

*Dedico esta dissertação aos casais a que os seus corpos se recusam a aceder
ao desejo da maternidade e aos meus avós J., C. & S.*

Agradecimentos

Não existem palavras para agradecer a todas as pessoas que me apoiaram no desfecho de mais uma etapa da minha vida, mas vou tentar expressar-me o melhor que puder. Agradeço de forma especial:

- Ao Professor Doutor Henrique Pereira, meu orientador de dissertação, por toda a ajuda, disponibilidade e simpatia sempre presentes na redacção desta dissertação! Obrigado pela transmissão de conhecimentos ao longo dos meus cinco anos de formação e em especial, neste último ano, por todos os momentos partilhados!

- Às minhas amigas de formação académica, Ana Rita Noné e Vanessa Brás, pela partilha de conhecimentos e acima de tudo, pelos excelentes momentos passados! Desejo-vos o melhor para as vossas vidas pessoais e profissionais!

- A todos os Professores da UBI que me acompanharam ao longo do meu percurso e me transmitiram os seus conhecimentos da melhor forma possível e que contribuíram para eu chegar até aqui! Muito obrigado!

- À minha querida família, mana, mãe, pai, S., G., L., R., padrinhos e avó pela força e coragem me destes ao longo de toda a minha formação e em especial, neste meu último ano!

- A ti meu amor, R. por todos os momentos em que me apoiaste e me deste força e ânimo para chegar até aqui. Obrigado pela tua dedicação e carinho!

Resumo

O objetivo geral desta investigação foi avaliar os níveis de saúde mental e de desesperança comparativamente entre mulheres férteis e inférteis e determinar as relações entre as variáveis. Trata-se de um estudo observacional-descritivo, comparativo e transversal. Método: a amostra é constituída por 109 mulheres, 49 mulheres que referem ser inférteis e 60 mulheres sem problemas de fertilidade. A média de idades foi de 28.47 (DP=8.10). Os instrumentos foram constituídos por um questionário sociodemográfico, o Inventário de Saúde Mental (Pais Ribeiro, 2001), a Escala de Desesperança - versão portuguesa (Beck & Steear, 1974) e ainda por um questionário de infertilidade. Ambos os questionários foram elaborados para efeito do estudo. Os resultados indicam que as mulheres inférteis evidenciam maiores níveis de ansiedade, embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas na relação entre as duas variáveis: $t(109) = -.554$, $p=0.581$; o mesmo acontece face à dimensão depressão, pois apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas $t(109) = -1.301$, $p= 0.196$ as mulheres inférteis pontuaram mais do que as mulheres que dizem não ter qualquer problema de fertilidade. Também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas $t(109)=1.416$, $p=0.160$ entre a variável infertilidade e o sentimento de desesperança. Através do coeficiente de Correlação de Pearson foi possível verificar que existe uma correlação negativa e forte entre a saúde mental total e a desesperança total ($r=-.592$; $p<0.05$, ou seja, quanto mais saúde mental, menos desesperança total. Finalmente, foi possível constatar que as reações mais comuns face aos tratamentos de infertilidade foram a tristeza e a ansiedade.

Palavras-chave: Saúde mental, desesperança, mulheres inférteis.

Abstract

The overall objective of this investigation was to evaluate the levels of mental health and hopelessness compared between fertile and infertile women and to determine the relationships between variables. This is an observational - descriptive and comparative transversal study. Method: the sample consists in 109 women's, 49 woman's who reported being infertile and 60 woman's without fertility problems. The mean age was 28.47 (SD:8.10). The instruments consisted of a sociodemographic questionnaire, the Mental Health Inventory (Pais Ribeiro, 2001), the Hopelessness Scale - Portuguese version (Beck & Steear, 1974) and an Infertility Questionnaire. Both questionnaires were developed for the study. The results indicate that the fertile women show higher levels of anxiety, although no statistically significant differences were found in the relationship between the two variables: $t(109) = -.554$, $p=0.581$; the same happened with the Depression Scale, because although differences statistically significant were found: $t(109) = -1.301$, $p= 0.196$, infertile women scored higher than women who said that they didn't not have any fertility problem. Also, no statistically significant differences were found: $t(109) = 1.416$, $p = 0.160$ between infertility and the feeling of hopelessness. Through the Pearson correlation coefficient it was possible to verify that there was a strong and negative correlation between the total and total hopelessness mental health ($r = -.592$, $p < 0.05$), which means that the higher the levels of mental health, the lower the levels of hopelessness. Finally, it was found that the most common reaction to the infertility treatments were sadness and anxiety.

Key-words: mental health, hopelessness, infertile women.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
ESTADO DA ARTE	2
MÉTODO	
Participantes.....	8
Instrumentos.....	17
Procedimentos.....	20
RESULTADOS	
Resultados - amostra A.....	21
Resultados - amostra B.....	24
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	40
REFLEXÃO FINAL.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXO TEÓRICO.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS	

Lista de tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra B quanto à média das idades, o género, a orientação sexual, o estado civil, a nacionalidade, a escolaridade, a profissão e o estatuto socioeconómico (n= 494).

Tabela 2 - Caracterização dos problemas/dificuldades sentidas que estavam presentes no questionário como exemplos (n=494).

Tabela 3 - Caracterização do suporte social percebido pelos participantes (n=494).

Tabela 4 - Caracterização da amostra quanto a uma doença física e/ou mental diagnosticada e acompanhamento psicológico (n= 494).

Tabela 5 - Caracterização da amostra B quanto à média das idades, o género, a orientação sexual, o estado civil, a nacionalidade, a escolaridade, a profissão e o estatuto socioeconómico (n= 109).

Tabela 6 - Caracterização dos problemas/dificuldades sentidas que estavam presentes no questionário como exemplos (n=109).

Tabela 7 - Caracterização do suporte social percebido pelos participantes (n=109).

Tabela 8 - Caracterização da amostra quanto a uma doença física e/ou mental diagnosticada e acompanhamento psicológico (n= 109).

Tabela 9 - Causas de infertilidade feminina (n=40).

Tabela 10 - Causas de infertilidade masculina (n=21).

Tabela 11 - Dimensões e respetivas médias obtidas por Pais Ribeiro (2001) para o ISM e valores obtidos na amostra deste estudo juntamente com o desvio padrão (n=494).

Tabela 12 - Medidas de assimetria (Sk) e Curtose (Ku) para os 20 itens da Escala de Desesperança (n=494).

Tabela 13 - Valores do Alpha de Cronbach (α) obtidos na Escala de Desesperança por Beck & Steear (1974) e no presente estudo.

Tabela 14 - Dimensões e respetivos itens, resultantes da análise fatorial, percentagem da variância total, respetivas médias e desvio padrão.

Tabela 15 - Comparação dos níveis de saúde mental mediante o estado civil (n=109).

Tabela 16 - Comparação das variáveis saúde mental e estatuto socioeconómico (n=109).

Tabela 17 - Comparação das variáveis saúde mental e escolaridade (n=109).

Tabela 18 - Comparação das variáveis saúde mental e suporte social (n=70).

Tabela 19 - Comparação das variáveis saúde mental e infertilidade (n=109).

Tabela 20 - Comparação das dimensões constituintes da saúde mental entre mulheres inférteis e mulheres que referem não ter qualquer problema de fertilidade (n=109).

Tabela 21 - Comparação das variáveis infertilidade e desesperança (n=109).

Tabela 22 - Comparação das dimensões constituintes da desesperança entre mulheres inférteis e mulheres que referem não ter qualquer problema de fertilidade (n=109).

Tabela 23 - Valores obtidos com o coeficiente de correlação de Pearson (variáveis totais e dimensões; n=49).

Tabela 24 - Sentimentos experienciados pelas mulheres inférteis em relação aos tratamentos (n=49).

Tabela 25 - Valores obtidos com o coeficiente de correlação de Pearson nos sentimentos experienciados pelas mulheres inférteis em relação aos tratamentos (n=49).

Tabela 26 - Caracterização da instituição escolhida: particular/público (n=49).

Tabela 27 - Comparação das variáveis totais saúde mental e desesperança com o tipo de instituição: particular/público (n=49).

Tabela 28 - Comparação das variáveis totais saúde mental e desesperança com o tempo com que lidam com o diagnóstico (n=48).

