



UNIVERSIDADE  
FERNANDO  
PESSOA

## O Apoio Social e o Ajustamento à infertilidade

Social Support and Adjustment to Infertility

Dissertação de Mestrado

Psicologia Clínica e da Saúde

Patrícia Salema de Almeida

Orientadora:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Silva

Junho 2025

Universidade Fernando Pessoa

**O Apoio social e o Ajustamento à Infertilidade**

Social Support and Adjustment to Infertility

Dissertação de Mestrado

Psicologia Clínica e da Saúde

Patrícia Salema de Almeida

Orientadora:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Silva

Junho 2025

## **Resumo**

O ser humano é um animal social que se forma a partir da relação com o outro, sendo a vida em grupo um mecanismo de sobrevivência importante, que traz benefícios de saúde bem estabelecidos. Um dos maiores objetivos de vida da nossa sociedade é a parentalidade, e a infertilidade revela-se um obstáculo a esta.

Este trabalho teve como objetivo compreender se existe relação entre a satisfação com o apoio social e o ajustamento à infertilidade em mulheres da população portuguesa. Teve, também, como objetivo compreender se existe alguma associação entre a satisfação com o apoio social, o ajustamento à infertilidade e as variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, escolaridade, altura, peso, IMC, tabagismo, consumo de álcool, se está atualmente numa relação, há quanto tempo está nessa relação, se existem crianças na relação atual, quanto tempo esteve a tentar engravidar com o seu atual companheiro, se já esteve grávida, quantas vezes esteve grávida, se já teve alguma perda gestacional, quantas perdas gestacionais teve, se já teve algum parto, quando ocorreram os partos, se foi dado diagnóstico, se optou por algum tratamento e qual, e histórico de adoção).

Foi estudada uma amostra não aleatória, do tipo “bola de neve”, constituída por 79 participantes, do sexo feminino, que preencheram um questionário sociodemográfico e clínico, a Escala de Satisfação com o Suporte Social e a Escala de Ajustamento à Fertilidade.

Os resultados deste estudo sugerem que, embora a satisfação com o apoio social na amostra seja globalmente moderada, ela não se traduz num melhor ajustamento à infertilidade, pelo contrário, mostrou estar associado a um menor ajustamento. Uma possível explicação para os resultados paradoxais deste estudo poderá residir na interpretação do apoio social como um indicador de maior vulnerabilidade emocional: as mulheres que experienciam menos ajustamento podem recorrer mais intensamente à sua rede de apoio, o que pode ser interpretado como um maior nível de satisfação com esse apoio.

Os dados reforçam a importância de uma abordagem terapêutica individualizada, sendo que não é suficiente simplesmente promover um apoio social de qualidade, mas sendo também importante trabalhar o ajustamento propriamente dito.

## **Abstract**

Human beings are social animals that grow through relationships with others, and group life is an important survival mechanism that brings well-established health benefits. One of the greatest life goals in our society is parenthood, and infertility is an obstacle to this.

This study aimed to understand whether there is a correlation between the satisfaction with social support and adjustment to infertility in women from Portugal. It also aimed to understand whether there is any association between satisfaction with social support, adjustment to infertility and sociodemographic and clinical variables (age, education, height, weight, BMI, smoking, alcohol consumption, whether the patient is currently in a relationship, how long the patient has been in that relationship, whether there are children in the current relationship, how long the patient has been trying to get pregnant with her current partner, whether she has ever been pregnant, how many times she has been pregnant, whether she has ever had a pregnancy loss, how many pregnancy losses she has had, whether she has ever had a birth, when the births occurred, whether she was diagnosed, whether she opted for any treatment and which one, and history of adoption).

A non-random, “snowball” sample was studied, consisting of 79 female participants, who completed a sociodemographic and clinical questionnaire, the Social Support Satisfaction Scale and the Fertility Adjustment Scale. The results of this study suggest that, although satisfaction with social support in the sample was moderate overall, it did not translate into better adjustment to infertility; on the contrary, it was associated with poorer adjustment. A possible explanation for the paradoxical results of this study could lie in the interpretation of social support as an indicator of greater emotional vulnerability: women who experience less adjustment may rely more intensely on their support network, which can be interpreted as a higher level of satisfaction with that support.

The data reinforces the importance of an individualized therapeutic approach, and it is important to promote quality social support, but we must also work on adjustment itself.

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Isabel Silva, a minha orientadora, expresso o meu mais sincero agradecimento pela orientação ao longo desta dissertação. A sua constante disponibilidade, paciência e dedicação foram fundamentais para a concretização deste trabalho.

À minha família e amigos, pelo apoio, pela motivação e pelas palavras certas nas horas certas – especialmente aos meus avós e à Filipa –, muito obrigada.

<b>Índice</b>	
<b>Resumo</b> .....	iii
<b>Abstract</b> .....	iv
<b>Agradecimentos</b> .....	v
<b>Índice</b> .....	vi
<b>Índice de Tabelas</b> .....	vii
<b>Índice de Abreviaturas</b> .....	viii
<b>Introdução</b> .....	1
<b>Método</b> .....	13
<b>Participantes</b> .....	13
<b>Material</b> .....	16
<b>Procedimento</b> .....	17
<b>Resultados</b> .....	18
<b>Discussão</b> .....	21
<b>Referências</b> .....	27
<b>ANEXOS</b> .....	45

## **Índice de Tabelas**

<b>Tabela 1</b> .....	13
<b>Tabela 2</b> .....	14
<b>Tabela 3</b> .....	18
<b>Tabela 4</b> .....	19

## **Índice de Abreviaturas**

EAF – Escala de Ajustamento à Fertilidade

ESSS – Escala de Satisfação com Suporte Social

IMC – Índice de Massa Corporal

SPSS- 29.0 - *Statistics Package for the Social Sciences*

## **Introdução**

Este trabalho tem como objetivo contribuir para a compreensão do ajustamento à infertilidade, um problema em crescimento na nossa sociedade.

Um dos maiores objetivos de vida da nossa sociedade é a parentalidade, e a infertilidade revela-se um obstáculo a esta (Moura-Ramos, 2011). A infertilidade é uma doença do sistema reprodutivo caracterizada pela falta de sucesso em engravidar ou levar a termo uma gravidez após, pelo menos, 12 meses de relações sexuais desprotegidas (Organização Mundial de Saúde, 2019; Zegers-Hochschild et al., 2009).

A Associação Portuguesa de Fertilidade (s.d.) descreve a infertilidade como uma condição caracterizada pela falência orgânica dos gâmetas ou pela disfunção dos órgãos reprodutores que se traduzem numa inabilidade em ter filhos (ou levar a gravidez a termo) ao fim de um ano de vida sexual plena sem métodos contraceptivos, em que a mulher tem menos de 35 anos e nenhuma parte conhece qualquer tipo de causa prévia para a infertilidade.

Segundo a *American Society for Reproductive Medicine* (2020), há diferença entre infertilidade e perda gestacional recorrente (perda espontânea de duas ou mais gestações). No entanto, segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (s.d.), um casal que tenha abortamentos de repetição também é considerado infértil.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde [O.M.S.] (2023), 1 em cada 6 pessoas tem problemas de fertilidade. Segundo Moghadam et al. (2011), a prevalência da infertilidade varia entre 5% a 30%, dependendo do país. Em Portugal, até ao ano 2015, estimou-se que 15% a 20% dos casais portugueses tinham problemas de fertilidade (Associação Portuguesa de Infertilidade, 2015).

Olmos (2003) defende que existem quatro questões médicas básicas quando um casal não consegue ter filhos:

- Existem espermatozoides?
- Existe óvulo?
- Os anteriores conseguem encontrar-se apropriadamente nas trompas de Falópio e interagir entre si (fusão dos gametas)?
- O ambiente uterino propicia que o embrião ou feto se desenvolva?

A avaliação inicial da infertilidade prende-se, portanto, numa discussão sobre o ato sexual e uma descrição dos exames que podem ser feitos para determinar a causa da

infertilidade, mais especificamente se a causa é feminina, masculina, ambas ou indefinida (Hall, 2002).

Segundo Olmos (2003), a infertilidade feminina pode ter causas obstrutivas ou não obstrutivas. As causas não obstrutivas incluem: problemas na ovulação, menopausa precoce e a síndrome do ovário policístico. As causas obstrutivas incluem: endometriose, obstruções no colo do útero (causadas por problemas hormonais ou obstruções físicas), miomas, sinéquia (aderência dos tecidos) e obstruções ou lesões nas trompas de Falópio.

Segundo Hall (2002), as causas mais comuns são as anomalias da função menstrual, sendo que estas incluem disfunção ovulatória, anomalias do útero e anomalias do trato de saída (colo do útero, vagina ou vulva) que se manifestam com ausência de menstruação, ciclos irregulares e/ou ciclos curtos.

A infertilidade masculina tem como causas possíveis (Olmos, 2003): infecções ou doenças sexualmente transmissíveis que podem afetar o sêmen e consequentemente os espermatozoides, varicocele, exposição a temperatura ambiente alta, retro ejaculação, oligospermia ou azoospermia (baixa quantidade ou ausência de espermatozoides) e a criptorquidia (ausência de testículos).

