

Outras variáveis importantes no processo de infertilidade

No questionário de infertilidade, tal como já foi referido, as participantes foram inquiridas sobre algumas questões que fazem parte do processo de infertilidade, nomeadamente o local que escolheram (instituição particular ou pública) e qual o tempo que demoraram a ter um diagnóstico definido. Relativamente à instituição, verifica-se que 63.27% das participantes recorreram a uma instituição particular e as restantes 36.73% recorreram ao serviço público (confirmar valores na tabela 26).

Tabela 26

Caracterização da instituição escolhida: particular/público (n=49).

Instituição	n	%
Particular	31	63.27%
Pública	18	36.73%

Os resultados do *t-test* sugerem que não existem diferenças estatisticamente significativas na saúde mental de quem escolheu serviços diferentes: contudo, quem optou por um serviço particular, obteve pontuações mais elevadas na saúde mental $t(49)=.516$, $p=.608$. O mesmo não se verifica com a desesperança, na medida em que apesar de também não se verificarem diferenças estatisticamente significativas no sentimento de desesperança de quem selecionou serviços diferentes: $t(49)=-.944$, $p=.350$, todavia, os resultados também parecem indicar que quem recorreu a uma instituição pública obteve pontuações mais elevadas na desesperança. Estes valores podem ser observados na tabela seguinte.

Tabela 27

Comparação das variáveis totais saúde mental e desesperança com o tipo de instituição: particular/público (n=49).

Variáveis	Instituição	n	Média	D.P.	t	p-valor
Saúde mental	Particular	31	138.90	22.94	.516	.608
	Pública	18	135.33	24.07		
Desesperança	Particular	31	56.00	8.02	-.944	.350
	Pública	18	58.00	5.27		

Uma outra variável importante que foi analisada prende-se com o tempo com que o casal já lida com o diagnóstico, na medida, em que seria relevante conhecer se os níveis de saúde mental e de desesperança se alteram conforme os anos vão passando e o casal se vai adaptando a lidar com a realidade que faz parte da vida deles. Desta forma, os resultados obtidos, através da realização de uma ANOVA, sugerem que quem lida com o diagnóstico há cerca de seis meses a um ano, obteve pontuações mais elevadas na saúde mental, embora

não se verificarem diferenças estatisticamente significativas $F(828.017; 513.033)=1.614$, $p=.177$, sendo que quem lida com o diagnóstico entre 3 a 6 anos, pontuou mais na desesperança, embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas $F(58.892; 46.318)=1.271$, $p=.294$. Estes valores podem ser confirmados na tabela seguinte.

Tabela 28

Comparação das variáveis totais saúde mental e desesperança com o tempo com que lidam com o diagnóstico (n=48).

Variáveis	Tempo	n	Média	D.P.	F	p-valor
Saúde mental	< 6 meses	2	152.50	9.19	1.614	.177
	6 meses a 1 ano	5	155.00	15.33		
	1 a 3 anos	23	131.83	25.33		
	3 a 6 anos	13	138.08	21.53		
	6 a 9 anos	2	117.00	12.73		
	>9 anos	3	151.33	18.50		
	Desesperança	< 6 meses	2	53.50		
6 meses a 1 ano		5	51.00	9.51		
1 a 3 anos		23	55.96	6.66		
3 a 6 anos		13	59.46	5.27		
6 a 9 anos		2	57.00	7.07		
>9 anos		3	57.67	10.26		

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Alguns dos resultados apresentados estão em conformidade com outros encontrados por diversos autores nas suas investigações, havendo ainda outros resultados que se podem revestir de explicações distintas.

O primeiro objetivo da presente investigação pretendia validar a Escala de Desesperança (Beck & Steear, 1974) e o segundo objetivo por avaliar os níveis de saúde mental e de desesperança em mulheres inférteis. Desta forma, foi necessário constituir duas amostras, sendo que a amostra A diz respeito à validação da escala e a amostra B, está direcionada para o segundo objetivo. Face à amostra A, constituída por 494 participantes de ambos os géneros, foi possível observar que apresentou uma média de idades 27.68 anos (DP=8.98), revelando assim uma amostra de adultos jovens e com formação académica, tendo sido a licenciatura/bacharelato (45.1%) o grau de instrução mais apontado e com o estatuto socioeconómico médio a prevalecer sobre os outros, representando efetivamente 55.1% dos participantes.

O stress/ansiedade (38.7%), a desmotivação (21.5%) e as dificuldades financeiras (19.6%), foram as dificuldades mais apontadas pelos participantes da amostra e apesar da presença destas queixas, a maioria da amostra considera ter um bom suporte social (31.6%), pelo que através dos resultados obtidos, verificou-se que é uma amostra normativa que não revela problemas significativos, do ponto de vista mental, físico e emocional, que pudessem influenciar o desempenho no preenchimento dos questionários, tendo-se obtido bons resultados (α 0.88).

Relativamente à Escala de Desesperança (Beck & Steear, 1974) a escala alcançou uma boa classificação no que se refere à sensibilidade e obteve uma consistência interna de α 0.88. Da análise fatorial, resultaram três dimensões finais, sendo elas: a visão negativa do futuro, constituída por dez itens, que explicam 38.33% da variância explicada, tendo uma consistência interna de α 0.92; a visão positiva do futuro, integra sete itens, que por sua vez explicam 10% da variância total, com um valor α 0.73; a esperança, inclui três itens, que explicam 6.43% da variância total e obteve uma consistência interna α 0.62.

Por sua vez, a amostra B é constituída por 109 participantes, exclusivamente do género feminino, sendo que 49 mulheres dizem ser inférteis e 60 mulheres dizem ser férteis (estas 60 mulheres foram retiradas aleatoriamente da amostra B, após a eliminação dos participantes masculinos), sendo que esta amostra revelou uma média de idades de 28.47 (DP=8.10), revelando assim uma amostra de mulheres jovens.

À semelhança da amostra anterior, as mulheres que participaram voluntariamente neste estudo referem ter uma licenciatura/bacharelato (53.2%), o estatuto socioeconómico médio também revelou ser o mais predominante, representando 56% da amostra e as

dificuldades mais indicadas, foram o stress/ansiedade (45%), a desmotivação (26.6%) e as dificuldades financeiras (19.3%). Da amostra 35.8%, percebeu igualmente ter um bom suporte social. Apenas 9.2% das mulheres da amostra referem que se encontravam em acompanhamento psicológico.

A síndrome dos ovários poliquísticos e a causa idiopática foram as duas causas de infertilidade feminina mais referidas pela amostra, correspondendo a 12.8% e a 11.9%, respetivamente, ao passo que na infertilidade masculina, as causas mais apontadas foram as alterações do espermograma e também a causa idiopática/desconhecida, representando 11.9% e 5.5% da amostra respetivamente. Da amostra B total (n=49), 12.24% (n=6) das mulheres inférteis também referiram que a causa da infertilidade não era apenas feminina ou masculina, mas sim de ambos. Todavia, devido à escassez deste tipo de participantes, optou-se por não realizar mais explorações no tratamento dos dados.

Os resultados indicam que as mulheres solteiras parecem ser aquelas que têm níveis mais elevados de saúde mental (média 139.30, DP= 23.62), apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$) entre as variáveis; quem tem um estatuto socioeconómico médio, também evidencia maiores níveis de saúde mental (média 140.62, DP= 24.05), embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$) entre o estatuto socioeconómico e a saúde mental. Por sua vez, os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) entre a saúde mental e o nível de escolaridade, pelo que os resultados sugerem que quem tem uma formação académica superior com mestrado ou doutoramento, parece apresentar níveis de saúde mais elevados (média 142.46, DP= 25.51).

Após a definição do segundo objetivo geral desta investigação (avaliar os níveis de saúde mental e de desesperança em mulheres inférteis), foi necessário especificar os objetivos, pelo que o primeiro pretendia determinar as diferenças entre a saúde mental e a infertilidade, o segundo objetivo por avaliar a relação entre a infertilidade e o sentimento de desesperança e por último, por relacionar a saúde mental com a desesperança.

No primeiro objetivo, os resultados indicaram que as mulheres inférteis têm menos saúde mental, na medida em que evidenciaram maiores níveis de ansiedade, de depressão e também de perda de controlo emocional e comportamental. Nos estudos apresentados, estas dimensões negativas da saúde mental surgiram quase sempre intimamente relacionadas, principalmente a depressão e a ansiedade. Domar (2007) e Ogawa *et al*, (2011) obtiveram resultados idênticos ao deste estudo tendo verificado uma elevação da ansiedade e da depressão nas mulheres, uma vez que a infertilidade está associada a elevados níveis de stress. Outros autores (Oliveira, *et al*, 2013; Mariano *et al*, 2010; Pereira, 2011; Silva, *et al*, 2011; Spotorno, 2005) observaram um aumento dos níveis de depressão e de ansiedade nas

peçoas que passaram pela experiência da infertilidade, tendo sido consideradas umas das suas principais implicações psicológicas, caracterizando-se ainda pela presença de baixa autoestima, de sentimentos de medo e frustração, de vergonha e de tristeza e ainda sentimentos de culpa.

A depressão enquanto variável isolada também tem sido encontrada noutros estudos efetuados (Catapano, 2010; Homaidan, 2011; Ashkani, *et al*, 2006; Maillet, 2002) cujo objetivo passava, à semelhança do presente estudo, por investigar diversas variáveis em mulheres férteis e inférteis, tendo os resultados indicado que as mulheres inférteis evidenciam maiores níveis de depressão e acrescentam ainda, que pode advir da pressão familiar existente sobre a importância da mulher engravidar.