Lista de acrónimos

DP - Desvio Padrão

OMS - Organização Mundial de Saúde

RMA - Reprodução Medicamente Assistida

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

INTRODUÇÃO

Esta dissertação surge no âmbito do segundo ano de Mestrado em Psicologia para obter o grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde (2º ciclo de estudos) tratando da temática da análise do impacto da infertilidade na saúde mental e desesperança de mulheres portuguesas, tema este que se reveste de grande relevância social e científica dadas as consequências biospsicossocioculturais que pode acarretar. O presente documento foi delineado em formato de artigo científico, respeitando a estrutura científica inerente.

Os objetivos gerais da investigação foram: (1) validar a Escala da Desesperança (Beck & Steear, 1974) e (2) avaliar os níveis de saúde mental e de desesperança em mulheres inférteis. Entre outros, os objetivos específicos incluíram: a) determinar os níveis de saúde mental entre grupos com e sem infertilidade; b) avaliar a relação entre a infertilidade e o sentimento de desesperança; c) relacionar a saúde mental com a desesperança (valores totais e dimensões). Desta forma, este estudo é observacional - descritivo, comparativo e preditivo, na medida em que se pretendeu descrever, comparar e predizer o comportamento das variáveis operacionalizadas. Relativamente ao design temporal, esta investigação é transversal.

O artigo que constitui a presente dissertação inicia-se com a redação do estado da arte acerca do tema em estudo, integrando a definição dos conceitos principais, juntamente com os resultados dos estudos efetuados na área que foi possível consultar, sendo que esta informação é complementada com um anexo teórico, escrito com o desígnio de ser um acrescento teórico para consolidar a compreensão de noções mais teóricas e abrangentes. Seguidamente foi descrita a apresentação do estudo, especificando o método utilizado para a concretização da investigação, caracterizando os participantes, os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha da amostra, sendo que todos os dados obtidos, foram submetidos a diversas análises estatísticas através do *software* informático PASW (versão 21, 2012).

Finalmente, foi elaborada a comunicação dos resultados e a respetiva discussão que nos permitiu produzir informação científica pertinente para a temática em estudo. Para os efeitos da introdução a esta dissertação e para evitar a repetição de informação, o corpo do artigo que se apresenta a seguir esclarece acerca dos pormenores inerentes à mesma.

Estado da arte

A infertilidade⁽¹⁾ 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 gâmetas ou do concepto*”.

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). Todavia, independentemente da etiologia, a infertilidade tem de ser encarada e conceptualizada enquanto um problema do casal (Gameiro, Silva & Canavarro, 2008; Connors, 2003) e não de um indivíduo. A infertilidade é vista como uma experiência severamente angustiante para diversos casais (Al-Homaidan, 2011), 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. O conceito de saúde mental foi definido em 1986 pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) 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”, 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”.

(1) - Vários autores utilizam diversos conceitos para designar este termo, contudo, doravante será utilizado o conceito ‘infertilidade’.

Por outro lado, 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 (Klonsky, Kotov, Bakst, Rabinowitz & Bromet, 2012; Miranda, Tsydes, Gallagher, Rajappa, 2013; Cuijipers, Beurs, Spijker, Berking, Andersson & Kerhokof, 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.

É consensual para diversos autores (OMS, 2001; Fragoeiro, 2008; Roberto, 2009) que 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. Contudo, apesar de existirem inúmeras investigações na área, a verdade é que não existem dados concretos acerca da prevalência de problemas de saúde mental, e este facto, não só é reconhecido quanto a Portugal (Loureiro, Dias & Aragão, 2008; Ministério da Saúde, 2009; Santana Alves, Couceiro & Andreozzi, 2008) como também a nível mundial (Loureiro, Dias & Aragão, 2008; OMS, 2001), e 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 infertilidade tem vindo a ser cada vez mais foco de investigação por parte do campo científico. Por exemplo, Moura-Ramos, Gameiro, Soares, Santos & Canavarro (2010) estudaram o ajustamento psicossocial e o stress associado aos casais inférteis que necessitaram de recorrer à Reprodução Medicamente Assistida (RMA). Participaram casais em fase de tratamentos, casais sem antecedentes de tratamentos e ainda casais em idade reprodutiva, sem filhos e sem história de infertilidade. Avaliaram o ajustamento emocional, a qualidade de vida, a relação conjugal e o stress associado à infertilidade, sendo que os resultados indicaram que os casais que estão a realizar um tratamento de RMA, apresentaram maiores dificuldades no processo de ajustamento, principalmente as mulheres. 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.

Conde (2012) procurou caracterizar o impacto da infertilidade no funcionamento e na satisfação sexual feminina, sendo que os resultados demonstraram que a infertilidade produz

um forte impacto, tendo verificado 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.

Numa outra vertente, Oliveira, Granja & Sousa (2013) procuraram avaliar, através de uma investigação de carácter qualitativo, a percepção que a mulher tem de si perante as implicações que a infertilidade acarreta para a sua vida e verificaram, tal como seria esperado, que a maternidade é algo essencial que está a faltar na vida destas mulheres, levando-as a experienciar sentimentos de culpabilização e humor deprimido, revelando ainda que demonstram receio de serem abandonadas pelos seus companheiros, apesar de se sentirem apoiadas. Por último, as participantes sugeriram a ida a uma consulta de Psicologia antes, durante e após a participação nos tratamentos, o que demonstra claramente a importância do apoio e acompanhamento psicológico perante homens e mulheres inférteis.

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 enquanto mulher e esposa. Estes autores observaram que o desejo de ter um filho constituía 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 depressão e o apoio social percebido têm uma relação com a infertilidade, na medida em que provoca impacto psicológico. Desta forma, num estudo, Pereira (2011) procurou avaliar o impacto destas duas variáveis em pessoas inférteis e os resultados sugerem 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.

A infertilidade e a saúde mental têm sido foco de atenção mundialmente. Há autores que procuraram realizar uma revisão bibliográfica da literatura existente acerca do tema, com o intuito de explorar 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 (Mariano, Audi, Oliveira, 2010; 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 este cuidado é muita vez negligenciado (Ogawa, Takamatsu & Horiguchi, 2011). Foi realizada uma investigação com a finalidade de estudar os fatores ansiógenos e depressivos associados 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). Num outro estudo acerca da determinação e prevalência dos fatores depressivos existentes entre um conjunto de pessoas inférteis e férteis, os resultados parecem indicar que as mulheres inférteis apresentaram maiores níveis de depressão do que as mulheres férteis (Al-Homaidan, 2011). A pressão da família para a mulher engravidar é um contributo significativo para desenvolver esta sintomatologia (Al-Homaidan, 2011). 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 também tem uma componente associada que nestes casos, por se manifestar com elevados níveis, é prejudicial: o stress. Os resultados de alguns estudos (Domar, 2007; Ogawa, Takamatsu & Horiguchi, 2011) indicam que uma mulher passar pela experiência da infertilidade pode ser extremamente stressante, apresentando 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.

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 é um tema que a investigação científica tem procurado caracterizar e estudar em múltiplos contextos, comparando-a com diversas variáveis e dimensões. Todavia, vários autores consideram que este sentimento está relacionado em muitos casos com a ideação suicida (Miranda *et al*, 2013; Cujipers *et al*, 2013), considerando-o assim como um bom preditor para tal (Vaz Serra & Pocinho, 2001). Quando um ser humano se sente derrotado, fica vulnerável a diversas situações, acreditando que não tem mais recursos para lidar com acontecimentos adversos. Assim, Vaz Serra & Pocinho (2001) identificaram alguns vetores que estão na base da desesperança e que contribuem não só para o desenvolvimento deste sentimento, como também para o surgimento da ideação suicida, tais como: a rigidez

cognitiva, o pensamento dicotômico, a inaptidão em resolver problemas, a falta de apoio social e ainda a convicção de que no futuro nada virá a alterar. Miranda *et al*, 2013, realizaram um estudo cujo objetivo era analisar a relação entre a emoção desregulada e a ideação suicida e os resultados indicam que a ruminação cognitiva e a desesperança são potenciais mediadores cognitivos na relação entre a emoção desregulada e a ideação suicida.

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 preditoras: 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.