Além das causas acima referidas, a literatura mostra alguns fatores de risco, tais como a idade, consumo de tabaco e de álcool, obesidade e stress (Eijkemans et al., 2014; Sabarre et al., 2013; Schweiger et al., 2018; Tsai, et al., 2013). Também os fatores psicológicos são muito importantes e podem contribuir para causar infertilidade (Podolska & Bidzan, 2011; Sherin e Krishna, 2024).

As opções disponíveis para um casal com dificuldade em ter filhos resumem-se a aceitar a ausência de filhos, a adoção ou recorrer a técnicas de procriação medicamente assistida (Moutinho, 2004).

Segundo Olmos (2003), os tratamentos para as possíveis causas da infertilidade podem ser clínicos (tratar as infecções e tratamentos hormonais) ou os tratamentos cirúrgicos, dependendo qual a problemática a tratar.

Os tratamentos de infertilidade, tal como a própria infertilidade, são considerados tratamentos de baixo controlo com taxas de sucesso baixas (Bushnik et al., 2012; Galhardo et al., 2015), são, portanto, tratamentos desgastantes a vários níveis.

Hall (2002) considera que a infertilidade se encontra num espectro, sendo que varia desde a necessidade de intervenção médica para tratar a mesma até às causas consideradas irreversíveis como a esterilidade.

As técnicas de procriação medicamente assistida vieram revolucionar a vida dos casais com problemas de fertilidade (Olmos, 2003), sendo que em Portugal, as técnicas de procriação medicamente assistida começaram a existir a partir de 1985 (Moutinho, 2004).

Os métodos terapêuticos disponíveis são indução de ovulação (métodos farmacológicos, por exemplo, citrato de clomifeno), inseminação intrauterina (IUI), fertilização *In-vitro* (FIV), injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), transferência intrafalopiana de gametas/transferência intrafalopiana de zigotos (GIFT/ZIFT), gametas doados (doação de esperma e/ou óvulos) e, em alguns países, gestação de substituição (vulgo, “barriga de aluguer”) (Hall, 2002; Moutinho, 2004; Olmos, 2003).

Um denominador comum a todas as técnicas de procriação medicamente assistida atualmente disponíveis é a estimulação dos ovários (e, portanto, a indução da ovulação). É uma técnica que começou a ser realizada a partir dos anos 80 (Moutinho, 2004; Olmos, 2003). O tratamento da infertilidade deve ser moldado a cada casal e os seus problemas específicos (Hall, 2002).

Os tratamentos existentes focam-se maioritariamente na mulher por isso é esta que sofre mais o seu impacto (Batista, Bretones & Almeida, 2016).

Todos os procedimentos mencionados, além da própria infertilidade, podem englobar dificuldades a nível psicológico e emocional, principalmente face ao insucesso do tratamento. A infertilidade e a necessidade constante de tomar decisões medicas acarretam um processo de luto constante e, portanto, podem gerar sofrimento psicológico e stress (American Society for Reproductive Medicine, 2020).

O preço elevado do tratamento da infertilidade torna difícil o acesso ao mesmo ou pode deixar as pessoas em dividas se elas optarem por procurar tratamento na mesma (O.M.S., 2023)

Em Portugal, segundo o Decreto-Lei n.º 32/2006, têm acesso a técnicas de procriação medicamente assistida “casais de sexo diferente ou os casais de mulheres, respetivamente casados ou casadas ou que vivam em condições análogas às dos cônjuges” com diagnóstico de infertilidade ou com doenças graves ou doenças com risco de transmissão, e todas as mulheres independentemente do diagnóstico de infertilidade. Para acesso às técnicas em questão os beneficiários têm de ter mais de 18 anos e, no caso das mulheres, menos de 50 anos pelo privado e menos de 42 anos pelo sistema nacional de

saúde, sendo que há tratamentos em que a idade máxima é 40 anos (Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, s.d.).

Um estudo recente revelou que o tratamento por fertilização *In-vitro* pode ser influenciado de forma positiva por vários fatores psicológicos (como vinculação segura, apoio social, mindfulness e autocompaixão) (Sahraian et al., 2024).

A infertilidade é tida como uma das crises de vida mais stressantes que o indivíduo e o casal podem ter de enfrentar, colocando o bem-estar psicológico em risco (American Society for Reproductive Medicine, 2020; Vioreanu, 2021). A inabilidade de ter filhos e a incerteza associada à infertilidade pode e costuma evocar sentimentos de perda e luto recorrentes, que costumam ser exacerbados pelo grande número de decisões médicas que têm de ser tomadas (American Society for Reproductive Medicine, 2020). O stress psicológico associado à infertilidade não está somente ligado ao diagnóstico, mas também aos procedimentos terapêuticos que visam tratar a infertilidade sendo que estes podem gerar ciclos de esperança, seguida de luto quando um novo tratamento ou ciclo de tratamento não tem o resultado esperado (Hall, 2002).

A infertilidade tem impacto em várias áreas da vida incluindo familiar, social, física, sexual e a nível de carreira. Em alguns países em desenvolvimento a infertilidade pode ser um verdadeiro problema social, o que acarreta estigma e isolamento (Batista, Bretones & Almeida, 2016; Patel et al., 2018; Pinar & Yildirim, 2016; Vioreanu, 2021).

O estigma social é a desvalorização de um indivíduo ou grupo com base numa característica ou condição (Klaus et al., 2023; Major & O'Brien, 2005), o que pode causar dano à saúde e autoestima de quem é estigmatizado.

Enquanto Pachankis et al. (2018) incluíram a infertilidade no grupo dos estigmas considerados persistentes, mas inócuos (Cluster 4), sendo que consideraram a mesma crónica, mas pouco perigosa, pouco perturbadora, que pouco afeta a atratividade do ponto de vista estético e que a aquisição deste estigma é da responsabilidade do próprio sendo que, por isso, tem pouco impacto nas interações sociais quando comparada com outros estigmas estudados, Zhang et al. (2021) defendem que as mulheres experimentam elevados níveis de estigma que impactam as interações sociais pois estas mulheres tendem a isolar-se socialmente como resposta ao estigma, sendo que evitam participar em situações sociais com crianças.

Koç, Karakoç e Ersöğütçü (2024) defendem que quanto mais alto o nível de estigma percebido, mais alto o nível de sintomas depressivos e, no estudo de Ergin et al. (2018), alguns participantes reportaram sentir-se excluídos e isolados socialmente.

A investigação revela que os homens e as mulheres contribuem igualmente para a infertilidade, mas as mulheres são mais frequentemente vítimas de discriminação, estigma e culpa por parte dos familiares e da sociedade e sentem mais sofrimento quando confrontadas com a infertilidade e as consequências desta (Galhardo et al., 2016; Montgomery & Terrion, 2023; Sherin & Krishna, 2024; Slade et al., 2007). Buseti (1995) encontrou diferenças significativas quanto à pressão social entre os dois sexos, sendo que as mulheres mostraram sentir-se mais pressionadas socialmente do que os homens. As mulheres têm, também, mais probabilidade de ter sintomas de ansiedade e mais sentimentos de culpa em relação à infertilidade do que os homens (Maroufizadeh, et al., 2018; Patel et al., 2018). Ainda falando das diferenças entre os sexos, a investigação revelou que em termos antropológicos, raramente vemos a infertilidade masculina a ser referenciada, o que pode indicar que os problemas reprodutivos são maioritariamente atribuídos às mulheres, originando estigma e simbologias pejorativas (Trindade & Enumo, 2001). Nos estudos de Galhardo et al. (2016) e Shafierizi et al. (2022), viu-se que a necessidade de parentalidade foi significativamente mais elevada nas mulheres do que nos homens, o que pode explicar as diferenças mencionadas em cima. No entanto, estes autores não encontraram diferenças significativas entre os dois sexos quanto à preocupação social, sexual ou da relação, nem na rejeição da vida sem filhos. Em ambos os sexos viu-se que baixo apoio do/a companheiro/a, pressão sociocultural para conceber e limitações financeiras parecem prever mais stress (Patel et al., 2018).

Mulheres com diagnóstico de infertilidade relatam pior ajustamento marital e menor qualidade de bem-estar quando comparadas com mulheres sem esse diagnóstico (Mousavi et al., 2015). Mais autores defendem que as mulheres têm uma probabilidade elevada de desenvolver problemas de saúde mental (Yusuf, 2016; Sherin e Krishna, 2024). Para além disso, as mulheres que não sabiam o motivo da infertilidade mostraram sentir maior pressão social do que as mulheres que sabiam o motivo (Busetti, 1995)

Segundo Patel et al. (2018), os homens que sofreram estigma e exclusão devido à infertilidade sentiram mais sofrimento psicológico do que os homens que não passaram por isso. Buseti (1995) observou que os homens que não conheciam o diagnóstico final de infertilidade sentiam menos pressão social do que aqueles que tinham conhecimento desse diagnóstico.

Segundo Simionescu et al. (2021), casais com problemas de infertilidade têm mais risco de desenvolver problemas psicológicos comparado com casais saudáveis. Sentimentos de isolamento, frustração, culpa e vergonha são comuns em casais com

infertilidade o que por sua vez causa sofrimento emocional significativo nestes casais (Batista, Bretones, & Almeida, 2016; Hayashi & Mariyama, 2019; Marques & Morais, 2018; Spotorno, Silva, & Lopes, 2008; Klaus et al., 2023)

Segundo Schweiger et al. (2018) há uma relação entre a infertilidade e a psicopatologia, no entanto esta ligação não é consistente e tem níveis elevados de viés.

