



**O stress e a Infertilidade: Adaptação do Fertility Problem Inventory  
(FPI) para a população portuguesa**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde  
Orientada pela Doutora Daniela Carla Oliveira Alves Nogueira (ISMAI)

Ana Carina Machado Ferreira  
Nº22215

Julho de 2014

*“O período de maior ganho de conhecimento e experiência  
é o período de maior dificuldade na vida de cada um.”*

(Dalai Lama)

## **Agradecimentos**

Para mim, a realização deste trabalho marcou um dos momentos mais difíceis da minha vida, o que durou cerca de três anos. Durante este período houve pessoas que estiveram sempre ao meu lado desde o início e por isso merecem toda a minha gratidão.

Gostaria de agradecer à Professora Daniela Nogueira que tão amavelmente me orientou, pela disponibilidade, pela sua compreensão e motivação nos momentos mais complicados.

Aos meus pais e irmãos, pela compreensão e amor que demonstraram ao longo desta etapa, foi por eles que nunca desisti deste projeto e foram eles que me deram força para seguir em frente mesmo nos momentos de maior desmotivação e angústia.

À minha restante família, incluindo avós, tios e primos pelo seu apoio incondicional, motivação e telefonemas sempre que me sentia mais desanimada.

Ao António, pelo seu amor, compreensão, acolhimento, disponibilidade, enfim não existem adjetivos que possam descrever aquilo que ele fez por mim, sobretudo neste último ano.

À Teresa, por se demonstrar sempre disponível para me esclarecer algumas das minhas dúvidas e por ter sido sempre paciente.

Por último, gostaria também de agradecer às minhas amigas (elas sabem quem são) pelo apoio e preocupação com a minha estabilidade emocional.

A todos, Muito Obrigado!

**Resumo**

O presente estudo tem como principal objetivo a adaptação do Fertility Problem Inventory (FPI) de Newton, Sherrard e Glavac (1999) à população portuguesa. A finalidade deste instrumento consiste em identificar e medir o stress relacionado com a infertilidade tendo em conta as diferenças de género e diagnóstico. Nesta investigação participaram 212 indivíduos, 112 do sexo feminino e 100 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 20 e os 56 anos. Os resultados obtidos evidenciaram que o instrumento, adaptado à população portuguesa, possui boas capacidades psicométricas ao nível da consistência interna, apresentando um alfa de Cronbach de .861 para o total da escala. Através da análise factorial exploratória não foi possível confirmar a existência da mesma estrutura da escala original, tendo sido encontrado um modelo, forçado a cinco factores, que explica aproximadamente 40% da variação nas respostas dos inquiridos. Quanto à validade discriminante calculada neste estudo, verificou-se que as intercorrelações das subescalas do FPI foram significativas, mas de baixas a moderadas em tamanho, comprovando que esta adaptação do questionário pode avaliar separadamente dimensões do stress associado à infertilidade. Relativamente à validade convergente, o instrumento mostrou validade convergente com o Hospital Anxiety Depression Scale na avaliação da depressão e ansiedade e mostrou que o Inventário de Resolução de Problemas avalia um constructo oposto, apesar das correlações não terem sido todas estatisticamente significativas. Sendo assim, conclui-se que o FPI é um instrumento fidedigno para avaliar o stress ligado à infertilidade na população portuguesa.

**Palavras – chave:** Stress; Infertilidade; Depressão; Ansiedade; Estratégias de Coping;

**Abstract**

The purpose of this study is to adapt the Fertility Problem Inventory (FPI), developed by Newton, Sherrard and Glavac (1999), to the Portuguese population. FPI aims to identify and measure the stress associated with infertility, taking into account differences in gender and diagnosis. This research involved 212 individuals, 112 females and 100 males, aged between 20 and 56 years. The results showed good psychometric consistency, with a Cronbach's alpha of .861 for the total scale. The exploratory factor analysis failed to find the same structure of the original scale. The solution model, forced to five-factors, explains about 40% of the variation in the responses. The intercorrelations between FPI subscales were significant but low to moderate in size, showing the power to separately evaluate dimensions of stress associated with infertility. Results showed also convergent validity: with a positive association with the Hospital Anxiety Depression Scale in the assessment of depression and anxiety; and with a negative association with a problem solving measure. However, the correlations were not all statistically significant. Therefore, we conclude that FPI a reliable tool to assess the stress linked to infertility in the Portuguese population instrument.

**Keywords:** Stress; Infertility; Depression; Anxiety; Coping Strategies;

---

## Índice

<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>Parte I – Enquadramento Teórico</b> .....	<b>2</b>
<b>1.A Infertilidade e os Tratamentos Biomédicos</b> .....	<b>2</b>
<b>2.Consequencias Emocionais da Vivência da Infertilidade</b> .....	<b>4</b>
2.1.O stress associado à vivência da infertilidade.....	13
<b>3.Inventário de Stress Associado à vivência da Infertilidade</b> .....	<b>16</b>
<b>4.Estudos recentes de validação de instrumentos na área da Infertilidade</b> .....	<b>19</b>
<b>Parte II - Investigação empírica</b> .....	<b>23</b>
<b>5.Estudo da adaptação do Fertility Problem Inventory à população portuguesa</b> .....	<b>24</b>
5.1 Objetivos do Estudo.....	24
5.2 Método de Estudo.....	24
5.3. Amostra.....	26
5.4. Instrumentos.....	27
5.4.1. Fertility Problem Inventory (FPI).....	27
5.4.2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	27
5.4.3.Inventário de Resolução de Problemas (IRP).....	28
5.5. Procedimentos e tratamentos de dados.....	29
<b>6. Apresentação dos Resultados</b> .....	<b>29</b>
6.1. Consistência Interna do FPI.....	29
6.2.Análise Fatorial Exploratória.....	30
6.3.Validade Discriminante.....	34

---

6.4. Validade Convergente.....	35
6.5. Estatísticas descritivas da amostra.....	38
<b>7. Discussão dos Resultados.....</b>	<b>39</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>43</b>

### **Índice de Quadros**

Quadro 1: Estatísticas item-total do FPI.....	30
Quadro 2: Total da Variância Explicada dos factores de 1ª ordem do FPI.....	31
Quadro 3: Análise de Factores de 1ª ordem após rotação ortogonal Varimax com normalização de Kaiser.....	31
Quadro 4: Total da Variância Explicada dos factores de 2ª ordem do FPI.....	32
Quadro 5: Análise de Factores de 2ª ordem após rotação ortogonal Varimax com normalização de Kaiser .....	33
Quadro 6: Correlações entre as subescalas do FPI.....	35
Quadro 7: Correlações das subescalas do FPI com as subescalas do HADS.....	36
Quadro 8: Correlações entre as dimensões do FPI e as dimensões do IRP.....	36
Quadro 9: Estatísticas Descritivas dos resultados da amostra.....	38

## **Introdução**

A infertilidade é atualmente mencionada com alguma frequência, seja nos media ou na sociedade em geral, como a incapacidade do casal para ter filhos. Segundo a World Health Organization (2002) um casal é considerado infértil quando não consegue engravidar após um ano de relações sexuais regulares sem proteção (Delgado, 2007).

Devido à falta de instrumentos específicos que medissem o stress na infertilidade, Newton, Sherrard e Glavac (1999) desenvolveram um questionário que avaliasse o stress em indivíduos com problemas de infertilidade, o Fertility Problem Inventory (FPI).

Sendo assim, este trabalho consiste na adaptação do FPI para a população portuguesa e foi dividido em duas partes. A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico dos constructos em estudo, assim como, descrição das características do instrumento original e de alguns estudos recentes de validação de instrumentos na área da infertilidade para a população portuguesa. A segunda parte compreende a investigação empírica, descrevendo algumas normas básicas para a adaptação do inventário, objetivos do estudo, metodologia, amostra, instrumentos e procedimentos utilizados. Também nesta parte, serão apresentados os resultados, relativos à consistência interna, análise factorial exploratória, validade discriminante e convergente do questionário e estatísticas descritivas da amostra, bem como, será apresentada a discussão destes resultados. Por último, segue-se a conclusão deste estudo, onde são apresentadas algumas limitações e vantagens deste estudo com indicações para investigações futuras.

## Parte I

### Enquadramento Teórico

#### 1. A Infertilidade e os Tratamentos Biomédicos

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o diagnóstico de infertilidade é efetuado quando “casais que após dois anos de atividade sexual regular, sem a utilização de métodos contraceptivos, não conseguem engravidar” (Esteves, 2009, p. 19). Se a idade da mulher for superior a 35 anos, poderá considerar-se apenas um ano de relações sexuais sem nenhum método de anticoncepção, para se iniciar o estudo da sua fertilidade (Palácios & Jadresic 2000; Farinati et al., 2006). A fertilidade é definida como a capacidade de engravidar e a obtenção de um nado-vivo. Por sua vez, a infertilidade descreve o oposto, que é a inabilidade temporal ou continuada de conceber (Gonçalves, 2005). “Em Portugal não é possível precisar o número de casais estéreis, contudo, por extrapolação, pode admitir-se a existência de cerca de meio milhão de pessoas, em idade fértil, que não terão filhos, embora o desejem” (Santos, 1998, cit in. Esteves, 2009, p. 19). Existem três tipos de infertilidade: a infertilidade primária; a infertilidade secundária; e a infertilidade relativa. A infertilidade primária caracteriza-se pela incapacidade de um casal conceber o primeiro filho. A infertilidade secundária indica a incapacidade fisiológica de um casal que, após pelo menos uma gravidez, não consegue conceber um outro filho. Por último, a infertilidade relativa ocorre quando há concepção, mas a gravidez não evolui (Seguy & Martin, 1997, cit in. Delgado, 2007).

A infertilidade de um casal deve-se a diversos fatores, podendo ser de origem feminina, masculina, mista ou desconhecida. A infertilidade feminina poderá estar relacionada com **fatores tubários e peritoneais** (endometriose e infeções), **fatores ováricos** (perturbações ováricas, endocrinopatias diversas e problemas cortico-hipotálamo-hipofisários), **fatores uterinos** (miomas, pólipos e sinequias) e **fatores vaginais e cervicais** (alterações do muco e do pH e infeções). A infertilidade masculina poderá ser devida a **perturbações de ejaculação** (enajaculação, impotência e ejaculação retrógrada), a **fatores de etiologia secretora** (stress, causas orgânicas testiculares, fatores endócrinos e causas genéticas) e a **fatores de origem excretora** (obstrução dos canais excretores devido a infeções, tumores, traumatismos, laqueação e agenesia dos deferentes). A infertilidade de origem mista caracteriza-se pela infertilidade originada por problemas femininos e masculinos e ocorre quando não é

possível identificar a sua origem. Esteves (2009) defende, ainda, que a infertilidade de origem psicológica deve ser distinguida dos outros tipos de infertilidade e não descrita como causa desconhecida, mas sim quando não há causa orgânica e/ou quando estas causas são de origem psicossomática.

Nem sempre as técnicas de procriação assistida são o tratamento mais adequado. Muitos problemas de infertilidade podem ser tratados com métodos mais simples, isto é, o tratamento a ser aplicado depende da causa da infertilidade. Se a mulher não estiver a ovular ou se isso acontecer de forma inconstante, as suas hipóteses de engravidar estão diminuídas. Os métodos empregados para estimular a ovulação abrangem metformina, citrato de clomifeno, bromocriptina e cabergolina, GnRH pulsátil, terapêutica com as gonadotrofinas e diatermia ovárica (Wardle & Cahill, 2010) e, podemos dizer, que estes são considerados tratamentos de primeira linha.

A Procriação Medicamente Assistida (PMA) compreende um conjunto de procedimentos que implicam a manipulação biotecnológica, podendo variar a técnica específica de cada intervenção. Porém, quase sempre o procedimento se inicia da mesma forma, realizando-se a superovulação, de seguida monitoriza-se, por ecografia, a evolução dos óvulos da mulher, depois faz-se a recolha dos espermatozoides, após a liquidificação do sémen, dá-se a centrifugação e, por último, são transferidos para um tubo de ensaio de fluído de cultura novo e o número de espermatozoides é determinado e arranjado para o tratamento (Wardle & Cahill, 2010).

As técnicas de procriação assistida não tratam a infertilidade, contudo, ajudam a aumentar as hipóteses de gravidez. Entre estas técnicas destaca-se a Fertilização in Vitro (FIV), a Inseminação Intra-Uterina (IIU) e a Injeção Intracitoplásmica de Espermatozoides (ICSI). A FIV é um método que compreende a colheita de óvulos, o preparo de espermatozoides e, posteriormente, a mistura dos dois, tudo isso, em ambiente laboratorial (Wardle & Cahill, 2010). Esta técnica é sobretudo utilizada em fatores de origem masculina e fatores imunológicos, tais como, desconformidade da mucosa, endometriose, entre outros (Lluch & Corbella, 2002 cit in. Nogueira, 2010).

A IIU é um procedimento que consiste em colocar os espermatozoides, que se encontram aglomerados numa pequena quantidade de fluído recolhido, na parte superior da cavidade uterina (Wardle & Cahill, 2010). É um procedimento que consiste em introduzir espermatozoides no aparelho reprodutor feminino, sem que haja relação sexual, isto é, artificialmente. É normalmente utilizado em casos de anovulação,

ovulações pouco frequentes, alteração da mucosa uterina, entre outros (Gatell & Camps, 2000; Sánchez, 1998 cit in. Nogueira, 2010).

Se os espermatozoides do homem têm um funcionamento deficiente ou são insuficientes para que ocorra a concepção, a injeção intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI) é o método mais eficaz para que isso ocorra. A ICSI é uma técnica que pretende injetar diretamente um espermatozoide no núcleo de um óvulo maduro, através de um microscópio de elevada ampliação (Wardle & Cahill, 2010). Este procedimento baseia-se na injeção direta de um espermatozoide no citoplasma de um ovócito, transpondo todas as barreiras do ovócito que um espermatozoide deve ultrapassar para conseguir fecundar naturalmente (Lluch & Corbella, 2002 cit in. Nogueira, 2010).

Perante esta complexidade de técnicas, muitas delas invasivas para as mulheres, facilmente se compreende que, desde o momento do diagnóstico até ao fim de todos os tratamentos de infertilidade, o casal possa manifestar determinados sintomas que constituem processos complexos, tais como, stress, angústia, depressão, entre outros (Meggo, 2007). Como tal, é fundamental referir as consequências emocionais que esta problemática pode provocar, como podemos ver seguidamente.