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Esta investigação tem como finalidade desenvolver procedimentos metodológicos que permitam validar a Escala de Desesperança (Beck & Steear, 1974) e ainda conhecer os níveis de saúde mental e o grau de desesperança das mulheres que vivem com o problema da infertilidade, que de uma forma ou de outra, já se confrontaram com essa condição ou estão na luta contra a mesma, tornando-se assim os dois grandes objetivos deste estudo. Mais especificamente pretendeu-se: 1) determinar os níveis de saúde mental entre grupos com e sem infertilidade; 2) avaliar a relação entre a infertilidade e o sentimento de desesperança; 3) relacionar a saúde mental com a desesperança (valores totais e dimensões).

A infertilidade pode ter um grande impacto emocional, físico, psicológico e social, tanto no homem como na mulher, devido às consequências que suporta. O casal é afetado por este problema de saúde, levando ao comprometimento dos objetivos tradicionais de constituir família, e este estudo, surge no sentido de avaliar o impacto da infertilidade na saúde mental e no sentimento de desesperança, preenchendo assim uma lacuna, uma vez que não existem muitos estudos acerca da desesperança.

No que concerne à tipologia de estudo, trata-se de um estudo observacional - descritivo, correlacional e comparativo na medida em que se pretendia descrever e comparar como é que na amostra se comportavam as variáveis saúde mental e sentimento de desesperança. Esta investigação assenta num estudo transversal.

É uma investigação ampla, uma vez que por um lado se pretendeu validar psicometricamente a Escala da Desesperança de Beck & Steear (1974) e por outro, avaliar os níveis de saúde mental e de desesperança em mulheres inférteis e desta forma, foram constituídas duas amostras: A e B, sendo que a amostra A corresponde efetivamente aos participantes recolhidos para a validação da escala em epígrafe e a amostra B, corresponde às mulheres que de alguma forma já enfrentaram ou enfrentam problemas de fertilidade.

MÉTODO

Participantes

Para a realização desta investigação foi recolhida uma amostra não-probabilística, recrutada por conveniência via internet, tendo obtido um total de 494 participantes, que se designa de amostra A, e desses, 49 mulheres constituem a amostra B uma vez que referem ser inférteis, constituindo assim o único critério de inclusão para integrar esta amostra, não tendo sido considerado relevante outras variáveis.

Amostra A

Em relação à amostra A, verifica-se que os participantes apresentam uma média de idades de 27.68 anos (DP=8.98), revelando assim uma amostra de adultos jovens, sendo a maioria (74.7%) do género feminino e 25.1% do género masculino. Grande parte da amostra (91.9%) refere ser heterossexual e 42.9% diz ser solteiro(a), sendo que a nacionalidade portuguesa corresponde a 96.76% dos participantes.

Em relação à escolaridade, é possível verificar que a maioria da amostra diz ter uma licenciatura ou bacharelato, correspondendo efetivamente a 45.1% dos participantes e 46% refere ser trabalhador, seguindo-se logo dos estudantes, a representarem 45.3%. Quanto ao estatuto socioeconómico, 55.1% dos participantes considera ter um estatuto socioeconómico médio, seguindo-se o médio-baixo com 31.2%. Estes valores permitem concluir que a amostra do estudo é bastante diferenciada nas variáveis analisadas. Os valores obtidos podem ser melhor observados na tabela seguinte.

Tabela 1

Caracterização da amostra B quanto à média das idades, o género, a orientação sexual, o estado civil, a nacionalidade, a escolaridade, a profissão e o estatuto socioeconómico (n= 494).

Variável	n	%	Média	DP
Idade			27.68	8.98
Género	Homens	124	25.1%	
	Mulheres	369	74.7%	
	Outro	1	0,2%	

*Saúde Mental e Desesperança em mulheres inférteis|
Validação da Escala de Desesperança*

Orientação sexual	Heterossexual	454	91.9%
	Homossexual	29	5.9%
	Bissexual	11	2.2%
Estado civil	Solteiro (a)	212	42.9%
	Casado (a)	109	22.1%
	Divorciado (a)	14	2.8%
	Viúvo (a)	1	0.2%
	União de facto	39	7.9%
Nacionalidade	Namorado(a)/ Companheiro(a)	117	23.7%
	Portuguesa	478	96.76%
Escolaridade	Outra	16	3.24%
	4º ano	1	0.2%
	6º ano	3	0.6%
	9º ano	17	3,4%
	12º ano	156	31.6%
	Licenciatura ou Bacharelato	223	45.1%
Profissão	Mestrado ou Doutoramento	94	19.%
	Estudante	224	45.3%
	Trabalhador	227	46%
	Desempregado	34	6.9%
	Reformado	4	0.8%
	Trabalhador- estudante	5	1,0%
	Alto	1	0.2%
Estatuto socioeconómico	Médio-Alto	39	7.9%
	Médio	272	55.1%
	Médio-Baixo	154	31.2%
	Baixo	28	5.7%

Os participantes foram igualmente inquiridos acerca da existência de problemas/dificuldades atualmente sentidas e os resultados indicam que 55.5% das pessoas considera ter um problema ou dificuldade de maior preocupação na sua vida, seguindo-se dos restantes 44.5% que dizem não estar a atravessar nenhum problema. De todos os problemas assinalados pelos participantes, os mais sinalizados foram: o stress/ansiedade, tendo sido apontada com 38.7%, seguindo-se da desmotivação, representando 21.5% dos participantes e as dificuldades financeiras com 19.6%. O isolamento e a depressão, parecem ser as dificuldades menos apontadas pelos participantes, representando 6.7% e 6.9%, respetivamente. Todos os valores mencionados podem ser consultados na íntegra na próxima tabela.

Tabela 2

Caracterização dos problemas/dificuldades sentidas que estavam presentes no questionário como exemplos (n=494).

Variável		n	%
Existência ou não de problemas	Sim	274	55.5%
	Não	220	44.5%
Stress/ansiedade	Sim	191	38.7%
	Não	303	61.3%
Desmotivação	Sim	106	21.5%
	Não	388	78.5%
Isolamento	Sim	33	6.7%
	Não	461	93.3%
Depressão	Sim	34	6.9%
	Não	460	93.1%
Problemas familiares	Sim	55	11.1%
	Não	439	88.9%
Problemas relacionais	Sim	48	9.7%
	Não	446	90.3%
Problemas de comunicação	Sim	20	4.0%
	Não	474	96%
Dificuldades Financeiras	Sim	97	19.6%
	Não	397	80.4%
Problemas de saúde	Sim	53	10.7%
	Não	441	89.3%
Desemprego	Sim	52	10.5%
	Não	442	89.5%
Outro(s)	Sim	8	1.6%
	Não	486	98.4%

Problemas/dificuldades presentes no questionário

Apesar dos problemas que a amostra refere sentir, a análise sociodemográfica também revela que 31.6% dos participantes percebem ter um bom suporte social, seguindo-se de muito bom, com 27.1%. Os valores podem ser melhor observados na tabela que se encontra a seguir.

Tabela 3
Caracterização do suporte social percebido pelos participantes (n=494).

Variável		n	%
Suporte social	Muito Fraco	11	2.2%
	Fraco	43	8.7%
	Razoável	122	24.7%
	Bom	156	31.6%
	Muito Bom	134	27.1%
	Excelente	28	5.7%

Em termos de saúde física e mental uma grande percentagem da amostra - 87.8% e 97.2% respetivamente - revela que não tem nenhum diagnóstico e apenas 6.7% dos participantes refere que estavam a ser acompanhados psicologicamente. Estes valores podem ser consultados na tabela seguinte.

Tabela 4
Caracterização da amostra quanto a uma doença física e/ou mental diagnosticada e acompanhamento psicológico (n= 494).

Variável		n	%
Doença física diagnosticada	Sim	60	12.1%
	Não	434	87.9%
Doença mental diagnosticada	Sim	14	2.8%
	Não	480	97.2%
Acompanhamento psicológico	Sim	33	6.7%
	Não	461	93.3%

Amostra B

Esta amostra é constituída por 109 participantes, em que 49 mulheres referem ser inférteis e 60 mulheres referem não ter quaisquer problemas de fertilidade. Estas 60 mulheres foram selecionadas aleatoriamente através do *software* informático IBM - SPSS Statistics (versão 21, 2012) de uma amostra de 315 mulheres que dizem não ter problemas de fertilidade.

