquê? Se não.... • Porquê?

Anexo B

Consentimento Informado

O grupo de investigadores do Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano (CEDH) da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa coordenado pela Professora Doutora Maria Raul Lobo Xavier, está a desenvolver um projeto de investigação no âmbito da fertilidade/infertilidade: técnicas de Procriação medicamente assistida (PMA). Neste sentido, o presente estudo, intitulado de “Exploração das perspetivas e experiências das mulheres que passaram por um processo de PMA, com sucesso” tem como objetivo geral compreender a vivência psicológica de mulheres que tiveram sucesso na PMA e os desafios emocionais e sociais enfrentados durante o processo.

Deste modo, em meu nome e em nome da equipa de investigação, vimos por este meio solicitar a sua disponibilidade para a realização de uma entrevista tendo como foco a recolha de informação acerca da temática. A entrevista será realizada online ou presencialmente de acordo com a disponibilidade da entrevistada, tendo a duração máxima de uma hora. Adicionalmente, as entrevistas deverão ocorrer num ambiente de privacidade e serão gravadas de modo que seja possível a sua transcrição, posteriormente. Após isto, a gravação será destruída.

Toda a informação recolhida, ao longo da entrevista, é confidencial e apenas estará disponível aos membros da equipa envolvidos no presente estudo. A identificação das participantes nunca será fornecida assim como não constará nos registos pelo que será atribuído um número aleatório a cada uma das entrevistadas. Por forma a assegurar o anonimato e confidencialidade os resultados encontrados serão apenas divulgados em contexto científico. A equipa de investigação garante ainda que o material que resulta da investigação será armazenado em local protegido durante um período de cinco anos. Após esse período, todo o material será destruído.

A sua participação é de carácter totalmente voluntário, e a decisão de não participar, de forma total ou parcial, não lhe acarretará qualquer prejuízo. Poderá desistir a qualquer momento e, se preferir, a informação já recolhida poderá ser imediatamente destruída. A participação não pressupõe qualquer tipo de pagamento ou contrapartida.

Qualquer dúvida, inquietação ou questão sinta-se totalmente à vontade para partilhar.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade,
A equipa de investigação,

Beatriz Gonçalves do Vale

Contacto – s-bgvale@ucp.pt

- Eu confirmo ter mais de 18 anos de idade.
- Eu confirmo que tive uma gravidez com sucesso após o recurso a Técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas.
- Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas pela investigadora.
- Sei que sou livre de abandonar o estudo, se for esse o meu desejo, sem quaisquer consequências para mim, e que a minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais.