Alguns estudos (Canavarró, 2010; Delgado, 2007; Silva, 2011; Sheila & Wendling, 2010) observaram o surgimento de repercussões negativas ocorridas da vivência da infertilidade, nomeadamente: os sentimentos de culpa, de inferioridade, de vazio, de desapontamento, de desânimo e ainda de sentimento de que a infertilidade domina a vida do casal, transpondo para o aumento da perda de controlo emocional e comportamental, tal como os resultados deste estudo indicaram. Todavia, outros estudos referem que há um aumento da cumplicidade entre o casal mesmo após o diagnóstico, não influenciando a coesão familiar prévia ao diagnóstico (Avelar, Caetano, Meyer de Moraes & Marinho, 2000; Maillet, 2002; Ribeiro do Couto, 2011; Sheila & Wendling, 2010), o que evidencia a importância do suporte social, especialmente em situações onde o desejo da maternidade e a própria relação entre o casal são postos à prova. Estes resultados remetem para a importância do afeto positivo e dos laços emocionais, sendo que no presente estudo, os resultados apontam que as mulheres inférteis evidenciam valores mais elevados de bem-estar psicológico, o que analisando à luz da literatura, vai de encontro a alguns estudos (Maillet, 2002; Ribeiro do Couto, 2011; Sheila & Wendling, 2010; Yagmur & Oltuluoglu, 2012), uma vez que a rede de suporte se torna num pilar importante para os casais inférteis. Num estudo conduzido por Pereira (2011), os resultados apontam que quanto menor a perceção do suporte social, maiores os níveis de depressão e ainda maior ansiedade e isolamento social, corroborando assim os resultados desta investigação.

Relativamente ao sentimento de desesperança e fazendo um paralelismo para o segundo objetivo desta investigação (avaliar a relação entre a infertilidade e o sentimento de desesperança), seria de esperar que as mulheres inférteis obtivessem pontuações mais elevadas nesta dimensão, todavia, as diferenças obtidas, não são estatisticamente significativas $t(109)=1.416$, $p=0.160$. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de as mulheres inférteis terem experiências que as obrigaram a preparar de certa forma, respostas para as questões com as quais de defrontaram, uma vez que a infertilidade é uma condição criada pelo próprio corpo humano, e que não é passível de ser controlada, fazendo-as adquirir estratégias de *coping* emocionais para saber lidar com as situações adversas. Estes resultados

são corroborados por algumas investigações e justificados com outras dimensões, nomeadamente sobre a importância que o suporte social exerce na vida das pessoas. Num estudo, cujo objetivo passava por determinar o suporte social e a desesperança em mulheres que foram submetidas a tratamentos de fertilidade, verificou-se uma correlação negativa entre ambas, isto é, quanto maior o apoio social, menor o sentimento de desesperança (Yagmur & Oltuluoglu, 2012). Um outro estudo (Yousefi, Zare, Choobsaz & Motiei, 2013) levado a cabo com a finalidade de estudar o efeito da terapia de *coping* em mulheres inférteis com níveis de desesperança, determinou que ao participar na terapia, as pessoas diminuíram claramente os níveis de desesperança, do pessimismo e da perspetiva negativa do futuro, tal como se verifica nesta investigação, na medida em que os resultados indicam que não há diferenças estatisticamente significativas face à visão negativa do futuro e à visão positiva do futuro entre as mulheres inférteis e as mulheres férteis.

Os resultados deste segundo objetivo, permitem confirmar que a Escala de Desesperança (Beck & Steear, 1974) é válida, não só para avaliar e prever o suicídio, como alguns autores referem (Klonsky, Kotov, Bakst, Rabinowitz & Bromet, 2012; Miranda, Tsypes, Gallagher, Rajappa, 2013; Cuijipers, Beurs, Spijker, Berking, Andersson & Kerhkoof, 2013) mas também para avaliar psicometricamente outras áreas, como é o caso dos níveis de desesperança em mulheres inférteis.

No terceiro objetivo desta dissertação - relacionar a saúde mental com a desesperança - os resultados evidenciam uma correlação negativa forte entre a saúde mental total e a desesperança total ($r = -.592$; $p < 0.05$), o que significa que quanto mais saúde mental, menos desesperança total. Estes resultados vão de encontro ao esperado, todavia não foi possível encontrar na literatura existente, nenhum estudo que permitisse confirmar estes mesmos resultados. Contudo, é um resultado, como já foi referido, esperado, uma vez que havendo uma homeostasia relativamente à saúde mental, os níveis de desesperança, não prevalecerão sobre esta mesma.

Os tratamentos de fertilidade tornam-se dolorosos psicológica e emocionalmente, quando após algum tempo se verifica que não deram resultado, ou seja, quando a mulher se apercebe que à medida que vai fazendo tratamentos, o insucesso caminha lado a lado, esta experiencia um misto de emoções, desde a tristeza, a ansiedade, a angústia, a frustração, a revolta, entre outros. Aquilo que se verifica no presente estudo e na maioria dos estudos, é de facto que a ansiedade, a tristeza e a angústia são os sentimentos experienciados com maior frequência e maior intensidade pelas mulheres inférteis aquando a realização dos tratamentos (Avelar, Caetano, Meyer de Moraes & Marinho, 2000; Burns, 2007; Harvard Medical School, 2009; Melamed, Ribeiro & Seger-Jacob, 2006; Trindade & Enumo, 2001). A raiva, o medo, a vergonha, a culpa foram alguns dos sentimentos também apontados pelas participantes, embora em menor escala e são considerados como outros sentimentos experienciados pelas mulheres ao longo do processo de tratamento por alguns autores

(Carvalho, Seibel, Makuch & Maluf, 2006; Oliveira, *et al*, 2013; Mariano *et al*, 2010; Pereira, 2011; Silva, *et al*, 2011; Spotorno, 2005; Resolve: The National Infertility Association, *s.d.*).

REFLEXÃO FINAL

Quando se escolhe investigar questões relacionadas com a esfera da vida íntima do casal, deve-se ter em consideração diversos aspetos, nomeadamente: a compreensão dos aspetos físicos e das vivências sociais, psicológicas e emocionais dos casais que são submetidos aos tratamentos, uma vez que este processo se traduz inevitavelmente, numa marca para o resto das suas vidas.

É consensual que na sociedade tradicional, existe a expectativa universal de que gerar um filho e formar uma família faz parte do papel da mulher e em muitos casos, a gravidez é considerada como um projeto de vida dos casais. Contudo, quando este projeto é quebrado ou adiado porque o próprio corpo humano não corresponde a esse mesmo desejo da maternidade, os casais experienciam um misto de emoções, desde a tristeza, ao medo, à ansiedade, à preocupação, à frustração e à própria vergonha, de não corresponder efetivamente a este mesmo papel e função esperada, em especial pela mulher. Ora, esta realidade torna-se obrigatoriamente numa experiência de vida com significado carregado de emoções negativas, podendo destabilizar o bem-estar psíquico dos casais.

Esta investigação apresenta como principal potencialidade, o facto de conjugar dois grandes objetivos, nomeadamente: a validação da Escala de Desesperança (Beck & Steear, 1974) e a avaliação dos níveis de saúde mental e de desesperança em mulheres inférteis. Pode ainda mencionar-se como potencialidade, o facto de este estudo ser mais um contributo para o avanço do campo científico nesta área, especialmente porque em termos nacionais se verifica uma escassez na investigação da área da infertilidade, relacionada com a saúde mental e com a desesperança. Apesar de internacionalmente, se verificar de forma idêntica pouca oferta de investigações nesta área, é possível constatar que é igualmente difícil aceder a alguns estudos e resultados.

Todavia, este estudo também revela algumas limitações, nomeadamente o facto de a amostra B ser constituída apenas por mulheres, dado que os homens têm menor tendência a participar em investigações que rondam a esfera íntima da vida do casal. Desta forma, e para futuras investigações, seria importante uniformizar este estudo, de forma a conseguir aceder aos cuidados médicos prestados aos casais inférteis, obtendo assim uma amostra maior, podendo obter resultados heterogéneos.

Considera-se ainda uma vantagem o facto de a recolha da amostra ter ocorrido através de um link da internet, construído para o efeito, uma vez que é mais fácil, rápido e económico, o que permitiu obter um maior número de participantes, todavia, constitui igualmente uma limitação, na medida em que não permite a generalização dos resultados, dado que as pessoas não têm todas acesso à internet para poder responder voluntariamente ao questionário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

✓ Al-Homaidan, H. T. (2011). Depression among women with primary infertility attending an infertility clinic in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia: rate, severity, and contributing factors. *International Journal of Health Sciences*, 5(2). Qassim University.

✓ Ashkani, H., Akbari, A. & Heydari, S. (2006). Epidemiology of depression among infertile and fertile couples in Shiraz, Southern Iran. *Indian Journal of Medical Sciences*, 60(10).

✓ Associação Portuguesa de Fertilidade (s.d.). Acedido em: <http://www.apfertilidade.pt>.

✓ Beck, A., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. University of Pennsylvania.

✓ Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22, 1506-1512. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17376819>.

✓ Conde, P. (2012). *Impacto da infertilidade no funcionamento e satisfação sexual feminina*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

✓ Connors, M. H. (2003). *Infertility: a guide to evaluation, treatment and counseling*. Harvard Medical School, Brigham and Women's Hospital. Boston.

✓ Cuijpers, P., Beurs, D., Spijker, B., Berking, M., Andersson, G. & Kerhokof, J. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 183-190.