É uma amostra com uma média de idades de 28.47 (DP=8.10), revelando assim uma amostra de mulheres jovens, sendo todas as participantes do género feminino (100%). Relativamente à orientação sexual, 99.1% refere ser heterossexual e 40.4% das mulheres dizem ser casadas, seguindo-se logo as solteiras a representar 27.5% da amostra. A nacionalidade portuguesa é a que está mais representada, correspondendo efetivamente a 95.5%.

Quanto à escolaridade, é possível observar que, tal como acontece na amostra A, esta caracteriza-se por 53.2% das participantes ter uma licenciatura ou bacharelato e 64.2% refere ser trabalhador. Relativamente ao estatuto socioeconómico, 56% da amostra considera estar num escalão médio, seguindo-se do médio baixo a representar 26.6%. É possível verificar que estamos perante uma amostra diferenciada face às variáveis analisadas. Os valores referentes a todas estas variáveis podem ser melhor analisados na tabela seguinte.

Tabela 5

Caracterização da amostra B quanto à média das idades, o género, a orientação sexual, o estado civil, a nacionalidade, a escolaridade, a profissão e o estatuto socioeconómico (n=109).

	Variável	n	%	Média	DP
	Idade			28.47	8.10
Género	Homens	0	0%		
	Mulheres	109	100%		
	Outro	0	0%		
Orientação sexual	Heterossexual	108	99.1%		
	Homossexual	1	0.9%		
	Bissexual	0	0%		
	Solteira	30	27.5%		
Estado civil	Casada	44	40.4%		
	Divorciada	1	0.9%		
	Viúva	1	0.9%		
	União de facto	17	15.6%		

	Namorado(a)/ Companheiro(a)	16	14.7%
Nacionalidade	Portuguesa	104	95.5%
	Outra	5	4.5%
	Ensino básico	4	3.7%
Escolaridade	Ensino secundário	34	31.2%
	Licenciatura ou Bacharelato	58	53.2%
	Mestrado ou Doutoramento	13	11.9%
	Estudante	31	28.4%
Profissão	Trabalhador	70	64.2%
	Desempregado	8	7.3%
	Alto	0	0%
Estatuto socioeconómico	Médio-Alto	10	9.2%
	Médio	61	56.9%
	Médio-Baixo	29	26.6%
	Baixo	9	8.3%

Dada a importância da saúde mental, as participantes foram questionadas acerca da existência de problemas/dificuldades atualmente sentidas, sendo que os resultados indicam que 59.6% considera ter problemas, seguindo-se das restantes 40.4% que não revelam ter nenhuma dificuldade significativa. O stress/ansiedade (45%), a desmotivação (26.6%), as dificuldades financeiras (19.3%) parecem ser as dificuldades mais sentidas pelas participantes desta amostra. Contudo, é importante salientar que a variável ‘outra’ foi ainda apontada por 42.2% das mulheres, não especificando o tipo de problema. Os problemas de comunicação, o isolamento e a depressão foram as dificuldades menos apontadas pela amostra, correspondendo efetivamente a 2.8%, a 6.4% e por último, a 7.3%. Os valores podem ser consultados na tabela seguinte.

Tabela 6

Caracterização dos problemas/dificuldades sentidas que estavam presentes no questionário como exemplos (n=109).

Variável		n	%	
Problemas/dificuldades presentes no questionário	Existência ou não de problemas	Sim	65	59.6%
		Não	44	40.4%
	Stress/ansiedade	Sim	49	45.0%
		Não	60	55.0%
	Desmotivação	Sim	29	26.6%
		Não	80	73.4%
	Isolamento	Sim	7	6.4%
		Não	102	93.6%
	Depressão	Sim	8	7.3%
		Não	101	92.7%
	Problemas familiares	Sim	11	10.1%
		Não	98	89.9%
	Problemas relacionais	Sim	9	8.3%
		Não	100	91.7%
	Problemas de comunicação	Sim	3	2.8%
		Não	106	97.2%
	Dificuldades Financeiras	Sim	21	19.3%
		Não	88	80.7%
	Problemas de saúde	Sim	14	12.8%
		Não	95	87.2%
Desemprego	Sim	15	13.8%	
	Não	94	86.2%	
Outro(s)	Sim	46	42.2%	
	Não	63	57.8%	

A análise sociodemográfica também indica que 35.8% dos participantes percecionam ter um bom suporte social, seguindo-se de razoável, com 24.8%. Os valores podem ser consultados na tabela seguinte.

Tabela 7

Caracterização do suporte social percecionado pelos participantes (n=109).

Variável		n	%
Suporte social	Muito Fraco	3	2.8%
	Fraco	13	11.9%
	Razoável	27	24.8%
	Bom	39	35.8%
	Muito Bom	26	23.9%
	Excelente	1	0.9%

Quanto à saúde física e mental, 81.7% e 95.4% respectivamente, consideram não ter nenhum diagnóstico de doença e 9.2% das mulheres, referem que estavam a usufruir de acompanhamento psicológico. Os respetivos valores podem ser observados na tabela seguinte.

Tabela 8

Caracterização da amostra quanto a uma doença física e/ou mental diagnosticada e acompanhamento psicológico (n= 109).

Variável		n	%
Doença física diagnosticada	Sim	20	18.3%
	Não	89	81.7%
Doença mental diagnosticada	Sim	5	4.6%
	Não	104	95.4%
Acompanhamento psicológico	Sim	10	9.2%
	Não	99	90.8%

Causas da infertilidade feminina

Relativamente às causas da infertilidade feminina, a maioria das mulheres inférteis diz ser portadora da síndrome dos ovários poliquísticos, representando efetivamente 12.8% da amostra. Esta síndrome caracteriza-se pela presença de alguns sinais e sintomas que podem ser indicadores da sua presença, como por exemplo a obesidade, o acne, irregularidades menstruais, ao aumento dos pelos corporais, entre outros. Aqui, os quistos constituem uma barreira impenetrável à formação de ovócitos maduros e também impedem a ocorrência da ovulação, uma vez que crescem por responderem aos níveis hormonais, ocupando todo o espaço livre necessário para o possível desenvolvimento do ovócito (APF, s.d.).

A causa desconhecida ou idiopática também parece representar uma boa parte da amostra, correspondendo efetivamente a 11.9% da infertilidade feminina. Todos os valores e as restantes causas referidas, encontram-se na tabela abaixo.

Tabela 9

Causas de infertilidade feminina (n=40)

Causas de infertilidade feminina	n	%
Síndrome dos ovários poliquísticos	14	12.8%
Endometriose	4	3.7%
Obstrução tubar	7	6.4%
Abortamentos de repetição	2	1.8%
Causa desconhecida / idiopática	13	11.9%

Causas da infertilidade masculina

Alterações no espermograma foi a causa de infertilidade masculina mais apontada pelas mulheres inférteis, representando 11.9% da amostra. Estas alterações podem advir de origem genética - que é a mais comum - ou ser secundária: a uma infecção genital, a consumos de álcool, tabaco, drogas, tóxicos alimentares, a medicamentos, ao sedentarismo, entre outros (APF,s.d.).

A causa desconhecida também foi uma das causas de infertilidade masculina mais apontadas pelas mulheres inférteis, retratando 5.5% da amostra. Os valores mencionados e as restantes causas de infertilidade masculina podem ser consultadas na tabela seguinte.

Tabela 10

Causas de infertilidade masculina (n=21)

Causas de infertilidade masculina	n	%
Alterações do espermograma	13	11.9%
Criptorquidia	1	0.9%
Ejaculação retrógrada	1	0.9%
Causa desconhecida / idiopática	6	5.5%

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. Dada a reduzida dimensão deste tipo de participantes, optou-se por não realizar mais explorações no tratamento dos dados.

Instrumentos

O protocolo de pesquisa para esta dissertação foi constituído por um questionário sociodemográfico ⁽²⁾, pelo Inventário de Saúde Mental ⁽³⁾ (Pais Ribeiro, 2001), pela Escala de Desesperança ⁽⁴⁾ (Beck & Steear, 1974) e ainda por um questionário de infertilidade ⁽⁵⁾. Ambos os questionários foram elaborados para efeitos do estudo.

No questionário sociodemográfico foram colocadas questões de forma a obter informações relevantes para caracterizar a amostra, nomeadamente: a idade, o género, a orientação sexual, o estado civil, a nacionalidade, a escolaridade, a profissão, o estatuto socioeconómico, o suporte social, a existência de algum problema físico, psicológico ou social que prejudique o bem-estar diário e ainda a presença de alguma doença física ou mental diagnosticada e acompanhamento psicológico.