## **2. Consequências Emocionais da Vivência da Infertilidade**

O ser humano, desde cedo no seu desenvolvimento, poderá construir um projeto de vida que inclui crescer, encontrar alguém com quem possa estabelecer uma relação amorosa e com ela construir uma família e, nesse sentido, partilhar o desejo de ter um filho (Farinati et al., 2006). Uma vez que a condição infértil se materializa com este desejo, deveremos explorá-lo melhor nas situações de infertilidade. Este desejo é algo intrinsecamente humano e complicado de definir. “O bebé nasce para os pais antes de nascer num plano obstétrico (...) nasce-se quando se deseja um filho mas também quando não se deseja, logo que se pensa nele” (Sá, 1995, cit in. Faria, 2001, p.192).

Quando um casal planeia ter um filho, de forma espontânea, e se torna claro a incapacidade de o fazer é, de certa forma, surpreendente e frustrante. Surpreendente porque, para os elementos do casal, é uma situação inesperada uma vez que todo o ser humano acredita que a procriação é um processo voluntário, acontecendo quando o ser humano decide concretizá-lo através das relações sexuais. Frustrante, porque é verificado que a realização do desejo e a esperança de paternidade são contrariados. Sendo assim, os que se encontram numa situação de infertilidade podem experimentar

sentimentos de confusão e angústia, tendo de apreender tudo o que lhes está a acontecer e reconsiderar todo o projeto de vida, tomando algumas decisões relevantes acerca dele, tendo em conta por exemplo, se vão continuar a tentar ter filhos pelos meios naturais, se renunciam à paternidade, se procuram ajuda especializada (recorrendo a técnicas de procriação assistida) ou se adotam uma criança. Perante este obstáculo, o ser humano tende a refletir sobre crenças e escolhas vitais que até aí nunca tinham exigido grande atenção. Neste sentido, “muitos dos indivíduos inférteis sofrem uma crise existencial crónica, provavelmente o elemento de manutenção desta crise será a frustração continuada de um alto desejo de paternidade” (Uribelarrea, 2008, p.160).

Segundo Brazelton e Cramer (1986), para a mulher, ter um filho, significa a confirmação da sua fertilidade e a capacidade de procriar, enquanto que, para o homem, assegura-lhe a sua virilidade e a sua capacidade de engravidar uma mulher (Faria, 2001). A experiência da infertilidade perturba claramente os sentimentos de identidade, de autoestima e auto conceito dos indivíduos. Os sentimentos de feminilidade e masculinidade do casal infértil são diminuídos devido à incapacidade dos sujeitos de conceber naturalmente um filho ou de conseguir levar até ao fim uma gravidez, visto que, a capacidade reprodutiva está relacionada com crenças culturais e sociais sobre a identidade sexual (Woollett, 1985; Carmeli & Birenbaum-Carmeli, 1994; Suárez, 2000 cit in. Nogueira, 2010). Assim que o ser humano apreende a capacidade de conceber como associada à masculinidade e feminidade, a incapacidade para ter filhos espontaneamente poderá colocar em dúvida a sua identidade pessoal (Carmeli y Birenbaum-Carmeli, 1994; Deveraux & Hammerman, 1998; Williams, 1997, cit in. Uribelarrea, 2008). Esta dúvida relativa à identidade pessoal pode alterar o seu autoconceito até esse momento, podendo desencadear sentimentos de desvalorização pessoal.

Segundo Delaisi de Parseval (1989, in Faria, 2001), nos tempos que correm, tornou-se uma obrigação ter um filho, simbolizando a perpetuação da espécie, a identidade sexual, a integridade psíquica e a integração do indivíduo e do casal na sociedade. Alguns estudos referem que os indivíduos que recorrem a centros de reprodução assistida experienciam variados tipos de autoavaliações negativas, tais como: baixa autoestima; baixa confiança em si; autoimagem pobre; avaliação de si mesmos como defeituosos; pouco atrativos e pouco dignos da consideração dos outros; como também põem em causa a sua capacidade para manter uma relação e desenvolverem-se como pais (Hjelmstedt, 2003, cit in. Uribelarrea, 2008). Uma

marcada diminuição da autoestima, cheia de sentimentos de inferioridade, pode representar quadros relevantes de depressão e de imensa ansiedade e, conseqüentemente, pode desenvolver graves perturbações emocionais, sexuais e nos relacionamentos conjugais (Farinati et al., 2006).

Os indivíduos inférteis avaliam-se como incapazes e sem valor, chegando mesmo, a verem-se como defeituosos (Seibel & Carvalho, 1998, cit in. Farinati et al., 2006). Após o diagnóstico de infertilidade, os indivíduos sentem-se, com frequência, pouco atrativos, intoleráveis para os outros e defeituosos (Batterman, 1985; Valentine, 1986 cit in. Nogueira, 2010).

Importa, ainda, referir a estreita relação existente entre as crenças e valores pessoais e as crenças e valores de uma sociedade, visto que, o não ter filhos poderá trazer conseqüências psicossociais muito negativas a um indivíduo inserido numa sociedade em que a exigência da paternidade é elevada (Uribelarrea, 2008). O indivíduo é envolvido por um contexto ideológico, social e cultural que, de certa forma, o orienta para a maternidade ou paternidade (Faria, 2001). Os casais inférteis sentem um grande peso, devido à forte pressão social e parental para dar continuidade ao nome da família (Monga, Alexandrescu & Katz, 2004, cit in. Farinati et al., 2006). A experiência da infertilidade pode promover a culpa e a vergonha, originando, muitas vezes, um estigma social que, por sua vez, pode conduzir ao desespero e ao isolamento.

Segundo Gerrity (2001), os sintomas psicológicos consequentes da infertilidade, tal como ansiedade e depressão, são complexos e potenciados por diversos fatores. Entre esses fatores, a autora considera as diferenças de género, as causas e a duração da infertilidade, o estágio particular da investigação e do procedimento do tratamento, assim como, a capacidade de adaptação do sujeito ao problema e a sua motivação para ter filhos (Moreira et al. 2006).

Não se deve agrupar as pessoas com problemas de infertilidade num só grupo, já que existem diversas variáveis moduladoras do impacto da infertilidade sobre cada indivíduo. Essas variáveis tanto podem ser pessoais como médicas, diferindo as conseqüências desta problemática de pessoa para pessoa, devendo analisar-se a situação individualmente. É importante diferenciar as variáveis sociodemográficas, tais como a idade, o género e a presença de outros filhos (Jurado et al., 2008).

Relativamente à idade, esta pode-se converter num potencial stressor, uma vez que o aumento da idade diminui a fertilidade biológica e, conseqüentemente, com o passar do tempo e o avançar da idade aumentam também os níveis de stress, sobretudo

nas mulheres (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro & Gomez, 2008 cit in. Jurado et al., 2008).

Um outro factor que poderá ter impacto na vivência da infertilidade é a presença de filhos. De acordo com Jurado et al. (2008), as mulheres revelam dificuldades em aceitar que um casal sem filhos possa constituir uma família e consideram que a presença de outros filhos funciona como um pacificador das reações emocionais resultantes do diagnóstico de infertilidade, ou seja, o impacto será menor se o casal tiver outros filhos. Segundo Jurado et al. (2008), as mulheres manifestam mais ideias obsessivas sobre a gravidez, com uma maior prevalência de sintomatologia ansiosa e depressiva. A maioria dos estudos sobre infertilidade aponta para a existência de depressão e ansiedade diante esta problemática, sobretudo nas mulheres (Golombok, 1992; Beutel et al. 1999, Lok et al., 2002 cit in., Farinati, 2006). A ansiedade parece surgir devido à essência stressante dos tratamentos e do medo de não engravidar e a depressão surge mais frequentemente associada ao fracasso do tratamento (Ozkan & Baysal, 2006 cit in. Moreira et al., 2006). Para outros autores, a ansiedade pode ser consequência do stress provocado pelo processo terapêutico e do medo de que estes tratamentos não tenham êxito (Golombok, 1992 cit in. Farinati et al., 2006). Esta é descrita como uma manifestação própria desta problemática, que permanece até se esgotar a confiança de conseguir engravidar e, habitualmente, aumenta todos os meses com outra oportunidade de conceção (Cook, 1987; Harrison et al., 1984; Kraft et al., 1980 cit in. Delgado, 2007). A depressão pode ser causada pela incapacidade sucessiva em engravidar (Golombok, 1992 cit in. Farinati et al., 2006), ou seja, a depressão associada à infertilidade é caracterizada como a consequência da certa inabilidade de conceber, causando desta forma, uma forte e constante sensação de perda (Bryan e Hugginns, 2001 cit in. Delgado, 2007).

Ramezazadeh et al. (2004), concluíram que a ansiedade e a depressão aumentam à medida que o tempo passa e o casal não tem filhos, e a gravidade da depressão aumenta com o número de insucessos nos tratamentos. Num outro estudo, realizado por Oddens et al. (1999), em que se compararam 281 mulheres inférteis que tinham iniciado o tratamento por FIV com 289 mulheres férteis, concluiu-se que as mulheres inférteis, em tratamento, experienciaram maior percentagem de sintomatologia depressiva. Quando comparadas mulheres submetidas a mais de uma FIV com mulheres submetidas a apenas um tratamento, os sintomas depressivos eram mais frequentes nas primeiras (Nogueira, 2010).

Moreira et al. (2006), num estudo transversal comparou a ansiedade de mulheres em tratamento de infertilidade com mulheres sem dificuldades em engravidar, tendo ambos os grupos idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos. Para avaliar os níveis de ansiedade foi utilizado o Inventário de Ansiedade Estado-Traço de Spielberger. Embora não se tenham verificado diferenças significativas entre a amostra e o grupo de controlo, nas comparações intragrupos verificaram-se diferenças significativas no grupo de mulheres inférteis, em que os níveis de ansiedade traço foram significativamente mais elevados do que os níveis de ansiedade estado. Segundo os autores do estudo, este resultado pode sugerir que as mulheres inférteis tendem a reagir com maior ansiedade perante circunstâncias adversas. Segundo os autores do estudo, não foi possível diferenciar de forma precisa entre traço e estado de ansiedade, devido à alta correlação de determinados itens que compõem as escalas. Contudo, concluíram que as mulheres inférteis estão mais vulneráveis ao stress, sobretudo as que não tinham filhos, apresentando níveis de ansiedade mais elevados em situações ameaçadoras. Oddens, Den Tankelaar e Nieuwenhuyse (1999), Ozkan e Baysal (2006) e Moreno-Rosset e Martin (2008) nos seus estudos, compararam os níveis de ansiedade e depressão entre indivíduos inférteis e os indivíduos com filhos e concluíram que os inférteis experienciam maiores níveis de depressão e ansiedade (Jurado et al., 2008).

Num trabalho realizado por Melo, Leal e Faria (2006), verificou-se que as mulheres inférteis apresentaram maior sintomatologia ansiosa do que os homens inférteis. Neste mesmo trabalho, não foram encontradas diferenças significativas aquando da comparação entre todos os homens e todas as mulheres da amostra, onde variava a causa da infertilidade, concluindo assim, que não são as diversas causas da infertilidade que promovem distintos valores de depressão, ansiedade e stress entre os sujeitos. Esta diferença deve-se à desigualdade entre géneros na expressão social, sendo que, a feminilidade é associada ao papel de mãe e a masculinidade só é contestada quando a causa do problema é masculina (Delgado, 2007).

De acordo com Nachtigall, Becker e Wozny (1992), as diferenças de género podem ser compreendidas segundo a teoria dos papéis sociais, onde a mulher parece deprender uma maior responsabilidade em conceber em relação ao homem, o que leva a que as mulheres se sintam mais responsáveis pelo problema e naturalmente se mostrem mais angustiadas do que os homens. No entanto, estas diferenças também podem ser explicadas pela incidência dos tratamentos, visto que as técnicas utilizadas são mais intrusivas no corpo da mulher do que no do homem, independentemente da

causa do problema (Melo, Leal & Faria, 2006). Apesar de os níveis de alterações emocionais vivenciados pelos homens com problemas de infertilidade serem raros em comparação às mulheres, uma percentagem relativamente elevada, entre 24% e 33% da população infértil o apresentam, posteriormente à aplicação de um ciclo de tratamentos sem sucesso (Jurado et al., 2008).

Contudo, a causa dos sintomas de depressão e ansiedade não deve ser circunscrita apenas a esses aspetos, mas também deve ser relacionada com a história pessoal e conjugal do sujeito com problemas de infertilidade (Farinati et al., 2006). Outro conjunto de fatores é representado pelas características da doença e do tratamento. O impacto emocional que é experienciado no momento do diagnóstico, varia consoante o tipo de infertilidade e este, em função do género. Nos homens a intensidade do impacto depende da sua etiologia enquanto que, nas mulheres, isso não é evidente. Ou seja, os homens exibem maior perturbação emocional quando o diagnóstico que se determina é de causa masculina (Dhillon, Cumming & Cumming, 2000, cit in. Jurado et al., 2008), apresentando, não obstante, menores níveis de stress em relação às mulheres (Becker & Nachtigall, 1991 cit in. Nogueira, 2010).

Outro fator é o tempo que a pessoa leva a tentar engravidar que se relaciona com os níveis de frustração, pressão e modificação dos recursos adaptativos (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro & Gómez, 2008, cit in. Jurado et al., 2008). Isto é, quanto mais tempo terá passado desde o diagnóstico, maior a probabilidade de se ter experienciado vários ciclos de tratamentos.

Além disso, cada ciclo envolve a expectativa de concretização do desejo, podendo resultar, também, em mais um momento de explosão de emoções negativas pela ausência da gravidez. Perante isso, o casal vai modificando as suas expectativas em relação ao tratamento, assim como, os seus recursos de coping.

O coping é frequentemente descrito como o conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem a situações desfavoráveis e stressantes (Antoniuzzi et al., 1998). Segundo Monat e Lazarus (1985), o termo coping refere-se ao empenho de um indivíduo para lidar com as situações nocivas, adversas ou desafiadoras, quando não está patente uma rotina ou uma resposta instintiva (Vaz-Serra, 1988). Ramos (2004) descreve o coping, como o conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas empregadas pelos indivíduos para gerir uma situação problemática (Delgado, 2007). Segundo Ribeiro (2005), estas estratégias adotadas pelo ser humano são estabilizadoras, visto que, fomentam a adaptação à situação stressante e, abrangem não só os êxitos

como também as consequências. Este autor afirma também que, o processo de coping tem consequências de adaptação e pode, assim, diminuir os efeitos nocivos na saúde física e mental dos sujeitos (Nogueira, 2010).

