



Fatores de Risco para a Sintomatologia Ansiosa, Depressiva e Stress em Mulheres em Contexto de Infertilidade

Dissertação

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde | 2023/2024 | 2ºano
Dissertação | Professora Doutora Susana Santos

Maria Dias | 41416



DECLARAÇÃO DE AUTORIA

Nome: Maria Teresa Ferreira Dias Estudante nº 41416 do curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde declaro que a Dissertação apresentada para avaliação na Unidade curricular Dissertação é da minha autoria e cumpre as normas de integridade académica.

Assim assume-se:

-Esclarecer explicitamente se partes do trabalho foram já apresentadas para avaliação de outras unidades curriculares ou provas de grau na Universidade Portucalense ou noutras instituições;

-Identificar corretamente as fontes utilizadas, de forma a que possam ser consultadas e atestada a autenticidade do trabalho que apresento;

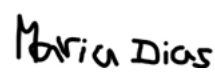
-Assumir, sob compromisso de honra, a responsabilidade da autoria integral do trabalho, não tendo contratado serviços de terceiros para a sua realização;

-Indicar a supervisão recebida para elaboração do trabalho;

-Reconhecer como fraudulentas práticas que correspondem a formas de plágio, cópia servil, omissão ou citação deficiente de fontes, percebendo que tais práticas infringem direitos de autoria e são contrárias à integridade académica;

- Submeter, quando solicitado, à consideração do(s) docente(s), relatórios que tenham sido emitidos por equipamento especializado na deteção de plágio.

Data: 19/12/2024

Assinatura(s): 

Agradecimentos

Ao chegar ao fim deste percurso tão enriquecedor e exigente, não podia deixar de agradecer a todos os que presenciaram e participaram comigo nesta caminhada, e que me apoiaram na realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Susana Santos, por todas as horas dispensadas para me apoiar, orientar e aconselhar neste projeto e sobretudo por toda a paciência e compreensão!

Aos meus pais, irmão e cunhada, por não me deixarem desistir e por me terem permitido realizar esta trajetória. Sou eternamente grata pelas palavras calmantes nas horas de estudo intenso e nos momentos antes de avaliações importantes. E a toda a minha restante família, por todas as conversas e apoio que me deram!

Aos meus amigos da faculdade, Rui, Ju, Vivi e Catarina, por terem tornado este percurso mais bonito, pelas horas em chamada a fazer trabalhos, nas quais metade do tempo apenas conversávamos, por todos os momentos de apoio e, no fundo, por serem amigos!

Ao David, por toda a força que me deu durante os últimos anos. Por não me deixar desistir e limpar todas as lágrimas nos momentos de maior medo e angústia, por aturar o meu mau-humor sarcástico em dias de maior aflição. Obrigada por seres o meu porto seguro e me apoiares incondicionalmente!

Aos meus amigos da terrinha, obrigada por todas as distrações, brincadeiras e momentos de desabafo. Francisca, Marisa, Mini, Ângelo, Pedro, Américo e Cristiana, um eterno obrigada!

Aos restantes professores, que me fizeram apaixonar cada vez mais pela Psicologia, obrigada por todas as lições, desabafos e por todo o apoio!

A todos vocês, obrigada, eu consegui!

Resumo

O diagnóstico de infertilidade é um acontecimento inesperado, e que pode implicar a limitação do alcance de um projeto de vida que já foi construído ao longo do desenvolvimento dos indivíduos. Vários estudos procuraram compreender o impacto da infertilidade na saúde mental das mulheres, obtendo resultados incongruentes. Apesar de algumas investigações constatarem impactos negativos na sintomatologia ansiosa, depressiva e stress em mulheres com diagnóstico de infertilidade, outros estudos não identificaram diferenças estatisticamente significativas em comparação com mulheres sem diagnóstico de infertilidade. Com este trabalho pretende-se compreender quais os fatores de risco que podem estar na base destas discrepâncias. Assim, este estudo tem como objetivo compreender qual o impacto da perda gestacional, do tempo de diagnóstico e/ou a existência de filhos na sintomatologia ansiosa, depressiva e stress. Para tal, foram utilizadas a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress e a ficha de dados sociodemográficos e clínicos na amostra selecionada. Através do programa SPSS, realizou-se a análise estatística dos dados recolhidos, através de correlações de Pearson e MANOVA, para obter as respostas às questões de investigação. Os resultados não foram significativos para nenhuma questão de investigação, o que pode ser justificado pela divisão pouco equilibrada da amostra. Os mesmos instigaram novas questões que devem ser consideradas em estudos futuros.

Palavras-Chave: Infertilidade; Mulheres; Ansiedade; Depressão; Stress.