O Inventário de Saúde Mental (ISM) (Pais Ribeiro, 2001) constitui a adaptação para a população portuguesa do *Mental Health Inventory* de Brook, Ware, Davies-Avery, Stewart, Donald, Rogers, Williams & Johnston (1979) que permite avaliar a saúde mental numa perspetiva que inclui cinco dimensões, duas positivas e três negativas, perfazendo um total de 38 itens. O 'afeto positivo', constituído por 11 itens (1, 4, 5, 6, 7, 12, 17, 26, 31, 34, 37) e os 'laços emocionais', que integra 9 itens (8, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 24, 28) compõem a dimensão positiva. Por outro lado, a 'ansiedade', constituída por 9 itens (3, 11, 13, 15, 22, 25, 29, 32, 33), a 'depressão' que inclui 5 itens (9, 27, 30, 36, 38) e ainda a 'perda de controlo emocional/comportamental' constituída por 9 itens (8, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 24, 28) formam a dimensão negativa do ISM (Pais Ribeiro, 2001). Segundo o autor, estas cinco escalas, agrupam-se para medir o 'distress psicológico' - dimensão negativa (que resulta do agrupamento das escalas da ansiedade, depressão e perda de controlo emocional/comportamental) e o 'bem-estar psicológico' - dimensão positiva (que integra as escalas do afeto positivo e laços emocionais).

A resposta aos itens é dada numa escala ordinal de cinco ou seis possibilidades, sendo que a nota global é o resultado da soma da pontuação bruta dos itens que integram cada escala, no entanto, alguns itens têm de ser cotados de modo invertido, sendo eles: 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 18, 22, 23, 26, 31, 37. Elevadas pontuações, correspondem a melhor saúde mental (Pais Ribeiro, 2001). Relativamente à consistência interna para a escala total, no seu estudo de validação, o autor obteve um $\alpha=0.96$. No presente trabalho o valor obtido para a escala total foi de $\alpha=0.92$, o que corresponde a uma excelente classificação (Marôco, 2011, p.477). Neste estudo, foram adotadas as dimensões estabelecidas por Pais Ribeiro (2001) no seu estudo de validação da escala, as quais podem ser consultadas na tabela seguinte, juntamente com as médias que o autor obteve para cada uma delas e as médias obtidas nesta investigação juntamente com o respetivo desvio padrão, contudo, é possível constatar que, da comparação entre ambas as médias se pode observar uma aproximação de valores, com

⁽²⁾ ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾ - CF anexo A, B, C, D.

uma variação estreita e pouco significativa, correspondendo efetivamente à existência de uma congruência face aos resultados. Desta forma, estes valores permitem inferir que a amostra A se caracteriza como sendo saudável e sem qualquer tipo de patologias.

Tabela 11

Dimensões e respetivas médias obtidas por Pais Ribeiro (2001) para o ISM e valores obtidos na amostra deste estudo juntamente com o desvio padrão (n=494).

Dimensões e respetivos itens	Média do autor	Média da amostra A	D.P. amostra A
Ansiedade	3.97	4.07	0.86
3. Nervoso ou apreensivo por coisas que aconteceram. 11. Pessoa muito nervosa. 13. Tenso e irritado. 15. As mãos a tremer quando fazia algo. 22. Relaxar sem dificuldade. 25. Incomodado devido ao nervosismo. 29. Cansado, inquieto e impaciente. 32. Confuso ou perturbado. 33. Ansioso ou preocupado.			
Depressão	4.12	4.14	0.89
9. Deprimido. 27. Triste e em baixo. 30. Rabugento e de mau humor. 36. Espiritualmente em baixo. 38. Debaixo de grande pressão ou stress.			
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	4.44	4.15	0.83
8. Preocupado por perder a cabeça. 14. Controlo de comportamento, pensamentos e sentimentos. 16. Sem futuro. 18. Sentiu-se emocionalmente estável. 19. Triste e em baixo. 20. Sentiu como se fosse chorar. 21. Seria melhor se não existisse. 24. Tudo acontece ao contrário do desejado. 28. Pensar em acabar com a vida.			
Afeto positivo	3.50	2.88	0.50
1. Feliz e satisfeito. 4. Futuro promissor. 5. dia a dia interessante. 6. Relaxado e sem tensão. 7. Prazer no que faz. 12. Esperar ter um dia interessante. 17. Calmo e em paz. 26. Vida é uma aventura maravilhosa. 31. Alegre, animado e bem disposto. 34. Pessoa feliz. 37. Acordou fresco e repousado.			
Laços emocionais	3.94	3.82	0.77
2. Sentiu-se só. 10. Sentiu-se amado e querido. 23. Relações amorosas satisfatórias.			
Distress psicológico	4.18	4.12	0.82
Ansiedade			

Depressão Perda de Controlo Emocional/Comportamental			
Bem estar psicológico	3.60	3.35	0.51
Afeto positivo Laços emocionais			

A Escala de Desesperança de Beck & Steear (1974) permite medir a desesperança, sendo que também tem sido largamente aplicada em contexto de avaliação psicológica na área do suicídio (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974; Forintos, Salli & Rózsa 2010; Henkel, Bussfeld, Möller & Hegerl, 2002). Segundo Forintos *et al* (2010) esta escala, tornou-se numa medida internacionalmente aceite e amplamente utilizada na avaliação da ideação e/ou da intenção do suicídio desde a publicação de Beck & Steear em 1974, o que pode constituir uma importante ferramenta na tarefa da prevenção do suicídio. Segundo Beck *et al* (1974) a Escala foi concebida para medir três dimensões importantes da desesperança: os sentimentos sobre o futuro, a perda de motivação e as expectativas futuras. É indicada para pessoas entre os 17 e os 80 anos e é constituída por 20 itens, composta por um escala de respostas de tipo likert, em que 1 significa “discordo muitíssimo” e 5 significa “concordo muitíssimo”. Neste instrumento os itens invertidos são: 1, 5, 6, 8, 13, 15 e 19 (Forintos *et al*, 2010). No estudo de aferição e validação da escala participaram 294 pessoas e os autores (1974) obtiveram uma consistência interna de 0.93 para a escala total (20 itens) (Beck *et al*, 1974). A escala presente neste estudo foi construída com base na leitura de diversos artigos referentes à Escala de Desesperança original (Beck *et al*, 1974; Forintos *et al*, 2010).

O questionário de infertilidade, construído para a investigação em epígrafe, foi elaborado com base na leitura de diversos outros questionários (Cousineau, Green, Corsini, Barnard, Seibring & Domar, 2006; Machado, Couceiro, Alves & Almeida, 2013; Pereira, 2013) e artigos complementares (APF, *s.d.*; Pereira, 2013), para garantir que a informação necessária ao estudo estivesse integrada. Desta forma, foram colocadas questões sobre o diagnóstico e causas da infertilidade feminina e masculina, o tempo que estiveram a tentar engravidar sem pedir ajuda médica, o tempo que demoraram a procurar ajuda médica, o tempo de diagnóstico, o tempo de marcação de consulta, se optaram por uma instituição particular ou pública, o tempo até ao início dos tratamentos, o número de tratamentos já efetuados e quais, a existência de uma gravidez de termo e de abortos, a idade da mãe com que conseguiu engravidar (nos casos em que os tratamentos culminaram na gravidez), sentimentos perante os tratamentos, existência ou não de acompanhamento psicológico, a religião com que se identificam, possíveis evitamentos acerca do problema e valor monetário (estimado) com consultas, tratamentos, medicação e deslocações. No final do questionário, considerou-se pertinente a existência de um espaço em branco para que as mulheres inférteis pudessem fazer algum comentário, se assim o desejassem.