Assinatura: _____ Data: __/__/__

Anexo C

Sistema Geral de Categorias

1. ANTES DO DIAGNÓSTICO

1.1. Desejo de engravidar

1.2. Dificuldades em engravidar

1.2.1. Na altura foi assim toda uma dificuldade

1.2.2. Não foi logo um problema

1.2.3. Vivência da dificuldade em engravidar

1.3. Fatores de risco prévios

1.4. Presença de acompanhamento profissional

1.5. Tentativa natural

2. DIAGNÓSTICO

2.1. Diagnóstico de infertilidade

2.1.1. Feminino

2.1.2. Masculino

2.2. Partilha do diagnóstico com outros significativos

2.2.1. Durante não

2.2.2. Sim

2.2.2.1. Partilha com a família

2.2.2.2. Partilha com amigos

2.2.3. Só depois

2.3. Reação emocional da própria

2.3.1. Aceitação

2.3.2. Ansiedade face ao diagnóstico

2.3.3. Apreensiva com a reação dele

2.3.4. Culpa

2.3.5. Esperança

2.3.6. Preocupação

2.3.7. Procura de apoio psicológico

2.3.8. Sobrecarga emocional

2.3.9. Tristeza

2.3.10. Previsão de diagnóstico

2.4. Conhecimento de outras situações de infertilidade

2.4.1. Conhecimento direto

2.4.2. Conhecimento indireto

2.5. Acompanhamento

2.5.1. Acompanhamento familiar

2.5.1.1. Presença de acompanhamento familiar

2.5.1.2. Sem acompanhamento familiar

2.5.2. Acompanhamento pelo marido ou companheiro

2.5.2.1. Apoio

2.5.2.2. Ausência

2.5.2.3. Marido fisicamente presente

2.5.2.4. Reação emocional do parceiro

2.5.2.4.1. Angústia e Frustração

2.5.2.4.2. Impotência

2.5.2.4.3. Não sei se o pode ter afetado ou não

2.5.2.4.4. Perceção de aceitação

2.5.2.4.5. Pragmatismo

2.5.2.4.6. Dificuldade em aceitar o diagnóstico

2.6. Acompanhamento Profissional

2.6.1. Experiência negativa

2.6.2. Experiência positiva

2.6.2.1. Sim

2.6.2.2. Valorização da clareza e da atitude profissional

3. PMA

3.1. Tomada de decisão

3.1.1. Influência profissional

3.1.1.1. Influencia

3.1.1.2. Não influencia

3.1.2. Nunca gastar imenso dinheiro

3.1.3. Ponderação de adoção

3.1.4. Processo de tomada de decisão

3.1.5. Variável tempo

3.1.6. Várias opções

3.2 Possibilidade financeira de avançar

3.3. Conhecimento de outras situações semelhantes

3.3.1. Ausência

3.3.2 Presença

3.3.2.1. Conhecimento direto

3.3.2.2. Conhecimento indireto

3.4. Tipo de técnica

3.4.1. Fertilização in Vitro

3.4.2. ICSI

3.5. Sistema de saúde

3.5.1. Mudança de sistema de saúde

3.5.2. Sistema privado

3.5.2.1. Clínica privada

3.5.2.2. Razões para a escolha da privada

3.5.3. Sistema público

3.5.3.1. Razões para a escolha do sistema público

3.5.3.2. SNS

3.6. Lista de espera

3.6.1. Aceitação

3.6.2. Não

3.6.3. Sim

3.6.4. Tempo

3.7. N° de ciclos

3.7.1. 1 Ciclo

3.7.2. 2 Ciclos

3.7.3. 4 ciclos

3.8. Detalhes sobre processo de PMA

3.9. Duração do processo de PMA

3.9.1. Demorado

3.9.2. Intermédio

3.9.3. Rápido

3.10. Expectativas

3.10.1. Esperança

3.10.2. Gestão de expectativas

3.10.3. Tinha expectativa que fosse mais tranquilo

3.11. Estratégias de coping

3.11.1. Experiência em casal

3.11.2. Procura de informação

3.11.2.1. Fui ler tudo e pesquisar tudo

3.11.2.2. Vista como negativa

3.11.2.3. Vista como positiva

3.12. Depois ajudei outras

3.13. Perda gestacional

3.14. Rejeição de uma vida sem filhos

3.15. Vivência da diáde no processo PMA

3.15.1. Apoio emocional do parceiro

3.15.2. Ele não demonstra muito

3.15.3. Falamos e avançamos

3.16. Acompanhamento

3.16.1. Acompanhamento profissional

3.16.1.1. Acompanhamento menos positivo

3.16.1.2. Acompanhamento psicológico

3.16.1.2.1. Acompanhamento externo

3.16.1.2.2. Faz parte do protocolo

3.16.1.2.3. Não

3.16.1.2.4. Presença de acompanhamento psicológico ao longo do processo

3.16.1.2.4.1. Importante

3.16.1.2.4.2. Sem necessidade

3.16.1.2.5. Se não somos ali eliminados

3.16.1.2.6. Sim

3.16.1.2.6.1. Não recorreu

3.16.1.2.6.2. Recorreu

3.16.1.3. Apoio dos outros profissionais

3.16.1.4. Diferenciação entre o público e o privado

3.16.1.5. Identificação dos profissionais envolvidos

3.16.1.6. Sugestões de melhoria no apoio profissional Médico

3.16.2. Presença de acompanhamento familiar e social

3.16.2.1. Apoio da família

3.16.2.2. Partilha do processo com outros

3.16.2.2.1. Com amigos

3.16.2.2.2. Com família

3.16.2.3. Reação emocional

3.16.2.4. Relutância na partilha

3.16.2.5. Sentiu falta

3.17. Vivência psicológica do processo de PMA

3.17.1. Aconselharia

3.17.2. Alterações ao longo do processo

3.17.3. Desafios psicológicos

3.17.4. Desistência

3.17.4.1. Não

3.17.4.2. Sim

3.17.5. Emoções e sentimentos

3.17.5.1. Acreditava bastante que ia correr bem

3.17.5.2. Muita Ansiedade

3.17.5.3. Culpa face ao insucesso

3.17.5.4. Preocupação

3.17.5.5. Receio

3.17.5.6. Solidão

3.17.5.7. É uma carga emocional

3.17.6. Experiência menos positiva

3.17.6.1. Associada ao insucesso

3.17.6.2. Frustração

3.17.7. Vivência positiva

3.17.7.1. Apoio

3.17.7.2. Correspondeu às expectativas

3.17.7.3. Tranquilidade

3.17.8. Impacto no parceiro

3.17.9. Outros desafios

3.17.9.1. Nível Físico

3.17.9.2. Nível Social

3.17.9.3. Nível laboral

3.17.9.3.1. Ausência de desafios laborais

3.17.9.3.2. Presença de desafios laborais

3.17.10. Preocupação com o parceiro

4. NOTÍCIA DA GRAVIDEZ

4.1. Resposta emocional

4.1.1. Ansiedade

4.1.2. Estava sozinha, o que foi horrível para mim

4.1.3. Extremamente feliz

4.1.4 Receio

Anexo D

Descrição das categorias

1. ANTES DO DIAGNÓSTICO				
CODIFICAÇÃO	DESIGNAÇÃO	Nº DE FONTES/Nº DE REFERÊNCIAS	DESCRIÇÃO	EXEMPLO
1.1.	<u>Desejo de engravidar</u>	2/6	Quando as participantes se referem ao desejo de engravidar.	“...eu deixei de tomar a pílula aaaa depois de ter casado com o pai da minha filha aaaa”
1.2. Dificuldades em engravidar				
1.2.1.	<i>Na altura foi assim toda uma dificuldade</i>	1/2	“Na altura foi assim toda uma dificuldade”. Quando as participantes se referem a uma fase inicial em que tentaram engravidar.	“Depois descubro que seria muito difícil voltar a engravidar... na altura foi assim toda uma dificuldade”
1.2.2.	<i>Não foi logo um problema</i>	2/5	“Não foi logo um problema”. Quando as participantes referem que houve um tempo	“...não conseguimos logo, mas também não estava aaa não foi logo um problema”

			inicial em que a dificuldade em engravidar não foi vista como um problema.	
1.2.3.	<i>Vivência da dificuldade em engravidar</i>	4/6	Todo o discurso das participantes que referem dificuldade em engravidar	“Nós vínhamos de uma fase um bocadinho sofrida do que tínhamos passado não é (pausa) porque foi uma gravidez de 4 meses e meio, tinha um parto um parto num Dia da Mãe, foi assim uma coisa tramada, vínhamos assim um bocadinho sofridos disso e acho que ainda não tinham passado um ano”
<u>1.3.</u>	<u>Fatores de risco prévios</u>	4/20	Quando as participantes descrevem a existência de fatores de risco que dificultam uma gravidez ainda antes de tentarem/ decidirem engravidar.	“...já tinha 37 anos ... percebi que tinha ovários poliquísticos...”
<u>1.4.</u>	<u>Presença de acompanhamento profissional</u>	4/12	Existência de acompanhamento profissional antes de ter conhecimento do diagnóstico de infertilidade.	“Eu primeiro estava a ser acompanhada pela minha médica de saúde”

<u>1.5.</u>	<u>Tentativa natural</u>	3/6	Tentativa de engravidar de forma natural e desejada.	“Cheguei a tentar engravidar”
2. DIAGNÓSTICO				
<u>2.1. Diagnóstico de Infertilidade</u>				
2.1.1.	<i>Feminino</i>	2/3	Quando o discurso das participantes revela que existe um diagnóstico de infertilidade feminina.	“Ele disse.... virou-se para a colega e disse “esta senhora nunca vai conseguir engravidar de forma natural””
2.1.2.	<i>Masculino</i>	1/4	Problema de infertilidade relativo ao sexo masculino.	“É que descobrimos que havia um problema de infertilidade do meu marido sério”
<u>2.2. Partilha do diagnóstico com outros significativos</u>				
2.2.1.	<i>Durante não</i>	1/1	"Durante não"	“Durante não, só depois, durante não”