✓ Delgado, M. J. (2011). O desejo de ter um filho...as vivências do casal infértil. *Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Universidade Aberta.

✓ DeLisle, M. (2007). *Understanding the relationships between depression, hopelessness, psychache and suicide risk*. Queen's University: Canadá.

- ✓ Domar, A. (2007). Coping with the stress of infertility. *Resolve: The National Infertility Association*, 15.
- ✓ Fragoeiro, I. M. (2008). A saúde mental das pessoas idosas na Região Autónoma da Madeira. *Tese de Doutoramento*. Porto: Universidade do Porto.
- ✓ Gameiro, S., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2008). A experiência masculina de infertilidade e de reprodução medicamente assistida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 253-270.
- ✓ Gaware, V. M., Parjane, S. K. Merekar, N. A., Pattan, S. R., Dighe, N. S. Kuchekar, B. S. & Rahul, K. G. (2009). Female infertility and its treatment by alternative medicine: a review. *Journal of Chemical and Pharmaceutical Research*, 1(1), 148-162.
- ✓ Guadapule, S. (2008). A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico. *Tese de Doutoramento*. Porto: Universidade do Porto.
- ✓ Gurunath, S., Pandian, Z., Anderson, R. & Bhattacharya, S. (2011). Defining infertility - a systematic review of prevalence studies. *Human Reproduction Update*, 17(5), 575-588.
- ✓ Loureiro, L. M., Dias, C. A., Aragão, R. O. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Referência, IIª Série*(8), 33-44. Coimbra.
- ✓ Maillet, M. H. (2002). Infertility and marital adjustment: the influence of perception of social support, privacy preference and level of depression. *Dissertação de Mestrado*. Faculdade do Luisiana.
- ✓ Mariano, C. M., Audi, S. G. & Oliveira, F. S. (2010). *Infertilidade e suas implicações psicológicas*. Brasil: Faculdades integradas de Ourinhos.
- ✓ Marinho, R. T. (2012). O que é a “saúde”. *Ata Médica Portuguesa*, 25(3), pp.143-144. Lisboa.
- ✓ Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ªEd.). Lisboa: Report Number.
- ✓ Marsiglia, F., Kulis, S., Perez, H. & Parsai, M. (2011). Hopelessness, family stress, and depression among Mexican-heritage mothers in the Southwest. *Health & Social Work*, 36(1), 7-18.

- ✓ Meites, T. M., Deveney, C. M., Steele, K. T., Holmes, A. J. & Pizzagalli, D. A. (2008). Implicit depression and hopelessness in remitted depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1078-1084.

- ✓ Ministério da Saúde: Alto Comissariado da Saúde (2008). *Plano para a Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

- ✓ Ministério da Saúde: Alto Comissariado da Saúde (2009). *Programa específico para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade: documento de suporte à contratualização*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

- ✓ Miranda, R., Tsypes, A., Gallagher, M. & Rajappa, K. (2013). Rumination and Hopelessness as Mediators of the Relation Between Perceived Emotion Dysregulation and Suicidal Ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 786-795.

- ✓ Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Soares, I., Santos, T. A. & Canavarro, M. C. (2010). Psychosocial adjustment in infertility: a comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive technologies and presumed fertile couples. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 299-319.

- ✓ Ogawa, M., Takamatsu, K. & Horiguchi, F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *BioPsychoSocial Medicine*, 5-15.

- ✓ Oliveira, A., Granja, B. & Sousa, M. (2013). A percepção da mulher face às implicações da infertilidade na sua vida. *Saúde Reprodutiva: Sexualidade e Sociedade*, 3, 5-19.

- ✓ Organização Mundial da Saúde (1986). *Salud mental: um estado de bienestar*. Acedido em: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.

- ✓ Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório Mundial de Saúde 2001: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Ministério da Saúde. Lisboa.

- ✓ Pereira, A. E. (2011). Depressão e apoio social percebido em homens e mulheres com diagnóstico de infertilidade. *Dissertação de Mestrado*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

- ✓ Remoaldo, P. & Machado, H. (2008). *O Sofrimento Oculto: causas, cenários e vivências da infertilidade*. Edições Afrontamento: Porto.

- ✓ Ribeiro do Couto, F. (2011). *A influência da infertilidade na satisfação conjugal e no ajustamento familiar. Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Faculdade de Psicologia.
- ✓ Santana, P., Alves, I. Couceiro, L., Andreozzi, V. (2008). Saúde mental em Portugal continental. Alto Comissariado da Saúde, Boletim Informativo n.º 1, abril. Acedido em: <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/04/pnsemfoco1.pdf>.
- ✓ Silva, I. R., Ferreira, A. M., Faria de Brito, M. A., Dias, N. M. & Henriques, C. M. (2011). As vivências da mulher infértil. *Revista de Enfermagem Referência, IIIªSérie(8)*, 181-189.
- ✓ Silva-Carvalho, J. L., & Santos, A. (2009). *Estudo Afrodite: Caracterização da infertilidade em Portugal* (Vol. 1. Estudo na Comunidade). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- ✓ Spotorno, P. M. (2005). *expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida*. Porto Alegre: Brasil.
- ✓ Vaz Serra, A. & Pocinho, F. (2001). Autoconceito, *coping* e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22(1), 9-21.
- ✓ Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E. & Vanderpoel, D. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*, 92(5).

ANEXO TEÓRICO

Saúde Mental, Desesperança e Infertilidade

Antes de definir o conceito de saúde mental, torna-se importante, que seja feita uma primeira abordagem ao termo saúde. A sua definição tem vindo a progredir ao longo dos tempos, uma vez que para se ser considerado saudável, bastaria não ter nenhuma doença. Contudo, a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) avançou com um conceito mais abrangente, defendendo que a saúde é “um estado físico, mental e social completo de bem-estar, e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1948). A saúde é um constructo multifatorial que resulta de uma interação complexa entre fatores sociais, culturais, físicos, psicológicos, biológicos e espirituais, pelo que a sua promoção e manutenção implicam diversos processos psicossociais na interação entre o indivíduo, o sistema de saúde e a sociedade (Trindade & Carvalho Teixeira, 2007).

A OMS (2001) estima que mais de 1500 milhões de indivíduos, no mundo inteiro, sofrerão ao longo da vida de alguma perturbação mental. Em relação à definição de saúde mental, a OMS (2007) também considerou que “não é apenas a ausência de perturbações mentais”, definindo-a como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo está consciente das suas próprias capacidades, podendo enfrentar as tensões normais da vida, podendo trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar o seu contributo à sua comunidade” (OMS, 1986), não se restringindo apenas à “ausência de perturbações mentais”. Marinho (2012) define a saúde mental como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”.

A saúde mental é tão importante quanto a saúde física e social para o bem-estar de todas as pessoas, da sociedade e do mundo e que depende de inúmeros fatores de caráter biopsicossocial (OMS, 2001; Fragoeiro, 2008; Roberto, 2009). Apesar de existirem diversas investigações sobre o tema, a verdade é que não existem dados concretos acerca da prevalência de problemas de saúde mental, e este facto, é reconhecido quanto a Portugal (Loureiro, Dias & Aragão, 2008; Ministério da Saúde, 2009; Santana Alves, Couceiro & Andreozzi, 2008) e quanto a nível mundial (Loureiro, Dias & Aragão, 2008; OMS, 2001). A OMS (2001) no seu relatório sobre “Saúde mental: nova conceção, nova esperança”, refere: “embora o nosso conhecimento das perturbações mentais e comportamentais tenha crescido ao longo dos anos, existem ainda muitas variáveis desconhecidas que contribuem para o desenvolvimento das perturbações mentais, a sua progressão e o tratamento eficaz”. Esta falta de dados consistentes, parece estar relacionada, entre diversos fatores, com o facto de que a saúde mental foi negligenciada durante largos anos face à saúde física (Guadalupe, 2008; OMS, 2001).

A depressão e o apoio social percebido também têm sido foco de investigação científica e em 2011, Pereira procurou avaliar estas duas dimensões e a sua relação para analisar o impacto psicológico em pessoas inférteis. Os resultados indicaram que quanto menor a percepção do suporte social, maiores os níveis de depressão e foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre géneros, onde a mulher apresentou maiores níveis de depressão e de satisfação com o apoio social. No entanto, também foi possível constatarem que tanto homens como mulheres, experienciando o diagnóstico de infertilidade manifestaram maior ansiedade e isolamento social, sentimentos de culpa e ainda diminuição da autoestima.

Todavia, o tema da infertilidade e da saúde mental também tem sido foco de atenção por parte de diversos países. Por exemplo, no Brasil, alguns autores (Mariano, Audi, Oliveira, 2010) fizeram uma revisão bibliográfica da literatura existente para dar a conhecer quais as implicações psicológicas que a infertilidade acarreta para o casal, sendo que entre outras, as mais comuns enunciadas, foram: a presença de depressão, de baixa autoestima, de ansiedade, de sentimentos de medo e frustração, elevados níveis de stress individual e conjugal, uma destabilização nas relações do indivíduo e ainda frustração, vergonha e tristeza (Spotorno, 2005).