A vivência da infertilidade pode desencadear um sofrimento psicológico profundo, sobretudo quando ter filhos é um objetivo de vida importante. Nesse contexto, o sentimento de fracasso associado à impossibilidade de conceber naturalmente pode ser acompanhado por emoções intensas como tristeza, frustração e sensação de aprisionamento, características frequentemente associadas a quadros depressivos (Galhardo et al., 2016). Entre as mulheres, o stress gerado pelos tratamentos de infertilidade, como a fertilização *in vitro*, parece intensificar-se diante da ameaça de insucesso, ainda que, quando esses tratamentos resultam em gravidez, há uma atenuação significativa das emoções negativas (Verhaak et al., 2006). Ainda assim, algumas evidências apontam para uma relação consistente entre sintomas de ansiedade e depressão e os processos envolvidos nos tratamentos de infertilidade, sugerindo que a intervenção psicológica pode desempenhar um papel importante na melhoria dos desfechos clínicos (Frederiksen et al., 2015; Vioreanu, 2021). De facto, a ansiedade e a depressão, destacam-se como as perturbações psicológicas mais prevalentes entre casais inférteis, sendo a duração prolongada dos tratamentos um fator que intensifica o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos (Maroufizadeh et al., 2018; Vioreanu, 2021). Pelo contrário, no estudo de Hoyle et al. (2022), em vez da duração da infertilidade, o fator associado com maior sofrimento foi a infertilidade primária.

Diante destes desafios emocionais impostos pela infertilidade, a Psicologia Positiva pode oferecer uma perspetiva valiosa.

A Psicologia Positiva, que começou a ser mais estudada a partir da década de 1990, objetiva investigar os recursos que o indivíduo tem disponíveis para enfrentar os problemas da sua vida (Campos & Scorsolini-Comin, 2020; Scorsolini-Comin et al., 2013). Podemos definir Psicologia Positiva como o estudo das características e estados psicológicos que promovem o bem-estar subjetivo (APA, 2018). Seligman (2011) afirma que o florescimento, tanto do indivíduo como das comunidades, é o principal critério medidor do bem-estar, sendo este definido como um estado de bom funcionamento alcançado pelo aumento de emoções positivas, de envolvimento, de relações positivas, de significado na vida e sentimento de realização.

Assim sendo, podemos dizer que, após várias décadas focadas na doença e nas emoções negativas, a Psicologia começa a debruçar-se sobre aspetos mais positivos da psique humana. Passou a concentrar-se na prevenção de problemas e no estudo e promoção das variáveis positivas inerentes à vida – como, por exemplo, a felicidade e o apoio social (Seligman, 2002).

O ser humano é um animal social, facto que pode ser corroborado pela nossa necessidade de vinculação na infância. Forma-se a partir da relação com o outro (Fonseca & Moura, 2008; Taylor, Dickerson & Klein, s.d.), sendo a vida em grupo um mecanismo de sobrevivência importante, que traz benefícios de saúde bem estabelecidos (Brewer, 2004; Taylor, Dickerson & Klein, s.d.)

A investigação tem revelado que é na relação com o outro que surge o apoio social, apoio este que pode produzir efeitos benéficos, tanto para quem é apoiado como para quem oferece o apoio (Fonseca & Moura, 2008).

No entanto, parece haver algumas discrepâncias no que toca a definição concreta do apoio social. Rodriguez e Cohen (1998), por exemplo, definem o apoio social como o processo pelo qual os indivíduos gerem os recursos psicológicos e materiais disponíveis através das redes de apoio. Estes recursos ajudam o indivíduo a satisfazer as necessidades sociais, a lidar melhor com eventos stressantes e a alcançar os seus objetivos.

Numa revisão de Pais-Ribeiro (2011), o apoio social diz respeito aos recursos ao dispor do indivíduo e das unidades sociais (por exemplo, família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência.

Podemos, então, dizer que o apoio social é um construto multidimensional que engloba os recursos sociais e contextuais disponíveis através das relações interpessoais (Paúl & Fonseca, 2001; Rodriguez & Cohen, 1998).

Campos e Scorsolini-Comin (2020) dizem que o apoio social é a perceção que temos de conforto e estima provenientes de um conjunto de interações que têm o propósito de proteger e ajudar, interações estas estabelecidas com amigos, família, colegas de trabalho, vizinhos, profissionais e até instituições.

Alguns autores definem o apoio social como ter disponível alguém com quem possamos desabafar e experimentar atitudes de cuidado (Martins et al., 2014; Walen & Lachman, 2000)

Por sua vez, a rede de apoio é o grupo de pessoas com quem o indivíduo tem vínculo. O apoio social são os recursos disponibilizados pela rede de apoio, recursos estes medidos pela perceção do indivíduo (Fonseca & Moura, 2008)

Rodriguez e Cohen (1998) apontam para duas medidas de apoio social: o apoio estrutural (as características estruturais da rede de apoio) e o apoio funcional (os recursos da rede de apoio). O apoio estrutural engloba o tamanho e interconectividade da rede de apoio do individuo e inclui estado civil, existência de família e amigos e adesão a grupos e organizações, e quão próximo o individuo é com as pessoas que fazem parte da sua rede de apoio. O apoio funcional engloba os recursos disponíveis através da rede de apoio e quão disponíveis estes recursos estão.

Dividindo pelo tipo de recurso, existem três tipos de apoio social: instrumental ou tangível (por exemplo, apoio financeiro), informacional ou cognitivo (por exemplo, conselhos e informação relevante para a vida do indivíduo) e emocional ou psicológico (por exemplo, dar ao individuo espaço para expressar-se emocionalmente e responder com empatia, apoio e cuidado) (APA, 2018; Peixoto & Peixoto, 2017; Rodriguez & Cohen, 1998).

Podemos, ainda, dizer que o apoio social remete à qualidade das relações que temos com pessoas próximas e a nossa percepção dessas relações (Kroemeke & Kubicka, 2018; Martins et al., 2014).

Outra distinção feita na literatura é entre apoio social percebido e apoio social recebido. O apoio social percebido é o apoio social que o indivíduo percebe como disponível e o apoio social recebido é o apoio social que o indivíduo, de facto, recebe (Pais Ribeiro, 2011).

Um dos fatores de saúde e bem-estar referido por Paúl e Fonseca (2001) é a pertença a grupos sociais. O apoio social ajuda a desenvolver características positivas e melhora o bem-estar subjetivo (Khan & Husain, 2010) e a literatura mostra que influencia a saúde, tanto mental como física (House, Umberson & Landis, 1988). O apoio social tem um papel importante na forma como o indivíduo se ajusta a uma crise de vida (Martins et al., 2014).

Por isso, é importante notar que, segundo Rodriguez e Cohen (1998), o apoio social percebido está associado a um melhor ajustamento quando comparado com o apoio social recebido. Além disso, alguns autores, defendem que a procura de apoio social é considerada uma forma de coping (Seligman, 2002; Taylor, Dickerson & Klein, )

Outros fatores que influenciam os resultados do apoio social na saúde incluem diferenças de necessidade e desejo de apoio social, características dos indivíduos, natureza da relação, circunstâncias do apoio dado e correspondência entre recursos disponíveis e necessidades de apoio do individuo (Rodriguez & Cohen, 1998)

A literatura mostra que as relações sociais, e o apoio que advêm delas, têm um grande potencial para serem protetoras, mas também danosas, tanto psicologicamente como fisicamente (Rodriguez & Cohen, 1998). Por isso, podemos dizer, por exemplo, que o apoio da família pode ser considerado um fator protetor (Martins et al., 2014), mas também pode ser um fator de stress se a família fizer pressão, mesmo que seja sem intenção fazendo só perguntas sentidas como incomodas (Batista, Bretones & Almeida, 2016; Satir & Kavlak, 2017).

A relação entre apoio social e stress relacionado com a infertilidade é mediada pela decisão de divulgar a condição à rede de apoio (Martins et al., 2014).

O estigma associado à infertilidade e o seu tratamento traz dúvidas sobre o que contar e a quem contar esta condição, principalmente com pessoas próximas (Klaus et al., 2023), assim, a divulgação da condição e do tratamento podem ter efeitos positivos quando resultam numa maior aproximação, mas também podem ter efeitos negativos, se o casal se sentir julgado ou discriminado (Bell, 2012; Klaus et al., 2023). Por isso, podemos dizer que a literatura reforça a ambivalência em relação à divulgação (High & Steuber, 2014; Montgomery & Terrion, 2023; Skvirsky et al., 2018): pode ocorrer um efeito positivo do apoio social, mas também um efeito negativo, quando o mesmo não existe ou não vai de encontro às expectativas do indivíduo. Por outro lado, quando os casais não divulgam a infertilidade têm menos acesso à rede de apoio social e, por isso, menos apoio social, e a literatura mostra que ficam mais vulneráveis emocionalmente (Rooney & Domar, 2018).