2.2.2. <i>Sim</i>				
2.2.2.1.	Partilha com a família	2/2	Participante partilha a notícia de diagnóstico com família.	“A minha mãe soube sempre (pausa) ... o pai dele sim, a mãe dele eu não a certeza. O pai dele é médico, o pai dele sobretudo (pausa) depois de termos perdido a bebê o pai dele...”
2.2.2.2.	Partilha com amigos	2/2	Participante partilha a notícia de diagnóstico com amigos.	“Tive inclusivamente uma grande amiga minha a quem eu que eu contei mesmo tudo”
2.2.3.	<i>Só depois</i>	1/1	"Só depois"	“Durante não, só depois”
<u>2.3. Reação emocional da própria</u>				
2.3.1.	<i>Aceitação</i>	3/9	Aceitação face ao diagnóstico de infertilidade	“Mas ao mesmo tempo senti-me aliviada porque finalmente tinha um nome para as minhas dores e para o que estava a sentir até então, não é?”
2.3.2.	<i>Ansiedade face ao diagnóstico</i>	1/2	Ansiedade face ao diagnóstico.	“Senti-me ansiosa”

2.3.3.	<i>Apreensiva com a reação dele</i>	1/1	“Apreensiva com a reação dele”. Quando as participantes se referem ha preocupação face à reação do marido com o diagnóstico.	“E senti-me apreensiva com a reação dele na altura”
2.3.4.	<i>Culpa</i>	3/8	Sentimento de culpa face ao diagnóstico.	“Eu pensei... que estava a ser castiga”
2.3.5.	<i>Esperança</i>	2/5	Sentimento de esperança face ao diagnóstico	“Mas no momento eu honestamente achei que “isto vai acontecer na mesma””
2.3.6.	<i>Preocupação</i>	1/1	Preocupação significativa face ao diagnóstico	“.... e preocupada”
2.3.7.	<i>Procura de apoio psicológico</i>	1/1	Quando a participante refere ter recorrido a apoio psicológico para lidar com o diagnóstico	“Acompanho também muitos casais que estão a tentar engravidar... fiz psicoterapia depois para ultrapassar isso tudo, mas depois Deus compensou-me...”

2.3.8.	<i>Sobrecarga emocional</i>	3/5	Notícia de diagnóstico de infertilidade recebida com dificuldade emocional	“Foi um bocadinho difícil”
2.3.9.	<i>Tristeza</i>	2/2	Quando as participantes se referem especificamente à tristeza que sentiram face ao diagnóstico de infertilidade	“Eu ao mesmo tempo que recebi o diagnóstico e fiquei, como é óbvio, muito triste porque foi uma sentença de infertilidade”
2.3.10.	<i>Previsão de diagnóstico</i>	1/3	Quando a participante refere que previa o diagnóstico de infertilidade	“Eu acho que já estava um bocadinho à espera...acho que já estava um bocadinho a espera, portanto acho que está um bocadinho à espera”
<u>2.4. Conhecimento de outras situações semelhantes</u>				
2.4.1	<i>Conhecimento direto</i>	2/4	Quando as participantes têm conhecimento direto de pessoas com diagnóstico de infertilidade	“Tenho a minha irmã mais velha também com endometriose”

2.4.2.	Conhecimento indireto	1/2	Quando as participantes têm conhecimento indireto de outras pessoas com diagnóstico de infertilidade	“Aaaaa tinha conhecimento porque eu cedo muitos medicamentos para a infertilidade na farmácia, nunca falei diretamente com as pessoas... portanto não tinha conhecimento de as pessoas me dizerem diretamente.”
<u>2.5. Acompanhamento</u>				
<i>2.5.1. Acompanhamento familiar</i>				
2.5.1.1.	Presença de acompanhamento familiar	1/2	Presença de familiares aquando da notícia do diagnóstico.	“A minha mãe soube sempre o pai dele sobretudo (pausa) depois de termos perdido a bebê o pai dele...sim”
2.5.1.2.	Sem acompanhamento familiar	1/1	Quando a participante refere que não teve o acompanhamento de qualquer familiar para além do marido/companheiro aquando do diagnóstico.	“Partilharam essa informação com mais alguém? E01- aaaa (pausa) durante não, só depois, durante não”

2.5.2. Acompanhamento pelo marido ou companheiro				
2.5.2.1.	Apoio	3/8	Apoio prestado pelo companheiro à participante face ao diagnóstico de infertilidade.	“É assim (pausa) aaaa ele sempre me.... ele sempre me passou que isto era um problema dos dois. Nunca.... nunca me fez querer que era um problema só meu e sempre me quis transmitir isso e estava lá, nesse sentido.
2.5.2.2.	Ausência	2/3	A participante encontrava-se sozinha no momento da notícia do diagnóstico.	“não (risos) porque era tempo de covid (risos). (pausa) foi em pleno covid, ou seja, o meu marido foi comigo até ao hospital, mas não podia entrar comigo, na altura. Tinham que ficar à porta, não pôde entrar, ou seja, eu estava sozinha na consulta, mas quando saí da consulta tinha o meu marido à porta, sim.”
2.5.2.3.	Marido fisicamente presente	3/6	Quando as participantes referem que, quando lhes foi comunicado o diagnóstico, o marido/companheiro estava presente.	“As vezes estava sozinha, as vezes estava acompanhada aaaa quando ia para o hospital ele vinha comigo, mas a maior parte das vezes estava acompanhada sim, por ele.”
2.5.2.4. Reação emocional do parceiro				
2.5.2.4.1.	Angústia e Frustração	2/5	Quando as participantes descrevem	" foi um fracasso, só piorou tudo e ainda foi uma frustração maior não é porque o diagnóstico dele não é bem um

			angústia/frustração do marido/companheiro face ao diagnóstico	diagnóstico, portanto eles não sabem exatamente o que é que se passa ali e por isso é que também conseguimos engravidar da primeira vez.”
2.5.2.4.2.	Impotência	1/3	Quando as participantes referem impotência por parte do marido/companheiro face à notícia de diagnóstico.	“aaaa ao longo deste período aaaaa eu acho que provavelmente ele teria um sentimento de impotência”
2.5.2.4.3.	Não sei se o pode ter afetado ou não	1/1	"Não sei se o pode ter afetado ou não". Quando a participante tem dúvidas em relação ao impacto da notícia no companheiro.	“Agora ele também é uma pessoa assim mais reservada para falar dos sentimentos dele não sei se o pode ter afetado ou não... até hoje eu acho que não masss... não sei”
2.5.2.4.4.	Perceção de aceitação	1/2	Perceção de aceitação por parte do companheiro ao diagnóstico de infertilidade.	“Falamos várias vezes disso e ele aceitou sempre bastante bem mostrou ser.... nós até brincámos às vezes com essa situação”