O processo que envolve todo o tratamento da infertilidade provoca muitas vezes um desequilíbrio ou um mal-estar na saúde mental das pessoas e Ogawa, Takamatsu & Horiguchi (2011) consideram que este cuidado é muita vez negligenciado. Por essa mesma razão, estes mesmos autores realizaram uma investigação onde pretendiam estudar os fatores ansiógenos e depressivos relacionados à infertilidade e os resultados indicam que as mulheres que foram submetidas a tratamentos, apresentavam valores mais elevados de depressão, enquanto que, quando a causa da infertilidade provinha do marido, apresentavam maiores níveis de ansiedade e pontuações mais baixas de depressão (Ogawa, Takamatsu & Horiguchi, 2011). Al-Homaidan (2011) também publicou um estudo onde pretendeu determinar a prevalência e os fatores depressivos existentes entre um conjunto de pessoas inférteis e outro que dizem ser férteis, sendo que os resultados parecem indicar que as mulheres inférteis apresentaram maiores níveis de depressão do que as mulheres férteis. O autor alerta ainda que a pressão da família para a mulher engravidar é um contributo significativo para desenvolver esta sintomatologia. Na Irlanda, também decorreu um estudo semelhante a este, na medida em que o objetivo também passava pela determinação da presença de depressão entre casais inférteis e casais férteis e os resultados indicam que a depressão é mais comum em casais inférteis (Ashkani, Akbari & Heydari, 2006; Maillet, 2002).

A infertilidade tem uma estreita relação com a saúde mental, na medida em que pode ser geradora de alterações cognitivas, comportamentais, emocionais e sociais. Neste sentido, a desesperança pode ser entendida como uma alteração relevante a ter em conta.

A desesperança apresenta-se como uma dimensão do amplo constructo da saúde mental que muitos autores vêm como uma consequência da ruminação cognitiva decorrente da adversidade que as pessoas vivenciam, sendo que muitos autores acreditam que pode estar intimamente relacionada com a ideação suicida (Miranda, Tsypes, Gallagher, Rajappa, 2013; Cuijipers, Beurs, Spijker, Berking, Andersson & Kerhko, 2013). Para Beck, Weissman, Lester & Trexler (1974) a desesperança é uma característica que está implícita em diversas psicopatologias, como é o caso da depressão, na esquizofrenia, no suicídio, no alcoolismo e ainda na doença física.

Marsiglia, Kulis, Perez & Parsai (2011) procuraram examinar quais os fatores que contribuem para o desenvolvimento do sentimento de desesperança em mulheres mexicanas residentes nos Estados Unidos da América e os resultados parecem indicar que a desesperança está relacionada com a presença da depressão, embora esta relação não se tenha verificado em todos os casos. Foi ainda possível constatarem que diversos fatores constituem um risco para o aparecimento da desesperança e que outros se consagram benéficos para o seu evitamento. Desta forma, os fatores de risco encontrados na amostra do estudo foram: famílias numerosas, conflitos entre pais e filhos, especialmente filhos adolescentes e outros conflitos familiares, uma vez que provoca um desequilíbrio na homeostasia familiar. Por sua vez, os fatores protetores identificados foram: o apoio familiar percebido, as relações sociais, a capacidade de resiliência e estar empregado fora de casa (Marsiglia, *et al*, 2011).

Um outro estudo procurou examinar a relação existente entre o suicídio e três variáveis psicológicas predictoras: a desesperança, a depressão e ainda a dor psicológica insuportável. Os resultados indicaram que quem tem maiores níveis de desesperança e de dor psicológica insuportável, apresenta igualmente maior risco de suicídio, sendo que a desesperança está relacionada com cognições negativas sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro, estando estas ligadas intimamente a acontecimentos de vida negativos, precipitando assim o aumento do sentimento de desesperança (DeLisle, 2007). À semelhança desta investigação, também Meites, Deveney, Steele, Holmes & Pizzagalli (2008) procuraram estudar a desesperança em indivíduos com depressão recorrente e os resultados sugeriram que os níveis de desesperança são mais elevados nestes pacientes.

A infertilidade é um problema social e de saúde pública que afeta entre 5% a 15% da população portuguesa (Ministério da Saúde, 2008; Silva-Carvalho & Santos, 2009) e em termos mundiais estima-se que afete entre 9% a 10% (Boivin, Bunting, Collins & Nygren, 2007). A infertilidade, é clinicamente definida como a incapacidade de conseguir uma gravidez clínica após 12 meses ou mais, de relações desprotegidas (Al-Homaidan, 2011; Associação Portuguesa de Fertilidade (APF), *s.d.*; Remoaldo & Machado, 2009; Zegers-Hochschild, Adamson, Mouzon, Ishihara, Mansour, Nygren, Sullivan & Vanderpoel, 2009) e esta definição tem vindo a ser aceite de forma consensual na literatura (Gaware, Parjane, Merekar, Pattan, Dighe, Kuchekar & Rahul, 2009; Gurunath, Pandian, Anderson & Bhattacharya, 2011). É uma condição imposta

pelo próprio corpo humano que também pode ser definida, segundo Remoaldo & Machado (2008, p.20) em termos gerais, como a “*diminuição da capacidade de conceber em relação à população geral*”. Também a Associação Portuguesa de Fertilidade (s.d.) dá o seu contributo no que toca à definição de infertilidade, considerando-a “*o resultado de uma falência orgânica devida à disfunção dos órgãos reprodutores, dos gametas ou do conceito*”.

Em Portugal, devido à exigência de uma formação académica extensa, devido ao domínio das mulheres da anticoncepção e devido a outros fatores também de índole cultural, a média de nascimento de um filho encontra-se perto dos trinta anos, para as mulheres. Desta forma, a fase de maior fertilidade tanto do homem como da mulher, é desaproveitada do ponto de vista reprodutivo, contribuindo assim para uma possível explicação da infertilidade (Leal & Pereira, 2005). Assim, ainda segundo as autoras, a medicina de reprodução tem ganhado cada vez mais força procurando soluções no campo da infertilidade em que as suas causas são conhecidas, e também para a infertilidade com causas desconhecidas.

Geralmente, apenas um dos membros do casal é alvo do diagnóstico de infertilidade, contudo alguns autores referem que cerca de 40% das causas são atribuídas à mulher, outros 40% ao homem e os restantes 20%, são atribuídas a ambos os géneros (Al-Homaidan, 2011; Connors, 2003). Contudo, independentemente da etiologia, a infertilidade deve ser conceptualizada enquanto um problema do casal (Gameiro, Silva & Canavarro, 2008; Connors, 2003) e não de um indivíduo, porque afeta ambos os membros do casal. A infertilidade é vista como uma experiência severamente angustiante para diversos casais (Al-Homaidan, 2011), na medida em que para muitas mulheres ter um filho é o momento em que cumpre o papel que a sociedade em que vive espera dela. Desta forma, quando o casal se defronta com a infertilidade, experiencia um misto de emoções, desde a ansiedade, o medo, a vergonha, a tristeza, o cansaço psicológico e físico, entre outros, podendo ser considerada um stressor na vida das pessoas, uma vez que pode comprometer o seu funcionamento prévio e o seu bem-estar, pois é causador de um grande impacto na vida das pessoas (Domar, 2007; Maillet, 2002). A verdade é que esta condição origina sofrimento a muitos casais em idades férteis (Ministério da Saúde, 2009) que desejam ter filhos, mas não conseguem devido à natureza do problema cuja génese é multifatorial e complexa, conduzindo muitas vezes a uma fragilidade da saúde mental do ser humano, colocando em causa o seu bem-estar psicológico.

A parentalidade continua a ser vista como um grande objetivo de vida, seja dos casais tradicionais, seja das famílias monoparentais, pelo que, tal como refere Leal & Pereira (2005), a procriação pode ser considerada como um desejo profundamente humano, uma vez que só assim se possibilita a transmissão genética e cultural transgeracional, traduzindo assim um prolongamento da família e das tradições. Desta forma, a não descendência pode corresponder a um abalo existencial (Hertz, 1989, cit in Leal & Pereira, 2005), uma vez que

conceber um filho, geralmente faz parte do papel da mulher, constituindo-se como um projeto de vida para muitos casais.

Quando se tentou explicar a infertilidade, inicialmente partiu-se do princípio que teria uma causa feminina, contudo, com os avanços técnico-científicos começou a ser considerada a possibilidade de existência de uma causa masculina, a qual, segundo Leal & Pereira (2005) tem sido cada vez mais confirmada ao longo dos anos de investigação.

Os aspetos que melhor representam a vida e os seres vivos são a capacidade de dispersão e de multiplicação que apresentam e que lhes permitiu colonizar toda a superfície da Terra e os seus diversos ambientes. As espécies possuem a capacidade de se reproduzirem, de originarem descendentes, pelo que desta forma, podemos definir a reprodução como um fenómeno eminentemente biológico ou natural que garante a continuidade das gerações e a transmissão da vida desde o seu surgimento até aos dias de hoje (Loyola, 2003).

Aquilo que nos permite caracterizar os seres vivos e diferenciá-los é o seu ciclo vital, isto é, os seres vivos nascem, reproduzem-se e morrem, pelo que são os mecanismos de reprodução que asseguram a continuidade da espécie.

Quando se fala no conceito da infertilidade, este relaciona-se obrigatoriamente com o de saúde reprodutiva, que foi perfilhado no Cairo em 1994 na Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento. Desde aqui que passou a existir um Programa de Ação, através do qual foi promovido uma nova noção do termo de saúde reprodutiva. Assim, procurou-se reduzir de forma significativa as gravidezes em idades precoces, proteger os adolescentes de infeções sexualmente transmissíveis e o subsequente risco de infertilidade. Portanto, a saúde reprodutiva passou a dizer respeito a *“um completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade, em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo e suas funções e processos”* (EuroNGOs. Fundo das Nações Unidas para a População. International Planned Parenthood Federation, 2004: 9, cit in Remoaldo & Machado, 2008).