Um dos principais motivos para a divulgação ser tão ambivalente é a possibilidade de uma comunicação desadequada por parte de família e amigos, o que pode causar estigma e, conseqüentemente, apoio social com pouca qualidade (High & Steuber, 2014; Montgomery & Terrion, 2023), o que pode explicar porque Patel et al. (2018) defendem que, nas mulheres com problemas de fertilidade, quanto maior o envolvimento da família, maiores os níveis de sofrimento. Por isso, além da composição da rede de apoio, os comportamentos de apoio e a avaliação subjetiva do apoio são elementos importantes a ter em conta (Gonçalves et al., 2011; Klaus et al., 2023)

As mulheres procuram apoio social de pessoas em situação semelhante através de vários meios, incluindo online, amizades já existentes, colegas do local de trabalho, utentes na sala de espera da clínica, entre outros (Montgomery & Terrion, 2023). É importante notar que a internet é uma ferramenta muito usada por mulheres como fonte de informação e apoio (Lehto et al., 2021; Satir & Kavlak, 2017)

Por outro lado, o estudo de Bell (2012) demonstrou que mais de dois terços das participantes expressaram que a necessidade de apoio psicossocial dos homens durante o tratamento da infertilidade foi, em geral, ignorada incluindo pelas próprias parceiras destes. Isto pode ser exacerbado pelo facto de que, pelo menos uma parte destes homens, não se sente à vontade para expressar as suas emoções em relação à infertilidade e porque os homens divulgam menos informação sobre a infertilidade e o seu tratamento do que as mulheres. Ou seja, os homens podem não procurar nem perceber tanto apoio social porque tendem a isolar-se e internalizar as emoções, enquanto as mulheres têm mais facilidade a expressar as emoções (Agostini et al., 2011; Klaus et al., 2023).

A investigação mostra que a intervenção psicológica tem efeitos benéficos na redução dos níveis de stress relacionado com infertilidade, ansiedade e sintomas depressivos, bem como melhora a qualidade de vida e a dinâmica do casal (Vioreanu, 2021); e ao melhorar o apoio social das mulheres com infertilidade também aumentamos a adesão ao tratamento (Sheikhian et al., 2023).

A terapia de grupo cria um ambiente propício à partilha de experiências e sentimentos em relação à infertilidade e o tratamento da mesma e tem o potencial de proporcionar uma rede de apoio e conseqüentemente apoio social (Hayashi & Mariyama, 2019), apoio esse dado por pessoas com experiências semelhantes, o que pode proporcionar mais apoio emocional e informacional (Montgomery & Terrion, 2023).

A investigação revela conclusões paradoxais. Se uns estudos mostram que a psicoterapia pode aumentar a taxa de gravidez em pessoas com infertilidade, principalmente se estiverem a receber tratamento (Zhou et al., 2021), outros revelam que a intervenção psicológica não contribui para alterar a probabilidade de engravidar (Boivin, 2003).

Tal como no caso do apoio social, não encontramos uma definição concreta do construto quando nos debruçamos sobre o ajustamento, mas podemos dizer que estamos perante um bom ajustamento quando o indivíduo tem um bom entendimento dos eventos e mudanças psicológicas que ocorreram e aceita estes, existindo uma modificação das crenças e objetivos pessoais, além de existir uma aquisição apropriada de estratégias para lidar com qualquer eventual consequência resultante dos eventos e mudanças que ocorreram (Beaumont, 2004)

Alguns modelos de ajustamento psicossocial incluem:

- Modelo de Senso Comum e Autoregulação (Moutzouri, Sarantaki, & Gourounti, 2021): o indivíduo forma representações cognitivas da

infertilidade e do que a mesma acarreta de forma a conseguir gerir a mesma. Quanto mais negativas as representações, mais negativas são as respostas emocionais. Este modelo pode ser utilizado para ajudar o indivíduo a modificar as representações de forma a aumentar o bem-estar.

- Teoria Biopsicossocial (Gerrity, 2001): os stressores da experiência da infertilidade não são só físicos e emocionais, mas também existem a nível interpessoal e existencial, podendo, por isso, as estratégias de coping habituais do indivíduo não ser suficientes para haver um ajustamento à infertilidade. Esta teoria fala do apoio social como uma ferramenta importante para mediar o efeito da infertilidade.

Os fatores psicossociais protetores e facilitadores do ajustamento identificados foram otimismo, *coping* focado no problema, boas relações familiares, apoio social, aceitação e estilo de vinculação segura (Rockliff et al., 2014). Os fatores de risco foram neuroticismo, auto-crítica, propensão para depressão, fuga e evitamento, desamparo e problemas na relação (Rockliff et al., 2014)

Alguns estudos mostram que o ajustamento varia em relação à duração da infertilidade. Alguns autores verificaram que os índices de depressão mais elevados eram os das mulheres que iam no terceiro ano de tentativa de engravidar, sendo que o índice de depressão baixava gradualmente a partir desse ano (Domar et al., 1992; Sadiq et al., 2022). Berg e Wilson (1991) também viram este aumento de depressão a partir do terceiro ano, mas acrescentam que o ajustamento marital também piora e não falam de melhorias a partir do terceiro ano.

As estratégias de *coping* orientadas para o problema mostraram estar associadas a um melhor ajustamento, enquanto as estratégias como evitamento estão associadas a maior sofrimento e até a diminuição no ajustamento marital (Berghuis & Stanton, 2002; Peterson et al., 2006)

Alguns autores defendem que as mulheres usam mais estratégias de *coping* do que os homens, incluindo procura de apoio social (Montgomery & Terrion, 2023; Pasch et al. 2004; Peterson et al., 2006).

O suporte do/a companheiro/a parece prever melhor ajustamento à infertilidade (Martins et al., 2014; Patel et al., 2018). Se a qualidade da relação for elevada, o sofrimento psicológico (depressão, ansiedade e stress) é baixo em mulheres com infertilidade (Sadiq, Rana & Munir, 2022). Portanto, o apoio do companheiro pode ser

um fator de proteção na vida de mulheres com infertilidade (MacBeth & Gumley, 2012; Sherin & Krishna, 2024).

Assim sendo, podemos dizer que o ajustamento à infertilidade é um processo complexo que pode ser influenciado pelo apoio social. E tendo isto em conta, neste trabalho apresenta-se um estudo empírico que procura responder à seguinte questão de investigação: “Existe relação entre o apoio social e o ajustamento à infertilidade?”

O presente estudo, de natureza exploratória e transversal, tem como objetivos gerais compreender se existe uma relação entre a satisfação com os diferentes domínios do apoio social e o ajustamento à infertilidade. Teve, ainda, como objetivos específicos:

- (a) Descrever a perceção do apoio social (intimidade, satisfação com família, satisfação com amizades e atividades sociais) em indivíduos com dificuldade em ter filhos.
- (b) Descrever o ajustamento (centralidade da paternalidade, vida em suspenso e aceitação da vida sem filhos) em indivíduos com dificuldade em ter filhos
- (c) Analisar se existe uma associação estatisticamente significativa entre satisfação com o apoio social (intimidade, satisfação com família, satisfação com amizades e atividades sociais) e ajustamento à infertilidade (centralidade da paternalidade, vida em suspenso e aceitação da vida sem filhos).
- (d) Compreender se existem diferenças e associações estatisticamente significativas entre o apoio social percebido e variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade) e clínicas (altura, peso, IMC, tabagismo, consumo de álcool, se está atualmente numa relação, há quanto tempo está nessa relação, se existem crianças na relação atual, quanto tempo esteve a tentar engravidar com o seu atual companheiro, se já esteve grávida, quantas vezes esteve grávida, se já teve alguma perda gestacional, quantas perdas gestacionais teve, se já teve algum parto, quando ocorreram os partos, se foi dado diagnóstico, se optou por algum tratamento e qual, e histórico de adoção).
- (e) Analisar se existem diferenças e associações estatisticamente significativas entre indivíduos com distintas características sociodemográficas (idade, escolaridade) e clínicas (altura, peso, IMC, tabagismo, consumo de álcool, se está atualmente numa relação, há quanto tempo está nessa relação, se existem crianças na relação atual, quanto tempo esteve a tentar engravidar com o seu atual companheiro, se já esteve grávida, quantas vezes esteve grávida, se já teve alguma perda gestacional, quantas perdas gestacionais teve, se já teve

algum parto, quando ocorreram os partos, se foi dado diagnóstico, se optou por algum tratamento e qual, e histórico de adoção) em relação ao nível de ajustamento à infertilidade.

- (f) Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos que recorreram ou pensam recorrer à adoção e indivíduos que não equacionam fazê-lo em relação ao nível de ajustamento à (in)fertilidade.
- (g) Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos que recorreram ou pensam recorrer à adoção e indivíduos que não equacionam fazê-lo em relação ao nível de apoio social percebido

## Método

### Participantes

Foi estudada uma amostra não aleatória, do tipo “bola de neve”, constituída por 79 participantes, do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 25 e 47 anos ( $M=35,9$ ;  $DP=4,68$ ), sendo que, 98,7% ( $n=78$ ) tem atualmente um relacionamento com um parceiro, sendo o mínimo de tempo da relação 3 anos e o máximo 24 anos ( $M=10,51$ ;  $DP=4,76$ ).