2.5.2.4.5.	Pragmatismo	1/2	Pragmatismo face ao diagnóstico de infertilidade.	“Ele não verbalizava nada disso... ele é tendencialmente pragmático, portanto ele: bora então resolver coisas não é portanto, e fazer coisas para resolver coisas não é portanto, à bom engenheiro (risos)...”
2.5.2.4.6.	Dificuldade em aceitar o diagnóstico	1/2	Quando as participantes se referem ao acompanhamento dos profissionais aquando da notícia do diagnóstico de infertilidade	“Penso que ainda mais difícil para o meu marido porque ... queria muito não é portanto depois na altura ele queria muito uma menina não é”
<u>2.6. Acompanhamento profissional</u>				
2.6.1.	<i>Experiência negativa</i>	3/12	Perceção de apoio profissional negativa	“Foi absolutamente horrível e insensível...”
<i>2.6.2. Experiência positiva</i>				
2.6.2.1.	Sim	5/8	Experiência positiva com a equipa médica	“O médico foi muito claro e objetivo”

2.6.2.2.	Valorização da clareza e da atitude profissional	4/9	Quando as participantes se referem à clareza e atitude dos profissionais aquando do diagnóstico	“No momento do diagnóstico, sim. O médico que tinha aaaaa ainda hoje é meu médico foi muito claro e muito objetivo”
3. PMA				
<u>3.1. Tomada de decisão</u>				
<i>3.1.1. Influência profissional</i>				
3.1.1.1.	Influencia	2/3	Trabalhar na área da saúde influencia a tomada de decisão no recurso à PMA	“... o facto de nós sabermos muito também nos prejudica. ... se não fosse dessa área acho que se calhar tinha vivido mais feliz esse período. Não sei...”
3.1.1.2.	Não influencia	1/3	Trabalhar na área da saúde não influencia a tomada de decisão no recurso à PMA	“Eu acho que eu decidiria na mesma porque eu também sou um bocadinho de resolver as coisas (risos)”

3.1.2.	<i>Nunca gastar imenso dinheiro</i>	1/2	Nunca gastar imenso dinheiro” Quando as participantes se referem ao facto de terem analisado alternativas analisando os custos do processo.	“Nós escolhemos o SNS porque (pausa) foi, o que lhe estava a dizer há pouco. Fazer um filho é uma coisa tão natural porque é que haveríamos de estar a gastar dinheiro para ter um filho, não é?”
3.1.3.	<i>Ponderação de adoção</i>	2/3	Quando as participantes se referem ao facto de terem considerado a adoção como um caminho para ter filhos	“Sim, chegamos a falar da adoção caso não conseguíssemos não é. Nós queríamos muito os dois ser pais.”
3.1.4.	<i>Processo de tomada de decisão</i>	4/9	Quando as participantes se referem ao processo de tomada de decisão para iniciar acompanhamento de PMA	“decidimos sim, vamos avançar vamos, vamos, vamos avançar se a única solução porque pensamos assim se isto é uma última oportunidade vamos tentar e seja o que Deus quiser”
3.1.5.	<i>Variável tempo</i>	3/6	Quando as participantes referem que o recurso à PMA teve a ver com a	“Nós queríamos engravidar e pronto aaaa também não queríamos que demorasse muito tempo, acabamos por decidir.”

			passagem do tempo/idade	
3.1.6.	<i>Várias opções</i>	2/2	A participante/o casal ponderaram/tentaram várias opções	“Vamos? Não? Adotamos? Não temos filhos? Temos filhos assim? Não, há esta solução, então vamos”
<u>3.2</u>	<u>Possibilidade financeira de avançar</u>	2/6	Quando as participantes se referem ao facto de terem possibilidades financeiras para avançarem com o tratamento (privado)	“Na altura conseguíamos pagar muito bem ...conseguimos pagar bem.”
<u>3.3. Conhecimento de outras situações de semelhantes</u>				
3.3.1.	<i>Ausência</i>	4/11	Quando as participantes referem ausência de testemunhos que já tinham optado por técnicas de PMA	“Assim de perto não...sinceramente não só depois é que uma pessoa acaba por falar com algumas pessoas, acabamos por saber de algumas situações...”

3.3.2 Presença				
3.3.2.1.	Conhecimento direto	2/7	Conhecimento direto de pessoas que já passaram por técnicas de PMA	“Mas também já acompanhei muitos casais que tiveram vários sucessos repetidos, vários insucessos repetidos.”
3.3.2.2.	Conhecimento indireto	3/9	Conhecimento indireto de pessoas que já passaram por técnicas de PMA	“Diretamente, não.”
3.4. Tipo de técnica				
3.4.1.	<i>FIV</i>	3/5	Fertilização in vitro	“Fertilização in vitro”
3.4.2.	<i>ICSI</i>	2/4	Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides	“Fizemos ICSI”

<u>3.5. Sistema de saúde</u>				
3.5.1.	<i>Mudança de sistema de saúde</i>	1/2	Quando as participantes referem mudanças entre sistemas de saúde no processo de PMA	“...como era uma luta contra o tempo... fomos para o privado”
<i>3.5.2. Sistema privado</i>				
3.5.2.1.	Clínica privada	2/2	“Clínica Privada” Quando as participantes referem ter recorrido à privada para PMA	“Clínica privada”
3.5.2.2.	Razões para a escolha da privada	2/2	Quando as participantes se referem as razões para terem recorrido aos serviços de saúde privados (lista de espera e idade, ambas relacionadas)	“O facto de eu estar a espera não sei quanto tempo, os tais 2 anos, era o suficiente até lá (pausa) de a doença voltar e... as minhas possibilidades serem ainda menores, ou seja, por isso é que eu fui logo de caminho para o privado”
<i>3.5.3. Sistema público</i>				

3.5.3.1.	Razões para a escolha do sistema público	2/2	Quando as participantes referem as razões para a escolha do sistema publico	“... ou recoríamos ao publico e.... víamos como é que, como é que corria ou então a alternativa que tínhamos era.... era a adoção, nunca gastar imenso dinheiro, pronto”
3.5.3.2.	SNS	3/6	Quando as participantes referem a escolha do SNS	“No SNS.”
<u>3.6. Lista de espera</u>				
3.6.1.	<i>Aceitação</i>	1/2	Quando as participantes aceitam o tempo de espera	“...eu tento ver sempre o lado positivo das coisas, portanto aproveitei para viajar pronto”
3.6.2.	<i>Não</i>	2/4	Quando as participantes referem que não estiveram em lista de espera	“Aaaaaa não havia lista de espera porque na altura houve muitos casais a desistirem, pelo menos aqui em C. por causa do COVID não sei se por medo...”