Para a OMS (*s.d.*, cit in Remoaldo & Machado, 2008), pode ainda ser definida como a:

capacidade de cada um se reproduzir de forma conseguir um filho são, com garantia de sobrevivência, e que da gravidez e do parto não ocorram riscos para a saúde da Mãe. [...] Implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade de se reproduzir e decidir se, quando e com que frequência o fazem. Esta última condição pressupõe o direito de homens e mulheres serem informados e terem acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha.

Assim, o conceito de saúde reprodutiva encontra-se intimamente ligado ao de fertilidade, que consiste na *“capacidade física de reproduzir-se, a qual começa para as mulheres, em média, entre os 12 e os 14 anos (menarca) e para os homens entre os 12 e os 15 anos”* (Remoaldo & Machado, 2008).

De igual forma, torna-se fulcral esclarecer o conceito de infertilidade que muitas vezes, pode ser confundido com o termo de esterilidade, pelo que, segundo a O.M.S. (s.d., cit in Soares, 2008) é a *“ausência de concepção após um ano de relações sexuais, regulares e desprotegidas”*. Álvarez (1996) acrescenta que é a *“incapacidade de uma mulher dar à luz um bebé vivo”* (p.175). Assim, resumindo estas breves definições, é importante reter que para se falar em infertilidade, tem que passar um período mínimo de um ano, em que as relações sexuais foram regulares e desprotegidas, tendo o objetivo de conceber uma criança. Por sua vez, a esterilidade define-se como *“a incapacidade de conceber. É uma situação irreversível em contraposição com a infertilidade”* (Álvarez, 1996, p.171).

Também a Associação Portuguesa de Fertilidade (s.d.) dá o seu contributo no que concerne à definição de infertilidade, considerando-a *“o resultado de uma falência orgânica devida à disfunção dos órgãos reprodutores, dos gâmetas ou do concepto”*.

A infertilidade pode ser distinguida como primária ou secundária, pelo que a primária se caracteriza pela ausência de gravidez ao fim de um ano a tentar engravidar, numa mulher que nunca engravidou, e a secundária refere-se à mulher que já engravidou, mas que posteriormente é incapaz de conceber, durante um período de pelo menos um ano (Soares, 2008). Contudo, independentemente do casal se confrontar com uma infertilidade primária ou secundária, a verdade é que existem diversos fatores que podem ajudar a explicar essa condição, nomeadamente: o desenvolvimento económico e ainda o acesso aos métodos de contraceção, que favoreceram a integração da mulher no mundo laboral, científico, político e económico (Soares, 2008). Assim, a maternidade passou para um segundo plano, ou pelo menos deixou de ser a grande prioridade no papel da mulher, adiando assim a primeira gravidez para idades mais avançadas, sendo que em Portugal, no ano de 2012 a idade média situava-se nos 29.5 anos de idade e na União Europeia, a idade média situa-se nos 30.0 anos (PORDATA, 2013). Desta forma, a idade da mulher é seguramente um dos principais fatores que explicam a condição da infertilidade, enquanto que a idade do homem é menos relevante, uma vez que mantém durante mais tempo a sua fertilidade (Soares, 2008). Tal como refere Gispert (1997) a fertilidade na mulher diminui com a idade, pelo que este fator, já é suficientemente importante no aumento da incidência de casais estéreis e, por sua vez, o fácil acesso aos métodos anticoncetivos cria a possibilidade de controlar o planeamento de conceber um filho.

A ida para o ensino superior ajuda a adiar a primeira gravidez, uma vez que tanto as mulheres como os homens apostam cada vez mais na sua formação contínua para que

posteriormente consigam ter uma qualidade de vida e um estatuto socioeconómico superior e assim poderem dar uma vida melhor aos seus descendentes (Leal & Pereira, 2005; Loyola, 2003).

A ausência de ovulação, disfunções hormonais, tumores nos ovários, alterações no muco cervical, obstrução das trompas e existência de tecido uterino na cavidade pélvica são alguns fatores clínicos que provocam infertilidade (Leal & Pereira, 2005).

Nos países industrializados, os casos de infertilidade têm aumentado, o que se deve a diversos agentes, tais como: a existência de múltiplos parceiros sexuais (podendo levar à transmissão de infeções sexualmente transmissíveis), os hábitos sedentários adotados pelas pessoas, o consumo exagerado de gorduras, álcool, tabaco e drogas e ainda devido aos químicos libertados pela atmosfera e também utilizados nos alimentos (APF, s.d.).

Um outro conceito importante e relacionado com a infertilidade é a ‘fecundabilidade’ que é definida como “a capacidade para conseguir uma gravidez comprovada durante um ciclo menstrual” (Remoaldo & Machado, 2008, p.25), sendo que no jovem casal, a fecundidade tem uma probabilidade entre 20-30% e conforme aumentam os ciclos sem conceção, a fecundabilidade diminui (Gonçalves, 2005, cit in Remoaldo & Machado, 2008). Contudo, na população atual estima-se que existam entre 15-20% de casais inférteis (APF, s.d.) e presume-se que estes valores tendam a aumentar anualmente, à escala internacional.

Dado que conceber um filho e formar família é considerada uma função importante no papel da mulher e muitas vezes, é um projeto de vida, torna-se fulcral definir o conceito de família, podendo ser descrito e caracterizado como:

um grupo de indivíduos unidos por laços transgeracionais e interdependentes, uma rede complexa a nível relacional e emocional através do qual se experienciam sentimentos e comportamentos que não são passíveis de serem avaliados com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados.

(Carvalho & Fernandes da Silva, 2011).

Leal & Pereira (2005) acrescentam que o objeto família se insere principalmente na transgeracionalidade de sujeitos e de culturas, sendo que desta forma, num sentido mais lato, as famílias podem ser vistas como unidades de reprodução. É portanto, a chegada de um filho que traduz a passagem de uma pessoa ou de um casal para uma família.

A infertilidade tem vindo a ser cada vez mais foco de investigação por parte do campo científico. Num estudo levado a cabo por Conde (2012), cujo objetivo passava pela

caracterização do impacto da infertilidade no funcionamento e na satisfação sexual feminina, os resultados demonstraram que a infertilidade gera um grande impacto, pelo que as mulheres dos casais inférteis apresentam menores níveis de funcionamento e satisfação sexual, bem como uma menor autoestima sexual e uma maior depressão e preocupação sexual. A mulher infértil, tem percepção sobre as implicações que a infertilidade acarreta para a sua vida, pelo que consideram a maternidade como algo essencial que está a faltar na vida delas, o que as levando a experienciar um misto de sentimentos, nomeadamente a culpabilização e o humor deprimido, revelando ainda que demonstram receio de serem abandonadas pelos seus companheiros, apesar de se sentirem apoiadas (Oliveira, Granja & Sousa, 2013).

É sabido que a infertilidade provoca um forte impacto em termos psicológicos, físicos, sociais e ainda emocionais, pelo que pode existir uma alteração no ajustamento psicossocial. Desta forma, num estudo, onde participaram casais em fase de tratamentos, casais sem antecedentes de tratamentos e ainda casais em idade reprodutiva, sem filhos e sem história de infertilidade, como o objetivo de avaliar o ajustamento psicossocial e o stress associado a casais inférteis que necessitaram de recorrer à Reprodução Medicamente Assistida (RMA), englobando ainda variáveis como a qualidade de vida, a relação conjugal e o stress associado à infertilidade, verificou-se que os casais que estão a realizar um tratamento de RMA, apresentaram maiores dificuldades no processo de ajustamento, principalmente as mulheres (Moura-Ramos, Gameiro, Soares, Santos & Canavarro, 2010). Outros autores (Maillet, 2002; Ribeiro do Couto, 2011) também procuraram avaliar o impacto da infertilidade na satisfação e no ajustamento familiar e os resultados indicaram que o número de anos de tratamento de infertilidade não influencia a satisfação conjugal, a coesão familiar nem a adaptabilidade familiar, sendo que estes elementos se demonstraram importantes para o bem-estar dos indivíduos.

O momento em que a mulher é submetida aos tratamentos de infertilidade, fica inevitavelmente marcado como um acontecimento de vida significativo, pelo que o resultado do tratamento determinará se é um acontecimento conotado de sucesso ou não. Desta forma Silva, Ferreira, Faria de Brito, Dias & Henriques (2011) procuraram caracterizar as vivências e o impacto do insucesso dos tratamentos de infertilidade na mulher infértil que deseja ter filhos, tendo verificado que o significado de ser mãe surge ligado a uma noção de totalidade, em que a sua não-realização coloca em causa a identidade não só enquanto mulher, mas também enquanto esposa. O desejo de ter um filho constituiu o principal objetivo de vida destas mulheres e perante o insucesso dos tratamentos de infertilidade, desenvolveram sentimentos de tristeza profunda, embora em alguns casos, tenham verificado uma aproximação conjugal. Delgado (2007) também investigou as vivências do casal infértil e à semelhança de Silva *et al.* (2011) verificou a existência de repercussões negativas, transpostas pelo diagnóstico de infertilidade, as quais se manifestam de forma multidimensional, isto é, a nível físico, psicológico, conjugal e ainda social. Estas

repercussões negativas dizem respeito a: sentimentos de culpa, inferioridade e vazio, isolamento social, tristeza, desânimo, sentimento de que a infertilidade domina a vida do casal, desapontamento, entre outras.