Abstract

The diagnosis of infertility is an unexpected event, which may imply a limitation of the scope of a life project that has already been built throughout the development of individuals. Several studies have sought to understand the impact of infertility on women's mental health, with incongruent results. Although some research has found negative impacts on anxiety, depression and stress symptoms in women diagnosed with infertility, other studies have not identified statistically significant differences compared to women without a diagnosis of infertility. Thus, other factors associated with the diagnosis may be at the root of these discrepancies. Thus, this study aims to understand the impact of risk factors such as pregnancy loss, time since diagnosis and/or the existence of children prior to diagnosis can influence the existence and intensity of depressive, anxiety and stress symptoms. To this end, the Anxiety, Depression and Stress Scales (DASS) were used in the selected sample. Through the SPSS program, the statistical analysis of the collected data was carried out, thro' Pearson's correlations and MANOVA, to answer research questions. The results were not significant for any research question, which can be justified by the unbalanced division of the sample. The same results lead to new questions that should be considered in further studies.

Key words: Infertility; Women; Anxiety; Depression; Stress.

Índice

Nota Introdutória	9
Introdução	10
Método	13
Procedimentos e Amostra.....	13
Materiais.....	15
Análise Estatística	15
Resultados.....	16
Discussão	17
Conclusão.....	19
Referências	20
ANEXOS	24

Lista de Tabelas

Tabela 1: Caraterísticas Sociodemográficas e Variáveis Clínicas da Amostra..... 14

Tabela 2: Matrizes de Correlações entre as Variáveis em Estudo..... 16

Lista de Abreviaturas

APA – American Psychology Association

DASS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

IBM SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

MANOVA – Análise Multivariada da Variância

OMS – Organização Mundial de Saúde

UPT – Universidade Portucalense Infante D. Henrique

Nota Introdutória

O presente estudo, realizado no âmbito da unidade curricular Dissertação, do 2.º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Portucalense Infante D. Henrique, supervisionado pela Professora Doutora Susana Santos, tem como objetivo conhecer fatores de risco para a sintomatologia ansiosa, depressiva e stress em mulheres em contexto de infertilidade. A escolha deste tema deveu-se ao interesse pela área da sexualidade e reprodução.

O estudo será constituído pelas seguintes partes: uma introdução com uma breve revisão de literatura sobre a informação já existente relativamente aos fatores de risco para a sintomatologia ansiosa, depressiva e stress em mulheres em contexto de infertilidade, e uma segunda parte de investigação na qual constarão os métodos e procedimentos utilizados, bem como as análises estatísticas e uma terceira focada nos resultados. De seguida, existirá uma última parte com a discussão na qual se pretende relacionar os resultados verificados com a literatura existente, tal como analisar pontos fortes ou fraquezas do estudo realizado, contribuindo para orientação de estudos futuros e com implicação para a prática clínica.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a infertilidade define-se pela incapacidade de reproduzir após um ano ou mais de relações sexuais desprotegidas, afetando cerca de 72,4 milhões de pessoas em todo o mundo, correspondendo a cerca de 17,5% da população. (Guerra, 2024; OMS, 2020). A infertilidade pode dever-se a fatores femininos/masculinos, à combinação de ambos ou a uma causa desconhecida (Aleixo & Almeida, 2021). Em Portugal estima-se que possa afetar até 12% da população (Firme & Alves, 2022).

O diagnóstico de infertilidade é um acontecimento inesperado, e que pode implicar uma limitação do alcance de um projeto de vida idealizado. Este impacto pode agravar-se nas mulheres uma vez que estas podem sentir maior responsabilidade sobre reprodução e continuidade das gerações vindouras (Ribeiro, 2023).

Consequentemente, descobrir a incapacidade de reproduzir pode gerar várias emoções, sentimentos e pensamentos negativos, que podem ter impacto na saúde mental (Farinati et al., 2006). De acordo com Firme e Alves (2022), o diagnóstico de infertilidade pode causar sentimentos de vergonha, angústia, culpa, raiva, assim como, baixa autoestima e uma diminuição da qualidade de vida. Estes sentimentos muitas vezes intensificam-se devido ao criticismo e julgamento dos demais acerca da situação (Guerra, 2024).

A ansiedade, depressão e stress têm vindo a ganhar muita importância na investigação no âmbito da infertilidade. A ansiedade é caracterizada pela antecipação de eventos negativos ou assustadores com os quais os indivíduos se podem deparar em momentos de incerteza, dúvidas ou ameaça, seja esta real, potencial ou inexistente. Logo, pode ser adaptativa ou constituir patologia de acordo com o modo como afeta as áreas de funcionamento das pessoas (APA, 2014). Por sua vez, a depressão é uma psicopatologia caracterizada por tristeza inexplicável, duradoura e limitadora que compromete diferentes áreas de funcionamento, devido à perda de energia, estima e de atribuição de significado à vida, que dela resultam (APA, 2014; Martins et al., 2019). Relativamente ao stress, apesar da sua definição ser ainda pouco consensual, de acordo com Lazarus e Folkman (1984) é um processo de reação a situações desafiantes ou ameaçadoras. Pode-se manifestar-se de diversas formas, fisiológica e psicologicamente, de acordo com a capacidade que os indivíduos sentem que detêm para lidar com as situações stressantes (Moura-Ramos, 2011).