3.6.3.	<i>Sim</i>	3/7	Quando as participantes referem que estiveram em lista de espera	“Tive sim”
3.6.4.	<i>Tempo</i>	2/2	Tempo em lista de espera	“Um ano e meio”
<u>3.7. N° de ciclos</u>				
3.7.1.	<i>1 Ciclo</i>	2/4	Realizou 1 ciclo de tratamentos	“A um”
3.7.2.	<i>2 Ciclos</i>	1/3	Realizou 2 ciclos de tratamento	“A dois”
3.7.3.	<i>4 ciclos</i>	1/2	Realizou 4 ciclos de tratamento	“Os ciclos de tratamento foram quatro aaaa quatro ciclo”
<u>3.8.</u>	<u>Detalhes sobre processo de PMA</u>	4/20	Quando as participantes se referem a detalhes sobre o processo de PMA, nomeadamente,	“Ou seja, nos fazemos uma nova transferência que dá negativo, mas a diferença é que ali nos tentávamos fazer sempre algo diferente a seguir, ou seja, eu sentia que ali (pausa) tentava-se perceber aaaaa o que é que estava a correr mal e sentia que fazíamos coisas diferentes. Pronto aaaa

			sequência de exames e tratamentos, timings, etc	(pausa) depois eu sei que ali na terceira transferência nessa clínica”
<u>3.9. Duração do processo de PMA</u>				
3.9.1.	<i>Demorado</i>	1/2	Sucesso de gravidez demora 1 ano ou mais pelo processo de PMA	“aaaaaa (pausa) comecei a tentar engravidar em Maio de 2020, mas só fui operada em 2021, ou seja, o primeiro ciclo de tratamento foi em novembro/dezembro de 2021(pausa), 2021 e eu engravidei em Março/Abril de 2024, portanto dois anos e meio mais ou menos.”
3.9.2.	<i>Intermédio</i>	1/4	Até 1 ano até engravidar	“Eu acho que.... (pausa) na altura foi mais de um ano, porque eu fiz interrupção médica da gravidez em maio, Dia da Mãe, e depois fizemos o tratamento a seguir em junho. Portanto, acho que foi mais de um ano tanato que nós demos início logo ao processo nessa altura logo”
3.9.3.	<i>Rápido</i>	2/4	Até 6 meses até engravidar	“3 meses mais ou menos para aí, uma coisa assim.... já não tenho ideia ou dois, não foi mais de três”
<u>3.10. Expectativas</u>				
3.10.1.	<i>Esperança</i>	2/11	Quando o discurso das participantes revela que	“Eu sei que o facto de a mulher não ser infértil aumenta muito a chance não é e, portanto, toda a gente me dizia isso, os médicos diziam-me isso, os meus 2 médicos tanto o do

			estas têm esperança no sucesso	publico como o do privado (pausa) tínhamos esperança não é portanto, estava tudo muito ok comigo não é portanto”
3.10.2.	<i>Gestão de expectativas</i>	2/3	Quando as participantes descrevem que tiveram de gerir expectativas	“...é assim nós tentamos não criar muitas expectativas”
3.10.3.	<i>Tinha expectativa que fosse mais tranquilo</i>	1/2	“Tinha expectativa que fosse mais tranquilo” Quando as participantes referem que as expectativas não corresponderam a realidade	“Tinha expectativas que fosse mais aaaaa mais tranquilo (risos), tinha expectativas que fosse assim mais, mais floreado mais fácil, tanto a nível físico como a nível emocional tinha, acho que lá está o facto de ir simplesmente deixar fluir também não me preparei emocionalmente para o que vinha, sim”
<u>3.11. Estratégias de coping</u>				
3.11.1.	<i>Experiência em casal</i>	3/4	Experiência apenas em casal durante o processo de PMA	“foi uma fase de superação para os dois ... fortaleceu o casamento”
<i>3.11.2. Procura de informação</i>				

3.11.2.1.	Fui ler tudo e pesquisar tudo	1/2	Estratégia de coping adotada pela participante	“...gosto de ficar bastante clara sobre os assuntos. Mas sim fui ler muitos casos, fui procurar tudo o que havia, fui consumir (Pausa) que em certa forma é bom mas por outro lado também não é muito bom, não é? Mas sim eu... eu... eu... gosto de estar um bocadinho preparada para as coisas para tudo aaaa”
3.11.2.2.	Vista como negativa	1/1	Estratégia de procura de informação vista pela participante como negativa	“O problema está aí, eu li muita coisa e parece que nós só damos importância às, às histórias menos positiva e é por isso que o acompanhamento psicológico é mesmo fundamental para quem, para quem passa por este, por este processo porque, porque aaaa nós quando queremos conseguir um objetivo só nos aparecem histórias menos boas mas estava tão pessimista naquela altura que absorvi aaaa vivi sempre com muito medo mesmo. Aaaaa mesmo quando eu descobri da, da gravidez da L. eu achava que tinha uma doença muito grave...”
3.11.2.3.	Vista como positiva	1/2	Estratégia de procura de informação vista pela participante como positiva	“...eu não gosto muito de ir ao desconhecido, sinto que pelo menos tinha a informação para perceber se estava a ser bem acompanhada ou não?”
<u>3.12.</u>	<u>Depois ajudei outras</u>	2/2	“Depois ajudei outras” Quando as participantes referem que utilizaram a sua experiência para dar apoio a outras	“Até aliás depois ajudei outras, até ajudei uma vizinha minha, que teve de passar por diversas fases como eu, foi muito idêntico o processo dela com o meu. Consegui ser eu essa voz.”