As participantes estão a tentar engravidar há menos de um ano, no mínimo, e há onze anos, no máximo ( $M=2,92$ ;  $DP=2,38$ ). Da amostra, 51,9% ( $n=41$ ) das mulheres dizem ter diagnóstico de infertilidade, 41,8% ( $n=33$ ) ainda não tem diagnóstico de infertilidade formalizado, e 6,3% ( $n=5$ ) referem que a causa da infertilidade é masculina. Das 79 participantes, 65,8% ( $n=52$ ) submeteu-se a tratamento de fertilidade.

A tabela 1 apresenta os dados descritivos das variáveis analisadas.

**Tabela 1**

*Tabela de estatística descritiva da amostra*

	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<b>Idade (anos)</b>	79	25	47	35,9	4,68
<b>IMC</b>	79	17	41	25,1	4,49
<b>Tempo de relação atual (anos)</b>	78	3	24	10,51	4,76
<b>Tempo a tentar engravidar (anos)</b>	79	<1	11	2,92	2,38

**Tabela 1***Tabela de estatística descritiva da amostra*

	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<b>Número de perdas gestacionais</b>	42	1	7	2,07	1,51
<b>Período decorrido desde o último parto (anos)</b>	-	0	16	1,81	2,50

A seguir, apresenta-se a distribuição das frequências das variáveis analisadas, complementando os dados descritivos anteriormente apresentados (Tabela 2).

**Tabela 2***Tabela de frequências da amostra*

		<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Escolaridade</b>	12ºano	12	15,2
	Licenciatura	25	31,6
	Mestrado	40	50,6
	Doutoramento	2	2,5
<b>Consumo de Tabaco</b>	Não	74	93,7
	Sim	5	6,3
<b>Consumo de Álcool</b>	Não	48	60,8
	Sim (socialmente)	31	39,2
<b>Relação atual</b>	Sim	78	98,7
	Não	1	1,3
<b>Filhos</b>	Da relação atual	41	51,9
	De relação anterior	2	2,5
	Parceiro tem filhos	2	2,5
	Não tem filhos	33	41,8
	Omitiu resposta	1	1,3
<b>Gravidez</b>	Natural	34	43
	Com tratamento	21	26,6
	Ambas	9	11,4

**Tabela 2***Tabela de frequências da amostra*

		<i>n</i>	%
<b>Gravidez</b>	Nunca	15	19
<b>Número de gravidezes</b>	1	33	52,4
	2	11	17,5
	3	10	15,9
	≥4	8	14,2
<b>Perda gestacional</b>	Nenhuma	23	29,1
	Pelo menos uma	42	53,2
	Omitiu resposta	14	17,7
<b>Parto</b>	Nunca teve	21	26,6
	Com tratamento	17	21,5
	Natural	23	29,1
	Ambos	4	5,1
	Omitiu	14	17,7
<b>Diagnostico</b>	Infertilidade Feminina	41	51,9
	Infertilidade Masculina	5	6,3
	Sem diagnóstico	33	41,8
<b>Fizeram tratamento</b>	Sim	52	65,8
	Não	27	34,2
<b>Tipo de tratamento</b>	Indução da ovulação	10	18,9
	FIV	14	26,4
	ICSI	7	13,2
	IUI	1	1,9
	Ovodoação	1	1,9
	Mais que um tipo de tratamento	17	32,2
	A aguardar tratamento	2	3,8
<b>Adoção</b>	Não está nos planos	53	67,1
	Já pensou na adoção	22	27,8
	Tentou a adoção	4	5,1

## Material

Os participantes responderam a um questionário e duas escalas para o efeito desta investigação, nomeadamente:

- *Questionário sociodemográfico e clínico*: questionário construído para o presente estudo que inclui: dados sociodemográficos (idade, escolaridade), clínicos (altura, peso, IMC), hábitos e estilo de vida (tabagismo, consumo de álcool), relacionamento atual (existência de uma relação conjugal ou afetiva no momento da recolha, duração da relação, presença de crianças no contexto dessa relação), histórico reprodutivo (tempo de tentativa para engravidar com o atual parceiro, número de gestações, perdas gestacionais e número correspondente, ocorrência de partos e respetivas datas, diagnóstico, tratamento e tipo de tratamento), e histórico de adoção.
- *Escala de Ajustamento à Fertilidade*: instrumento desenvolvido originalmente por Glover, Hunter, Richards, Katz e Abel (1999), e adaptado para a população portuguesa por Lopes e Leal, em 2010 (Anexo 1). Tem como objetivo perceber o ajustamento face à fertilidade, a prioridade que a parentalidade ocupa na vida do indivíduo e a capacidade de delinear projetos alternativos e aceitar a vida sem filhos. A versão para a população portuguesa é constituída por 10 itens de autorresposta, organizados em três dimensões (centralidade da parentalidade, vida em suspenso e aceitação da vida sem filhos). Trata-se de uma escala tipo Likert em que são oferecidas 6 opções de resposta (de Discordo Fortemente a Concordo Fortemente). A cotação é feita pela soma dos itens (a pontuação total pela soma de todos os itens e a pontuação de cada dimensão pela soma dos itens que a compõe). O valor total pode variar entre 10 e 60 pontos. Quanto mais elevada a pontuação (total ou das dimensões), menor o ajustamento. O alfa de Cronbach da adaptação da escala realizada por Lopes e Leal (2010) foi de 0,80, logo podemos considerar que tem uma boa consistência interna, sendo que para o presente estudo o alfa de Cronbach foi 0,83.
- *Escala de Satisfação com Suporte Social*: instrumento de autorresposta desenvolvido por Pais-Ribeiro, em 1999 (Anexo 2). O objetivo da escala é medir a satisfação com o apoio social, tendo quatro subescalas (intimidade, satisfação com amigos, satisfação com família e atividades sociais). É constituída por 15

itens, apresentados como afirmações, e a escala tipo Likert tem 5 opções de resposta (de Concordo totalmente a Discordo totalmente). A cotação é feita pela soma dos itens, sendo o total conseguido pela soma de todos os itens e a pontuação de cada subescala conseguida pela soma dos itens referentes a cada subescala. A pontuação total pode ser entre 15 a 75 pontos, e quanto mais elevada, maior é a percepção do suporte social. A consistência interna da escala é boa sendo o alfa de Cronbach de 0,85 (Pais-Ribeiro, 2011) e no presente estudo o alfa de Cronbach foi 0,87.

### **Procedimento**

Começou por ser solicitada autorização para a utilização dos seguintes instrumentos aos respetivos autores: Escala de Ajustamento à Fertilidade e Escala de Satisfação com Suporte Social.

Seguidamente, procedeu-se à construção do questionário sociodemográfico e clínico, para recolha de informações que permitissem caracterizar os participantes.

Os questionários foram informatizados através da plataforma digital *Google Forms*, para administração por via eletrónica.

Concluídos os passos anteriores, solicitou-se autorização para realização do estudo à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo sido emitido parecer favorável (Anexo 3).

Foi pedida a colaboração voluntária, tendo sido realizado um convite à participação no estudo através da Internet, mais especificamente de grupos de *Facebook* destinados à discussão de infertilidade, grupos de maternidade do *Whatsapp* e partilhas no *Instagram*.

Os participantes apenas tinham acesso aos questionários se autorizassem a sua participação, assinalando a caixa relativa à autorização. Foram informados de que eram livres de aceitar ou recusar participar no estudo, sem que essa decisão resultasse em quaisquer consequências para os mesmos, sendo livres de desistir em qualquer momento. Foi-lhes ainda dada a possibilidade de esclarecimento de potenciais dúvidas junto dos responsáveis pela investigação.

Os participantes que aceitaram participar fizeram o autopreenchimento dos questionários. Não foram recolhidos dados pessoais dos participantes que permitissem identificá-los, tendo os dados sido codificados numa base de dados onde não estavam contidas informações que permitissem identificar os mesmos.

Os dados foram transferidos da base automaticamente criada pelo Google forms em Excel para uma base de dados criada através do software SPSS- 29.0 (*Statistics Package for the Social Sciences*).

## Resultados

A seguir são apresentados os resultados obtidos a partir da análise dos dados recolhidos, com o objetivo de compreender a relação entre o apoio social percebido e o ajustamento à infertilidade em indivíduos que experienciam infertilidade.

Nesta secção, apresentam-se os resultados referentes à satisfação com o apoio social, incluindo o valor total e os resultados obtidos nas subescalas de Intimidade, Satisfação com a Família, Satisfação com as Amizades e Atividades Sociais, em indivíduos que experienciam dificuldades em conceber (Tabela 3).

**Tabela 3**

*Análise descritiva da satisfação com o apoio social*

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<b>Satisfação com amigos</b>	77	5	21	12,36	4,161
<b>Intimidade</b>	79	4	19	10,65	3,552
<b>Satisfação com família</b>	79	3	15	6,78	2,308
<b>Actividades Sociais</b>	78	3	15	9,18	2,832
<b>Total</b>	77	18	57	38,66	9,740

Relativamente ao total, os resultados revelam a existência de uma considerável amplitude na satisfação com o apoio social, ainda que apresentem um nível médio razoável de satisfação. Relativamente às subescalas podemos ver a mesma tendência, havendo uma amplitude considerável, sendo o nível de satisfação com os diferentes domínios razoável.

Apresenta-se, de seguida, a descrição dos resultados globais e das três dimensões da Escala de Ajustamento à Fertilidade - Centralidade da Parentalidade, Vida em Suspenso e Aceitação da Vida sem Filhos - em indivíduos que enfrentam dificuldades em ter filhos. Os valores obtidos na nossa amostra estão resumidos na Tabela 4.