A infertilidade também tem uma componente prejudicial associada: o stress. Os resultados de alguns estudos (Domar, 2007; Ogawa, Takamatsu & Horigichi, 2011) indicam que a experiência da infertilidade pode ser excessivamente stressante, exibindo principalmente elevados níveis de ansiedade e de depressão, classificando-a como superior aos níveis geralmente apresentados ao longo de um processo de cancro, doenças cardíacas ou ainda HIV.

Existem diversas causas que explicam ou que ajudam a explicar o fenómeno da infertilidade, contudo, não se deve esquecer a idiosincrasia de cada caso. Segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (APF, s.d.) a mulher pode apresentar períodos de amenorreia devido a alterações hormonais ou pode ter um ciclo menstrual regular, sem ovular ou ovulando ovócitos imaturos ou com alterações morfológicas e/ou genéticas. São diversas as causas que podem ajudar a explicar a infertilidade na mulher, pelo que a AFP considera que as principais causas de infertilidade feminina são: 1) o síndrome dos ovários poliquísticos; 2) a endometriose; 3) a obstrução tubar; 4) o muco cervical incompetente; 5) anomalias do cariótipo; 6) a patologia uterina; 7) os tumores malignos; 8) as malformações anatómicas; 9) uma gravidez ectópica; 10) a interrupção voluntária da gravidez; 11) os abortamentos de repetição; 12) a presença de autoanticorpos; 13) uma causa desconhecida.

1) O síndrome dos ovários poliquísticos (APF, s.d.) caracteriza-se por apresentar alguns sinais e sintomas que podem ser indicadores da sua presença. Estes sinais e sintomas dizem respeito por exemplo à obesidade, ao acne, a irregularidades menstruais, ao aumento dos pelos corporais, entre outros. Nesta causa, são os quistos que constituem uma barreira impenetrável à formação de ovócitos maduros e também impedem de que ocorra a ovulação, uma vez que crescem por responderem aos níveis hormonais, ocupando todo o espaço livre necessário para o possível desenvolvimento do ovócito. Esta síndrome é diagnosticada e verificada através de uma ecografia e através da verificação do aumento das hormonas de androgénios (estimulam e controlam o desenvolvimento das características masculinas) ou ainda através da observação da diminuição da 21-hidroxilase (é uma enzima que converte a progesterona).

No entanto, esta síndrome pode ser reversível quando detetado na fase da adolescência feminina através da toma de medicação inibidora de androgénios. Caso contrário, pode vir a sofrer de insuficiência prematura do ovário. Quando chegada a idade desejada de engravidar, a mulher deve parar a medicação para que consiga engravidar espontaneamente, contudo, se assim não ocorrer, esta deve proceder a uma laparoscopia (o cirurgião faz uma incisão na zona pretendida com um laparoscópio) para cauterizar/queimar os seus quistos (APF, s.d.).

2) A endometriose é uma patologia congênita, em que existem alguns focos de endométrio (epitélio que reveste a cavidade uterina) disseminados por diversas zonas do corpo, sendo que os ovários, as trompas e a cavidade abdominal são as mais afetadas e, antes de menstruar, durante a menstruação ou nas relações sexuais, a mulher apresenta dores fortes. A endometriose causa disfunção nos óvulos porque provoca uma desregulação no ovário. Apesar de todos os avanços científicos no campo da medicina, da biologia e da genética, ainda não se sabe se esta desregulação é resultado de uma causa genética ou de vetores tóxicos presentes no ambiente, no entanto, é conhecido que estes focos surgem ao longo do desenvolvimento fetal. Também através da laparoscopia é possível destruir estes focos por coagulação, no entanto, no caso de endometrioma (quistos endometriais dos ovários) pode ser realizada uma exérese (ação cirúrgica para retirar uma parte ou a totalidade de um órgão ou tecido, cujo objetivo é terapêutico). No caso de ser uma patologia bilateral, é aconselhável a resguardar um dos ovários e tentar a supressão através de medicação (APF, *s.d.*).

3) Relativamente à obstrução tubar, esta diz respeito à obstrução das trompas de Falópio provocada por uma infecção genital, que é assintomática. Mais concretamente, essa mesma infecção vai causar uma inflamação aguda e posteriormente provoca a dilatação das trompas, obrigando assim à remoção cirúrgica das mesmas. No entanto, existe uma possibilidade de não sofrer de obstrução tubar, através de alguns cuidados, tais como: um relacionamento estável com um parceiro ou através da utilização de preservativo em qualquer relação sexual fora de uma relação estável (APF, *s.d.*). Em alguns casos, a mulher também pode fazer a laqueação das trompas como método anticoncetivo.

4) Quanto ao muco cervical incompetente, é importante referir que o muco que reveste o colo uterino, também reveste a cavidade uterina, fazendo parte ainda das suas funções a limpeza e a seleção dos espermatozoides. Desta forma, se o muco cervical for incompetente, os espermatozoides não conseguem transpor a cavidade uterina, não permitindo assim a gestação de uma criança (APF, *s.d.*).

5) Em relação às anomalias do cariótipo, é significativo revelar que o cariótipo é responsável pela análise dos 46 cromossomas que todo e qualquer humano detém nas células corporais. É uma análise efetuada através dos leucócitos - glóbulos brancos, sendo que uma alteração no número ou na estrutura dos cromossomas encontra-se relacionado com diversas consequências, tais como: com a insuficiência prematura do ovário, com a disfunção ovulatória, com a produção de ovócitos não maduros, com a produção de ovócitos que são anormais do ponto de vista genético ou morfológico, com o deficiente desenvolvimento embrionário, com falhas da implantação, com abortamentos de repetição e ainda com anomalias fetais (APF, *s.d.*).

6) A patologia uterina pode caracterizar-se de diferentes formas, ou seja, pode ser pela presença de fibromiomas, isto é, tumores benignos do músculo liso do útero, que conseqüentemente podem impedir a gravidez por ocupação de espaço e caso de estendam para a cavidade uterina, para além de dificultarem a implantação, podem ainda provocar um abortamento. Também se pode caracterizar pela presença de pólipos, que são também tumores benignos, pediculados no endométrio, isto é, com base/início (cancerígena) no endométrio, que por sua vez, induzem hemorragias, impedem a implantação por se apropriarem do espaço, desencadeiam inflamação e pode ainda incitar um abortamento.

Por outro lado, a patologia uterina também se pode dever a uma hiperplasia benigna do endométrio, ou seja, o endométrio pode engrossar tanto que pode impedir uma implantação ou provocar um abortamento. Este crescimento pode dever-se a uma infecção crónica ou ainda à desregulação das hormonas. Por sua vez, também podemos ter o contrário, ou seja, podemos observar uma hipoplasia do endométrio, isto é, o endométrio não cresce no momento da implantação, pelo que a gravidez não irá avante. Esta falta de crescimento é provocada por anomalias hormonais ou ainda por mutações genéticas nos recetores das hormonas esteroides para a progesterona e os estrogénios (APF, s.d.).

A patologia uterina também se pode caracterizar pela endometrite, isto é, pela presença de uma infecção silenciosa no endométrio, a qual é provocada por bactérias transmitidas sexualmente. Segundo a APF (s.d.) é também possível, embora seja menos frequente, que a endometrite se deva à presença do vírus do colo uterino (vírus do papiloma humano). De qualquer das formas, são estas infeções que não permitem a implantação e que mais uma vez causam um aborto.

Por último, a patologia uterina pode dever-se a sinéguias que são cicatrizes no endométrio que normalmente são provocadas por uma infecção genital ou pela raspagem do endométrio durante uma interrupção voluntária da gravidez. Desta forma, como consequência podem impedir a implantação e/ou incitar o aborto (APF, s.d.).

7) Também os tumores malignos podem estar na causa da impossibilidade de conceber uma criança, uma vez que na maioria dos casos é necessário remover cirurgicamente os órgãos afetados e em seguida vem o processo de quimioterapia e ainda de radioterapia, que estes últimos, por si só, já são considerados agentes esterilizantes dos ovários. Em casos mais extremos, pode ser necessário remover o útero, as trompas e/ou os ovários (APF, s.d.).

8) As malformações anatómicas também explicam uma percentagem das mulheres que não conseguem gestar um feto e estas malformações são congénitas, ou seja, a mulher já nasce com elas e afetam os órgãos genitais. Embora sejam raras, a verdade é que podem ir desde a ausência total do órgão genital até diversos graus de dismorfia das trompas e/ou

ovários, dismorfia vaginal ou uterina. Em casos extremos, pode ocorrer o desenvolvimento anatómico com ambiguidade sexual, isto é, possuir os órgãos genitais do homem e da mulher.

9) A gravidez ectópica ocorre quando a implantação e a gravidez ocorrem na cavidade abdominal (isto é, quando o ovócito fecundado cai da trompa para o abdômen) ou na trompa de Falópio e não no útero, o tratamento passa pela interrupção voluntária da gravidez e extração da trompa afetada. Especificamente no caso da gravidez abdominal, pode ser necessário remover cirurgicamente o útero e pode ser necessário passar por um processo de quimioterapia e de radioterapia (APF, *s.d.*). Contudo, a APF (*s.d.*) alerta para o facto de que se a gravidez ectópica acontecer duas vezes, é aconselhável o casal recorrer à reprodução medicamente assistida, utilizando a técnica da fecundação *in vitro* (FIV).

10) A interrupção voluntária da gravidez também pode provocar lesões graves no endométrio, nomeadamente sinéguas, infeções crónicas, infeções tubares, entre outras, quando o aborto é efetuado por pessoas que não têm qualquer formação em medicina e fora das instalações hospitalares (APF, *s.d.*).