			pessoas na mesma situação	
<u>3.13.</u>	<u>Perda gestacional</u>	1/2	Perda gestacional face a tentativa de PMA	“...tive uma perda gestacional as 10 semanas mais ou menos (pausa) e ai é que é outro impacto que não se está mesmo à espera, não se está preparado (pausa) naos e prepara para correr bem e depois passar pela perda gestacional. (pausa)”
<u>3.14.</u>	<u>Rejeição de uma vida sem filhos</u>	1/1	Quando as participantes se referem explicitamente à impossibilidade de se imaginarem sem filhos	“.... eu nunca imaginei a minha vida aaa eu nunca pus em causa aaaaa, ou seja, mesmo neste processo todo eu nunca imaginei a minha vida aaaa não conseguia pensar se isto não fosse possível”
<u>3.15. Vivência da díade no processo PMA</u>				
<i>3.15.1.</i>	<i>Apoio emocional do parceiro</i>	5/11	Quando os participantes se referem à vivência do processo de PMA em casal (apoio emocional do parceiro e comunicação entre ambos)	“Mas também sempre extremamente preocupado comigo”

3.15.2.	<i>Ele não demonstra muito</i>	1/1	“Ele não demonstra muito” Quando as participantes referem que o marido/ companheiro não exterioriza as suas emoções em relação ao processo.	“Não sei aaa lá está ele não demonstra muito”
3.15.3.	<i>Falamos e avançamos</i>	4/5	“Falamos e avançamos” Quando as participantes referem que as decisões em torno do processo de PMA são tomadas em conjunto	“Somos bastante práticos acabamos por não estar a matutar no assunto... falamos e avançamos”
<u>3.16. Acompanhamento</u>				
<i>3.16.1. Acompanhamento profissional</i>				
3.16.1.1.	Acompanhamento menos positivo	2/14	Quando as participantes referem que o acompanhamento profissional fornecido	“Só de passar lá perto já me dá uma dor na barriga, de facto, não é um sítio bom.”

			demonstrou-se inadequado	
3.16.1.2. Acompanhamento psicológico				
3.16.1.2.1.	Acompanhamento externo	1/2	Participante teve acompanhamento psicológico através dos seus próprios recursos	“É assim a ajuda que eu pedi nada teve a ver com as clínicas de fertilidade, foi.... foi fora aaaa (pausa) nada tinha a ver com a clínica”
3.16.1.2.2.	Faz parte do protocolo	1/1	“Faz parte do protocolo” Quando as participantes se referem a consulta de psicologia faz parte do protocolo	“no hospital público faz parte do protocolo nos irmos a uma consulta com o psicólogo aaa que é uma autêntica comédia (risos) aaa porque basicamente tentar perceber se estamos aptos ou não aaaa a avançar para o tratamento, não nos conhece, não há tempo sequer para nos conhecer (pausa) nos temos que mostrar que estamos preparados se não somos ali eliminados, não é?... e que é uma única consulta para perceber se estamos aptos ou não aptos para avançar para o processo (pausa), pronto não vale a pena comentar muito (risos) porque de facto é vergonhoso (risos).”
3.16.1.2.3.	Não	4/10	Quando as participantes se referem ao facto de não terem tido apoio psicológico ao longo do processo PMA/no início do processo PMA.	“Não, e lá não me foi proposto sequer. Depois foi me proposto mais tarde no S.J. quando a minha filha nasceu (pausa). Mas lá não”

3.16.1.2.4. Presença de acompanhamento psicológico ao longo do processo				
3.16.1.2.4.1.	Importante	4/11	Percepção de importância relativa à presença de psicólogos durante o processo de PMA	“...acho que disponibilizar é fundamental.... depois se as pessoas não sentirem necessidade e não quiserem, portanto não, não usufruem, mas eu acho que disponibilizar é um momento importante. E.... e acho que é importante haver esse acompanhamento.”
3.16.1.2.4.2.	Sem necessidade	1/2	Quando as participantes referem não existir necessidade de acompanhamento psicológico	“Não, nesta fase não me fez falta”
3.16.1.2.5.	Se não somos ali eliminados	1/1	“Se não somos ali eliminados” Quando as participantes se referem ao acompanhamento psicológico poder ser eliminatório/limitante num processo de PMA.	“Não havia de todo esse cuidado aaaa no hospital público faz parte do protocolo nós irmos a uma consulta com o psicólogo aaa que é uma autêntica comédia (risos) aaa porque basicamente tentar perceber se estamos aptos ou não aaaa a avançar para o tratamento, não nos conhece, não há tempo sequer para nos conhecer (pausa) nos temos que mostrar que estamos preparados se não somos ali eliminados, não é?”

3.16.1.2.6. Sim				
3.16.1.2.6.1.	Não recorreu	2/3	A participante não recorreu ao acompanhamento psicológico presente no serviço	“Existia sim, não sei se tinha custos porque lá esta não recorri la, mas creio que devia ter. Quando me ofereceram esse apoio eu já tinha e estava muito bem com a profissional que estava, então não explorei e, portanto, não sei...”
3.16.1.2.6.2.	Recorreu	2/3	A participante recorreu ao acompanhamento psicológico do serviço	“Aaaaaaa (pausa) não sei se disse aaaa não sei se é importante dizer, mas eu tive sempre acompanhamento psicológico ao longo deste processo.”
3.16.1.3.	Apoio dos outros profissionais	5/28	Apoio prestado pela equipa médica	“a simplicidade e o a vontade com que ele nos deixa e que mostrava que aquilo era uma situação era normal e que muita gente recorre e que não é problema nenhum nem vergonha nenhuma, nem sentirmo-nos menos mulheres por causa disso porque é normal”
3.16.1.4.	Diferenciação entre o público e o privado	1/6	Diferenciação no acompanhamento profissional entre o serviço público e o privado	“...Não havia de todo esse cuidado aaaa no hospital público faz parte do protocolo nos irmos a uma consulta com o psicólogo aaa que é uma autêntica comédia (risos) aaa porque basicamente tentar perceber se estamos aptos ou não aaaa a avançar para o tratamento, não nos conhece, não há tempo sequer para nos conhecer (pausa) nos temos que mostrar que estamos preparados se não somos ali eliminados, não é? ... Pronto era como lhe dizia o médico

				que nos estava a seguir, que estava com o nosso processo de facto era muito, era bastante humano aaaa as outras médicas que fomos apanhados, inclusive numa das transferências em que eu tinha acabado de receber a notícia que dos embriões todos que tinha, só um, tinha de ter sido mexido e ainda estava a gerir a emoção e estava a chorar lembro-me perfeitamente... era uma desumana que começou a disparatar, eu nem lhe consegui responder, teve de ser o F. a responder-lhe aaaaa (pausa) uma frieza, uma (pausa) eu até cheguei a dizer e acho (pausa) acho não, tenho a certeza que sofri um bocado violência ginecológica”
3.16.1.5.	Identificação dos profissionais envolvidos	1/2	Quando as participantes identificam os profissionais envolvidos	“... e depois ginecologista... eu tinha a minha ginecologista do privado também, portanto que sempre tive e sempre mantive depois e no centro de PMA tinha a minha médica de tratamento e uma médica que seguiu a gravidez.”
3.16.1.6.	Sugestões de melhoria no apoio profissional Médico	2/5	Quando as participantes apontam sugestões para melhoria no apoio prestado no acompanhamento médico	“aaaa este acompanhamento eu preferia que fosse só uma pessoa a acompanhar do início até ao fim...”
<i>3.16.2. Presença de acompanhamento familiar e social</i>				