Farinati et al. (2006), percebem que a sintomatologia ansiosa em mulheres inférteis pode ser consequente das questões relacionadas às hipóteses de um tratamento ou processo do mesmo, e

que a sintomatologia depressiva deve-se em grande parte à incapacidade de engravidar. Estudos indicam que mulheres com este diagnóstico tendem a apresentar níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa, depressiva e stress (Chehreh et al., 2019; Varino, 2018) quando comparadas com mulheres sem diagnóstico de infertilidade. Contudo, outro estudo não corrobora estes dados, uma vez que não são verificadas diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia ansiosa, depressiva e stress entre mulheres com e sem diagnóstico de infertilidade (Roastad et al., 2014).

Em suma, apesar de existirem algumas evidências que sugerem um aumento da sintomatologia ansiosa, depressiva e stress no contexto da infertilidade (Farinati et al., 2006), a literatura nem sempre tem sido consensual. Estas inconsistências podem dever-se à metodologia ou outras variáveis associadas.

O Modelo de Stress e Coping de Lazarus e Folkman (1984) e o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (2006) têm sido dos modelos teóricos mais considerados em estudos sobre a infertilidade e adaptação à mesma. Tal como Moura-Ramos (2011) explica, o modelo de stress e coping explica o stress como contextual, ou seja, o modo e intensidade com o qual se manifestam dependem da relação entre o ambiente e a pessoa e a perceção de incapacidade de lidar com determinada situação, num momento específico. Assim, a infertilidade por si só não deve ser explicativa de stress, visto que devem ser consideradas a avaliação dos indivíduos e os recursos que estes detêm para lidar com o acontecimento inesperado. Como já se verificou anteriormente, o impacto da infertilidade varia entre mulheres. Estas diferenças podem estar relacionadas a diferentes fatores. Um dos fatores mais evidentes a contemplar poderá ser o objetivo intrínseco de ser mãe, que causa uma avaliação mais negativa e ameaçadora da situação (Ribeiro, 2023). De modo mais específico e relacionado ao tema, o tempo desde o diagnóstico ou primeira tentativa de engravidar pode causar uma avaliação negativa e diminuir a esperança e perseverança, quanto maior for o tempo, causando mais stress. O mesmo se pode refletir para a existência ou não de filhos ou pela vivência de perda gestacional. Isto, para além de inferir no stress, pode inferir noutras variáveis como sintomatologia ansiosa e depressiva, pelo que, este Modelo, específico do stress, pode ser refletido para outras áreas.

Assim como Stanton e Dunkel-Schettel (1991) referem, a infertilidade é extremamente imprevisível, incontroável e ambígua. Por isto, a adaptação é influenciada por todos os contextos em que as mulheres estão inseridas, (ex.: profissional, familiar, social) e pode ser distinta em momentos diferentes.

Neste sentido, também ao Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (2006) pode explicar as diferenças no impacto da infertilidade em mulheres. Visto que os indivíduos se inserem em diferentes contextos, dependentes e/ou independentes entre si, distintos de pessoa para pessoa, a importância dos sistemas no qual os indivíduos estão envolvidos, na tomada de decisão e desenvolvimento humano, pode ser distinta. Tendo em consideração o microsistema da família, e a importância dada ao mesmo, um acontecimento como a infertilidade pode ter um impacto diferente entre mulheres.

A vivência emocional da mulher em contexto de infertilidade depende de vários fatores internos e externos, tais como a sua história e desenvolvimento, bem como o contexto e vivências conjugais e familiares, ou valores internos (Ribeiro, 2023).

Um importante fator que pode ter um impacto negativo na saúde mental das mulheres é a ocorrência de abortos espontâneos. De acordo com o Diário de Notícias (2024), a OMS apurou que em 2022 entre 17 a 22% das gestações terminaram em aborto espontâneo. Este acontecimento, por si só, pode resultar em sentimentos de culpa e autocrítica pela incapacidade de levar a gravidez a termo (Sousa & Almeida, 2020), o que, relacionado com o diagnóstico de infertilidade, pode causar um prejuízo psicoemocional muito mais intenso. Se o sucesso dos tratamentos causa uma diminuição do stress e da sintomatologia ansiosa e depressiva (Farinati et al., 2006), o oposto se verifica em mulheres que experienciam abortos, ainda que não relacionados ao sucesso dos tratamentos. Assim, Szkodziak et al. (2020) compreenderam que, os níveis de ansiedade e depressão são significativamente mais altos em mulheres que experienciam perdas gestacionais do que mulheres capazes de levar a gravidez a termo.