Uma escala criada por Folkman e Lazarus (1980), classifica as estratégias de coping em dois tipos distintos; as estratégias centradas no problema e as estratégias de centradas nas emoções (Nogueira, 2010). As estratégias de coping centradas no problema são referidas como um esforço para agir no evento que causou o stress, tentando alterá-lo. A sua principal função é mudar o problema presente na relação entre o indivíduo e o ambiente que está originando a pressão (Antoniazzi et al., 1998). O coping centrado no problema é utilizado pelo casal infértil quando este se depara com a realidade e as suas consequências. Sendo assim, as estratégias utilizadas visam a procura de informação e suporte (através dos profissionais de saúde, de outros casais inférteis, de amigos, da leitura de livros acerca da temática, da reza ou meditação, entre outros), a tomada de decisão para solucionar o problema (através da procura de especialistas na área ou iniciação do processo de tratamento), como também, a procura de recompensas alternativas (através da adoção ou de um casamento sem filhos) e de outras fontes de satisfação (através da carreira, do casamento, cuidar de crianças, entre outros) (Delgado, 2007). As estratégias centradas nas emoções atuam, sobretudo, no manuseamento dos efeitos do agente stressante, podendo alternar a resposta entre fuga, resolução do problema ou realização de uma reavaliação positiva do problema (Nogueira, 2010). Segundo Folkman e Lazarus (1980), o coping focalizado na emoção é descrito como um esforço para estabilizar o estado emocional que está relacionado com o stress, ou com o efeito de acontecimentos stressantes. Estes esforços são conduzidos a um nível somático e/ou de sentimentos, tendo como propósito modificar o estado emocional dos sujeitos (Antoniazzi et al., 1998). O coping centrado na emoção é utilizado a fim de manter o bem-estar psicológico, recorrendo a estratégias para gerir os sentimentos e emoções desencadeadas pela situação problemática, neste caso a infertilidade. Desta forma, as estratégias adotadas visam a aceitação das emoções (através do desenvolvimento de um sentimento de afastamento dos problemas de infertilidade ou das pessoas e objetos que os façam lembrar a sua infertilidade), a descarga emocional (através da fúria, gritos, acessos de raiva expressos contra o parceiro, família, profissionais de saúde ou mesmo contra o destino, da procura de relações extramatrimoniais, através da brincadeira em relação à sua infertilidade ou,

simplesmente optar por não falar do assunto) e a aceitação resignada (fazendo o luto pela privação do filho desejado) (Delgado, 2007).

Como as estratégias de coping centradas no problema se sustentam num processo de tomada de decisão mais consciente e responsável, parecem ser mais eficazes durante a fase de diagnóstico e tratamento da infertilidade, pois visam a procura de informação disponível de como gerir a situação controversa. As estratégias de coping centradas na emoção, parecem ser mais eficazes para lidar com situações como as de fracasso dos tratamentos, isto é, procuram reduzir as respostas emocionais dos elevados níveis de stress vividos em situações problemáticas (Suaréz, 2000 cit in. Nogueira, 2010).

No que concerne às estratégias de coping adotadas pelos casais inférteis, é importante especificar as diferenças entre géneros, ou seja, diferenças entre os elementos do casal. As mulheres adotam mais estratégias de coping centradas na emoção, ou seja, com maior frequência expressam as suas emoções, procuram suporte social e adotam medidas de distração e redução da ansiedade. Por outro lado, os homens, utilizam mais estratégias de coping centradas no problema (Delgado, 2007).

A aplicação de uma escala de coping para casais inférteis, num estudo realizado por Lee et al. (2000, in Delgado, 2007), indica que as mulheres utilizaram mais a partilha do seu sofrimento com o marido ou outros casais que vivenciam/vivenciaram esta mesma dor e que os homens apresentaram maior tendência a ser mais otimistas e procuraram adotar comportamentos que desenvolvem no casal sentimentos de confiança na sua luta contra o problema. As mulheres nomearam como maior fonte de apoio os seus maridos e os profissionais de saúde, sobretudo estes últimos, porque lhes transmitem mais informação e conforto.

No estudo realizado por Nogueira (2010), em que foi utilizado o IRP (Inventário de Resolução de Problemas (Vaz-Serra, 1988), é possível afirmar que os participantes com problemas de infertilidade recorreram globalmente a mais estratégias de coping do que os da população de referência da escala. Também se verificou que os indivíduos do estudo de Nogueira (2010) utilizaram geralmente mais estratégias de coping passivas do que a população de referência da escala. Contudo, ao analisar os resultados das nove subescalas do inventário, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de coping utilizadas por homens e mulheres comparativamente à população de referência da escala, exceto no fator Pedido de Ajuda. As maiores estratégias utilizadas pela amostra deste estudo foram: o Abandono Passivo Frente à

Situação, a Agressividade Interiorizada/Exteriorizada, a Autoculpabilização e Medo das Consequências e as Estratégias de Controlo das Emoções. Importa referir que a estratégia de Controlo Interno/Externo dos Problemas também foi das mais utilizadas pelos indivíduos que constituem a amostra do estudo, mas apenas pelos elementos do sexo masculino. Logo, os indivíduos que constituem a amostra recorrem menos a estratégias de coping ativas, obtendo significância estatística nas subescalas, Enfrentamento e Resolução Ativa dos Problemas, Atitude Ativa de não Interferência na Vida Quotidiana pelos Acontecimentos e no Enfrentamento do Problema e Planificação da Estratégia. Neste estudo concluiu-se que os homens desenvolvem mais recursos de coping do que as mulheres, demonstrando uma melhor agilidade na gestão da situação e manejo das estratégias, apesar de ambos recorrerem essencialmente a estratégias de coping passivas.

Um outro aspecto a ter em consideração nas consequências emocionais da vivência da infertilidade é o aborto espontâneo. Evidentemente que a vivência de repetidas gestações que não chegam ao fim, nos primeiros meses ou mesmo passados seis ou sete meses, gera maior impacto emocional do que o não conseguir conceber de todo. Ou seja, à medida que passam os meses de gestação, assim vai aumentando a ilusão e a esperança de alcançar o seu desejo. Consequentemente, em caso de aborto, a perda e as reações a esta também serão maiores. Desta forma, o estado emocional do casal, ao iniciar os tratamentos, é diferente do estado emocional de casais que já tiveram tratamentos mal sucedidos e que estão a pensar retomá-los num novo ciclo. Na infertilidade, cada início de tratamento representa, para o casal, o começo de uma nova etapa para alcançar o seu desejo e cada fracasso representa o fim desta mesma etapa. Portanto, a ilusão, a esperança ou o otimismo que o casal apresenta no início dos tratamentos, pode converter-se, logo de seguida, em apreensão, obsessão e quase em hipocondria enquanto aguardam os resultados. Consequentemente, quando o tratamento não resulta, estes sentimentos dão lugar à desilusão, tristeza e frustração pelo incumprimento de um sonho. Após cada ciclo de tratamentos sem êxito, esta alternância de emoções gera um desgaste emocional e um sofrimento particular aos casais que padecem deste problema. Assim sendo, os transtornos emocionais constituem uma consequência do processo de reprodução assistida, como também são consequência do fracasso dos mesmos (Jurado et al., 2008). E neste sentido, é consensualmente descrito que a problemática da infertilidade é um acontecimento potencialmente stressante como veremos de seguida.

## **2.1 . O stress associado à vivência da Infertilidade**

O stress pode ser compreendido como um estado emocional, proveniente de estímulos ameaçadores, com efeitos nefastos para o organismo (Hinkle, 1977; Ramos, 2001 cit in. Ramos, 2004). O stress tem sido caracterizado, quer como um evento angustiante externo ao sujeito, quer como uma resposta, isto é, trata-se duma perturbação do estado normal do sujeito (Newton et al., 1999). O stress é caracterizado por todo o acontecimento entendido pelo individuo como ameaçador ou prejudicial. Segundo Callan e Hennessey (1989), a infertilidade pode ser considerada uma experiencia stressante quando os indivíduos inférteis a percecionam como uma ameaça ao seu bem-estar. Na relação entre stress e infertilidade, crê-se que o stress pode ser visto como uma causa da infertilidade ou como uma reação a esta (Delgado, 2007). Muitos estudos da atualidade indicam que a infertilidade é a origem do stress (Farinati et al., 2006). Para Lipp (2002), o stress emocional é a reação complexa e total do organismo, abrangendo componentes físicos, psicológicos, mentais e hormonais que se desenvolvem em fases. Todo o ser humano está exposto a fatores stressantes que, em algumas situações, podem exceder a sua capacidade de resistir física e emocionalmente (Farinati et al., 2006). Segundo Moreira et al. (2005) e Campagne (2008), um evento stressante pode inibir o sistema hipotálamo-hipófise e, conseqüentemente, fomentar irregularidades no ciclo menstrual, como a amenorreia ou a anovulação, condicionando assim a fertilidade. A ideia de stress como causa da infertilidade resulta da resposta de proteção desencadeada pelo organismo, na qual os sinais fisiológicos podem colocar em risco a fertilidade, diretamente sobre a produção hormonal e de forma indireta, comprometendo a manutenção da atividade sexual do casal (Delgado, 2007). Perante a perda, ou ameaça de perda, do poder de procriação, por vezes, não é possível definir o que causa maior sofrimento, se a ausência do filho ansiado ou se os sentimentos de fracasso, perda e de insegurança que o individuo experimenta diante esta condição. Para alguns casais a infertilidade é sentida e vivida como o evento mais traumático e stressante das suas vidas (Klonoff-Cohen et al. 2001, cit in. Farinati et al., 2006). Ainda que não seja possível determinar, efetivamente, se o stress é uma causa ou consequência da infertilidade, no entanto, é possível afirmar que a infertilidade origina stress psicológico significativo, sendo considerada por muitos casais inférteis como o evento mais stressante de suas vidas (Moreira et al., 2005; Campagne, 2008). Os casais vivenciam sentimentos como, impotência e perda de controlo sobre o seu corpo e projeto de vida delineado. Os procedimentos de diagnóstico e tratamento são encarados

como agentes de stress, não só físico, como emocional e financeiro. Decorrente de todo o processo terapêutico, a invasão da privacidade conjugal e os incómodos da necessidade de ajustar os procedimentos médicos com os pedidos e deveres familiares, sociais e profissionais, são também compreendidos como agentes de stress (Delgado, 2007).

Outro objeto de estudo tem sido a correlação existente entre stress e o sucesso dos tratamentos de reprodução assistida. Num estudo realizado na Califórnia, a 151 mulheres sujeitas a esse tipo de tratamento, de sete clínicas, verificou-se que quanto mais pessimista a pessoa for, maior será o stress vivenciado e, conseqüentemente, menor será a taxa de sucesso nesse tipo de tratamentos (Klonoff-Cohen et al., 2011 cit in. Farinati et al., 2006). Perante a experiência de stress continuado, os sujeitos podem sentir-se esgotados, isolados e vulneráveis, tendo em conta as etapas dos vários tratamentos (Valentine, 1986, in Schneider & Forthofer, 2005). Num estudo realizado por Melo, Leal e Faria (2006) com uma amostra de 121 homens inférteis e 80 mulheres inférteis, que foram distribuídos por quatro grupos, tendo em conta a causa da infertilidade (infertilidade masculina, infertilidade feminina, infertilidade mista e infertilidade desconhecida). No entanto, os autores centraram-se sobretudo sobre dois grupos: homens com infertilidade masculina e mulheres com infertilidade feminina. O seu principal objetivo era verificar se os níveis de depressão, ansiedade e stress diferiam significativamente entre homens inférteis e mulheres inférteis, isto é, entre homens com infertilidade masculina e mulheres com infertilidade feminina. Foi possível concluir que os níveis de depressão foram superiores nos homens com infertilidade masculina do que nas mulheres com infertilidade feminina. No entanto, os níveis de ansiedade e stress foram mais elevados nas mulheres com infertilidade feminina do que nos homens com infertilidade masculina.

Numa investigação realizada no Canadá em 1991, a 449 casais, verificou-se que as mulheres apresentaram maior propensão para desenvolver stress psicológico do que os homens. Verificou-se, ainda, que os homens e mulheres têm perceções distintas sobre esta situação, gerando, por vezes, alguns conflitos conjugais (Wright et al., 1991 cit in. Farinati et al., 2006).

Num estudo apresentado por Kentenich, em 1989, homens e mulheres indicaram que os momentos mais stressantes de todo o processo de tratamento estavam associados ao insucesso deste e à expectativa dos resultados (cit in. Nogueira, 2010). As mulheres apresentaram maiores níveis de stress, tendo os autores postulado que poderá ser

motivado pela tendência feminina em assumir uma maior responsabilidade do problema da infertilidade, mesmo quando se desconhece a causa (Greil, 2004).

Segundo Andrews, Abbey e Halman (1991), o stress resultante da infertilidade, gera conflitos conjugais, baixa autoestima, insatisfação sexual, diminuição das relações sexuais e do sentimento de satisfação com a vida (Delgado, 2007).

Newton, Sherrard e Glavac (1999) realizaram um estudo cujo objetivo era desenvolver um instrumento confiável e válido para avaliar a percepção de stress associado à vivência da infertilidade. Neste estudo, foi utilizado um modelo psicológico de stress percebido, tendo sido desenvolvido o Inventário de Problemas de Infertilidade (FPI), uma medida específica para a infertilidade, medindo o stress global através da soma de todas as questões. As questões do inventário agrupam-se nas seguintes escalas ou fatores: a preocupação social; preocupação sexual; preocupação de relacionamento conjugal; necessidade de parentalidade; e a rejeição de um estilo de vida sem filhos. A preocupação social refere-se à sensibilidade do indivíduo diante dos comentários e alienação da família e dos outros referentes à infertilidade. A preocupação sexual reporta à diminuição da satisfação sexual devido ao planeamento das relações. A preocupação de relacionamento conjugal indica a dificuldade em compreender e falar sobre o problema com o cônjuge e o impacto desta situação na relação. A necessidade de parentalidade alude à importância de assumir o papel parental, como um objetivo fundamental à vida. A rejeição de um estilo de vida sem filhos, como o próprio nome indica, define a recusa do indivíduo de uma vida sem filhos, isto é, a satisfação plena com a vida é alcançada apenas com o nascimento de um filho. O stress global refere-se à avaliação do stress associado à infertilidade. Verificou-se, neste mesmo estudo, que homens e mulheres que relataram maior stress global também referiram níveis mais elevados de depressão, maiores níveis de ansiedade atual e níveis mais baixos de ajustamento conjugal (Newton, Sherrard & Glavac, 1999). Todavia os resultados do estudo de Newton et al. (1999) serão detalhadamente descritos no ponto seguinte, visto este instrumento ser o elemento base do nosso trabalho.