Procedimentos

Após a aprovação do estudo pela comissão de curso do 2º ciclo de psicologia da Universidade da Beira Interior, relativamente aos aspetos científicos e éticos, procedeu-se à realização do pré-teste dos questionários (6 participantes), pelo que foram apenas alteradas algumas palavras para que a leitura fosse mais perceptível pelos participantes. Posteriormente, depois de assegurada a correta compreensão das instruções e dos itens dos questionários, do inventário e da escala iniciou-se um processo de disseminação de um link⁽⁶⁾ construído para o efeito da investigação numa conta do Google Drive © através das redes sociais, de contactos eletrónicos e ainda através da inscrição em alguns fóruns, nomeadamente alusivos ao tema da infertilidade, para que fosse possível recrutar participantes para a amostra B. Para constituir um grupo de comparação nesta última amostra, foram selecionadas aleatoriamente, através do *software* informático IBM® SPSS® *Statistics* (versão 21, 2012), 60 mulheres que dizem não ser inférteis. O link do questionário esteve disponível para preenchimento entre os dias 23 de outubro de 2013 e 22 de novembro 2013.

Foram tidos em conta todos os princípios éticos e deontológicos da pesquisa tradicional em psicologia ao longo de todo o estudo, solicitando o consentimento informado aos participantes e assegurando-lhes que todos os dados recolhidos seriam utilizados apenas para fins do mesmo, garantindo o anonimato e a confidencialidade de todos. Aos participantes que assim o desejassem, foi garantida a possibilidade de lhes devolver os resultados obtidos.

Por último, os dados foram introduzidos no *software* informático IBM® SPSS® *Statistics* (versão 21, 2012) e precedeu-se à concretização de diversos procedimentos estatísticos.

⁽⁶⁾ - Link do protocolo de pesquisa:

<https://docs.google.com/forms/d/1aGFzXRdSAxENC7Uhi2luero1KVhvekwwCW6opWRwfDI/viewform>

CF apresentação da investigação no anexo E.

RESULTADOS

Para uma melhor compreensão e interpretação dos dados, os resultados de ambas as amostras, A e B, serão apresentados separadamente.

Resultados - amostra A

Em relação aos resultados da amostra A, que dizia respeito à validação da Escala de Desesperança (Beck & Steear, 1974), em primeiro lugar realizou-se a inversão dos itens assinalados como tal (1, 5, 6, 8, 13, 15 e 19), seguidamente, optou-se pelos seguintes procedimentos: cálculo da sensibilidade dos 20 itens da escala e da confiabilidade da escala total e análise fatorial.

Sensibilidade

A escala foi submetida a uma avaliação de sensibilidade através das medidas de assimetria (sk) e curtose (Ku), tendo obtido uma boa classificação (Marôco, 2011). Os respetivos valores encontram-se na tabela seguinte.

Tabela 12

Medidas de assimetria (Sk) e Curtose (Ku) para os 20 itens da Escala de Desesperança (n=494).

Item	Sk	Ku
It1	-,742	,029
It2	-1,814	3,854
It3	-1,117	1,782
It4	,110	-,805
It5	-,369	-,621
It6	-1,077	2,143
It7	-,633	-,524
It8	-,145	-,632
It9	-,968	,368
It10	-,523	,157
It11	-1,105	,613
It12	-1,221	,707
It13	-,901	,742
It14	-,224	-,897
It15	-,581	,083
It16	-1,406	1,817
It17	-1,244	,966
It18	-,315	-,963
It19	-,473	-,480
It20	-1,568	2,249

Confiabilidade

A amostra do presente estudo não revelou problemas significativos em termos físicos, mentais e emocionais que pudessem influenciar o desempenho no preenchimento do questionário e por isso mesmo obteve-se uma consistência interna com o valor total α 0.88, correspondente a uma classificação muito boa (Marôco, 2011). No seu estudo de validação, Beck *et al* (1974) obtiveram um valor α 0.93 em termos de confiabilidade. Os valores podem ser vistos na tabela seguinte.

Tabela 13

Valores do Alpha de Cronbach (α) obtidos na Escala de Desesperança por Beck & Steear (1974) e no presente estudo.

Instrumentos	Alpha de Cronbach (α)
Escala de Desesperança	0.93
Presente estudo ($n=494$)	0.88

Análise fatorial

Por último, procedeu-se à análise fatorial exploratória, da qual resultaram cinco dimensões, contudo, como as últimas dimensões tinham uma baixa percentagem de variância explicada, em seguida, procedeu-se à elaboração de um gráfico, designado de *Scree Plot*, que, através da sua curva acentuada, sugeriu a inclusão de apenas três dimensões. Desta forma, procedeu-se a uma nova análise fatorial, integrando a *rotação varimax*, onde foi fixado um valor de 0.30. Assim, as três dimensões estabelecidas foram: visão negativa do futuro, a qual é constituída pelos itens número: 2, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, que por sua vez explicam 38.33% da variância total; a segunda dimensão obtida, denominada de visão positiva do futuro, integra os itens: 1, 3, 4, 5, 8, 10, 15, explicando 10% da variância total; a última dimensão, intitulada de esperança, contém os seguintes itens: 6, 13, 19, que explicam 6.43% da variância total. Foi ainda analisada a consistência interna para as três dimensões já referidas, para além da consistência interna total. Relativamente à ‘visão negativa do futuro’, foi possível constatar que apresenta um α 0.92, traduzindo-se assim numa excelente classificação (Marôco, 2011); a ‘visão positiva do futuro’ obteve um α 0.73, o que corresponde a uma classificação média (Marôco, 2011); por último, a ‘esperança’ obteve um α 0.62, que representa uma classificação medíocre (Marôco, 2011).

Tabela 14

Dimensões e respetivos itens, resultantes da análise fatorial, percentagem da variância total, respetivas médias e desvio padrão.

Dimensões e respetivos itens:	% variância total	Alpha de Cronbach (α)
Visão negativa do futuro	38.33	.92
2. Mais vale desistir porque não há nada que eu possa fazer para melhorar as coisas na minha vida.		
7. O meu futuro parece-me sombrio.		
9. Não consigo ter controlo sobre a minha vida nem acho que consiga ter no futuro.		
11. Tudo o que vejo à minha frente é desagradável.		
12. Não espero conseguir o que realmente quero.		
14. As coisas simplesmente não resultam da maneira como eu quero.		
16. Nunca consigo o que quero, por isso não adianta desejar alguma coisa.		
17. É muito pouco provável que eu venha a ter alguma satisfação real no futuro.		
18. O futuro parece-me vago e sombrio.		
20. Não vale a pena tentar conseguir alguma coisa que eu queira, porque provavelmente não vou conseguir.		
Visão positiva do futuro	10.00	.73
1. Olho para o futuro com esperança e entusiasmo.		
3. Quando as coisas estão a correr mal, ajuda-me saber que elas não poderão ficar assim sempre.		
4. Não consigo imaginar como será a minha vida daqui a dez anos.		
5. Tenho tempo suficiente para concretizar as coisas que quero fazer.		
8. Sinto-me particularmente sortudo e espero que a vida me ofereça mais coisas boas do que há maioria das pessoas.		
10. As minhas experiências anteriores prepararam-me bem para o futuro.		
15. Tenho muita fé no futuro.		
Esperança	6.43	.62
6. No futuro espero ter sucesso naquilo que mais me preocupa.		
13. Quando olho para o futuro espero ser mais feliz do que sou agora.		
19. Mal posso esperar por bons momentos na minha vida.		
Total das dimensões (20 itens)		.88

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Resultados - amostra B

A amostra B surge para dar resposta a um dos objetivos deste presente estudo, que consistia na avaliação dos níveis de saúde mental e de desesperança em mulheres inférteis. Mais especificamente decretaram-se como objetivos específicos: a) determinar os níveis de saúde mental entre grupos com e sem infertilidade; b) avaliar a relação entre a infertilidade e o sentimento de desesperança; c) relacionar a saúde mental com a desesperança (valores totais e dimensões).

Saúde mental e estado civil

Os resultados parecem indicar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a saúde mental e o estado civil: $F(527.003; 55683.804) = 0.195$, $p = 0.964$, no entanto, as solteiras parecem apresentar níveis mais elevados de saúde mental, apresentando uma média de 139.30, seguindo-se logo das pessoas que têm namorado/companheiro, também com uma média de 139.13. Estes valores podem ser melhor vistos na tabela seguinte.

Tabela 15

Comparação dos níveis de saúde mental mediante o estado civil ($n = 109$).