No mesmo seguimento, a literatura aponta para o facto do tempo decorrido desde o diagnóstico ser um agravante para a sintomatologia ansiosa (Gdńska et al., 2017), ou seja, indivíduos no início do tratamento apresentam níveis menores de sintomatologia ansiosa quando comparados com indivíduos que já passaram por várias fases ou tratamentos. O mesmo estudo refere a existência de evidências quanto à influência do tempo de infertilidade no agravamento da sintomatologia depressiva (Gdńska et al., 2017; Roastad et al., 2014). Como Szkodziak et al. (2020) verificam, a incidência de sintomas depressivos e ansiosos é maior em pessoas cuja infertilidade perdura entre 4 a 6 anos, quando comparada com grupos cuja infertilidade foi diagnosticada mais recentemente. Em concordância, também Galhardo et al. (2013) referem vários estudos que revelaram maiores sintomas psicopatológicos em pessoas em processo avançado de tratamento, tal como com resultados de tratamento falhado.

Outra variável de relevo para a compreensão da saúde mental nas mulheres inférteis, parece ser o facto destas já terem um filho. Comparando um grupo de mulheres com infertilidade, Roastad et al. (2014) referem que mulheres sem filhos e com infertilidade apresentam maior insatisfação com a qualidade de vida, em relação a mulheres com filhos que têm diagnóstico de infertilidade, já que, tal fator reduz o impacto de sintomas negativos. Contudo, no mesmo estudo, não se verificaram diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa e depressiva em concreto.

Devido à escassa e incongruente informação sobre os fatores de risco para a sintomatologia depressiva, ansiosa e stress em mulheres com diagnóstico de infertilidade, o presente estudo procura compreender o impacto da perda gestacional, existência de filhos e meses desde o diagnóstico na sintomatologia ansiosa, depressiva e stress, em mulheres com infertilidade.

Método

Procedimentos e Amostra

Este estudo insere-se num projeto de investigação mais vasto intitulado “Fatores protetores e de Risco para a Saúde Mental no Contexto da infertilidade”, que foi aprovado pela comissão de ética da UPT. O presente estudo rege-se pelas normas da Declaração de Helsínquia e o código de ética da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Os critérios de inclusão consistiram em ser mulher com idade compreendida entre os 18 e os 45 anos; estar numa relação heterossexual; saber ler e escrever português; ter diagnóstico de infertilidade ou estar a tentar conceber há mais de 12 meses. Entre Novembro de 2022 e Fevereiro de 2023, participantes que cumpriam os critérios de inclusão foram convidados a participar através de divulgação nas redes sociais (i.e, instagram e facebook). Foi dado o consentimento informado que garantia a confidencialidade e anonimidade dos dados recolhidos. A amostra foi recolhida por autosseleção, através de um método de amostragem não probabilístico.

A amostra foi constituída por 265 mulheres com idade média de 36 anos. Desta a maioria era de nacionalidade portuguesa e estavam casadas/união de facto (Tabela 1).

No que diz respeito ao diagnóstico de infertilidade, destaca-se que para 31,3% das participantes ($n = 83$) a causa da infertilidade era desconhecida e 30,9% ($n = 82$) devia-se a fator feminino. Na presente amostra, a média de meses desde a primeira tentativa de concessão é 53,67 ($DP = 42,94$), ou seja, cerca de 4 anos e 6 meses.

Das 265 mulheres, 41,1% ($n = 109$) já tinha tido uma perda gestacional e 21,8% ($n = 58$) já tinham filhos.

Tabela 1

Caraterísticas Sociodemográficas e Variáveis Clínicas da Amostra (N =265)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Idade	35.66	4.68		
Estado Civil				
Casada/União de facto			253	95.5
Divorciada			3	1.1
Solteira			9	3.4
Nacionalidade				
Portuguesa			260	98.1
Brasileira			5	1.9
Causa de Infertilidade				
Inexplicado			83	31.3
Fator feminino			82	30.9
Fator masculino			39	14.7
Fator misto			49	18.5
Outro			12	4.5
Perda Gestacional				
Sim			109	41.1
Não			156	58.9
Filhos				
Sim			58	21.9
Não			207	78.1
Tempo desde o Diagnóstico				
Menos de 12 meses			16	6.1
Mais de 12 meses			249	93.9

Legenda: M=média; DP=desvio padrão; n=frequência; %=percentagem.

Materiais

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos – construído para o efeito de recolha de informação essencial (ex: idade; meses desde a primeira tentativa de engravidar; perda gestacional; filhos; tempo desde diagnóstico;) para os objetivos da investigação (Anexo A).