Nogueira (2010), também realizou um estudo cujo principal objetivo consistia em entender melhor a realidade dos casais portugueses que enfrentam a problemática da infertilidade e que decidem recorrer a ajuda médica especializada, tentando perceber o impacto da situação no ajuste emocional de cada elemento do casal. Para isso, procurou avaliar os níveis de stress dos sujeitos, identificando também o tipo de estratégias de resolução de problemas, incluindo estratégias de coping, mais adequadas para

estabelecer o equilíbrio emocional. A amostra deste estudo foi constituída por 212 indivíduos, 112 mulheres e 100 homens, que recorreram a unidades de Reprodução Medicamente Assistida, no Norte de Portugal. Verificou-se que a perceção de stress associada à vivência da infertilidade está associada a sintomatologia ansiosa e depressiva. Verificou-se, também, que as mulheres apresentaram maiores níveis de stress em relação aos homens, sendo assim, estas alcançaram valores patológicos mais elevados. Os homens evidenciaram o uso de mais estratégias de coping do que as mulheres. Todavia, para além da habilidade na administração das estratégias, os homens apresentaram valores menores de depressão em relação às mulheres, demonstrando, desta forma, uma maior agilidade na gestão desta situação indutora de stress.

### **3. Inventário de Stress Associado à vivência da Infertilidade**

Devido à carência de instrumentos que identificassem e medissem o stress relacionado com a infertilidade e fossem sensíveis às diferenças de género e diagnóstico de infertilidade, Newton et al. (1999) desenvolveram o Fertility Problem Inventory (FPI). O stress associado à infertilidade era geralmente avaliado através de instrumentos psicológicos estandardizados de ansiedade e depressão e porque alguns destes sintomas de stress são mais prevalentes em mulheres, não compreendia reações importantes nos homens perante esta situação. Portanto, a base do estudo destes autores foi o desenvolvimento de um novo instrumento válido que se correlacione com medidas de desajustamento, como a ansiedade e a depressão, mas que estas correlações fossem de dimensão moderada para assegurar que a nova medida não repita os ensaios pré-existentes (Newton et al., 1999). Participaram neste estudo, pacientes com infertilidade encaminhados para avaliação e tratamento de fertilização *in vitro*, hiperestimulação ovariana controlada, inseminação intra-uterina, inseminação artificial ou terapêutica num hospital universitário. Foram enviados aos participantes os instrumentos utilizados no estudo, cerca de 3 meses antes de iniciarem o primeiro ciclo de tratamentos, sendo estes retornados por correio. Para fornecer informação relativa ao funcionamento individual e conjugal dos participantes foram utilizados os seguintes instrumentos: o Inventário de Depressão de Beck, que permitiu medir a depressão; o Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI) que possibilitou avaliar a ansiedade dos participantes; a Escala de Ajustamento Diádico que mediu, como o próprio nome indica, o ajustamento conjugal global; e a Escala de Oportunidade Social da Personalidade E-Form que avalia a propensão de um individuo se apresentar de forma desfavorável ou favorável. O

questionário preliminar foi desenvolvido após um longo processo de pesquisa relativo à infertilidade, em que foram identificados sete domínios importantes relacionados com o stress na infertilidade. Sendo estes, a preocupação social, preocupação sexual, preocupação com o relacionamento, perda de função, falta de papel, necessidade de parentalidade e rejeição de um estilo de vida sem filhos. Para estas sete escalas foram concebidos 84 itens sob a forma de avaliações positivas e negativas de situações relacionadas com a infertilidade, nas quais os participantes indicavam o seu grau de acordo com a afirmação numa escala do tipo Likert de seis pontos que variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Participaram na versão preliminar do FPI, 1153 mulheres e 1149 homens. Os homens eram ligeiramente mais velhos do que as mulheres, a maioria da amostra (56%) estudou para além do ensino médio e a maioria dos sujeitos (87%) não tinham filhos do seu relacionamento atual. Os participantes foram também classificados quanto à causa da infertilidade, nomeadamente 816 participantes tinham infertilidade feminina, 180 com infertilidade masculina, 268 sujeitos tinham infertilidade idiopática e 797 dos participantes não responderam a esta questão (Newton et al., 1999).

Para a versão final do inventário, alguns itens foram eliminados a fim de garantir uma boa validade. Foram eliminados os itens que se correlacionaram mais fortemente com qualquer escala diferente da escala para a qual foram determinados e os itens que suscitaram tendências marcantes para responder de uma maneira socialmente desejável. Para ampliar a homogeneidade da escala foram igualmente eliminados itens que, após as correlações item-total da escala, obtivessem um valor total menor que .40, bem como, para avaliar a capacidade discriminativa das escalas, nas situações em que as escalas apresentaram correlações entre si superiores a .70 foram eliminados. Apenas as respostas de metade dos participantes foram usadas para a análise dos itens para a construção da versão final do questionário. Esta versão é composta por 46 itens e cinco das escalas anteriormente referidas no questionário preliminar, com exceção das escalas perda de função e falta de papel, uma vez que estas apresentaram sobreposição com a escala preocupação social. A soma das cinco escalas originou um índice global, designadamente stress global, que avalia o stress associado ao problema de fertilidade.

O instrumento acima descrito, no que respeita à fidelidade das cinco escalas e da escala total, apresentou razoável a muito boa consistência interna (Preocupação Social = .87, Preocupação Sexual = .77, Preocupação com o Relacionamento = .82, Rejeição de um estilo de vida sem filhos = .80, Necessidade de Parentalidade = .84 e Stress Global =

.93), indicando um grupo homogéneo de itens em cada uma das cinco escalas. Foi igualmente avaliada a validade do instrumento, nomeadamente a validade convergente e a validade discriminante. A validade convergente foi avaliada através das correlações entre as escalas do FPI e medidas de ansiedade, depressão e ajustamento conjugal. Em relação à ansiedade, homens e mulheres que mencionaram maior stress global relataram também níveis mais altos de ansiedade, bem como, valores mais altos nas cinco escalas do FPI foram associados com maior ansiedade. Com as medidas de depressão, homens e mulheres que relataram maior stress global também relataram maiores níveis de depressão e o mesmo aconteceu para as restantes cinco escalas. Foi observada uma relação significativa entre ajuste conjugal e o FPI, homens e mulheres que relataram maior stress global também descreveram níveis mais baixos de ajustamento conjugal e as escalas de preocupação sexual e preocupação com o relacionamento conjugal foram melhores preditores de problemas no ajustamento conjugal. A validade discriminante foi avaliada através da análise das intercorrelações entre as cinco escalas do FPI, onde se verificou que foram de baixa a moderada em tamanho, variando de .26 a .66. Com intuito de determinar se o FPI é sensível a diferenças de sexo, diagnóstico ou histórico de fertilidade, foi realizada uma análise de três fatores de variância multivariada com a entrada simultânea das cinco escalas do FPI como medidas dependentes. No entanto, para facilitar a interpretação, os participantes com diagnóstico de infertilidade mista foram recusados nas análises seguintes. Em relação ao género foi possível verificar que as escalas combinadas foram significativamente afetadas por este. As mulheres tiveram pontuações significativamente maiores em escalas como preocupação social, preocupação sexual, necessidade de paternidade e stress global comparativamente aos homens. Quanto ao histórico de infertilidade, independentemente do sexo, quando comparados com indivíduos com pelo menos um filho, os indivíduos sem filhos de relacionamentos atuais ou anteriores relataram maior preocupação social e preocupação sexual e menor preocupação na escala rejeição de um estilo de vida sem filhos. Referente ao diagnóstico, após a ausência de um efeito de interação, foi possível observar que homens e mulheres não foram diferencialmente afetados por este. Os participantes com infertilidade masculina relataram maior stress global do que aqueles com infertilidade feminina, enquanto os participantes com infertilidade idiopática pareceram experienciar um nível intermédio de stress global. Os participantes com infertilidade masculina e idiopática relataram níveis mais elevados de preocupação social do que os sujeitos com infertilidade feminina. Os indivíduos com infertilidade

masculina também relataram maior preocupação sexual do que aqueles com infertilidade idiopática ou feminina e relataram maior necessidade de paternidade quando comparados com indivíduos com infertilidade idiopática (Newton et al., 1999).

#### **4. Estudos recentes de validação de instrumentos na área da Infertilidade**

Pedro (2012) procurou investigar as características psicométricas da versão portuguesa do Questionário de Cuidados Centrados no Paciente – Infertilidade (PCQ-Infertilidade) num grupo de pacientes a realizar diagnóstico ou tratamentos de fertilidade em Portugal. O PCQ-Infertilidade possibilita estimar os Cuidados Centrados no Paciente, disponibilizando informação relevante às clínicas e profissionais de saúde no sentido de melhorarem os cuidados proporcionados aos seus pacientes.

A versão final contém 46 itens que se agrupam em oito subescalas (Acessibilidade; Informação e explicações; Competências de comunicação da equipa; Envolvimento do paciente no tratamento; Respeito pelos valores e necessidades dos pacientes; Continuidade e transição durante o tratamento; Competência da equipa; e, por último, Organização dos serviços) (Mourad et al., 2009; Aarts et al., 2010, cit in. Pedro, 2012). As pontuações globais das dimensões variam entre 0 e 3, sendo que um maior valor identifica uma melhor perceção acerca dos cuidados recebidos. A amostra deste estudo foi constituída por 265 mulheres e 83 homens inférteis a efetuar diagnóstico ou tratamentos de fertilidade em Portugal, selecionados através da internet e em contexto clínico. Neste estudo foi possível verificar que a versão portuguesa do PCQ-Infertilidade é válida e fidedigna. Provou ter validade de constructo, comprovada pelos resultados da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e pela presença de correlações significativas entre as oito subescalas, com valores compreendidos entre .15 e .79. Também foi possível aferir que as associações entre as subescalas do PCQ-Infertilidade com medidas de qualidade de vida na infertilidade (através do FertiQol) e de sintomatologia psicopatológica (através do BSI) permitiram concluir que os Cuidados Centrados no Paciente podem ser empregues como um indicativo da qualidade dos serviços de fertilidade. Os alfas de Cronbach das subescalas referem que, em geral, o PCQ-Infertilidade estima as experiências dos pacientes fielmente. Isto é, variaram entre .70 e .85, exceto da escala Continuidade que apresentou um alfa de Cronbach de .57, ligeiramente inferior ao moderado. A versão portuguesa do instrumento, conforme a versão original, distingue a experiência dos pacientes de acordo com a fase de tratamento e o nível de ensino. Contudo, os pacientes portugueses com ensino superior

cotaram de forma mais positiva a organização dos serviços do que os pacientes com nível mais baixo de ensino. A autora do estudo especula que estes resultados poderão dever-se ao melhor conhecimento, por parte dos pacientes mais instruídos, dos seus direitos, dos procedimentos médicos, assim como, poderão ser mais competentes no contacto com a clínica e a expressar os seus desejos.

Sousa (2012) realizou um estudo cujo principal objetivo era a adaptação da Escala de Desajuste Emocional e Recursos Adaptativos (DERA) para a população portuguesa que, segundo Moreno-Rosset e colaboradores (2008) permite avaliar rapidamente, em casais inférteis, o desajustamento emocional e os recursos adaptativos. Este questionário é constituído por 48 itens de resposta tipo Likert, divididos em três subescalas: Escala de Desajuste Emocional, Escala de Recursos Pessoais e Escala de Recursos Interpessoais. Resultante da união destas duas últimas subescalas advém a Escala de Recursos Adaptativos. Cada item tem cinco opções de resposta que variam entre “absolutamente falso” e “absolutamente verdadeiro”. Participaram no estudo 201 sujeitos, 111 do sexo feminino e 90 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 24 e os 46 anos de idade, todos eles com diagnóstico de infertilidade, que frequentavam as consultas externas de obstetrícia de um Hospital central da zona Norte de Portugal e que participaram voluntariamente no estudo.

Ao nível da consistência interna, a versão portuguesa do DERA apresenta um alfa de Cronbach de .691, que nos indica que esta possui características psicométricas aceitáveis. Foi possível verificar, através da análise fatorial exploratória, que a versão adaptada exhibe boas propriedades psicométricas referente à validade de constructo, sendo assim, é possível garantir que este instrumento avalia os constructos a que se propõe medir. Os recursos adaptativos foram constituídos por seis fatores que originados por itens avaliam os recursos empregados pelos casais com problemas de fertilidade, enquanto o desajustamento emocional resultou de cinco fatores apoiados em itens que estimam a sintomatologia ansiosa, emocional e depressiva em situações de infertilidade. Quanto à validade concorrente da versão portuguesa, verificou-se que a dimensão desajustamento emocional se correlacionou claramente com a perturbação emocional avaliada pelo *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), sendo assim, esta nova versão pode ser utilizada para avaliar o desajuste emocional em âmbito hospitalar, mais concretamente com casais inférteis. A autora deste estudo também considerou pertinente avaliar a validade concorrente com o Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI), procurando estudar de que forma a dimensão de recursos adaptativos

se poderia associar com os problemas encarados pelos casais inférteis, verificando-se apenas que altos níveis de recursos adaptativos se relacionaram com a diminuição da necessidade parental. Assim sendo, parece que a dimensão recursos adaptativos pode ser uma ferramenta útil para avaliar os recursos utilizados fazendo face aos problemas oriundos da necessidade de querer ter filhos. Ao analisar a relação existente entre a dimensão desajuste emocional e a dimensão recursos adaptativos, averiguou-se que quanto maior os recursos adaptativos das pessoas com infertilidade menor a perturbação emocional.

Por tudo isso, concluiu-se neste estudo, que a versão adaptada do DERA para a população portuguesa é um instrumento valioso para avaliar os níveis de desajuste emocional e de recursos adaptativos em casais com infertilidade, permitindo desta forma a aquisição de mais conhecimentos sobre as consequências que esta situação tem na vida dos casais, assim como, obter mais informações acerca dos recursos que estes possuem.

Moura Ramos, Gameiro e Canavarro (2008) apresentaram um estudo das características psicométricas do Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) numa amostra da população portuguesa. A amostra deste estudo foi obtida nos Serviços de Reprodução Humana de um Hospital Central da zona Centro do país., através da técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson no estudo das correlações entre os itens e as respetivas subescalas e das correlações entre as subescalas, bem como nos estudos de validade do instrumento. No estudo da fiabilidade foi realizado o cálculo de coeficientes alfa de Cronbach, de bipartição, de Spearman-Brown de correlações item-total, a fim de analisar a consistência interna. A versão portuguesa do instrumento é constituída por 41 itens, menos quatro do que a versão original, mantendo as mesmas subescalas e as mesmas denominações que a versão original. Esta versão apresenta-se como uma medida válida e fiável na avaliação do stress global relacionado com a fertilidade e outras áreas problemáticas dos casais inférteis. Através da análise da consistência interna da escala e das subescalas, foi possível verificar que existe homogeneidade e uniformidade nas dimensões avaliadas pela escala. As subescalas possibilitam avaliar diversos domínios que se correlacionam, avaliando assim diferentes áreas da vida dos sujeitos lesados pela infertilidade, e o valor global permite avaliar o stress global relacionado com os problemas de fertilidade. Os estudos de validade comprovam que o IPF está efetivamente a medir aquilo que deseja medir. Segundo as autoras deste estudo

---

a principal vantagem da utilização do IPF é a sua capacidade de avaliar algumas áreas que não são passíveis de ser exploradas pelos instrumentos de avaliação da ansiedade e perturbação mental. O Inventário de Problemas de Fertilidade de Ramos, Gameiro e Canavarro (2008) mostrou uma boa adaptação à população portuguesa. Embora este inventário tenha mostrado boas qualidades psicométricas, a sua composição foi alterada do original. Desta forma, pareceu-nos importante tentar desenvolver uma versão portuguesa mais próxima do original.