Estado civil	n	Média	D.P.	F	p-valor
Solteiro(a)	30	139.30	23.64	.195	.964
Casado (a)	44	136.91	24.17		
Divorciado(a)	1	129.00	.		
União de facto/vive junto	18	138.59	21.98		
Namorado(a)/companheiro(a)	16	139.13	20.99		

Saúde mental e estatuto socioeconómico

De acordo com os resultados obtidos, não existem diferenças estatisticamente significativas entre a saúde mental e o estatuto socioeconómico: $F(3666.732; 52544.075) = 2.442$, $p = 0.068$, contudo, as pessoas que consideram ter um estatuto socioeconómico médio parecem ser as que têm melhor saúde mental, revelando uma média de 140.62. Os valores podem ser consultados na seguinte tabela.

Tabela 16

Comparação das variáveis saúde mental e estatuto socioeconómico (n=109).

Estatuto socioeconómico	n	Média	D.P.	F	p-valor
Médio alto	10	138.30	22.70	2.442	.068
Médio	61	140.62	24.05		
Médio baixo	29	139.21	20.18		
Baixo	9	119.11	14.96		

Saúde mental e escolaridade

Relativamente à escolaridade, é possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas entre a saúde mental e o nível de escolaridade $F(4031.864; 52178.943) = 2.704$, $p=0.049$ e os resultados indicam que quem tem uma formação académica superior com mestrado ou doutoramento, parece apresentar níveis mais elevados de saúde mental (ver tabela exposta).

Tabela 17

Comparação das variáveis saúde mental e escolaridade (n=109).

Escolaridade	n	Média	D.P.	F	p-valor
3º ciclo (9ºano)	4	107.75	7.80	2.704	.049*
Ensino secundário (12ºano)	34	139.74	18.66		
Licenciatura ou Bacharelato	58	138.55	23.95		
Mestrado ou Doutoramento	13	142.46	25.51		

* $p<0.05$ ** $p<0.001$

Saúde mental e suporte social

Relativamente ao suporte social, é possível constatar que existem diferenças estatisticamente significativas em relação à saúde mental e ao suporte social $F(5546.474; 31165.026) = 3.845$, $p=0.013$, sendo que as pessoas com um bom suporte social parecem ser as que apresentam melhores níveis de saúde mental. Estes valores podem ser observados na tabela seguinte.

Tabela 18

Comparação das variáveis saúde mental e suporte social (n=70).

Suporte social	n	Média	D.P.	F	p-valor
Muito fraco	3	125.00	7.55	3.845	.013*
Razoável	28	130.56	22.53		
Bom	39	143.87	21.67		

* $p<0.05$ ** $p<0.001$

Objetivo 1: determinar os níveis de saúde mental entre grupos com e sem infertilidade

Tal como nos indica o t , é possível constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas na comparação dos níveis de saúde mental entre os grupos de mulheres com e sem infertilidade ($t(109) = -.274, p=.785$), embora sejam as mulheres sem infertilidade aquelas que apresentam níveis mais elevados de saúde mental.

Tabela 19

Comparação das variáveis saúde mental e infertilidade ($n=109$).

Infertilidade	n	Média	D.P.	t	p -valor
Sim	49	137.59	23.17	-.274	.785
Não	60	138.80	22.70		

Através dos resultados obtidos com a realização de um t -test, é possível verificar que as mulheres inférteis evidenciam maiores níveis de ansiedade, embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas na relação entre as duas variáveis: $t(109) = -.554, p=0.581$; o mesmo acontece face à dimensão depressão, pois apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas $t(109) = -1.301, p= 0.196$ e as mulheres inférteis pontuaram mais do que as mulheres que dizem não ter qualquer problema de fertilidade.

As mulheres inférteis também parecem apresentar maiores níveis de perda de controlo emocional e comportamental, embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas face aos dois grupos de comparação $t(109) = -.029, p=0.977$; o mesmo se verifica quanto ao afeto positivo, na medida em que as mulheres inférteis parecem pontuar mais que as mulheres que dizem não ter qualquer problema de fertilidade: $t(109) = .694, p=0.489$. Em relação aos laços emocionais, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, apesar de as mulheres inférteis terem pontuado mais que o outro grupo de comparação: $t(109) = .356, p=0.722$.

Relativamente à dimensão negativa - *distress* psicológico - que agrupa as variáveis ansiedade, depressão e perda de controlo emocional e comportamental, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas: $t(109) = -.549, p=0.584$, tendo as mulheres inférteis pontuado mais que as mulheres que referem não ter qualquer problema de fertilidade. O mesmo se constatou quanto à dimensão positiva - bem-estar psicológico - (constituída pelo afeto positivo e pelos laços emocionais) não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas: $t(109) = .709, p=0.480$, embora os resultados indiquem que as mulheres inférteis evidenciam valores mais elevados de bem-estar psicológico. Todos os valores mencionados podem ser consultados na tabela seguinte.

Tabela 20

Comparação das dimensões constituintes da saúde mental entre mulheres inférteis e mulheres que referem não ter qualquer problema de fertilidade (n=109).

Dimensões saúde mental	Infertilidade	n	Média	D.P.	t	p-valor
Ansiedade	Sim	49	38.76	9.09	-.554	.581
	Não	60	39.73	8.89		
Depressão	Sim	49	19.18	4.43	-1.301	.196
	Não	60	20.27	4.23		
Perda de controlo emocional e comportamental (PCEC)	Sim	49	36.78	6.89	-.029	.977
	Não	60	36.82	7.54		
Afeto positivo	Sim	49	31.24	6.04	.694	.489
	Não	60	30.53	4.67		
Laços emocionais	Sim	49	11.61	2.25	.356	.722
	Não	60	11.45	2.45		
Distress psicológico	Sim	49	94.73	19.56	-.549	.584
	Não	60	96.81	19.82		
Bem-estar psicológico	Sim	49	42.86	7.05	.709	.480
	Não	60	41.98	5.82		

Objetivo 2: avaliar a relação entre a infertilidade e o sentimento de desesperança

Tal como nos demonstra o *t-test*, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas $t(109)=1.416$, $p=0.160$ na comparação entre os grupos de mulheres inférteis e mulheres férteis para o sentimento de desesperança. Os valores referidos encontram-se na seguinte tabela.

Tabela 21

Comparação das variáveis infertilidade e desesperança (n=109).

Infertilidade	n	Média	D.P.	t	p-valor
Sim	49	56.73	7.14	1.416	.160
Não	60	54.82	6.95		

Com base na realização de uma ANOVA, foi possível observar que não existem diferenças estatisticamente significativas $t(109)=0.737$, $p=0.463$ face à dimensão visão negativa do futuro, contudo, as mulheres inférteis parecem evidenciar mais esta visão (apresentando uma média de 2.05, DP=0.72) do que as mulheres que referem não ter nenhum problema de fertilidade. Também para a visão positiva do futuro, não existem diferenças

estatisticamente significativas $t(109)=0.624$; $p=0.534$, todavia, as mulheres inférteis pontuaram mais que o outro grupo de comparação (apresentando uma média de 3.45, DP=0.48).

Relativamente à dimensão esperança, também não existem diferenças estatisticamente significativas $t(109)=1.260$, $p=0.210$, no entanto, mais uma vez as mulheres inférteis parecem ser as que obtiveram pontuações mais elevadas nesta dimensão (com uma média de 4.03, DP=0.71). Todos os valores mencionados podem ser confirmados na tabela seguinte.

Tabela 22

Comparação das dimensões constituintes da desesperança entre mulheres inférteis e mulheres que referem não ter qualquer problema de fertilidade (n=109).

Dimensões desesperança	Infertilidade	n	Média	D.P.	t	p-valor
Visão negativa do futuro	Sim	49	2.05	0.72	.737	.463
	Não	60	1.94	0.74		
Visão positiva do futuro	Sim	49	3.45	0.48	.624	.534
	Não	60	3.40	0.39		
Esperança	Sim	49	4.03	0.71	1.260	.210
	Não	60	3.86	0.71		

Objetivo 3: Relacionar a saúde mental com a desesperança (valores totais e dimensões)

Para dar resposta a este objetivo, foram realizadas estatísticas com o Coeficiente de Correlação de Pearson e de acordo com os resultados obtidos é possível verificar que, existe uma correlação muito forte positiva ($r=.881$), entre a dimensão ansiedade e a depressão, existindo diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$), o que significa que quanto mais ansiedade, mais depressão; a ansiedade também demonstra ter uma relação muito forte com a perda de controlo emocional e comportamental ($r=.866$) e fortíssima com o *distress* psicológico ($r=.969$) e também com a saúde mental total ($r=.936$), existindo diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$), sendo que quanto mais ansiedade, mais perda de controlo emocional e comportamental existe, bem como um maior *distress* psicológico. Com a variável total da saúde mental, acontece o oposto, na medida em que quanto mais ansiedade, menos saúde mental.