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (Lovibond & Lovibond, 2004; Versão Portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2004) - A DASS é um instrumento de autorrelato dividida em três escalas: ansiedade, depressão e stress, resultando num total de 21 itens (Anexo B). A escala é constituída por sete itens que avaliam a sintomatologia ansiosa (ex., Senti dificuldade em respirar), sete itens que avaliam a sintomatologia depressiva (ex., Senti-me desanimado e melancólico) e sete itens que avaliam o stress (ex., Senti que por vezes estava sensível). Cada item está formulado para uma escala de resposta de tipo Likert de 4 pontos, que varia de 0 (*não se aplicou nada a mim*) a 3 (*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*), tendo como referencial temporal a última semana (Pais-Ribeiro et al., 2004). Cada subescala pode variar entre 0 e 21 pontos, sendo que os valores mais elevados correspondem a níveis superiores de sintomatologia ansiosa, depressiva e stress. A escala, na sua versão portuguesa apresenta valores do alfa de Cronbach de .85 para a depressão, .74 para a ansiedade e .81 para o stress (Pais-Ribeiro et al., 2004). No presente estudo, o valor de alfa de Cronbach, para a sintomatologia depressiva foi .93, para a sintomatologia ansiosa foi .89 e para o stress foi .92.

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences (IBM-SPSS), versão 29.0. Concretizou-se uma análise descritiva inicial, de modo a conhecer e caracterizar a amostra, no que diz respeito às variáveis demográficas e clínicas através da análise de médias e desvios-padrão, frequências e percentagens. Posteriormente, para avaliar a consistência interna da DASS utilizou-se o alfa de Cronbach.

Para responder às questões de investigação, e testando as hipóteses das mesmas, foram, numa fase inicial, realizadas correlações de Pearson para compreender se existem relações entre variáveis, utilizando os critérios de Cohen (1988) para avaliar as magnitudes das correlações. De acordo com os mesmos, correlações menores ou iguais a $r=.29$ são consideradas fracas, entre $r=.30$ e $r=.49$ são moderadas e iguais ou superiores a $r=.50$ são fortes.

Uma vez concluída essa análise, foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA) com sintomas ansiosos, depressivos e stress, na qual os resultados pretenderam

identificar variáveis sociodemográficas e clínicas relevantes, tais como ter filhos (não ter vs. ter) e perda gestacional (sim vs. não).

Resultados

Com o intuito de avaliar as relações entre as variáveis, foram concretizadas correlações de Pearson (Tabela 2).

Tabela 2

Matrizes de Correlações entre as Variáveis em Estudo (N=265)

	1	2	3	4	5	6	7	M	DP	α
1.Idade	-							35.66	4.679	
2.Nível de depressão	.106	.087	.089	-				2.388	1.52	.93
3.Nível de Ansiedade	.021	-.019	.021	.698**	-			2.525	1.61	.89
4.Nível de stress	-.008	.043	.030	.767**	.718**	-		2.396	1.49	.92
5.Tempo desde Diagnóstico	0.14	.070	.104	-.001	-.012	-.055	-	1.943	.231	

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$.

Tal como se pode verificar, o nível de ansiedade e nível de depressão estão positivamente e fortemente correlacionados, o que se verifica igualmente entre o nível de stress e nível de ansiedade, e nível de stress e nível de depressão.

De seguida, foi realizada uma MANOVA com o intuito de avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia ansiosa, depressiva e stress, em função da existência de filhos, e em função da ocorrência ou não de perda gestacional. A MANOVA não identificou um efeito multivariado da existência ou não de filhos na sintomatologia ansiosa, depressiva e stress, Traço de Pillai = .026, $F(3, 254) = 2.238$, $p = .084$. No mesmo sentido, não se apurou um efeito multivariado da ocorrência de perda gestacional na sintomatologia ansiosa,

depressiva e stress, Traço de Pillai = .004, $F(3, 254) = .340$, $p = .797$. Não se verificando um efeito significativo nas variáveis dependentes, não se procedeu à realização de Anovas fatoriais para cada uma das variáveis, e do mesmo modo, não se realizaram análises post-hoc.

Discussão

O presente estudo, apesar de não ser o primeiro a abordar os tópicos escolhidos, é dos primeiros a focar especificamente o efeito das variáveis tempo desde a primeira tentativa, existência de filhos e ocorrência de perda gestacional na ansiedade, depressão e stress.

Os resultados para as variáveis escolhidas não permitiram chegar a conclusões significativas, refutando alguns resultados dos estudos anteriormente referidos. Apesar de, por um lado, Gdásnska et al. (2017) evidenciarem que o tempo desde o diagnóstico tem impacto na saúde e bem-estar dos indivíduos, estas descobertas podem estar relacionadas com o insucesso dos tratamentos, para além do fator tempo. Coloca-se a questão do insucesso das tentativas de tratamento terem uma influência nos resultados significativos dos níveis de ansiedade e depressão, quando analisada a influência do tempo. Tal como Guerra (2024) afirma, a utilização de técnicas de tratamento contribui para o aumento da sintomatologia ansiosa, depressiva e stress. Contrariamente ao estudo de Gdásnska et al (2017), que evidenciava que o tempo desde diagnóstico estava associado à sintomatologia ansiosa. No presente estudo não encontramos esta associação, o que poderá indicar que mais do que o tempo desde diagnóstico, a variáveis associadas ao tratamento podem ter um impacto mais significativo.