---

## Parte II

### Investigação empírica

Como o presente estudo pretende adaptar o Fertility Problem Inventory de Newton, Sherrard e Glavac (1999) à população portuguesa, foi necessário seguir uma série de normas básicas descritas pela International Teste Commission (ITC) para a sua tradução e restante processo de adaptação.

A International Test Commission (ITC) resulta de um esforço conjunto de algumas associações internacionais de testes psicológicos, editoras e outras estruturas implicadas na promoção de testes, políticas úteis de avaliação e de desenvolvimento, para o uso de instrumentos educacionais e psicológicos (Diretório ITC, 2001). Esta organização elaborou um conjunto de diretrizes para o uso de testes, para assim assegurar a sua utilização de forma apropriada, profissional e ética (IBAP, 2003).

Estas Diretrizes são aplicadas internacionalmente devendo, não obstante, respeitar alguns fatores para que se tornem padrões específicos, tais como, diferenças sociais, políticas, institucionais, linguísticas e culturais entre os ambientes de testagem (IBAP, 2003).

As Diretrizes não contêm descrições pormenorizadas dos conhecimentos e habilidades fundamentais, no entanto, quando usadas em situações específicas, os conhecimentos e habilidades importantes devem ser diferenciados. Estas contêm habilidades pessoais relacionadas com a tarefa, para a realização da tarefa e para lidar com as contingências, como também o conhecimento do contexto e suas habilidades. Os utilizadores competentes em testes devem atuar de forma ética e profissional, assegurar o uso idóneo dos testes, responsabilizar-se no uso dos testes, garantir segurança ao arquivar testes e garantir a confidencialidade dos resultados. Devem, igualmente, avaliar o potencial dos testes numa situação de avaliação, escolher testes tecnicamente credíveis para cada situação, considerar devidamente os vieses culturais, preparar minuciosamente as sessões de aplicação dos testes, aplicar os testes apropriadamente, corrigir e avaliar os resultados com exatidão, interpretar eficazmente os resultados dos testes, transmitir os resultados de forma nítida e apropriada aos sujeitos envolvidos no processo de avaliação e, por último, devem rever a adaptação do teste e do seu uso (IBAP, 2003).

## **5. Estudo da adaptação do Fertility Problem Inventory à população portuguesa**

### **5.1. Objetivos do Estudo**

O principal objetivo deste estudo é a adaptação do Fertility Problem Inventory (FPI) para a população portuguesa, permitindo medir os domínios importantes de stress percebido relacionado com a infertilidade (Newton et al., 1999). Sugerimos como objetivos específicos deste trabalho de investigação, calcular os valores de fidelidade ao nível da consistência interna e validade do FPI, realizando a análise fatorial, validade discriminante e convergente das subescalas do instrumento, bem como, descrever estatisticamente as características da amostra referente ao instrumento em estudo.

### **5.2. Método de Estudo**

Este estudo insere-se numa metodologia quantitativa, onde serão analisadas as propriedades psicométricas do FPI na população portuguesa, particularmente a fidelidade e a validade deste.

A fidelidade indica-nos o grau de confiança ou de precisão que podemos ter nos resultados da prova (Almeida & Freire, 2000). Segundo Moreira (2009), os resultados atribuídos por um instrumento de avaliação são precisos ou fiéis quando pouco se alteram de um contexto para outro. Este conceito apresenta duas designações mais frequentes, tais como, a avaliação do teste é constante aquando da aplicação aos mesmos sujeitos em dois momentos distintos (conceito de estabilidade ou constância do resultados) e os itens que constituem a prova mostram-se como um todo homogéneo (consistência interna ou homogeneidade dos itens) (Almeida & Freire, 2000). Para a análise assente na estabilidade, pode ser utilizado o método do teste-reteste com a mesma forma de teste ou o teste-reteste com formas paralelas; para a análise assente na consistência pode ser usado o método da bipartição dos itens e o da consistência interna dos itens (Moreira, 2009).

A fim de avaliar a fidelidade do instrumento em estudo iremos utilizar o método da consistência interna dos itens. Neste, é avaliado o grau de invariabilidade e de coerência presente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem a prova, isto é, através de uma única aplicação da prova, este método procura avaliar em que grau a variância geral dos resultados da prova se associa ao somatório da variância item a item. Sendo assim, a solidez dos resultados depende do coeficiente de

consistência interna; quanto mais elevado o coeficiente de consistência interna, maior será a estabilidade dos resultados da prova (Almeida & Freire, 2000). O método da consistência interna é um modelo adequado para comparar as propriedades dos itens com as da sua soma, isto é, relaciona a variância de uma soma com a variância das suas partes (Moreira, 2009).

O termo validade significa até que ponto os resultados de um teste medem aquilo que deve ser medido, indicando, também, o conhecimento que detemos daquilo que o teste avalia. A validade dos resultados não constitui unicamente a intensidade com que medem o que pretendem medir, mas também a força com que predizem um comportamento relacionado com a variável psicológica em estudo (Almeida & Freire, 2000). Segundo Messick (1989), a validade é um juízo avaliativo assimilado relativamente ao grau em que os dados experimentais e as explicações teóricas auxiliam a crença de que as inferências e as ações apoiadas nos resultados dos testes ou outros modelos de avaliação são adequadas (Moreira, 2009). Os três tipos de validade mais empregues são: validade de conteúdo; validade por referência a um critério; e validade de constructo ou conceito. Contudo, no presente estudo, irá ser empregue apenas a validade de constructo. Esta procura avaliar o conhecimento que temos em relação àquilo que a prova está a medir. A dúvida que se coloca neste tipo de validade é o grau de conformidade entre os resultados no teste, a teoria e a prática acerca das dimensões a avaliar (Almeida & Freire, 2000). A metodologia utilizada para a análise da validade de constructo dos resultados numa prova psicológica é variada e reúne a informação procedente de diversas fontes. Para avaliar e concluir a análise da validade de constructo irá ser utilizada a análise fatorial das subescalas do FPI e testada a validade convergente e a validade discriminante. A validade convergente assenta no princípio que a prova deve estar correlacionada com outras variáveis com as quais o constructo do teste deveria, teoricamente, estar associado e a validade discriminante assenta no princípio que o teste não se deve correlacionar com outras variáveis com as quais o constructo da prova deveria, de acordo com a teoria, diferir (Almeida & Freire, 2000). Isto é, a primeira consiste na extensão da correlação do FPI com outros instrumentos que medem o mesmo constructo, por sua vez, a validade divergente refere-se à extensão da correlação entre as várias subescalas do FPI (Herdman, Fox-Rushby, & Badia, 1998, cit in. Ribeiro, 2010).

### 5.3. Amostra

Os dados da amostra foram recolhidos pela equipa orientada pela Doutora Daniela Alves Nogueira, nos anos de 2006, 2007 e 2008, em Hospitais públicos e clínicas privadas da região norte de Portugal. Participaram neste estudo, 212 indivíduos, dos quais 112 eram do sexo feminino (52,8%) e 100 do sexo masculino (47,2%). Quanto às idades dos participantes, esta varia entre os 20 e os 56 anos, tendo uma média de 32,85 anos (DP = 5,43). Relativamente ao estado civil, 88,2% dos participantes são casados, 7,5% encontram-se em união de facto e 3,8% são solteiros, apenas um participante se encontra divorciado. Quanto ao tipo de infertilidade, 153 participantes (72,2%) apresentaram infertilidade primária e 59 participantes (27,8%) apresentaram infertilidade secundária, ou seja, já tinham pelo menos um filho. No que concerne ao nível de instrução, 22,6% dos participantes frequentaram o ensino superior, 18,4% o 12º ano e Bacharelato, 21,2% o 9º ano, 26,9% o 6º ano e 10,8% o 4º ano de escolaridade ou menos. Relativamente à situação profissional dos participantes do estudo, aquando da aplicação dos instrumentos, 90,6% estavam profissionalmente ativos, 7,1% estavam desempregados, apenas 1 era estudante (0,5%) e 1,9% encontravam-se em outra situação profissional para além das mencionadas. Quanto às profissões dos participantes, a maioria eram operários e artífices (29,7%), tinham profissões intelectuais e científicas (19,8%), eram pessoal dos serviços e vendedores (16,5%) e eram pessoal administrativo (15,6%). A maioria dos participantes residia na área urbana (65,6%), os restantes residiam na área rural (17,0%) e numa área mista (17,5%).

Relativamente à história ginecológica e tipo de diagnóstico, 69,8% não tinham nenhum antecedente e 38,2% dos participantes tinham diagnóstico não identificado. No que diz respeito à fase de tratamento, 52,4% encontrava-se na fase de investigação, 21,2% encontrava-se na fase hormonal, 10,4% a realizar Inseminação Artificial, 9,4% a efetuar Fertilização In Vitro (FIV), 4,7% a realizar Injeção Intracitoplásmica de Espermatozoides (ICSI), 0,9% a efetuar tratamento cirúrgico e os restantes 0,9%, isto é, dois participantes não responderam a esta questão.

## **5.4. Instrumentos**

A fim de avaliar as propriedades psicométricas do FPI, foi desenvolvido uma bateria de testes composta por um questionário sociodemográfico, de forma a recolher informação que permite a caracterização dos participantes, uma versão traduzida (piloto) do FPI, assim como instrumentos que nos possibilitam avaliar a validade convergente: designadamente o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e o Inventário de Resolução de Problemas (IRP). Sendo assim, passamos a descrever de forma sucinta os instrumentos utilizados.

### **5.4.1. Fertility Problem Inventory (FPI)**

O Fertility Problem Inventory (Inventário de Problemas de Fertilidade) foi desenvolvido por Newton, Sherrard e Glavac em 1999. Houve um trabalho de aferição para a população portuguesa em 2008 por Ramos, Gameiro e Canavarro, tendo a versão portuguesa sido substancialmente alterada do original, e por este motivo considerarmos pertinente um novo estudo de adaptação. Este instrumento tem como objetivo principal avaliar o stress relacionado com a infertilidade.

A versão original é composta por 46 itens e cinco escalas, tais como, Preocupações Sociais, Preocupações Sexuais, Preocupações de Relacionamento Conjugal, Rejeição do Estilo de vida sem filhos e Necessidade de Parentalidade. A soma das cinco escalas origina um índice global, designadamente stress global, que avalia o stress associado ao problema de infertilidade. O grau de concordância com cada item é avaliado, pelos respondentes, através de uma escala do tipo Likert de seis pontos que varia entre “discordo totalmente” a “concordo totalmente” (Newton, Sherrard & Glavac, 1999). As cinco escalas e o índice global deste instrumento apresentaram boas qualidades psicométricas, com valores de alfa de Cronbach de: .87 para a preocupação social; .77 para preocupação sexual; .82 para preocupação com o relacionamento; .80 para rejeição de um estilo de vida sem filhos; .84 para necessidade de parentalidade; e .93 para o stress global (Newton et al.,1999).

### **5.4.2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

O Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) foi delineado para ajudar os profissionais de saúde no reconhecimento de componentes emocionais da doença física, atuando como um instrumento de medida da ansiedade e depressão em ambiente

hospitalar. Foi desenvolvido por Zigmund e Snaith (1983) e posteriormente adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e colaboradores (2006). Trata-se dum instrumento que mostrou ser importante na avaliação de modificações no estado emocional do paciente (Zigmond & Snaith, 1983, cit in. Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2006). Esta escala é composta por 14 itens e consiste em duas subescalas: uma que mede a Ansiedade, composta por sete itens; e outra que mede a Depressão, constituída pelos outros sete itens, assinalados em separado. Cada um dos seus itens é pontuado de zero a três pontos, para que as pontuações prováveis variem de 0 a 21 pontos para cada subescala (Snaith, 2003, cit in. Pais-Ribeiro et al., 2006). Segundo os autores deste instrumento, pontuações entre 0 e 7 não apresentam sintomatologia significativa, entre 8 e 10 identificam casos leves, de 11 a 14 identificam casos moderados e entre 15 a 21 pontos são indicativos de sintomatologia grave, tanto para a subescala de ansiedade como para a da depressão. Na aferição para a população portuguesa este instrumento demonstrou ter boas características psicométricas. Apresentou uma boa consistência interna na subescala de depressão (alfa de Cronbach=.81) e uma consistência interna razoável (alfa de Cronbach=.76) na subescala da ansiedade (Pais-Ribeiro et al., 2006).

#### **5.4.3. Inventário de Resolução de Problemas (IRP)**

Este inventário foi criado para a população portuguesa pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra em 1988. Tem a finalidade de avaliar os mecanismos cognitivo-comportamentais de coping habitualmente usados em situações indutoras de tensão. Este é constituído por 40 questões diferentes, evidencia a presença de 9 factores relativos a diferentes dimensões e permite fazer a correlação entre stress e coping. Cada questão apresenta 5 hipóteses de resposta, numa escala tipo Lickert de 5 pontos, sendo estas, “não concordo”, “concordo pouco”, “concordo moderadamente”, “concordo muito” e “concordo muitíssimo”. A pontuação de cada resposta varia de 1 a 5 pontos. Geralmente estas pontuações vão aumentando da esquerda para a direita, todavia, nas questões elaboradas pela negativa a pontuação faz-se no sentido inverso, ou seja, da direita para a esquerda. A pontuação mínima deste instrumento de avaliação é de 40 pontos e a máxima de 200 pontos, sendo que quanto mais elevado for a pontuação de um indivíduo, tanto melhores são as suas estratégias de coping. De acordo com a análise fatorial, realizada por Vaz Serra (1988), foram identificados nove factores

correspondentes a diferentes dimensões, sendo estas, o pedido de ajuda, confronto e resolução ativa dos problemas, abandono passivo perante a situação, controlo interno/externo dos problemas, estratégias de controlo das emoções, atitude ativa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências, agressividade internalizada/externalizada, auto-responsabilização e medo das consequências e, por último, confronto com o problema e planificação da estratégia (Ramos, 2002).