11) Os abortamentos de repetição quando ocorridos no primeiro trimestre devem-se geralmente a problemas genéticos parentais, tais como: a idade avançada do ovário (idade superior a 35 anos), anomalias do cariótipo (que especificamente nesta causa, é importante referir que o aborto nesta situação é considerado como uma resposta defensiva materna contra algo que vê como um produto fortemente anómalo) e ainda doenças autoimunes. Estes abortamentos também se podem dever a outras causas, tais como as sinéguas, os pólipos, os fibromiomas, infeções nas trompas ou ainda a uma endometrite.

12) Os autoanticorpos são doenças autoimunes em que o próprio sistema imunológico da pessoa ataca o próprio organismo (APF, *s.d.*). Neste caso, a implantação não ocorre devido ao excesso de anticorpos e existem casos segundo a APF (*s.d.*) em que a mulher possui anticorpos antiespermatozoide, ou seja, os anticorpos da mulher impedem que os espermatozoides fecundem o ovócito.

13) Por último, a APF (*s.d.*) refere ainda que existem cerca de 10% dos casos de infertilidade que têm como diagnóstico uma causa desconhecida/idiopática, uma vez que apesar do sistema genital funcionar adequadamente, mesmo assim não conseguem engravidar. Desta forma, podem estar patentes anomalias genéticas dos ovócitos e nestes casos não existem testes que permitam detetar essas mesmas anomalias, descobrindo-se apenas ao longo do processo da fecundação *in vitro*, uma vez que se observam os ovócitos, a fecundação e o desenvolvimento embrionário. Como consequência, pode-se observar a incapacidade de fecundar, uma paragem no desenvolvimento do embrião, diminuição da

qualidade embrionária, ocorrência de falhas na implantação, abortamentos de repetição ou ainda anomalias na estrutura do feto (APF, *s.d.*).

Contudo, apesar de existir uma vasta lista de causas que expliquem a infertilidade na mulher, a verdade é que a infertilidade não é só um problema da mulher, não é só ela que transporta uma ou outra causa para não engravidar. Também existem diversos casos em que a causa da infertilidade é masculina, sendo que a APF (*s.d.*) considera que as principais causas da infertilidade masculina são: 1)alterações do espermograma; 2)criptorquidia; 3)anomalias endócrinas; 4)anomalias do cariótipo; 5)ejaculação retrógrada; 6)anejaculação; 7)azoospermia obstrutiva; 8)azoospermia secretora; 9)lesões do escroto; 10)tumores malignos; 11)anomalias anatómicas; 12)causa desconhecida (idiopática).

1)Alterações do espermograma - consiste numa recolha de sémen ejaculado que avalia o volume, a viscosidade, a concentração, a morfologia e a resistência dos espermatozoides, as infeções e a presença de anticorpos (APF, *s.d.*). estas alterações, podem ser provocadas por causas genéticas, que geralmente constitui a principal causa ou por causas secundárias, advindas do consumo de álcool, tabaco, drogas, infeção genital, tóxicos ambientais e alimentares, medicamentos, sedentarismo, entre outros).

2)Criptorquidia - caracteriza-se pela descida incompleta dos testículos para o escroto, causando azoospermia (ausência de esperma). Esta anomalia pode ser corrigida de forma cirúrgica até aos 2 anos de vida, caso não seja corrigida, torna-se numa situação congénita, que segundo a APF (*s.d.*) é frequente em Portugal.

3)Anomalias endócrinas - a possibilidade de existirem certas anomalias enquanto criança (nomeadamente: criptorquidia, diminuição do volume testicular, atraso no crescimento ou ainda atraso em características secundárias da puberdade, como a voz, o pénis e a pilosidade) deve ser estudada endocrinologicamente, havendo a possibilidade de se tratar com testosterona (APF, *s.d.*).

4)Anomalias do cariótipo - alterações no cariótipo (responsável pelo número ou estrutura dos cromossomas) podem causar azoospermia secretora (ausência de esperma) ou ainda diminuição na qualidade do sémen, podendo provocar incapacidade de fecundação, abortamentos de repetição, paragem do desenvolvimento embrionário, entre outros (APF, *s.d.*).

5)Ejaculação retrógrada - caracteriza-se pela saída do sémen de forma inversa, isto é, numa relação sexual normal o esperma é conduzido até à uretra e extremidade do pénis, pelo que denomina-se de ejaculação retrógrada quando o esperma é dirigido para a bexiga (APF, *s.d.*).

6)Anejaculação - caracteriza-se pela ausência de ereção e/ou de ejaculação, podendo esta ausência ser induzida por diversos fatores (e.g. doenças vasculares, lesões na

medula espinal, especialmente as mais traumáticas, provocadas por quedas, acidentes de viação, entre outras) (APF, s.d.).

7)Azoospermia obstrutiva - define-se pela obstrução ou ausência congénita dos canais genitais excretorios (canal deferente), pelo que os pacientes poderão efetuar alguns exames para comprovar esta situação congénita (e.g. ecografia pélvica, estudo de mutações genéticas). Pode ainda ser causada pela vasectomia - que consiste na laqueação dos canais deferentes, podendo também ser induzida por infeções genitais ou cirurgia escrotal (e.g. remoção de tumores testiculares) (APF, s.d.).

8)Azoospermia secretora - é uma patologia multicausal, na medida em que pode advir de causas genéticas e secundárias. Todavia, caracteriza-se pela não produção total ou parcial de espermatozoides, podendo ser provocada por criptorquidia, anomalias do cariótipo, perturbações endócrinas, entre outras (APF, s.d.).

9)Lesões do escroto - são diversas as lesões que podem constituir uma causa de infertilidade, pelo que por exemplo o hidrocelo é uma lesão no escroto que consiste na acumulação de líquido no escroto, provocando uma diminuição na qualidade do sémen; os traumatismos escrotais, podem provocar azoospermia secretora; varicocele - pode provocar uma diminuição da qualidade do sémen, devido à presença de varizes no escroto, entre outras (APF, s.d.).

10)Tumores malignos - incitam a remoção cirúrgica do órgão em si, juntamente com tratamentos de quimioterapia e de radioterapia, funcionando estes como agentes esterilizantes dos testículos (APF, s.d.).

11)Anomalias anatómicas - caracterizam-se por uma alteração na morfologia dos genitais externos, nomeadamente no tamanho e na forma do pénis (e.g. micropénis) (APF, s.d.).

12)Causa desconhecida/idiopática - esta causa parece ser das que mais afetam os casos de infertilidade. O sistema genital não padece de qualquer alteração ou anomalia, contudo, são inférteis, pelo que as causas mais frequentes são a incapacidade de ligação com o ovócito ou de o ativar após a penetração (APF, s.d.).

Apesar da infertilidade ser de natureza complexa e multifatorial, e independentemente da causa ser feminina, masculina ou de ambos, a verdade é que provoca sofrimento aos casais, porque quando tencionam constituir família, a possibilidade de existir alguma causa de infertilidade, não é considerada sequer como uma hipótese, prevalecendo sempre o desejo da maternidade e a esperança de que algum dia conseguirão constituir a sua própria família nuclear.

Para concluir, é pertinente referir que a saúde mental tem vindo a ter uma maior importância, sendo cada vez menos discriminada em relação à saúde física, uma vez que as pessoas lhe atribuem mais valor e procuram estratégias e soluções para obter cada vez mais um equilíbrio psicoemocional. Contudo, quando na vida da pessoa sucede um acontecimento pautado pela quebra de projetos de vida, como é o considerado muitas vezes o caso de conceber um filho, ocorre um forte impacto na vida das pessoas, as quais não estão preparadas de forma alguma para enfrentar imediatamente esta situação que para muitas mulheres é irreversível, não dispondo de estratégias de *coping* adequadas para tal, pelo que com o passar dos anos, as mulheres inférteis vão adquirindo essas mesmas estratégias.

A desesperança é ainda um constructo pouco trabalhado e investigado no que concerne à área da infertilidade, todavia, não deixa de ser considerada uma dimensão do amplo constructo da saúde mental, que se encontra relacionada com cognições negativas sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro, estando estas ligadas intimamente a acontecimentos de vida negativos (e.g. infertilidade), precipitando assim o aumento do sentimento de desesperança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Al-Homaidan, H. T. (2011). Depression among women with primary infertility attending an infertility clinic in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia: rate, severity, and contributing factors. *International Journal of Health Sciences*, 5(2). Qassim University.
- ✓ Ashkani, H., Akbari, A. & Heydari, S. (2006). Epidemiology of depression among infertile and fertile couples in Shiraz, Southern Iran. *Indian Journal of Medical Sciences*, 60(10).
- ✓ Associação Portuguesa de Fertilidade (s.d.). Acedido em: <http://www.apfertilidade.pt>.
- ✓ Avelar, C. M., Caetano, P. J., Meyer de Moraes, L. A. & Marinho, R. M. (2000). Infertilidade e emoção. *Reprodução Climatérica*, 1-9.
- ✓ Beck, A., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. University of Pennsylvania.
- ✓ Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22, 1506-1512. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17376819>.
- ✓ Burns, L. S. (2007). Psychiatric Aspects of Infertility and Infertility Treatments. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 689-716.
- ✓ Capatano, L. A. (2010). Depression in Women with Infertility. *Reproductive Psychiatry*, 35, 20-22.
- ✓ Carvalho, C. A., Seibel, D., Makuch, M. Y. & Maluf, V. D. (2006). Guia sobre saúde mental em reprodução humana. *Dissertação de Mestrado*. Comité de Psicologia.
- ✓ Conde, P. (2012). *Impacto da infertilidade no funcionamento e satisfação sexual feminina*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- ✓ Connors, M. H. (2003). *Infertility: a guide to evaluation, treatment and counseling*. Harvard Medical School, Brigham and Women's Hospital. Boston.