**Tabela 4***Análise descritiva do ajustamento à fertilidade*

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<b>Aceitação da vida sem filhos</b>	79	2	12	8,46	3,222
<b>Vida em Suspenso</b>	78	3	18	11,41	3,584
<b>Centralidade da parentalidade</b>	78	3	17	11,29	3,350
<b>Total</b>	77	11	57	38,74	10,134

O ajustamento global à infertilidade situa-se num nível intermédio, sugerindo que, em média, os participantes não apresentam nem um ajustamento particularmente baixo, nem especialmente elevado. No entanto, a variabilidade dos resultados é significativa. De forma semelhante, as diferentes dimensões do ajustamento também apresentam, de modo geral, valores intermédios, apontando para uma tendência comum.

De forma a analisar se existe correlação entre a satisfação com o apoio social e o ajustamento à infertilidade fizemos uma correlação de Pearson entre as escalas.

Encontramos uma correlação estatisticamente significativa positiva e baixa entre a satisfação com o apoio social e o ajustamento em termos globais ( $r=0,257$ ;  $p<0,05$ ). Entre a dimensão Centralidade da Parentalidade e as subescalas Intimidade ( $r=0,248$ ;  $p<0,05$ ) e Actividades Sociais ( $r=0,226$ ;  $p<0,05$ ) observamos uma correlação estatisticamente significativa positiva e baixa. Ainda vimos uma correlação estatisticamente significativa, também positiva e baixa, entre a dimensão Centralidade da Parentalidade e a satisfação com o apoio social global ( $r=0,258$ ;  $p<0,05$ ). Em relação às restantes dimensões e subescalas não se verificou nenhuma correlação estatisticamente significativa ( $p>0,05$ ).

De forma a compreender se existe alguma correlação ou diferença entre a satisfação com o apoio social e as variáveis sociodemográficas e clínicas realizamos alguns testes (correlação de Pearson e o U de Mann-Whitney).

Encontramos uma correlação estatisticamente significativa positiva e fraca entre o IMC e a subescala Atividades sociais ( $r=0,227$ ;  $p<0,05$ ).

Relativamente às variáveis sociodemográficas e clínicas nominais, como o nível de escolaridade, consumo de álcool, estado relacional, presença de crianças na relação atual, historial de gravidez, perdas gestacionais, partos anteriores, diagnóstico médico e opção por tratamento, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) na satisfação com o apoio social.

Da mesma forma, no que respeita a variáveis contínuas como a idade, duração da relação atual, número de gravidezes, número de perdas gestacionais, datas dos partos e tempo de tentativa para engravidar, não se identificaram correlações estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) com a satisfação com o apoio social

De seguida, procura-se compreender de que forma o ajustamento à infertilidade pode estar relacionado com características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

Encontramos uma correlação estatisticamente significativa negativa e baixa entre a idade e as dimensões Vida em Suspenso ( $r=-0,316$ ;  $p<0,01$ ) e Aceitação da Vida sem Filhos ( $r=-0,227$ ;  $p<0,05$ ), bem como uma correlação estatisticamente significativa negativa e baixa entre a idade e o ajustamento global ( $r=-0,230$ ;  $p<0,05$ ).

Os resultados evidenciaram uma correlação estatisticamente significativa negativa e baixa entre o tempo despendido a tentar engravidar e a dimensão Vida em Suspenso ( $r=-0,339$ ;  $p<0,01$ ), bem como uma correlação estatisticamente significativa negativa e baixa entre o tempo despendido a tentar engravidar e o ajustamento global ( $r=-0,290$ ;  $p<0,05$ ).

O U de Mann-Whitney realizado para ver se há diferenças entre quem teve perda gestacional e quem não teve mostrou diferenças estatisticamente significativas ( $U=686,500$ ;  $p<0,05$ ) sendo que quem teve perda gestacional tem menor ajustamento relacionado com a dimensão Centralidade na Parentalidade do que quem não teve ( $M=12,34$ ;  $DP=2,446$ /  $M=9,83$ ;  $DP=3,446$ ).

Relativamente às variáveis sociodemográficas e clínicas nominais, como o nível de escolaridade, consumo de álcool, estado relacional, presença de crianças na relação atual, historial de gravidez, partos anteriores, diagnóstico médico e opção por tratamento, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) no ajustamento.

Da mesma forma, no que respeita a variáveis contínuas como a duração da relação atual, número de gravidezes, número de perdas gestacionais, datas dos partos e IMC não se identificaram correlações estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) com o ajustamento.

Procedeu-se à análise das diferenças entre indivíduos que recorreram ou pensam recorrer à adoção e aqueles que não consideram essa possibilidade. O teste U de Mann-Whitney revelou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos quanto ao ajustamento ( $p > 0,05$ ). Por outro lado, ao analisar a satisfação com o apoio social, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na subescala Satisfação com Amigos ( $U=468,000$ ;  $p=0,035$ ), indicando que os indivíduos que pensam recorrer à adoção apresentam maior satisfação com o apoio social proveniente dos amigos ( $M=13,73$ ;  $DP=3,842$ / $M=11,67$ ;  $DP=4,179$ ).

### **Discussão**

Este trabalho tem como objetivo compreender se existe correlação entre o apoio social percebido e o ajustamento à infertilidade numa amostra da população portuguesa. Tem também como objetivo compreender se existe alguma associação entre o apoio social percebido, o ajustamento à infertilidade e as várias variáveis sociodemográficas e clínicas.

Tanto a satisfação com o apoio social como o ajustamento, na nossa amostra são, em média, razoáveis, no entanto apresentam uma dispersão elevada, o que indica uma grande diversidade de experiências entre as mulheres da amostra. Em relação ao ajustamento, a média da pontuação obtida na nossa amostra foi muito próxima da média obtida no estudo original de validação, sugerindo não só que as participantes apresentam um ajustamento moderado, mas também que estas apresentam níveis de ajustamento semelhantes aos observados noutras populações (Lopes & Leal, 2010).

Observou-se uma correlação estatisticamente significativa positiva e baixa entre a satisfação com o apoio social e o ajustamento global, sugerindo que, paradoxalmente, as participantes que estão mais satisfeitas com o apoio social tendem a apresentar um pior ajustamento à infertilidade. Embora a literatura existente vá contra estes resultados - destacando o papel do apoio social como um fator de proteção e ajustamento no enfrentamento de experiências de vida adversas, como o diagnóstico de infertilidade (Martins et al., 2012; Martins et al., 2014) -, uma possível explicação para este achado seria que as participantes que enfrentam maiores dificuldades de ajustamento estão,

justamente por isso, a procurar mais apoio social junto da rede de apoio, sendo que esta pode oferecer mais apoio porque constata a maior necessidade destas mulheres. Ou seja, uma possível explicação para os resultados paradoxais deste estudo poderá residir na interpretação do apoio social como um indicador de maior vulnerabilidade emocional: as mulheres que experienciam menos ajustamento podem recorrer mais intensamente à sua rede de apoio, o que pode ser interpretado como um maior nível de satisfação com esse apoio, apesar de refletir um estado psicológico mais fragilizado. O contexto sociocultural também pode desempenhar um papel relevante. Na nossa sociedade, onde a maternidade continua a ter um papel importante associado à identidade feminina, o apoio social pode estar carregado de interações que reforçam a vontade de ter filhos. O apoio pode, portanto, coexistir com atitudes que, embora bem-intencionadas, perpetuam o sofrimento psicológico e dificultam a aceitação e o ajustamento à infertilidade (Bell, 2012; Klaus et al., 2023). Neste sentido, é importante lembrar que a literatura reforça a ambivalência associada à divulgação do diagnóstico de infertilidade e do que a mesma acarreta (High & Steuber, 2014; Montgomery & Terrion, 2023; Skvirsky et al., 2018), criando um dilema: procurar apoio correndo o risco de se confrontarem com respostas desajustadas que dificultam o ajustamento, ou preservar a privacidade à custa do isolamento emocional.

Em relação à dimensão da Centralidade da Parentalidade, os dados indicaram correlações estatisticamente significativas, positivas e baixas com as subescalas Intimidade e Atividades Sociais, bem como com a satisfação com o apoio social global. Tais resultados sugerem que as mulheres da nossa amostra que atribuem maior importância ao papel parental e que mostram menos ajustamento nesse sentido tendem a estar mais satisfeitas com as relações interpessoais mais próximas e com as atividades sociais em que participam, mostrando globalmente maior satisfação com o apoio social. Estes resultados são curiosos visto que a literatura mostra que as mulheres com infertilidade tendem a isolar-se mais (Zhang et al., 2021). Também é importante notar que a literatura mostra que o apoio do companheiro – que está incluído no apoio social íntimo - parece prever melhor ajustamento à infertilidade, o que não se verificou na nossa amostra (Martins et al., 2014; Patel et al., 2018). A discrepância de resultados poderá indicar que a presença de apoio social, embora necessária, não é suficiente para garantir um ajustamento saudável, sendo fundamental a forma como esse apoio é percebido e integrado emocionalmente pelas mulheres. Ou seja, o apoio social por si só pode não

melhorar o ajustamento, podendo ser necessárias estratégias de *coping* positivas para atuar como mediador (Yu et al., 2014).