### **5.5. Procedimentos e tratamentos de dados**

A base de dados com os resultados dos instrumentos aplicados aos casais inférteis pela equipa de investigação da Doutora Daniela Nogueira, orientadora deste trabalho, foi fornecida para a concretização dos objetivos propostos nesta dissertação. Os dados foram tratados pelo programa estatístico *IBM Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 21.0.

## **6. Apresentação dos Resultados**

Neste capítulo serão apresentados os resultados referentes à adaptação do FPI à população portuguesa. Primeiro apresentamos os resultados da consistência interna das subescalas, de seguida a análise fatorial e, por último, o estudo da validade de constructo das subescalas deste instrumento.

### **6.1. Consistência Interna do FPI**

Inicialmente, avaliámos a fidelidade do FPI com vista à sua adaptação à população portuguesa. Utilizando o alfa de Cronbach, analisámos a consistência interna da escala total e de cada subescala. Ribeiro (2010) considera aceitáveis valores de alfa de Cronbach acima de .60, salientando, no entanto, que o valor de alfa deve ser superior a .80 para ser considerada uma boa consistência interna. Sendo assim, verificámos que, na adaptação à população portuguesa, o alfa de Cronbach para o total da escala foi de .861 o que demonstra que a versão portuguesa do FPI apresenta uma boa consistência interna. Os valores de alfa de Cronbach de cada subescala variaram entre .422 (preocupação com a relação) e .597 (preocupação social). Como constatamos no Quadro 1, os valores de alfa dos itens que compõem o FPI não variaram significativamente com a sua exclusão por isso decidimos manter todos os itens da escala original.

Quadro 1: Estatísticas item-total do FPI

Item	Média da escala s/ item	Variância da escala s/ item	Correlação itemtotal	Alfa de Cronbach's s/item
1	128,44	621,692	,242	,860
2	126,96	623,517	,277	,859
3	130,21	623,088	,371	,857
4	130,04	616,999	,418	,856
5	127,43	631,733	,136	,861
6	127,82	604,188	,430	,855
7	129,67	620,746	,234	,860
8	129,63	617,155	,278	,859
9	128,65	609,842	,354	,857
10	128,27	592,669	,528	,853
11	129,09	599,248	,489	,854
12	128,94	625,713	,142	,863
13	130,32	629,728	,274	,859
14	130,23	626,028	,294	,858
15	126,98	623,363	,271	,859
16	129,88	608,147	,483	,855
17	129,55	608,099	,436	,855
18	129,66	611,060	,451	,855
19	128,80	597,895	,517	,853
20	128,90	607,242	,471	,855
21	129,19	621,525	,233	,860
22	130,40	625,963	,350	,858
23	127,02	631,518	,119	,862
24	130,41	629,783	,283	,859
25	126,99	636,984	,055	,863
26	129,16	608,028	,362	,857
27	129,80	621,442	,276	,859
28	127,04	632,693	,112	,862
29	126,95	619,458	,332	,858
30	128,69	596,942	,544	,853
31	127,54	616,368	,318	,858
32	130,12	625,430	,281	,859
33	129,72	625,444	,187	,861
34	126,67	626,971	,223	,860
35	129,65	629,671	,225	,859
36	130,19	615,749	,488	,856
37	129,95	615,372	,363	,857
38	129,65	619,757	,373	,857
39	129,37	606,075	,450	,855
40	129,78	602,813	,603	,853
41	126,91	631,815	,152	,861
42	126,34	633,807	,187	,860
43	130,52	631,577	,335	,859
44	129,01	611,385	,320	,858
45	130,01	611,471	,421	,856
46	128,89	615,860	,302	,858

## 6.2. Análise Fatorial Exploratória

O procedimento que se segue é a análise factorial do FPI. Este foi realizado através do método de extração de factores, denominado por componentes principais.

O valor de esfericidade de Barlett foi significativo ( $\chi^2=2994,439$ ;  $df=1035$ ;  $p=.000$ ) e o valor do teste estatístico de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO=.734$ ) indicaram a possibilidade de prosseguir com a análise factorial dos componentes principais deste instrumento. Após a análise dos componentes principais, com normalização de Kaiser e rotação ortogonal Varimax, obtivemos 14 factores com valores próprios superiores a 1 (Quadro 2).

**Quadro 2: Total da Variância Explicada dos factores de 1ª ordem do FPI**

<b>Fatores</b>	<b>Total</b>	<b>% Variância</b>	<b>% Acumulada</b>
1	4,076	8,860	8,860
2	2,685	5,837	14,697
3	2,614	5,683	20,380
4	2,220	4,826	25,206
5	2,220	4,826	30,032
6	2,147	4,668	34,700
7	2,136	4,643	39,343
8	2,115	4,598	43,941
9	1,768	3,843	47,783
10	1,617	3,516	51,299
11	1,598	3,474	54,774
12	1,502	3,265	58,039
13	1,479	3,215	61,254
14	1,416	3,079	64,332

Os 14 fatores explicam 64,33% da variância dos 46 itens originais. O quadro 3 apresenta os valores de saturação de cada item, sendo que apenas foram consideradas os valores superiores a .40 e escolhidos os valores mais elevados. Os valores variaram entre .404 (item16) e .835 (item 23). Os itens 3, 16, 21, 33 e 41 saturaram em mais do que um factor e os itens 6 e 18 não saturaram em nenhum factor.

**Quadro 3: Análise de Factores de 1ª ordem após rotação ortogonal Varimax com normalização de Kaiser**

Item	Factores													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
FPI_1				,536										
FPI_2												,538		
FPI_3			,526				,515							
FPI_4							,482							
FPI_5												,827		
FPI_6														
FPI_7					,719									
FPI_8									,684					
FPI_9					,622									
FPI_10	,572													
FPI_11	,462													
FPI_12					,477									
FPI_13							,780							
FPI_14												,783		
FPI_15				,631										
FPI_16						,435			,404					
FPI_17		,437												
FPI_18														
FPI_19	,565													
FPI_20								,551						
FPI_21						,453					,508			
FPI_22			,663											
FPI_23													,835	
FPI_24			,510											
FPI_25												,410		
FPI_26						,623								
FPI_27	,631													
FPI_28				,800										
FPI_29		,829												
FPI_30	,703													
FPI_31								,624						
FPI_32						,500								
FPI_33														
FPI_34		,760												
FPI_35														,733
FPI_36						,510								
FPI_37			,578											
FPI_38								,626						
FPI_39	,747													
FPI_40	,606													
FPI_41		,449							,491					
FPI_42								,558						
FPI_43			,686											
FPI_44					,666									
FPI_45						,454								
FPI_46										,773				

Após a análise do quadro 3, verificamos que a solução não se coaduna com as dimensões da escala original. Optou-se por manter, para cada factor, apenas os itens de cada dimensão da escala original que mostrassem estar em maior número. Assim, foram retirados da análise os itens 3, 6, 11, 16, 18, 21, 31, 33 e 36. Optou-se por manter os itens 3 e 21 para perceber se haveria alteração nos valores de saturação numa nova análise. Esta nova análise efectuada com rotação ortogonal Varimax, forçando a solução a cinco factores, conforme a escala original.

Os resultados indicaram ser possível continuar com a análise factorial, uma vez que o teste de esfericidade de Barlett apresentou significância estatística ( $\chi^2=2131,266$ ;

df=703; p=.000) e o teste do KMO (=,728) revelou uma boa correlação entre as variáveis. Obteve-se uma solução que explica 40,19% da variância total

**Quadro 4: Total da Variância Explicada dos factores de 2ª ordem do FPI**

Fatores	Total	% Variância	% Acumulada
1	3,536	9,306	9,306
2	3,527	9,281	18,587
3	3,374	8,879	27,467
4	2,635	6,935	34,401
5	2,201	5,792	40,194

De acordo com os resultados apresentados no quadro seguinte, a estrutura factorial do FPI nesta amostra apresentou valores de saturação moderados a fortes entre .404 (FPI 17) e .759 (FPI 29). Os itens 5, 13, 23, 26, 35, 43 e 45 apresentaram valores de saturação inferiores a .40. Os itens 9, 24 e 28 saturaram em mais do que um factor, sendo que apenas considerámos válido o valor mais alto.

**Quadro 5: Análise de Factores de 2ª ordem após rotação ortogonal Varimax com normalização de Kaiser**

Item	Factores				
	1	2	3	4	5
FPI1					,430
FPI2			,580		
FPI4		,694			
<b>FPI5</b>					
FPI7					,695
FPI8		,564			
FPI9	,505				,456
FPI10	,594				
FPI12					,495
<b>FPI13</b>					
FPI14				,496	
FPI15			,554		
FPI16				,466	
FPI17	,404				
FPI19	,570				
FPI20		,532			
FPI22		,479			
<b>FPI23</b>					
FPI24		,482		,437	
FPI25			,503		
<b>FPI26</b>					
FPI27	,578				
FPI28			,408	-,458	
FPI29			,759		
FPI30	,710				
FPI32				,594	
FPI34			,693		
<b>FPI35</b>					
FPI37		,470			
FPI38		,623			
FPI39	,699				
FPI40	,588				
FPI41			,584		
FPI42			,545		
<b>FPI43</b>					
FPI44					,589
<b>FPI45</b>					
FPI46				,442	

Na solução final, o factor 1 é constituído pelos itens 9 (Não me incomoda quando me fazem perguntas sobre crianças); 10 (O futuro com uma criança (ou outra criança) assusta-me); 17 (Durante o sexo, tudo o que posso pensar é ter uma criança/outra criança); 19 (Eu sinto-me vazio por causa do nosso problema de fertilidade); 27 (Encontros familiares são especialmente difíceis para mim), 30 (Eu não posso deixar de me comparar com amigos que têm filhos), 39 (Acho que é difícil passar tempo com amigos que têm filhos pequenos) e 40 (Quando vejo as famílias com crianças sinto-me deixado de fora).

Consistem o factor 2 os itens 4 (Eu sinto-me tão atraente para o meu parceiro como antes), 8 (É difícil sentir-se um verdadeiro adulto até ter-se um filho, 20 (Eu poderia visualizar uma vida feliz juntos, sem uma criança/outra criança), 22 (Ter relações sexuais é difícil porque eu não quero outra decepção), 24 (Meu parceiro está bastante desapontado comigo), 37 (Às vezes eu sinto tanta pressão, que o sexo se torna difícil) e 38 (Nós poderíamos ter um relacionamento longo e feliz sem uma criança/outra criança).

O factor 3 é composto pelos itens 2 (A gravidez e o parto são dois eventos muito importantes no relacionamento do casal), 15 (Consigno ver enumeras vantagens, se não tivéssemos um filho/outra criança), 25 (Por vezes, pergunto-me seriamente se quero uma criança/outra criança), 29 (Eu sempre senti que nasci para ser pai), 34 (Desde que me lembro, eu queria ser pai), e 41 (Há uma certa liberdade sem filhos que me atrai) e 42 (Eu farei qualquer coisa para ter um filho/outra criança).

O factor 4 é organizado pelos itens 14 (Os feriados são especialmente difíceis para mim), 16 (Meu companheiro não compreende a forma como a fertilidade me afeta), 28 (Não ter uma criança (ou outra criança) permite-me ter tempo para fazer outras coisas satisfatórias), 32 (Se perder um dia crítico para fazer sexo, posso me sentir bastante irritado) e 46 (Quando falamos sobre o nosso problema de fertilidade, o meu parceiro parece confortado pelos meus comentários).

O factor 5 compreende os itens 1 (Casais sem filhos são tão felizes quanto os que têm filhos), 7 (Eu não me sinto diferente dos outros membros do meu sexo), 12 (A família não parece que nos trata de forma diferente) e 44 (Não me incomoda quando os outros falam sobre seus filhos).

Não foi possível, nesta amostra, encontrar uma estrutura factorial semelhante à da escala original. No entanto, ao ser analisado o conteúdo das afirmações que constitui cada um dos factores, é evidente que apresentaram algumas características semelhantes

entre si. No factor 1 é evidente que as afirmações remetem para sentimentos negativos relacionados com a ausência duma criança. O factor 2 evidencia um conteúdo ligado ao relacionamento de casal. As afirmações do factor 3 remetem para a necessidade de ser pai ou mãe duma criança. No factor 4 o conteúdo parece menos definido como um todo, não se encontrando uma linha condutora que permita estabelecer uma relação entre as várias afirmações. A comparação com os outros está presente em todos os itens do factor 5.

### 6.3. Validade Discriminante

Iremos seguidamente apresentar os resultados relativos às intercorrelações entre as várias subescalas do FPI. Como podemos analisar na tabela 6, as intercorrelações das subescalas do FPI foram significativas e variaram entre .155 ( $p=.34$ ) na correlação da subescala Preocupações Sexuais com a subescala Rejeição de um Estilo de Vida sem Filhos e .571 ( $p=.000$ ) na correlação da subescala Preocupações Sociais com a subescala Preocupações com o Relacionamento Conjugal.

**Quadro 6: Correlações entre as subescalas do FPI**

		P. Sociais	P. Sexuais	P. Relac. Conjugal	Rejeição Estilo de Vida sem Filhos	Necessidade Parentalidade
<b>Preocupações Sociais</b>	rho de Spearman		,457**	,571**	,130	,358**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,075	,000
	N		188	188	188	188
<b>Preocupações Sexuais</b>	rho de Spearman	,457**		,483**	,155*	,392**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,034	,000
	N	188		188	188	188
<b>Preocupações Relacionamento Conjugal</b>	rho de Spearman	,571**	,483**		,157*	,376**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,032	,000
	N	188	188		188	188
<b>Rejeição Estilo de Vida sem Filhos</b>	rho de Spearman	,130	,155*	,157*		,481**
	Sig. (2-tailed)	,075	,034	,032		,000
	N	188	188	188		188
<b>Necessidade Parentalidade</b>	rho de Spearman	,358**	,392**	,376**	,481**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	188	188	188	188	

\*\* Correlação significativa ao nível 0,01

\* Correlação significativa ao nível 0,05

#### 6.4. Validade Convergente

De seguida iremos avaliar a validade convergente para cada subescala. Após realizar o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, constatou-se que a maior parte das variáveis intervalares não apresentavam distribuição normal, optou-se com base nestes factos por procedimentos estatísticos não paramétricos. Neste sentido, iremos utilizar o coeficiente de Correlação de Spearman no intuito de verificarmos as correlações existentes entre o nosso questionário e algumas medidas convergentes.

Sendo assim, começemos por associar as dimensões do FPI com as dimensões da escala HADS, que avalia a depressão e a ansiedade.