A ansiedade também demonstra uma correlação fraca e positiva com o afeto positivo ($r=.261$), evidenciando diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$), ou seja, quanto mais ansiedade mais afeto positivo. Com os laços emocionais ($r=.395$) e com o bem-estar psicológico ($r=.363$), a ansiedade demonstra ter uma correlação positiva moderada entre as

variáveis, existindo também diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$). Desta forma, verifica-se que quanto mais ansiedade, mais laços emocionais e mais bem-estar psicológico.

Quanto às dimensões da desesperança, a ansiedade demonstra uma correlação negativa moderada com a visão negativa do futuro ($r = -.612$), uma correlação negativa muito fraca com a esperança, e uma correlação negativa muito forte com a desesperança total ($r = -.539$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas para todas as correlações mencionadas ($p < 0.05$). Uma correlação negativa diz-nos que à medida que uma variável tende a diminuir, outra tende a aumentar, ou seja, quanto mais ansiedade, menos visão negativa do futuro; menos esperança e menos desesperança.

A ansiedade, apresenta uma correlação moderada positiva com a visão positiva do futuro ($r = .355$), existindo diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

A depressão evidencia a existência de uma correlação muito fraca com o afeto positivo ($r = .144$), sendo que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$), isto é, parte-se do princípio que a depressão e o afeto positivo o que se traduz na inexistência de relações entre as variáveis. O bem-estar psicológico ($r = .255$) apresenta uma correlação fraca com a depressão e esta demonstra uma correlação moderada com os laços emocionais ($r = .366$), existindo diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$). A depressão também se encontra correlacionada de forma muito forte com a perda de controlo emocional e comportamental ($r = .862$) e com a saúde mental total ($r = .880$), e apresenta uma correlação fortíssima com o *distress* psicológico ($r = .940$), não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) para nenhuma das correlações.

Em relação à desesperança, a depressão demonstra uma correlação moderada com a visão positiva do futuro ($r = .417$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas. Revela ainda uma correlação negativa fraca com a esperança ($r = -.236$) e negativa forte com a visão negativa do futuro ($r = -.593$) e com a desesperança total ($r = -.505$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas para todas as variáveis ($p < 0.05$). Isto é, quanto mais depressão, menos visão negativa do futuro e menos desesperança.

A perda de controlo emocional e comportamental encontra-se correlacionada de forma fraca com o afeto positivo ($r = .292$) e de forma moderada com os laços emocionais ($r = .467$) e com o bem-estar psicológico ($r = .416$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$). Por sua vez, apresenta uma correlação fortíssima com o *distress* psicológico ($r = .953$) e com a saúde mental total ($r = .937$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$), isto é, quanto mais perda de controlo emocional e comportamental, mais *distress* psicológico e saúde mental total.

Verifica-se uma correlação moderada entre a perda de controlo emocional e comportamental e a visão positiva do futuro ($r = .357$), uma correlação negativa fraca com a

esperança ($r=-.212$) e uma correlação negativa forte com a visão negativa do futuro ($r=-.644$) e com a saúde mental total ($r=-.576$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões ($p<0.05$). Ou seja, quanto mais perda de controlo emocional e comportamental, mais visão positiva do futuro. Em relação às restantes, quanto mais perda de controlo emocional e comportamental, menos esperança, menos visão negativa do futuro e menos saúde mental total.

O afeto positivo demonstra ter uma correlação fraca com os laços emocionais ($r=.279$) e com o *distress* psicológico ($r=.258$); uma correlação moderada com a saúde mental total ($r=.484$) e uma correlação fortíssima com o bem-estar psicológico ($r=.935$), sendo que se verificaram diferenças estatisticamente significativas para todas as variáveis e dimensões em questão ($p<0.05$), o que significa que quanto mais afeto positivo, mais laços emocionais, mais *distress* psicológico e mais saúde mental total.

Perante os resultados obtidos, é possível verificar que o afeto positivo demonstra uma correlação negativa com todas as dimensões da desesperança. Assim, demonstra uma correlação negativa fraca com a visão negativa do futuro ($r=-.277$) e moderada com a desesperança total ($r=-.304$) verificando-se diferenças estatisticamente significativas para ambas ($p<0.05$), ou seja, quanto mais afeto positivo, menos visão negativa do futuro. Por sua vez, demonstra uma correlação negativa quase nula com a visão positiva do futuro ($r=-.010$) e negativa moderada com a esperança ($r=-.048$), não se verificando diferenças estatisticamente significativas para estas duas variáveis ($p>0.05$). Isto é, quanto mais afeto positivo menos visão negativa do futuro e menos desesperança.

Relativamente aos laços emocionais, esta dimensão apresenta uma correlação moderada com o *distress* psicológico ($r=.433$) e uma correlação forte com o bem-estar psicológico ($r=.601$) e com a saúde mental total ($r=.541$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas para todas estas dimensões ($p<0.05$), isto é, quanto mais laços emocionais, mais *distress* psicológico, mais bem-estar psicológico e mais saúde mental total. Contudo, evidencia uma correlação negativa com todas as variáveis da desesperança, correlacionando-se de forma negativa fraca com a visão negativa do futuro ($r=-.244$) e negativa moderada com a desesperança total ($r=-.306$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$), sendo que quanto mais laços emocionais, menos visão negativa do futuro e menos desesperança. Apresenta ainda uma correlação negativa quase nula com a visão positiva do futuro ($r=-.006$) e negativa muito fraca com a esperança ($r=-.173$), não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($p>0.05$), isto é, não se verificam relações entre as variáveis.

Quanto ao *distress* psicológico, esta dimensão apresenta uma correlação moderada com o bem-estar psicológico ($r=.375$) e fortíssima com a saúde mental total ($r=.966$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas para ambas ($p<0.05$), o que significa

que quanto mais *distress* psicológico, mais bem-estar psicológico e saúde mental total, e quanto às dimensões da desesperança, apresenta uma correlação moderada com a visão positiva do futuro ($r=.385$) e negativa fraca com a esperança ($r=-.220$) e negativa moderada com a visão negativa do futuro ($r=-.647$) e com a desesperança total ($r=-.569$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas para todas estas dimensões ($p<0.05$). Desta forma, quanto mais *distress* psicológico, menos visão positiva do futuro, menos esperança e menos visão negativa do futuro e desesperança total.

O bem-estar psicológico demonstra estar correlacionado de forma moderada com a saúde mental total ($r=.602$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$). Todavia, apresenta-se correlacionado de forma negativa com todas as dimensões da desesperança, sendo esta correlação negativa moderada com a visão negativa do futuro ($r=-.320$) e com a desesperança total ($r=-.366$), tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$). Evidencia ainda uma correlação negativa quase nula com a visão positiva do futuro ($r=-.010$) e negativa muito fraca com a esperança ($r=-.104$), não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas ($p>0.05$).

A saúde mental total apresenta uma correlação positiva moderada com a visão positiva do futuro ($r=.329$) e com diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$), sendo que apresenta ainda uma correlação negativa fraca com a esperança ($r=-.219$) e negativa forte com a visão negativa do futuro ($r=-.646$) e com a desesperança total ($r=-.592$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões ($p<0.05$), ou seja, quanto mais saúde mental total, mais visão positiva do futuro, menos esperança, menos visão negativa do futuro e menos desesperança.

A visão negativa do futuro evidencia uma correlação negativa forte com a visão positiva do futuro ($r=-.515$) e uma correlação positiva muito forte com a desesperança total ($r=.862$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$), sendo que apresenta ainda uma correlação positiva muito fraca com a esperança, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($p>0.05$).

A visão positiva do futuro demonstra estar correlacionada de forma moderada com a esperança ($r=.045$) e de forma negativa fortíssima com a desesperança total ($r=-.091$), não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($p>0.05$). Por último, a esperança encontra-se correlacionada moderadamente com a desesperança total ($r=.497$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$), sendo que quanto mais esperança, menos desesperança total.

Todos estes valores mencionados podem ser melhor consultados na tabela seguinte.