Em relação à idade, os resultados sugerem que quanto mais velha a pessoa for mais aceita a sua infertilidade e menos tem a vida em suspenso à espera de um filho. Ou seja, em geral, quanto mais velha a pessoa for, mais ajustamento sente. Não encontramos literatura científica que estude a idade em relação ao ajustamento à infertilidade, mas encontramos literatura que menciona que mulheres grávidas mais velhas (que recorreram a técnicas de procriação medicamente assistida) apresentavam níveis mais elevados de resiliência e ajustamento emocional (McMahon et al., 2007), o que pode sugerir que a idade, enquanto marcador de experiências de vida acumuladas e de amadurecimento emocional, contribui para o desenvolvimento de estratégias de *coping* mais eficazes em situações desafiadoras ligadas à maternidade, situações essas que incluem a infertilidade.

A análise dos dados revelou que quem está há mais tempo a tentar engravidar tem mais ajustamento e menos tendem a suspender a vida à espera de um filho. Embora a literatura não explore diretamente o ajustamento, estudos anteriores indicam uma correlação semelhante: com o passar do tempo, mesmo sem intervenção, os níveis de depressão em mulheres com infertilidade tendem a diminuir (Domar et al., 1992; Sadiq, Rana & Munir, 2022).

As mulheres que tiveram perda gestacional mostraram menor ajustamento, apresentando maior tendência a centrar a vida delas no desejo de ter filhos. Nazaré et al. (2010) corroboram esta ideia, mas ressaltam que há vários fatores a ter em conta (como por exemplo, as crenças, apoio social e recursos pessoais).

Os participantes que consideram a adoção demonstraram níveis mais elevados de satisfação com o apoio social no que diz respeito às amizades. Este resultado é corroborado pela evidência encontrada na literatura, nomeadamente em Soares et al. (2023), que sugere que o apoio social desempenha um papel facilitador na decisão de adotar. Além disso, não se verificaram diferenças significativas no ajustamento psicológico entre os que ponderam recorrer à adoção e os que não colocam essa hipótese.

A literatura mostra que o excesso de peso pode afetar negativamente a fertilidade (Koç, Karakoç & Ersöğütçü, 2024). Ao calcular o IMC, observamos que a nossa amostra tende para o excesso de peso havendo, inclusive, algumas mulheres consideradas obesas, segundo a World Obesity Federation (s.d.). Apesar do estigma associado tanto à infertilidade como ao excesso de peso, encontramos uma correlação estatisticamente significativa positiva e fraca entre o IMC e a subescala Atividades Sociais, o que indica

que quem tem excesso de peso tem tendência a sentir mais satisfação com as atividades sociais. Isto é interessante, pois, de acordo com a literatura, o excesso de peso está associado a níveis mais elevados de estigma (Westbury et al., 2023) o que, por inferência, pode estar relacionado com uma menor percepção de apoio social. Embora a literatura não explore diretamente esta relação, seria plausível esperar que a discriminação experienciada impactasse negativamente a satisfação com o suporte social, coisa que, aparentemente, não acontece na nossa amostra.

Como não houve pessoas do sexo masculino a aceitar o convite à participação no presente estudo, não foi possível tirar ilações sobre as diferenças de sexo. Mas podemos deduzir, pela pouca presença de homens nos grupos de discussão da infertilidade onde partilhamos o formulário e pela falta de respostas masculinas, que tal pode sugerir que os homens têm mais dificuldade em partilhar a sua jornada da infertilidade e possivelmente procuram menos apoio - possivelmente devido ao estigma que sentem - o que é congruente com a literatura (Bell, 2012; Klaus et al., 2023; Patel et al., 2018).

Em suma, os resultados deste estudo sugerem que, embora a satisfação com o apoio social, na amostra, seja globalmente moderada, ela não se traduz necessariamente num melhor ajustamento à infertilidade, pelo contrário, pode estar associada a um pior ajustamento. Isto pode dever-se ao facto de que, apesar do apoio social poder influenciar o ajustamento, por si só ele não garante um melhor ajustamento. Adicionalmente, variáveis como idade, experiências prévias de perda gestacional, duração da tentativa de engravidar e IMC revelaram associações significativas com diferentes subescalas do apoio social e dimensões do ajustamento, demonstrando a complexidade do fenómeno da infertilidade e da vivência emocional que lhe está associada.

Estes dados reforçam a importância de uma abordagem individualizada quando se pretende compreender e intervir junto de pessoas que enfrentam desafios relacionados com a infertilidade sendo que a literatura estudada mostra a importância que a terapia tem para lidar com as emoções negativas, o stress e ansiedade que advém da infertilidade, podendo inclusive ajudar com as relações interpessoais (Krohne, 2002; Sahraian et al., 2024; Sherin & Krishna, 2024; Vioreanu, 2021; Zhou et al., 2021). Sendo que, intervenções psicossociais focadas no apoio social e no ajustamento podem ser positivas para lidar com a experiência da infertilidade. Mas o foco de intervenção não deve incidir apenas em aumentar o apoio social disponível, mas sobretudo em trabalhar a sua qualidade e adequação. E as intervenções psicoterapêuticas deverão contemplar estratégias de fortalecimento da autonomia emocional, desenvolvimento de competências

de *coping* positivas e desconstrução de crenças internalizadas sobre maternidade e valor pessoal (Boivin, 2003; Domar et al., 2000). Falando mais especificamente, a Terapia Cognitiva-Comportamental é umas das intervenções com mais resultados positivos a reduzir o stress e ansiedade causados pela infertilidade segundo a literatura (Vioreanu, 2021; Zhou et al., 2021). Outras intervenções com bons resultados são as baseadas em *mindfulness* e Terapia de Aceitação e Compromisso (Vioreanu, 2021), pois ajudam a reduzir sentimentos de desalento, raiva, ansiedade e depressão e ainda ajudam na promoção de autocompaixão e de relações interpessoais positivas (Sahraian et al., 2024). Falando em estratégias mais específicas a reavaliação cognitiva (uma estratégia de regulação das emoções) está mais bem equipada para lidar com o stress que advém da infertilidade (Krohne, 2002; Sherin & Krishna, 2024). A par, é importante também promover a compreensão da infertilidade e a compaixão da comunidade de forma a diminuir o estigma sentido pelos indivíduos que sofrem de infertilidade, promovendo assim o apoio social e diminuindo assim o sofrimento psicológico associado à infertilidade (Xie et al., 2023). Mais especificamente, devemos promover a literacia da saúde relacionada com a infertilidade e a compaixão das pessoas, sendo que a Terapia Focada na Compaixão tem resultados interessantes para o efeito (Millard et al., 2023).

É igualmente essencial promover a inclusão dos homens, incentivando a sua participação ativa, uma vez que as suas necessidades tendem, frequentemente, a ser desvalorizadas —muitas vezes também por eles próprios.

No decurso da presente investigação foram encontradas algumas as limitações, entre as quais, o reduzido número de participantes e o facto de estes serem unicamente do sexo feminino, não permitindo assim a generalização dos resultados como ilustração desta realidade. De igual modo, o carater transversal deste estudo, não permite estabelecer relações de causa-efeito, nem permite perceber bem como a satisfação com o apoio social e o ajustamento evoluem ao longo do tempo. A par, o facto de a investigação não incluir nas variáveis sociodemográficas o tipo de perda gestacional, constitui-se também como limitação desta investigação, visto que diferentes tipos de perda gestacional resultam em ajustamentos psicológicos distintos (Ryninks et al., 2022).

De ressaltar, em estudos futuros a importância de uma amostra representativa da população portuguesa, assim como a heterogeneidade relativa ao sexo, de forma a tornar concisos os resultados para uma posterior interpretação e generalização mais consistente.

Em conclusão, compreender como o apoio social impacta o ajustamento à infertilidade é um tema complexo e cheio de nuances trazidas pelo facto de que o ser

humano é um ser social complexo. Também é reconhecer como o apoio social, quando é verdadeiro, sensível e significativo, pode transformar o silêncio da dor numa ponte para a reconstrução emocional e para a dignidade de quem atravessa este caminho, tantas vezes invisível.