**Quadro 7: Correlações das subescalas do FPI com as subescalas do HADS**

Questionário HADS		FPI					Perceção Global do Stress
		Preocupações Sociais	Preocupações Sexuais	Preocupações Relacionamento Conjugal	Rejeição Estilo de Vida sem Filhos	Necessidade Parentalidade	
<b>Valores Globais</b>	Coefficiente						
	Correlação	<b>,342**</b>	<b>,342**</b>	<b>,300**</b>	,058	<b>,178*</b>	<b>,345**</b>
<b>Depressão</b>	Significância	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	,432	<b>,014</b>	<b>,000</b>
	N	<b>188</b>	<b>188</b>	<b>188</b>	188	<b>188</b>	<b>188</b>
<b>Valores Globais</b>	Coefficiente						
	Correlação	<b>,399**</b>	<b>,348**</b>	<b>,331**</b>	<b>,150*</b>	<b>,248**</b>	<b>,422**</b>
<b>De Ansiedade</b>	Significância	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,040</b>	<b>,001</b>	<b>,000</b>
	N	<b>188</b>	<b>188</b>	<b>188</b>	<b>188</b>	<b>188</b>	<b>188</b>

Nota: FPI= Inventário de Problemas de Fertilidade; HADS= Hospital Anxiety and Depression Scale ;

\*\*=Correlação significativa ao nível 0,01;

\*=Correlação significativa ao nível 0,05

Ao observar a tabela 7 podemos verificar que apenas a dimensão Rejeição de um estilo de vida sem filhos não se correlaciona positivamente com a dimensão Valores Globais de Depressão do questionário HADS. Todavia, todas as dimensões do FPI se correlacionaram positivamente com a dimensão Valores Globais de Ansiedade. Sendo assim, podemos dizer que o FPI mostrou validade convergente com o HADS, com exceção da dimensão rejeição de estilo de vida sem filhos.

De seguida, iremos apresentar os valores da correlação entre as dimensões do FPI e as dimensões do IRP.

**Quadro 8: Correlações entre as dimensões do FPI e as dimensões do IRP**

Questionário IRP		Questionário FPI					
		Preocupações Sociais	Preocupações Sexuais	Preocupações Relacionamentos Conjugais	Rejeição de Estilo de Vida sem Filhos	Necessidade Parental	Perceção Global de Stress
<b>Pedido de Ajuda</b>	Coefficiente	-,116	-,082	-,088	,049	,005	-,073
	Correlação						
	Significância	,117	,272	,235	,514	,942	,329
	N	183	183	183	183	183	183
<b>Confronto e Resolução Ativa dos Problemas</b>	Coefficiente	<b>-,221**</b>	<b>-,215**</b>	<b>-,264**</b>	-,045	-,119	<b>-,234**</b>
	Correlação						
	Significância	<b>,003</b>	<b>,003</b>	<b>,000</b>	,549	,110	<b>,001</b>
	N	<b>183</b>	<b>183</b>	<b>183</b>	183	183	<b>183</b>
<b>Abandono Passivo Frente à Situação</b>	Coefficiente	-,140	-,093	-,143	,090	-,025	-,084
	Correlação						
	Significância	,058	,209	,053	,224	,732	,258
	N	183	183	183	183	183	183
<b>Controlo Interno/Externo dos Problemas</b>	Coefficiente	<b>-,337**</b>	<b>-,247**</b>	<b>-,337**</b>	-,123	<b>-,307**</b>	<b>-,423**</b>
	Correlação						
	Significância	<b>,000</b>	<b>,001</b>	<b>,000</b>	,097	<b>,000</b>	<b>,000</b>
	N	<b>183</b>	<b>183</b>	<b>183</b>	183	<b>183</b>	<b>183</b>
<b>Estratégias de Controlo das Emoções</b>	Coefficiente	<b>-,209**</b>	<b>-,242**</b>	<b>-,161*</b>	,101	-,074	<b>-,176*</b>
	Correlação						
	Significância	<b>,005</b>	<b>,001</b>	<b>,029</b>	,173	,320	<b>,017</b>
	N	<b>183</b>	<b>183</b>	<b>183</b>	183	183	<b>183</b>
<b>Atitude Ativa de não Interferência da Vida Quotidiana pelos Acontecimentos</b>	Coefficiente	-,032	-,033	-,060	<b>,198**</b>	,019	,005
	Correlação						
	Significância	,667	,656	,420	<b>,007</b>	,803	,949
	N	183	183	183	<b>183</b>	183	183
<b>Agressividade Interiorizada/Exteriorizada</b>	Coefficiente	-,051	-,031	,051	,019	-,046	,006
	Correlação						
	Significância	,489	,672	,496	,802	,532	,934
	N	183	183	183	183	183	183
<b>Auto-Responsabilização e Medo das Consequências do Problema e Planificação da Estratégia Coping Global</b>	Coefficiente	,027	-,107	-,067	-,101	-,140	-,105
	Correlação						
	Significância	,720	,149	,365	,175	,059	,157
	N	183	183	183	183	183	183
<b>Enfrentamento do Problema e Planificação da Estratégia Coping Global</b>	Coefficiente	-,053	-,029	-,057	,067	-,038	-,015
	Correlação						
	Significância	,472	,693	,447	,366	,612	,845
	N	183	183	183	183	183	183
<b>Coping Global</b>	Coefficiente	<b>-,362**</b>	<b>-,329**</b>	<b>-,347**</b>	,005	<b>-,235**</b>	<b>-,376**</b>
	Correlação						
	Significância	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	,949	<b>,001</b>	<b>,000</b>
	N	<b>183</b>	<b>183</b>	<b>183</b>	183	<b>183</b>	<b>183</b>

Nota: FPI= Inventário de Problemas de Fertilidade; IRP=Inventário de Resolução de Problemas

\*\*=Correlação significativa ao nível 0.01

\*=Correlação significativa ao nível 0.05

Como podemos apurar, no quadro 8 nem todas as dimensões do FPI se correlacionaram com as dimensões do IRP. Todavia, constatamos que as dimensões Preocupações Sociais ( $r=-,221$ ;  $p=,003$ ), Preocupações Sexuais ( $r=-,215$ ;  $p=,003$ ), Preocupações com Relacionamento Conjugal ( $r=-,264$ ;  $p=,000$ ) e a Perceção Global de Stress ( $r=-,234$ ;  $p=,001$ ) se correlacionaram inversamente com a dimensão Confronto e Resolução Ativa dos Problemas do IRP. As dimensões Preocupações Sociais ( $r=-,337$ ;  $p=,000$ ), Preocupações Sexuais ( $r=-,247$ ;  $p=,001$ ), Preocupações com Relacionamento Conjugal ( $r=-,337$ ;  $p=,000$ ), Necessidade de Parentalidade ( $r=-,307$ ;  $p=,000$ ) e a Perceção Global de Stress ( $r=-,423$ ;  $p=,000$ ) correlacionaram-se inversamente com a dimensão Controlo Interno / Externo dos Problemas. As dimensões Preocupações Sociais ( $r=-,209$ ;  $p=,005$ ), Preocupações Sexuais ( $r=-,242$ ;  $p=,001$ ), Preocupações com Relacionamento Conjugal ( $r=-,161$ ;  $p=,029$ ) e a Perceção Global de Stress ( $r=-,176$ ;  $p=,017$ ) correlacionaram-se inversamente com a dimensão Estratégias de Controlo das Emoções. A dimensão Rejeição de um Estilo de Vida sem Filhos ( $r=-,198$ ;  $p=,007$ ) correlacionou-se positivamente com a dimensão Atitude Ativa de não Interferência da Vida Quotidiana pelos Acontecimentos, do IRP. As dimensões Preocupações Sociais ( $r=-,362$ ;  $p=,000$ ), Preocupações Sexuais ( $r=-,329$ ;  $p=,000$ ), Preocupações com Relacionamento Conjugal ( $r=-,347$ ;  $p=,000$ ) Necessidade de Parentalidade ( $r=-,235$ ;  $p=,001$ ) e a Perceção Global de Stress ( $r=-,376$ ;  $p=,000$ ) correlacionaram-se inversamente com o Coping Global.

Embora as correlações não tenham sido todas estatisticamente significativas, existe uma tendência negativa na grande maioria das correlações, com exceção da dimensão Rejeição de um Estilo de Vida sem Filhos, que apresentou uma tendência tanto em sentido inverso como em sentido positivo. Com base nestes resultados, podemos concluir que o IRP avalia um constructo oposto do que é avaliado pelo FPI.

## 6.5. Estatísticas descritivas da amostra

Depois de estudarmos a validade discriminante e convergente do FPI e a sua fidelidade, é de extrema importância exibirmos os resultados descritivos da amostra do estudo relativamente ao FPI.

Para as dimensões do FPI e em ambos os sexos os valores médios mais baixos registaram-se na dimensão Preocupações Sexuais e os valores médios mais altos na dimensão Necessidade de Parentalidade (quadro 9).

**Quadro 9: Estatísticas Descritivas dos resultados da amostra**

	Estatísticas Descritivas					
	Feminino (N = 101)		Masculino (N = 87)		Total Amostra (188)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Preocupações Sociais	23,50	7,96	22,45	7,69	23,01	7,83
Preocupações Sexuais	14,51	6,19	13,10	4,70	13,86	5,58
Preocupações relacionamento conjugal	21,35	7,83	21,59	8,62	21,46	8,18
Rejeição estilo de vida sem filhos	32,04	6,74	31,23	6,23	31,66	6,51
Necessidade de Parentalidade	42,99	7,39	40,39	7,95	41,79	7,74
Perceção Global do Stress	134,36	25,54	128,76	25,00	131,77	25,38

## 7. Discussão dos Resultados

Os resultados obtidos no presente estudo mostraram que a versão portuguesa do FPI manifesta boas características psicométricas ao nível da consistência interna, com um valor de alfa de Cronbach na escala adaptada de .861. Ao nível das subescalas que constituem a medida, a consistência interna apresentou valores mais baixos do que os encontrados por Newton e colaboradores (1999). Quer no presente estudo, quer no de Newton (1999), o valor mais baixo de consistência interna apurou-se na subescala Preocupações Sexuais. O valor mais alto de consistência interna diferiu em ambos os estudos, sendo que nesta amostra esse valor registou-se na subescala Preocupações com Relacionamento Conjugal enquanto que no estudo de Newton e colaboradores (1999) registou-se na subescala Preocupações Sociais. As diferenças encontradas em relação à análise da consistência interna das duas versões do FPI podem dever-se às características da amostra ou ao conteúdo das perguntas não corresponder com exatidão ao conteúdo da tradução ou, ainda, que esse conteúdo embora igual possa ter diferentes significados para diferentes culturas.

De seguida, foi realizada a análise factorial exploratória, na qual se verificou que a versão adaptada para português do FPI, exhibe, ao nível da validade de constructo, boas propriedades psicométricas. No entanto, ao nível das suas dimensões não foi possível encontrar uma estrutura igual à apresentada no desenvolvimento da escala original. Quer na primeira análise factorial, quer na seguinte, não foi possível obter os mesmos

resultados, ainda que se tenha forçado a análise a uma solução com o mesmo número de factores da escala original. Quanto à validade discriminante calculada neste estudo, verificou-se que as intercorrelações das subescalas do FPI foram significativas, mas de baixa em tamanho, e variaram entre .155 ( $p=.34$ ) na correlação da subescala Preocupações Sexuais com a subescala Rejeição de um Estilo de Vida sem Filhos e entre .571 ( $p=.000$ ) na correlação da subescala Preocupações Sociais com a subescala Preocupações com o Relacionamento Conjugal. Evidenciando, desta forma, que esta adaptação do questionário pode de facto medir separadamente, ainda que relacionadas, dimensões do stress associado à infertilidade (Newton, Sherrard & Glavac, 1999). No entanto, a validade discriminante entre as dimensões Preocupações Sociais e Preocupações com o Relacionamento Conjugal é menos robusta. Estes resultados não diferem muito dos resultados do estudo de Newton e colaboradores (1999), em que as intercorrelações variaram de fracas a moderadas com valores entre 0,26 e 0,66. Também na escala original, apesar de se concluir ter uma boa validade discriminante, nota-se que as intercorrelações mais altas indicam pouca discriminação entre as subescalas.

A validade convergente foi avaliada através das correlações entre o FPI, o HADS e o IRP, com o intuito de analisar até que ponto as dimensões medidas pelo FPI se podiam associar com a sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiosa, assim como, com as estratégias de resolução de problemas. Na versão original os autores do estudo avaliaram a validade convergente através das correlações entre o FPI com o Inventário de Depressão de Beck para medir a depressão, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado para medir a ansiedade situacional e a Escala de Ajustamento Diádico para medir o ajustamento conjugal global.

Na correlação entre as escalas e o valor global de stress do FPI com a dimensão Valores Globais de Depressão do HADS, obtiveram-se correlações positivas e que variaram entre 0,18 e 0,35. Os participantes deste estudo que relataram maior Perceção Global de Stress também relataram níveis mais elevados de depressão. O mesmo se verificou nas restantes escalas, à exceção da escala Rejeição de um estilo de vida sem filhos, que não se associa positivamente com a dimensão Valores Globais de Depressão do questionário HADS. Assim sendo, a sintomatologia depressiva foi mais fortemente correlacionada com as escalas de preocupação social, preocupação sexual, preocupação com relacionamento conjugal e, por último, com a necessidade de parentalidade. O mesmo se verificou no estudo realizado pelos autores do instrumento por Newton e colaboradores (1999), em que a validade convergente ficou demonstrada pelas

correlações das várias escalas do FPI com medidas de depressão acima mencionadas, em que as correlações variaram entre .10 e .62.

A dimensão rejeição de um estilo de vida sem filhos e a dimensão necessidade de parentalidade foram as que obtiveram níveis de significância menores quando relacionadas com a depressão. Em comparação com o estudo de Newton e colaboradores (1999), os valores de correlação obtidos neste estudo mostraram ser mais fracos. No entanto, enquanto neste estudo as correlações foram obtidas para a totalidade da amostra, no estudo de Newton e colaboradores (1999) as correlações foram obtidas por género. Na correlação das cinco escalas e da Perceção Global de Stress com a dimensão Valores Globais de Ansiedade do HADS, todas as dimensões do FPI se correlacionaram positivamente com a dimensão Valores Globais de Ansiedade. Ou seja, os participantes deste estudo que relataram maior ansiedade também relataram níveis mais elevados na Perceção Global de Stress, maiores preocupações sociais, sexuais e com o relacionamento conjugal. Os participantes com valores mais elevados nas escalas rejeição de um estilo de vida sem filhos e necessidade de parentalidade também relataram níveis mais elevados de ansiedade. Conclui-se que o FPI também avalia a sintomatologia ansiosa, embora os valores de correlação tenham sido entre fracos a moderados à semelhança do estudo de Newton e colaboradores (1999).