No mesmo sentido, os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia ansiosa, depressiva e stress entre mulheres inférteis com ou sem filhos. Tal como verificado no estudo de Roastad et al, 2014, os nossos resultados não encontraram diferenças na sintomatologia ansiosa, depressiva ou stress em função da existência ou não de filhos. Uma possível explicação poderá residir no facto da vivência não ser diferente, uma vez que a infertilidade é um obstáculo à concretização de um objetivo. Tal como Trindade et al., 2001 refletiram no seu estudo, as mulheres com infertilidade e sem filhos eram mais novas e por isso não sentiam ainda a pressão social de construir uma família, o que pode estar relacionado com os resultados obtidos. Estudos futuros podem também considerar o fator idade para melhor entendimento do tema.

No que respeita às diferenças na sintomatologia ansiosa, depressiva e stress em mulheres que experienciaram perda gestacional e que não experienciaram, estas foram igualmente não significativas. Apesar deste resultado não corroborar a revisão da literatura, pode-se refletir que o estudo de Szodiak et al. (2020) aborda que os antidepressivos estão relacionados com as perdas gestacionais, o que implica que as sintomatologias já se evidenciavam antes da perda, e que esta consequência dos antidepressivos pode ter impacto no agravamento da sintomatologia pós perda na amostra estudada.

Importa refletir sobre as limitações do presente estudo. Primeiramente, é necessário compreender que os grupos não são iguais em termos de N. Um exemplo disto consta na Tabela 1, em que se verifica que apenas 58 mulheres incluídas da amostra têm filhos. Logo, uma indicação a ter em consideração em estudos futuros poderá ser procurar conseguir uma divisão mais equilibrada para obter resultados mais claros e precisos (Marotti et al., 2008), o que, devido à ausência de controlo das respostas dos participantes pode exigir uma amostra ainda maior. No mesmo sentido, também o método de amostragem não probabilístico por autosseleção constitui uma limitação. Apesar de ser útil para chegar a grupos de difícil alcance, não é dos métodos que proporciona uma maior representatividade na amostra (Vinuto, 2014).

Outra limitação deste estudo recaí na recolha de informações somente por questionários de auto-resposta. A interpretação das perguntas e das opções de resposta por parte das participantes pode constituir outra limitação na recolha da informação necessária. No mesmo sentido, também a necessidade de responder de acordo com o que a participante considera desejável, e não de forma realista é um dos problemas mais difícil de ultrapassar na aplicação de questionários (Dias, 1994).

Também as correlações fortes identificadas entre a sintomatologia ansiosa, depressiva e stress, devem ser melhor estudados. Se estes estão correlacionados, e se, como a literatura afirma, a infertilidade por si só, não é explicativa dos mesmos (Moura-Ramos, 2011), outras variáveis podem ter impacto e estar relacionadas com os níveis de ansiedade, depressão e stress.

A infertilidade é um tema cada vez mais abordado na sociedade, pelo que o seu estudo deve ser aprofundado, em mulheres, homens, e no casal, em todas as áreas de impacto na saúde mental. Por isso, a inclusão de outras variáveis, tal como a informação acerca da fase de tratamento, ou do sucesso ou insucesso do mesmo, é igualmente pertinente em estudos futuros (Gdásnska et al., 2017; Guerra, 2024).

Conclusão

Este estudo tem, portanto, um carácter inovador e bastante pertinente, sendo dos primeiros que pretende compreender os impactos de variáveis específicas, como o tempo desde o diagnóstico, a existência de filhos, e a perda gestacional, que associadas à infertilidade, podem ser influenciadoras dos níveis de ansiedade, depressão e stress.

Apesar dos resultados não significativos no presente estudo, estes podem ter vários explicadores pelo que, a realização de novos estudos, a abordar os mesmos e diferentes fatores, são essenciais.

A realização deste trabalho permitiu-me enriquecer o conhecimento e interesse na área pelo que enveredar no aprofundamento do conhecimento e realização de novas pesquisas, são um objetivo pessoal e profissional futuro.