3.16.2.1.	Apoio da família	1/2	Quando as participantes descrevem apoio por parte da família	“A minha mãe é extremamente respeitosa da minha vontade, não é? portanto eu acho que estava sempre muito preocupada, não é? portanto e quando eu estive lá aquele dia internada o dia ela passou mesmo todo comigo, até porque o M. estava em Espanha na altura, a trabalho aaaa portanto eu acho que estava sempre muito preocupada, mas mas é a minha mãe é pior do que eu isso não é? portanto é para ser é para ser (risos). Estou aqui... é isto que tu queres vamos lá.”
3.16.2.2. Partilha do processo com outros				
3.16.2.2.1.	Com amigos	2/2	Quando as participantes referem que partilharam o processo com amigos	“so os amigos mais próximos é que estavam mesmo dentro do assunto”
3.16.2.2.2.	Com família	3/3	Quando as participantes referem que partilharam o processo com a família	“A minha mãe é extremamente respeitosa da minha vontade, não é? portanto eu acho que estava sempre muito preocupada, não é? portanto e quando eu estive lá aquele dia internada o dia ela passou mesmo todo comigo, até porque o M. estava em Espanha na altura, a trabalho aaaa portanto eu acho que estava sempre muito preocupada, mas, mas é a minha mãe é pior do que eu isso, não é? portanto é para ser é para ser (risos). Estou aqui... é isto que tu queres vamos lá.”
3.16.2.3.	Reação emocional	1/2	Quando as participantes se referem à reação emocional dos amigos e familiares	“...sempre um bocadinho mais negativos do que eu, eles são sempre mais “ai coitada” aaaa pronto, mas estavam com mais alguma dificuldade em aceitar que “é o que é” mas não, nunca senti pressão e é sempre o que tiver que ser (pausa) tudo muito no flow do que tiver que ser.”

3.16.2.4.	Relutância na partilha	2/2	Quando as participantes referem relutância na partilha acerca do processo de PMA com amigos e família	“Principalmente para não criar expectativas. Não criar qualquer tipo de pressão. O facto de eu ser magra, no meu lado da família, para não condenarem assim dizendo. No lado do meu marido para não criar grandes expectativas”
3.16.2.5.	Sentiu falta	1/1	Quando as participantes referem que sentiram falta do apoio de família/amigos.	“Apesar de ter sido uma decisão tua aaa... sentiste falta deste apoio? E0- sim, sim, sem dúvida”
<u>3.17. Vivência psicológica do processo de PMA</u>				
3.17.1.	<i>Aconselharia</i>	5/5	“Aconselharia” Quando as participantes referem que aconselhariam casais em situação semelhante a passar por um processo de PMA	“Sim aconselharia.... Aconselharia porque é uma possibilidade de podermos ter um filho nosso, não é? Com ajuda médica, se hoje a ciência nos permite isso, podemos aproveitar essa possibilidade e oportunidade, não é?”
3.17.2.	<i>Alterações ao longo do processo</i>	1/1	Quando as participantes referem que ao longo	“Parece que ganha como se fosse ali uma carapaça”

			do processo de PMA (em diferentes ciclos) houve alteração da vivência psicológica	
3.17.3.	<i>Desafios psicológicos</i>	5/12	Quando as participantes admitem a existência de desafios emocionais/psicológicos vivenciados ao longo do processo de PMA.	“sentir aquilo tudo foi, foi assim um bocado avassalador aaa porque não estava preparada simplesmente”
3.17.4. Desistência				
3.17.4.1.	Não	3/6	Não pensou em desistir do processo	“B - Pensou alguma vez em desistir? E0- Hmmm (pausa) eu não”
3.17.4.2.	Sim	1/2	Pensou em desistir do processo	“...pensei em desistir quando aquela médica me deu aquelas palavras do, dos óvulos”
3.17.5. Emoções e sentimentos				

3.17.5.1.	Acreditava bastante que ia correr bem	2/3	“Acreditava bastante que ia correr bem” Quando as participantes referem sentir esperança e felicidade face ao sucesso do processo.	“Mas eu acho que estava (pausa) acreditava bastante que ia correr bem”
3.17.5.2.	Muita Ansiedade	4/12	Quando as participantes se referem a ansiedade presente no processo (nomeadamente no intervalo de tempo entre um tratamento e o seu resultado)	“Até saber aaa se aconteceu ou não havia ali alguma ansiedade que acho que é normal e natural”
3.17.5.3.	Culpa face ao insucesso	1/1	Quando as participantes se referem a sentimentos de culpa associados ao insucesso (e referem que o marido sentia o mesmo - atenção às próximas entrevistas)	“E quando não corria bem parecia que as pessoas queriam saber onde estava a culpa e não havia ninguém que sentisse mais culpa que eu e o F. e vem as questões “o que é que eu fiz mal? Será que comi alguma coisa que não devia?”

3.17.5.4.	Preocupação	1/3	Quando as participantes se referem à preocupação presente no processo de PMA (por ex: quanto à idade, receio de mal formações etc)	“Tirando isso já sabíamos que tínhamos que esperar e preocupava-me a questão da idade não é porque começava a fazer mais anos... não tanto pelo timing do tratamento, mas pelo receio das malformações.”
3.17.5.5.	Receio	3/6	Quando as participantes se referem a receios associados ao processo de PMA e à posterior gravidez.	“Depois tinha o receio, tinha mais o receio que alguma coisa não corresse bem...”
3.17.5.6.	Solidão	1/2	Quando as participantes referem ser um processo solitária e que sentiram essa solidão como um peso.	“...o início é muito solitário para a mulher porque aaaa eu falo pela minha experiência pessoal aaaa por muito mais compreensão que possa existir dentro de casa ninguém entende o nosso processo interno aaaa ninguém consegue perceber por muito mais que eu falo ou que eu partilho aquilo que estou a sentir é um processo muito solitário aaaa”
3.17.5.7.	É uma carga emocional	3/9	“É uma carga emocional” Quando as participantes referem sobrecarga emocional associada ao processo de PMA	“Nunca estamos preparados porque de facto é uma carga emocional, completamente...”