- ✓ Cousineau, T.M., Green, T.C., Corsini, E.A., Barnard, T., Seibring, A.R. & Domar, A. D. (2006). Development and validation of the Infertility Self-Efficacy Scale. *Fertility and Sterility*, 85(6), 1684-1696.

- ✓ Cuijipers, P., Beurs, D., Spijker, B., Berking, M., Andersson, G. & Kerhko, J. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 183-190.

- ✓ Delgado, M. J. (2011). O desejo de ter um filho...as vivências do casal infértil. *Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Universidade Aberta.

- ✓ DeLisle, M. (2007). *Understanding the relationships between depression, hopelessness, psychache and suicide risk*. Queen's University: Canadá.

- ✓ Domar, A. (2007). Coping with the stress of infertility. *Resolve: The National Infertility Association*, 15.

- ✓ Fragoeiro, I. M. (2008). A saúde mental das pessoas idosas na Região Autónoma da Madeira. *Tese de Doutoramento*. Porto: Universidade do Porto.

- ✓ Forintos, D. P., Sallai, J. & Rózsa, S. (2010). Adaptation of the Beck Hopelessness Scale in Hungary. *Psychological Topics*, vol.19, n.º2, pp. 307-321.

- ✓ Gameiro, S., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2008). A experiência masculina de infertilidade e de reprodução medicamente assistida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 253-270.

- ✓ Gaware, V. M., Parjane, S. K. Merekar, N. A., Pattan, S. R., Dighe, N. S. Kuchekar, B. S. & Rahul, K. G. (2009). Female infertility and its treatment by alternative medicine: a review. *Journal of Chemical and Pharmaceutical Research*, 1(1), 148-162.

- ✓ Guadapule, S. (2008). A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico. *Tese de Doutoramento*. Porto: Universidade do Porto.

- ✓ Gurunath, S., Pandian, Z., Anderson, R. & Bhattacharya, S. (2011). Defining infertility - a systematic review of prevalence studies. *Human Reproduction Update*, 17(5), 575-588.

- ✓ Harvard Medical School (2009). The psychological impact of infertility and its treatment. *Harvard Health Publications*. Acedido em:

http://www.health.harvard.edu/newsletters/Harvard_Mental_Health_Letter/2009/May/The-psychological-impact-of-infertility-and-its-treatment.

✓ Henkel, V., Bussfeld, P., Möller, J. & Hegerl, U. (2002). Cognitive-behavioural theories of helplessness/hopelessness: valid models of depression? *Europeans Archives of Psychiatric and Clinical Neuroscience*, 252, 240-249. Alemanha.

✓ Klonsky, E. D., Kotov, R., Bakst, S., Rabinowitz, J. & Bromet, E. J. (2012). Hopelessness as a Predictor of Attempted Suicide among First Admission Patients with Psychosis: A 10-years Cohort Study. *The Official Journal of the American Association of Suicidology*, 1-10.

✓ Loureiro, L. M., Dias, C. A., Aragão, R. O. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Referência, IIª Série(8)*, 33-44. Coimbra.

✓ Machado, M., Couceiro, M., Alves, I., Silva, F. & Almeida, M. (2013). *Questionário sobre natalidade e infertilidade - estudantes do ensino superior*. Acedido em: <http://cs.createsurvey.com/publish/survey?a=MNceq4>.

✓ Maillet, M. H. (2002). Infertility and marital adjustment: the influence of perception of social support, provacy preference and level of depression. *Dissertação de Mestrado*. Faculdade do Luisiana.

✓ Mariano, C. M., Audi, S. G. & Oliveira, F. S. (2010). *Infertilidade e suas implicações psicológicas*. Brasil: Faculdades integradas de Ourinhos.

✓ Marinho, R. T. (2012). O que é a “saúde”. *Ata Médica Portuguesa*, 25(3), pp.143-144. Lisboa.

✓ Marsiglia, F., Kulis, S., Perez, H. & Parsai, M. (2011). Hopelessness, family stress, and depression among Mexican-heritage mothers in the Southwest. *Health & Social Work*, 36(1), 7-18.

✓ Meites, T. M., Deveney, C. M., Steele, K. T., Holmes, A. J. & Pizzagalli, D. A. (2008). Implicit depression and hopelessness in remitted depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1078-1084.

✓ Melamed, R. M., Ribeiro, M. F. & Seger-Jacob, L. (2006). *O casal infértil e o profissional de saúde mental: possíveis abordagens*. Casa do Psicólogo: Brasil.

- ✓ Ministério da Saúde: Alto Comissariado da Saúde (2008). *Plano para a Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

- ✓ Ministério da Saúde: Alto Comissariado da Saúde (2009). *Programa específico para melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento da infertilidade: documento de suporte à contratualização*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

- ✓ Miranda, R., Tsypes, A., Gallagher, M. & Rajappa, K. (2013). Ruminatation and Hopelessness as Mediators of the Relation Between Perceived Emotion Dysregulation and Suicidal Ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 786-795.

- ✓ Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Soares, I., Santos, T. A. & Canavarro, M. C. (2010). Psychosocial adjustment in infertility: a comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive technologies and presumed fertile couples. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 299-319.

- ✓ Oliveira, A., Granja, B. & Sousa, M. (2013). A percepção da mulher face às implicações da infertilidade na sua vida. *Saúde Reprodutiva: Sexualidade e Sociedade*, 3, 5-19.

- ✓ Ogawa, M., Takamatsu, K. & Horiguchi, F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *BioPsychoSocial Medicine*, 5-15.

- ✓ Organização Mundial da Saúde (1986). *Salud mental: um estado de bienestar*. Acedido em: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.

- ✓ Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório Mundial de Saúde 2001: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Ministério da Saúde. Lisboa.

- ✓ Pais Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 77-99. Porto.

- ✓ PASW Statistics (version 21) (2012). [Computer Software]. Chicago, IL: SPSS Inc.

- ✓ Pereira, A. E. (2011). Depressão e apoio social percebido em homens e mulheres com diagnóstico de infertilidade. *Dissertação de Mestrado*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

- ✓ Pereira, P. (2013). *O impacto do género do portador do fator de infertilidade na satisfação conjugal, na autoeficácia na infertilidade, na consciência de estigma e na autoestima global*. Universidade de Lisboa.

- ✓ Remoaldo, P. & Machado, H. (2008). *O Sofrimento Oculto: causas, cenários e vivências da infertilidade*. Edições Afrontamento: Porto.
- ✓ Resolve: The National Infertility Association (s.d.). *Emotional Aspects of Infertility*. Acedido em: <http://www.resolve.org/support-and-services/Managing-Infertility-Stress/emotional-aspects.html>.
- ✓ Ribeiro do Couto, F. (2011). *A influência da infertilidade na satisfação conjugal e no ajustamento familiar. Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Faculdade de Psicologia.
- ✓ Roberto, A. (2009). *A saúde mental dos estudantes de medicina da Beira Interior. Dissertação de Mestrado*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- ✓ Santana, P., Alves, I. Couceiro, L., Andreozzi, V. (2008). Saúde mental em Portugal continental. Alto Comissariado da Saúde, Boletim Informativo n.º 1, abril. Acedido em: <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/04/pnsemfoco1.pdf>.
- ✓ Sheila, L. & Wendling, M. (2010). *Casais e Infertilidade: percepções, sentimentos e estratégias utilizadas pelos casais*. Brasil.
- ✓ Silva-Carvalho, J. L., & Santos, A. (2009). *Estudo Afrodite: Caracterização da infertilidade em Portugal* (Vol. 1. Estudo na Comunidade). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- ✓ Silva, I. R., Ferreira, A. M., Faria de Brito, M. A., Dias, N. M. & Henriques, C. M. (2011). As vivências da mulher infértil. *Revista de Enfermagem Referência, IIIª Série(8)*, 181-189.
- ✓ Spotorno, P. M. (2005). *expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida*. Porto Alegre: Brasil.
- ✓ Trindade, Z. A. & Enumo, S. R. (2001). Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 5-26.
- ✓ Vaz Serra, A. & Pocinho, F. (2001). Autoconceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22(1), 9-21.
- ✓ Yagmur, Y. & Oltuluoglu, H (2012). Social support and hopelessness in women undergoing infertility treatment in eastern Turkey. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 29(2), 99-104. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22372446>.

✓ Yousefi, A., Zare, H., Choobsaz, F. & Moeti, G. (2013). The effect of coping therapy on hopelessness of infertility women. *Scientific Information Database*. Acedido em: [http://www.sid.ir/en/ViewPaper.asp?ID=211428&varStr=3.14159265358979;AGHA%20YOUSEFI%20A.,ZARE%20H.,CHOBSAZ%20F.,MOTIEI%20G.;JOURNAL%20OF%20BEHAVIORAL%20SCIENCES%20\(JBS\);SUMMER%202011;5;2%20\(16\);119;125](http://www.sid.ir/en/ViewPaper.asp?ID=211428&varStr=3.14159265358979;AGHA%20YOUSEFI%20A.,ZARE%20H.,CHOBSAZ%20F.,MOTIEI%20G.;JOURNAL%20OF%20BEHAVIORAL%20SCIENCES%20(JBS);SUMMER%202011;5;2%20(16);119;125).

✓ Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E. & Vanderpoel, D. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*, 92(5).