Na correlação do FPI com o IRP, foi possível verificar que nem todas as dimensões do FPI se correlacionaram com as dimensões do IRP. Contudo, constatámos que as dimensões do FPI (Preocupações Sociais; Preocupações Sexuais; Preocupações com Relacionamento Conjugal; Necessidade de Parentalidade e Perceção Global de Stress) se correlacionaram inversamente com algumas das dimensões do IRP (Confronto e Resolução Ativa dos Problemas; Controlo Interno/Externo dos Problemas; Estratégias de Controlo das Emoções e Coping Global). Ou seja, Os indivíduos com maior perceção global de stress, com maiores preocupações sociais, sexuais e de relacionamento conjugal e maior necessidade de parentalidade apresentaram menor capacidade no confronto e resolução ativa de problemas, menor controlo interno/externo dos problemas, menores estratégias de controlo das emoções e menor capacidade de coping global. Apenas a dimensão Rejeição de um Estilo de Vida sem Filhos (FPI) se correlacionou positivamente com a dimensão Atitude Ativa de não Interferência da Vida Quotidiana pelos Acontecimentos (IRP). Este resultado, por si só, poderia indicar falta de validade convergente com o IRP, mas sabemos que quase dois terços dos respondentes têm infertilidade secundária. Sendo assim, e tendo em conta as

associações encontradas com as estratégias de resolução de problemas, podemos confirmar que ambos os questionários são medidas convergentes. Por outro lado, em termos conceituais, quer o IRP, quer o FPI avaliam problemas. O primeiro avalia mecanismos mais adaptados usados na resolução de problemas (estratégias de coping) e o segundo avalia a existência de problemas percebidos como stressores. Um valor alto no FPI significa que existem problemas por gerir e resolver, enquanto um valor baixo no IRP significa que os mecanismos para lidar com os problemas não estão a surtir efeito e, como tal, os problemas mantêm-se. É esta relação inversa que foi encontrada nos nossos resultados, apontando para a validade convergente do FPI.

Na descrição dos valores médios do total do FPI e das suas escalas, verificou-se que os elementos do sexo feminino apresentaram valores médios ligeiramente superiores aos elementos do sexo masculino, no entanto, essa diferença não é estatisticamente significativa. O mesmo se verificou nas restantes escalas, em que as mulheres atingiram níveis médios ligeiramente mais elevados dos que os homens, exceto na escala Preocupações com o Relacionamento Conjugal. No estudo de Newton e colaboradores (1999), os valores médios apresentados pelas mulheres foram ligeiramente superiores aos dos homens em todas as dimensões, incluindo na escala total. Logo, os resultados sugerem que a experiência das mulheres na infertilidade é ligeiramente mais stressante do que nos homens. Todavia, é de assinalar que estas diferenças de género são completamente apoiadas numa auto-observação subjetiva, apesar de existir um forte fundamento teórico para avaliar o stress percebido através do auto-relato, estas medidas têm as suas limitações (Newton, Sherrard & Glavac, 1999). De acordo com estes autores, para que um auto-relato seja válido e fiável é necessária auto-consciência e vontade de relatar a experiência própria. Ou seja, a percepção que um indivíduo tem acerca de si pode não corresponder à realidade vista pelo outro e também pode acontecer que exista uma tendência para o exagero.

Em comparação com os valores médios apresentados no estudo desenvolvido por Newton e colaboradores (1999), observou-se que as mulheres apresentaram valores médios mais baixos nas Preocupações Sociais e Preocupações Sexuais e valores médios mais elevados nas dimensões Rejeição de estilo de vida sem filhos e Necessidade de Parentalidade. Importa ainda referir que, na Perceção Global de Stress, ambos os estudos apresentaram valores médios idênticos. Nos homens verificou-se que apresentaram valores médios semelhantes nas dimensões Preocupações Sociais e

---

Preocupações Sexuais e apresentaram valores médios mais altos nas dimensões Rejeição de um estilo de vida sem filhos, Necessidade de Parentalidade e na dimensão total, ou seja, na Perceção Global de Stress. Todavia, a diferença entre homens e mulheres não parece ser significativa, assim como não parece existir grande diferença entre ambos os estudos. Visto que, em ambos os estudos, as mulheres apresentaram valores médios ligeiramente superiores aos homens.

---

## Conclusão

A finalidade deste trabalho foi a adaptação do Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI) para a população portuguesa, a fim de prover uma medida de avaliação relevante na perceção do impacto psicológico que a infertilidade pode acarretar para os casais, bem como o stress que esta condição pode causar.

Através dos resultados obtidos podemos concluir que o FPI, aferido para a população portuguesa, apresenta características psicométricas aceitáveis, não só a nível da consistência interna bem como a nível da validade de constructo. No decorrer da análise à estrutura do inventário foram retirados itens que não apresentaram estar associados aos factores e a solução final não apresentou uma estrutura dimensional semelhante à da escala original. Parece importante repetir os procedimentos numa amostra maior a fim de comprovar a presença das dimensões. A validade discriminante foi dada pela capacidade que o instrumento tem em medir separadamente as dimensões do stress, ainda que relacionadas entre si. Apresentou também validade convergente, ao apresentar uma relação directa com uma medida de ansiedade e uma relação inversa com uma medida coping. Conclui-se que a versão adaptada neste estudo é um instrumento vantajoso para estimar os níveis de stress em casais com problemas de fertilidade, permitindo desta forma um maior conhecimento do impacto desta situação na vida de um casal.

Dum modo geral, maior stress ligado à fertilidade mostrou associar-se a uma menor capacidade na resolução de problemas. Mais especificamente, maiores problemas sociais, sexuais, de relacionamento conjugal e maior necessidade de parentalidade associaram-se a uma menor capacidade no confronto e resolução activa de problemas, menor controlo dos problemas e a menores estratégias no controlo das emoções.

---

## Referências Bibliográficas

- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (2ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D. & Bandeira, D. (1998). O conceito de Coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273 – 294.
- Brugo – Olmedo, S., Chillik, C., & Kopelman, S. (2003). Definición y Causas de La Infertilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 54, No. 4, 227 – 248.
- Campagne, D. (2008). El Estrés? En Qué Momento Del Tratamiento Médico De La Infertilidad Debe Tratarse?. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 197 – 204.
- CNECV. (2004). *Procriação Medicamente Assistida*. Retrieved. from Comissão Nacional Ética para as Ciências da Vida. Acedido a: 12 de Setembro de 2012, através de [http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273057172\\_P044\\_ParecerPMA.pdf](http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273057172_P044_ParecerPMA.pdf)
- Decreto – Lei nº32/2006 de 26 de Julho, Diário da República, nº 143 – I Série Assembleia da República.
- Delgado, M. (2007). O Desejo de Ter um Filho...As Vivências do Casal Infértil. *Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde - Universidade Aberta*, Lisboa.
- Domar, A., Clapp, D., Slawsby, E., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, Vol. 73, No. 4, 805 – 811.
- Espada, A., & Moreno – Rosset, C. (2008). *La Intervención Psicológica en Infertilidad: Orientaciones para un Protocolo de Actuación Clínica*. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 186 – 196.
- Esteves, M. (2009). *Infertilidade a quanto obrigas!... Investigação da Personalidade na Infertilidade Psicogénea e na Fertilidade*. Lisboa: Trilhos Editora e Coisas de Ler.

- Faria, C. (2001). Aspectos Psicológicos da Infertilidade. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.189 – 209). Coimbra: Quarteto Editora
- Farinati, D., Rigoni, M., & Müller, M. (Outubro – Dezembro de 2006). Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 23 (4), 433 - 439
- Fernández, M.R., Herrera, P.S., & González, I.B. (2002). Infertilidad como evento paranormativo. Su repercusión familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 18 (2).
- Ferreira, S.A., Pires, A., & Salvaterra, F. (2004). Filho do coração...Adopção e comportamento parental. *Análise Psicológica*, XXII (2), 399 – 411.
- Gameiro, S., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2008). A Experiência Masculina de Infertilidade e de Reprodução Medicamente Assistida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol.9, No.2, 235 – 270.
- Gonçalves, J. (2005). Avaliação do casal infértil. *Rev Port Clin Geral*, 21, 493 – 503.
- González, I.L. (2002). La Infertilidad, el maternaje frustrado. *Rev Cubana Med Gen Integr*, Vol.18, No.3.
- Greil, A.L., & MacQuillan, J. (2004). Help – seeking patterns among subfecund women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol. 22, No. 4, 305 – 319.
- Hickey, D., Carr, A., Dooley, B., Guerin, S., Butler, E., & Fitzpatrick, L. (2005). Family and marital profiles of couples in which one partner has depression or anxiety. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 31, No. 2, 171 – 182.
- Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (2003). *Diretrizes para o Uso de Testes: International Test Commission*. Consultado em 23 de Outubro de 2012 através de <http://www.ibapnet.org.br>.
- Iribarne, C., Mingote, C., Denia, F., Balda, J., & Pérez, P. (2002). Estrés, estratégias de afrontamiento y duelo en mujeres infértiles. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatria de Enlace*, 64, 7 – 14.

- 
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e Intervenção*. Porto: Edições ASA.
- Jurado, R., Moreno – Rosset, C., Río, C. & Espada, A. (2008). Principales Trastornos Psicológicos Asociados a La Infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 167 – 175.
- Martinez, L. & Ferreira, A. (2008). *Análise de dados com SPSS – Primeiros Passos* (2ªed.). Lisboa: Escolar Editora.
- Marujo, H. (2004). *A Dor Secreta da Infertilidade - História de uma mulher que não pode ter filhos*. Lisboa: Editorial Presença.
- Meggo, Y. R. (2007). Infertilidad y Nuevas Tecnologías Reproductivas en el Perú: Un Abordaje Psicosocial. *Rev Per Obst Enf*, 3 (1), 73 – 79.
- Melo, V., Leal, I., & Faria, C. (2006). Depressão, ansiedade e stress em sujeitos inférteis. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 241 – 246. Faro: Universidade do Algarve.
- Moreira, J. (2009). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Moreira, S., Lima, J., Sousa, M., & Azevedo, G. (2005). Estresse e função reprodutiva feminina. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 5 (1), 119 – 125.
- Moreira, S., Melo, C., Tomaz, G., & Azevedo, G. (2006). Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 28 (6), 358 – 364.
- Moura – Ramos, M., Gameiro, S. & Canavarro, M.C. (2008). Inventário de Problemas de Fertilidade: Características psicométricas da versão portuguesa do Fertility Problem Inventory. *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios
- Newton, C., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility – related stress. *Fertility and Sterility*, Vol. 72, No. 1, 54 – 62.
- Nogueira, D. (2010). Variables psicológicas en la infertilidade. *Tese de Doutoramento, Departamento De Psiquiatria Y Psicología Médica, Medicina Legal e Historia*

---

*De La Ciencia De La Facultad De Medicina De La Universidad De Salamanca.*

Pais – Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2006). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine, 12* (2), 225 – 237.

Palacios, E., & Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidade: una revisión de la literatura reciente. *Rev Chil Neuro – Psiquiat, 38* (2), 94 – 103.

Palacios, E.B., Jadresic, E.M., Palacios, F.B., Miranda, C.V., & Domínguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Rev chil obstet ginecol, 67* (1), 19 – 24.

Patrão, I. (2005). Bem me quer, mal me quer... Bem nos quer, mal nos quer – A sexualidade, (in) fertilidade e o cancro. *Análise Psicológica, XXIII* (3), 289 – 294.

Pedro, J.B. (2012). Cuidados Centrados no Paciente e adesão aos tratamentos de fertilidade: resultados da validação da versão portuguesa do PCQ – Infertilidade. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, na Área Intervenções Cognitivo – Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde* da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação Da Universidade do Porto.

Ramos, J. (2002). *Stress e Coping dos Enfermeiros no Hospital: Contextos de Urgência/ Contexto e Cirurgia*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto. 74 pp. Acedido a: 17 de Julho de 2011, através de [http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9736/3/4535\\_TM\\_01\\_P.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9736/3/4535_TM_01_P.pdf).

Ramos, R. (2004). *Acontecimentos de Vida na Infância e Percepção de Stresse na Aduldez*. Universidade do Minho, Braga.

Río, C., Moreno – Rosset, C., Jurado, R., & Robaina, N. (2008). La Evaluación Psicológica En Infertilidad: El “DERA” Una Prueba Creada En España. *Papeles del Psicólogo, 29* (2), 176 – 185.

Robaina, N., Río, C. & Moreno – Rosset, C. (2008). Terapia de Pareja en Infertilidad. *Papeles del Psicólogo, 29* (2), 205 – 212.

- Rolim, L. & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e Luto durante a Gravidez e o Puerpério. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.255 – 296). Coimbra: Quarteto Editora
- Schneider, M., & Forthofer, M. (2005). Associations of psychosocial factors with the stress of infertility treatment. *Health and Social Work, 30* (3), 183 – 191.
- Serra, A.M., & Algarvio, S. (2006). Preocupações parentais dos pais de crianças nascidas por fertilização *in vitro*. *Análise Psicológica, XXIV* (2), 149 – 154.
- Silva, S. (2011). Perceções de Qualidade Relacional e de Stresse na Vivência da Infertilidade. *Dissertação de Mestrado de Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Da Universidade do Porto*.
- Sousa, C. (2012). Adaptação da Escala de Desajuste Emocional e Recursos Adaptativos (DERA) para a População Portuguesa. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Superior da Maia*.
- Teixeira, A., Calejo, L., Vasconcellos, G., Rocha, G., Centeno, M., Guimarães, H. (2005). Recém – Nascidos de Reprodução Medicamente Assistida. *Acta Med Port, 18*, 409 – 416.
- Trindade, Z., & Enumo, S. (2001). Representações Sociais de Infertilidade Feminina entre Mulheres Casadas e Solteiras. *Psicologia, Saúde & Doenças, 2* (2), 5 – 26.
- Uribelarrea, L. (2008). El Impacto Psicológico de La Infertilidad. *Papeles del Psicólogo, 29* (2), 158 – 166.
- Van Balen, F. & Bos, H.M. (2004). Infertility, culture, and psychology in worldwide perspective. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, Vol.22, No.4*, 245 – 247.
- Vaz - Serra, A. (1988). Um estudo sobre coping: o Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica, 9* (4), 301-316.
- Wardle, P. & Cahill, D. (2010). *Compreender a Infertilidade*. Porto: Porto Editora.