<i>3.17.6. Experiência menos positiva</i>				
3.17.6.1.	Associada ao insucesso	1/3	Quando as participantes se referem à experiência menos positiva associada ao insucesso em ciclos de PMA	“... sabemos que pode correr mal, mas eu acho que estamos ali com fé que é ali, que é ali que vai acontecer pronto e... aí levamos logo um embate de frente que é afinal isto não é so ir para tratamentos e já está, não é? Afinal isto também corre mal e aí sim, também foi mesmo muito, muito duro. (pausa).
3.17.6.2.	Frustração	1/2	Quando as participantes se referem à frustração face a aspetos específicos do tratamento	“.... que foi verdadeiramente frustrante. De resto.... porque acho que aquilo realmente nos deitou bastante abaixo e sentimo-nos frustrados.”
<i>3.17.7. Vivência positiva</i>				
3.17.7.1.	Apoio	1/1	Perceção de Apoio	“Em tudo... durante, depois... mesmo aaa em tudo principalmente nessa fase de facilitar-me aaa contactos aaaa o que fosse preciso... correu tudo muito bem.”
3.17.7.2.	Correspondeu às expectativas	1/1	Quando as participantes referem que o processo de PMA correspondeu as expectativas e nao	“Em tudo... durante, depois... mesmo aaa em tudo principalmente nessa fase de facilitar-me aaa contactos aaaa o que fosse preciso... correu tudo muito bem.”

			tem nada de negativo a apontar	
3.17.7.3.	Tranquilidade	2/6	Perceção de tranquilidade	“Não porque (pausa) eu quase não deixei de trabalhar só... só deixei mesmo de trabalhar naqueles 15 dias depois do tratamento que eles dizem “aí e tal pode fazer uma vida completamente normal e não sei quê” (risos). Estive calminha e sossegadinha e tal. Eles dizem que não é preciso, mas eu tive (risos).”
3.17.8.	<i>Impacto no parceiro</i>	4/20	Impacto do processo de PMA no parceiro	“...por ele estava tudo certo eu acho que aaaa, ou seja, acho que para o F. estava mais ok a nossa vida existir sem ter filhos do que para mim...”
3.17.9. Outros desafios				
3.17.9.1.	Nível físico	5/16	Quando as participantes se referem à presença de desafios ao nível físico ao longo do processo de PMA	“A nível físico a parte das dores (risos) e depois o cansaço (risos)...”
3.17.9.2.	Nível social	3/7	Quando as participantes se referem à presença	“Desafiadora... aaaa a nível social aaaa sim, por exemplo colocar a progesterona de x em x tempo é um bocadinho invasivo, não é? temos que nos ausentar ou estamos num

			de desafios ao nível social ao longo do processo de PMA	momento de, de família aaaa lembro-me de estar num funeral e ter que ir procurar uma casa de banho para, para administrar a progesterona porque o tempo estava a contar aaaa socialmente de facto é muito aborrecido.”
3.17.9.3. Nível laboral				
3.17.9.3.1.	Ausência de desafios laborais	1/1	Quando as participantes referem ausência de desafios laborais	“Não porque (pausa) eu quase não deixei de trabalhar só... só deixei mesmo de trabalhar naqueles 15 dias depois do tratamento que eles dizem “ai e tal pode fazer uma vida completamente normal e não sei quê” (risos). Estive calminha e sossegadinha e tal. Eles dizem que não é preciso, mas eu tive (risos).”
3.17.9.3.2.	Presença de desafios laborais	3/4	Quando as participantes referem que houve desafios laborais	“Olhe o maior desafio que eu, que eu e agora penso mesmo que o trabalho não é mesmo tudo, o meu mindset já está completamente diferente. Aaaaa lembro-me uma vez de estar a dar uma injeção, não meti baixa, continuei sempre a trabalhar, trabalhei sempre até na altura do COVID fazia os testes e tudo, e já estava gravidíssima e... lembro-me de, pelo meu trabalho, estar-me a sujeitar àquilo e.... se calhar eu podia ter ficado de baixa, de férias naquela altura e não, não queria. Eu não queria faltar para poder estar, para poder estar no trabalho lembro-me desta situação assim menos, menos positiva.”
3.17.10.	<i>Preocupação com o parceiro</i>	1/1	Quando as participantes referem a sua preocupação com o	“Sim, sim, sim. Portanto elaboram menos. Depois prejudicar-nos e (pausa) em determinado momento o facto do tratamento dele também ter influenciado a prestação

			parceiro tendo em conta o que ele vivência ao longo do processo	sexual, não é? portanto aquilo quase que nos impediu de ir tentando naturalmente, não é? Fiquei com algum receio que as coisas pudessem complicar connosco, mas não.”
4. NOTÍCIA DA GRAVIDEZ				
<u>4.1. Resposta emocional</u>				
4.1.1.	<i>Ansiedade</i>	2/4	Sentimento de ansiedade face à notícia da gravidez	“Vivia passinho a passinho...Ficava muito ansiosa...”
4.1.2.	<i>Estava sozinha, o que foi horrível para mim</i>	1/2	“Estava sozinha, o que foi horrível para mim” Quando as participantes se referem ao facto de terem recebido a notícia sozinhas (COVID)	“Estava sozinha...foi horrível”

4.1.3.	<i>Extremamente feliz</i>	3/13	“Extremamente feliz” Quando as participantes referem a grande felicidade ao receber a notícia da gravidez.	“olhei não percebi bem na altura... parecia-me gravidez, mas não sabia bem... tive de mandar fotografia para o médico, ele deu-me os parabéns, foi espetacular, contei logo ao Telmo foi muito, muito bom”
4.1.4	<i>Receio</i>	3/6	Sentimento de receio face à notícia de gravidez	“Foi muito a medo no início...não vou dizer que foi aquela felicidade “ah estou grávida que felicidade, que alegria”, não, não foi. Houve muito medo até ali aos três meses, quatro meses (pausa) eu acho que foi até sentir, foi até sentir o bebé mexer aaa eu acho que foi, foi até sentir aaaa depois eu já andava tranquila, até sentir foi muito assustador, muita ansiedade.”