Referências

- Abreu, L. G. D., Santana, L. F., Navarro, P. A. D. A. S., Reis, R. M. D., Ferriani, R. A., & Moura, M. D. D. (2006). A taxa de gestação em mulheres submetidas a técnicas de reprodução assistida é menor a partir dos 30 anos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28, 32-37. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000100006>
- Aleixo, A., & Almeida, V. (2021). Infertilidade. *Revista de Ciência Elementar*, 9(4), 1-4. doi.org/10.24927/rce2021.066
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. *Artmed Editora*.
- Bento, G. M., & Santos, R. D. (2018). Avaliação de Métodos de remoção de outliers e seus impactos na precisão dos métodos de interpolação. *Simpósio Mato-grossense de Mecanização Agrícola e Agricultura de Precisão*.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. *Handbook of child psychology*, 1, 793-828. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- Cardoso, B., Galhardo, A., Massano-Cardoso, I., & Cunha, M. . (2021). O papel da inflexibilidade psicológica na relação entre o stress relacionado com a infertilidade e os sintomas depressivos em mulheres com um diagnóstico de infertilidade. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental E Social*, 7(2), 61-76. <https://doi.org/10.31211/rpics.2021.7.2.220>
- Chehreh, R., Ozgoli, G., Abolmaali, K., Nasiri, M., & Mazaheri, E. (2019). Comparison of the infertility-related stress among couples and its relationship with infertility factors. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 7(3), 313-318. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2019.52>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). *Lawrence Erlbaum Associates, Publishers*.

- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde, 11*(2), 55-66. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Dias, M. I. (1994). O inquérito por questionário: problemas teóricos e metodológicos gerais.
- Farinati, D. M., Rigoni, M. D. S., & Müller, M. C. (2006). Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia (Campinas), 23*, 433-439. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400011>
- Firme, A., & Alves, F. (2022). O Impacto da Infertilidade na Saúde Mental da Mulher-Scoping Review.
- Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2013). The mediator role of emotion regulation processes on infertility-related stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 20*(4), 497-507. <https://doi.org/10.1007/s10880-013-9370-3>
- Gdańska, P., Drozdowicz-Jastrzębska, E., Grzechocińska, B., Radziwon-Zaleska, M., Węgrzyn, P., & Wielgoś, M. (2017). Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. *Ginekologia polska, 88*(2), 109-112. <https://doi.org/10.5603/GP.a2017.0019>
- Guerra, R. J. S. (2024). Stress, ansiedade e depressão na procriação medicamente assistida: análise considerando o casal.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Martins, B. G., Silva, W. R. D., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2019). Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 68*, 32-41. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000222>
- Martins, M. D. C. D. A. (2004). Fatores de risco psicossociais para a saúde mental. *Millenium, 255-268*.

- Marotti, J., Galhardo, A. P. M., Furuyama, R. J., Pigozzo, M. N., Campos, T. D., & Laganá, D. C. (2008). Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 20(2), 186-194.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 2229-239.
- Ribeiro, A. L. D. S. (2023). Infertilidade feminina e psicologia: compreendendo a Importância do acompanhamento psicológico.
- Rostad, B., Schmidt, L., Sundby, J., & Schei, B. (2014). Infertility experience and health differentials—a population-based comparative study on infertile and non-infertile women (the HUNT Study). *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 93(8), 757-764. <https://doi.org/10.1111/aogs.12404>
- Sousa, T. B. E., & de Almeida Lins, A. C. A. (2020). Repercussões psicológicas da gestação em curso em mulheres com histórico de perda. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(2), 1-15.
- Stanton, A. L., & Dunkel-Schetter, C. (1991). Psychological adjustment to infertility: An overview of conceptual approaches. *Infertility: Perspectives from stress and coping research*, 3-16. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0753-0_1
- Szkodziak, F., Krzyżanowski, J., & Szkodziak, P. (2020). Psychological aspects of infertility. A systematic review. *Journal of International Medical Research*, 48(6). <https://doi.org/10.1177/0300060520932403>
- Trindade, Z. A., & Enumo, S. R. F. (2001). Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(2), 5-26.
- Valente, C. (2024). Perda Gestacional: profissionais de saúde pedem mais acompanhamento. *Diário de Notícias*. Disponível em: <https://sk1.dn.pt/5287978370/perda-gestacional-profissionais-de-saude-pedem-mais-acompanhamento/>
- Varino, M. C. (2018). A vinculação evitante e ansiosa e a ansiedade e depressão na infertilidade: O efeito mediador do evitamento experiencial em homens e mulheres com infertilidade.

Vieira, A. M., & Junior, S. (2023). Impacto do diagnóstico de infertilidade na saúde mental da mulher. *Revista Encontros Científicos UniVS|*, 5(1).

Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203-220. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/infertility>

ANEXOS

Anexo A:
Ficha de Dados Sociodemográficos

2.1. O Próprio

2.1.1. Iniciais do primeiro, segundo e último nome (e.g., Joana Maria Rodrigues

Pereira = JMP)

2.1.2. Sexo

- Feminino

- Masculino

2.1.3. Data de Nascimento

2.1.4. Nacionalidade

2.1.5. Estado Civil

- Casado/a ou União de facto

- Divorçado/a

- Solteiro/a

- Viúvo/a

- Outro: _____

2.1.5.1. Se optou por outro, indique qual.

2.1.6. Escolaridade

- 1º Ciclo concluído

- 2º Ciclo concluído

- 3º Ciclo concluído

- Ensino Secundário concluído

- Licenciatura concluída

- Mestrado/Bacharelato concluído

- Doutoramento concluído

2.1.7. Profissão (nota: caso se encontre desempregado/a, por favor coloque a sua profissão anterior)

2.2. Cônjuge ou Companheiro/a

2.2.1. Iniciais do primeiro, segundo e último nome (e.g., José Carlos Leal Silva = JCS)

2.2.2. Sexo

- Feminino

- Masculino

2.2.3. Data de Nascimento**2.2.4. Nacionalidade****2.2.5. Estado Civil**

- Casado/a ou União de facto

- Divorciado/a

- Solteiro/a

- Viúvo/a

- Outro: _____

2.2.5.1. Se optou por outro, indique qual.

2.2.6. Escolaridade

- 1º Ciclo concluído

- 2º Ciclo concluído

- 3º Ciclo concluído

- Ensino Secundário concluído

- Licenciatura concluída

- Mestrado/Bacharelato concluído

- Doutoramento concluído

2.2.7. Profissão (nota: caso o/a seu/sua companheiro/a se encontre desempregado/a, por favor coloque a sua profissão anterior)

Responda, por favor, às seguintes questões relativas a si.

2.3. Neste momento, está a tentar engravidar (a sua companheira está a tentar engravidar)?

- Sim.

- Não.

2.3.1. Indique a data de início das tentativas (nota: se não se recordar do dia, pode colocar dia 1).
___/___/___ (dia, mês, ano)

2.3.2. Qual a causa do problema de fertilidade?

- Inexplicável/idiopática (já realizamos exames, mas não revelaram a causa do problema)
- Fator feminino (eu/a minha companheira tem um problema de fertilidade)
- Fator masculino (eu/o meu companheiro tem um problema de fertilidade)
- Fator misto (ambos temos problemas de fertilidade)
- Outro: _____

2.3.3. Já recorreu a algum tratamento com recurso a técnicas de procriação medicamente assistida?

- Sim.
- Não.

2.3.3.1. Se sim, qual?

- Estimulação Ovária (e.g., gonol, pregnyl, puregon)
- Inseminação Intrauterina (IUIs)
- Fertilização In Vitro (FIV)
- Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI)
- Outro: _____

2.3.3.1.1. Se optou por outro, indique qual.

2.3.3.1.2. Indique a data de início dos tratamentos com recurso a técnicas de procriação medicamente assistida (nota: coloque o mês e o ano ou, caso não se aplique a si, escreva "N/A").

2.3.3.1.3. Quantos ciclos já realizou? (nota: caso não se aplique a si, por favor escreva "N/A" e, se está a realizar o primeiro ciclo, escreva "1")

2.3.3.1.4. Em que setor já realizou/está a realizar tratamentos com recurso a técnicas de procriação medicamente assistida?

- Público.
- Privado.
- Ambos.
- Não se aplica a mim (N/A).

2.3.3.1.5. Recorreu a doação de óvulos, esperma ou embriões?

- Sim.

- Não.

2.3.3.1.6. De 0 a 10, quanto classificaria a sua preocupação relacionada com os custos dos tratamentos com recurso a técnicas de procriação medicamente assistida?

2.3.4. É acompanhado/a em consultas de psicologia?

- Sim.

- Não.

2.3.4.1. Se sim, indique a data de início da intervenção psicológica.

2.3.5. É acompanhado/a em consultas de psiquiatria?

- Sim.

- Não.

2.3.5.1. Faz terapêutica psiquiátrica crónica?

- Sim.

- Não.

2.3.5.2. Se sim, qual?

2.3.5.3. Se realiza terapêutica psiquiátrica, indique a data de início da toma da medicação.

2.3.6. Já experienciou / a sua parceira já experienciou uma perda gestacional?

- Sim.

- Não.

2.3.7. Tem filhos?

- Sim, tenho filhos da relação atual em que me encontro.

- Sim, tenho filhos de uma relação anterior.

- Não, não tenho filhos.

Anexo B:
Escala de Ansiedade, Depressão e Stress
(EADS-21)

DASS

Versão original: Lovibond & Lovibond (1995); **Versão portuguesa:** Pais-Ribeiro, Horado & Leal (2004)

Instruções: Por favor leia atentamente cada uma das afirmações transcritas abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas.

A classificação é a seguinte:

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7	Senti tremores (e.g.: nas mãos).	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figuras ridículas.	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar.	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma razão para isso.	0	1	2	3
21	Senti que a minha vida não tinha sentido.	0	1	2	3



UNIVERSIDADE
PORTUCALENSE

upt.pt