## Referências

- Aarts, J. W., van Oers, A. M., Faber, M. J., Cohlen, B. J., Nelen, W. L., Kremer, J. A., & van Dulmen, A. M. (2015). Communication at an online infertility expert forum: Provider responses to patients' emotional and informational cues. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 36(2), 66–74.  
<https://doi.org/10.3109/0167482X.2015.1009033>
- Agostini, F., Monti, F., De Pascalis, L., Paterlini, M., La Sala, G. B., & Blickstein, I. (2011). Psychosocial support for infertile couples during assisted reproductive technology treatment. *Fertility and Sterility*, 95(2), 707-710.  
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.06.011>
- American Psychology Association (2018) *APA dictionary of psychology: Positive psychology*. Acedido a 24 de Março 2025 em <https://dictionary.apa.org/positive-psychology>
- American Psychology Association (2018) *APA dictionary of psychology: Social support*. Acedido a 24 de Março 2025 em <https://dictionary.apa.org/social-support>
- American Society for Reproductive Medicine. (2020). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 113 (3), 533-535. doi:<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.11.025>
- American Society for Reproductive Medicine (s.d.). *FAQs about the Psychological componente of infertility*. Acedido a 16 de Outubro de 2024 em <https://www.reproductivefacts.org/faqs/faqs-about-the-psychological-component-of-infertility/>
- American Society for Reproductive Medicine (s.d.). *Frequently asked questions about Infertility*. Acedido a 16 de Outubro de 2024, em

<https://www.reproductivefacts.org/faqs/frequently-asked-questions-about-infertility/>

Antequera-Jurado, R., Moreno-Rosset, C. & Ramírez-Uclés, I. (2024). The specific psychosocial modulator factors of emotional adjustment in infertile individuals compared to fertile people. *Current Psychology*, 43, 1943-1951.  
<https://doi.org/10.1007/s12144-023-04436-0>

Associação Portuguesa de Fertilidade (s.d.). *Infertilidade*. Acedido a 16 de Outubro de 2024, em

[https://apfertilidade.org/infertilidade/?doing\\_wp\\_cron=1729079564.0613429546356201171875](https://apfertilidade.org/infertilidade/?doing_wp_cron=1729079564.0613429546356201171875)

Balsom, A.A., Klest, B., Sander, B., & Gordon, J. L. (2024). Acceptance and commitment therapy adapted for women with infertility: A pilot study of the Infertility ACTion program. *Reproductive Health*, 21(1), 1-11.  
<https://doi.org/10.1186/s12978-024-01766-5>

Batista, L. A. T., Bretones, W. H. D., & Almeida, R. J. (2016). O impacto da infertilidade: Narrativas de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida. *Reprodução & Climatério*, 31(3), 121-127.  
<https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.05.004>.

Beaumont, J.G. (2004) Clinical neuropsychology in rehabilitation. IN M. Stokes (Ed.), *Physical Management in Neurological Rehabilitation* (pp.461-468). Mosby Ltd.

Bell, K. (2012). An exploration of women's psychosocial support needs in the context of assisted reproduction. *Social Work in Health Care*, 51(8), 695–709.  
<https://doi.org/10.1080/00981389.2012.696086>

Ben-Kimhy, R., Youngster, M., Medina-Artom, T. R., Avraham, S., Gat, I., Marom Haham, L., Hourvitz, A., & Kedem, A. (2020). Fertility patients under COVID-

- 19: Attitudes, perceptions, and psychological reactions. *Human Reproduction*, 35(12), 2774 – 2783. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa248>
- Berg, B.J. & Wilson, J.F. (1991) Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, 14(1), 11–26  
<https://doi.org/10.1007/BF00844765>
- Berghuis, J. P., & Stanton, A. L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 433–438. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.433>
- Brewer, M. B. (2004). Taking the social origins of human nature seriously: Toward a more imperialist social psychology. *Personality and Social Psychology Review*, 8(2), 107-113. [https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0802\\_3](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0802_3)
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57(12), 2325-2341. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00138-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00138-2)
- Buseti, L.Z. (1995). As implicações psicossociais da infertilidade masculina e feminina. *Aletheia*, 2, 59-64.
- Cacciatore, J., Schnebly, S., & Frøen, J. F. (2009). The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. *Health & Social Care in the Community*, 17(2), 167-176. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00814.x>
- Campos, S.O., & Scorsolini-Comin, F. (2020). Coping e redes de apoio de casais sobreviventes ao câncer cervical. *Contextos Clínicos*, 13(3), 873–895.
- Chu, X., Geng, Y., Zhang, R., & Guo, W. (2021). Perceived social support and life satisfaction in infertile women undergoing treatment: A Moderated Mediation Model. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.651612>

- Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (s.d.) *FAQS*. Acedido a 26 de Março de 2025 em <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/faqs.aspx>
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: A four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, *14*(6), 761-775. <https://doi.org/10.1177/0265407597146003>
- Decker, C.L. (2007) Social support and adolescent cancer survivors: A review of the literature. *Psycho-Oncology*, *16*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1002/pon.1073>
- Decreto-Lei n.º 32/2006 (2006) Diário da República n.º 143/2006, Série I <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2006-34529775>
- Domar, A.D., Broome, A., Zuttermeister, P.C., Seibel, M. & Friedman, R. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *National Institute of Mental Health*, *58*(6), 1158-1163
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J., & Freizinger, M. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health psychology*, *19*(6), 568–575. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.19.6.568>
- Eijkemans, M. J., van Poppel, F., Habbema, D. F., Smith, K. R., Leridon, H., & te Velde, E. R. (2014). Too old to have children? Lessons from natural fertility populations. *Human Reproduction*, *29*(6), 1304–1312. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu056>
- Ergin, R. N., Polat, A., Kars, B., Öztekin, D., Sofuoğlu, K., & Çalışkan, E. (2018). Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, *15*(1), 46–49. <https://doi.org/10.4274/tjod.04307>
- Fonseca, I.S.S. & Moura, S.B. (2008). Apoio social, saúde e trabalho: Uma breve revisão. *Psicologia para América Latina*, *15*.

- Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgaard, N., Ingerslev, H., & Zachariae, R. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 5(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006592>
- Galhardo, A., Moura-Ramos, M., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2016). The infertility trap: How defeat and entrapment affect depressive symptoms. *Human Reproduction*, 31(2), 419-426. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev311>
- Galhardo, A., Cunha, M. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies*, 20(4), 224-228. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2011.08.005>
- Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J. e Matos, M. (2013). The mediator role of emotion regulation processes on infertility-related stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(4), 497-507. <https://doi.org/10.1007/s10880-013-9370-3>
- Gerrity, D. A. (2001). A Biopsychosocial Theory of Infertility. *The Family Journal*, 9(2), 151-158. <https://doi.org/10.1177/1066480701092009>
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: Aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1755–1769. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300012>
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

- Hall, J.E. (2002). Capítulo 54: Infertilidade e controlo da fertilidade. IN Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo e Jameson (15ªEd), *Harrison Medicina Interna: Volume I* (pp.319-324). Rio de Janeiro: McGrawHill
- High, A. C., & Steuber, K. R. (2014). An examination of support (in)adequacy: Types, sources, and consequences of social support among infertile women. *Communication Monographs*, 81(2), 157 – 178.  
<https://doi.org/10.1080/03637751.2013.878868>
- House, J.S., Umberson, D. & Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.so.14.080188.001453>
- Hoyle, R. H., Davisson, E. K., & Novice, M. L. (2022). Relations between protective traits and psychological distress among women experiencing infertility. *Psychology & Health*, 37(1), 1–20. <https://doi.org/10.1177/1359105320953466>
- Iordachescu, D. A., Gica, C., Vladislav, E. O., Panaitescu, A. M., Peltecu, G., Furtuna, M. E., & Gica, N. (2021). Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. *Ginekologia Polska*, 92(2), 98–104. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0173>
- Jaffe, S.B. & Jewelewicz, R. (1991). The basic infertility investigation. *Fertility and Sterility*, 56(4), 599-613. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)54587-7](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)54587-7)
- Jafarzadeh-Kenarsari, F., Ghahiri, A., Habibi, M. & Zargham-Boroujeni, A. (2015). Exploration of infertile couples' support requirements: A qualitative study.

*International Journal of Fertility and Sterility*, 9(1), 81-92.

<https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4212>

Khan, A., & Husain, A. (2010). Social support as a moderator of positive psychological strengths and subjective well-being. *Psychological reports*, 106(2), 534–538.

<https://doi.org/10.2466/pr0.106.2.534-538>

Klaus, R.T., Costa, M.H.D., Pimenta, C.F., Mendes, A.V. & Levandowski, D.C. (2023).

To disclose and have someone to count on: Infertility and social support.

*Psicologia: Teoria e Prática*, 25(3), 1-22. [https://doi.org/10.5935/1980-](https://doi.org/10.5935/1980-6906/eptpcp14408.en)

[6906/eptpcp14408.en](https://doi.org/10.5935/1980-6906/eptpcp14408.en)

Koç, Ö., Karakoç, H., & Ersöğütçü, F. (2024). Stigma and depression among obese

infertile women: A cross-sectional study. *Middle East Fertility Society Journal*,

29(1), 1–7.

Kroemeke, A. & Kubicka, E. (2018) Positive and negative adjustment in couples

undergoing infertility treatment: The impact of support exchange. *Plos One*,

13(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200124>

Krohne, H. W., Pieper, M., Knoll, N., & Breimer, N. (2002). The cognitive regulation of

emotions: The role of success versus failure experience and coping dispositions.

*Cognition and Emotion*, 16(2), 217-243.

<https://doi.org/10.1080/02699930143000301>

Lehto, S., Sevón, E., Laakso, M.L., & Rönkä, A. (2021). Infertility as a lonely struggle?

Coping stories of previously infertile women. *Health Care for Women*

*International*, 44(4), 397–417. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.2007246>

Lemos, L.F.S. & Cunha, A.C.B. (2015). Concepções sobre morte e luto: Experiência

feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4),

1120-1138. DOI: 10.1590/1982-3703001582014

- Lopes, V., & Leal, I. (2010). Escala de Ajustamento à fertilidade (EAF) IN I. Leal & J. Maroco (Ed.), *Avaliação da sexualidade e da parentalidade* (pp. 114-127). Porto: LivPsic.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review, 32*(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Machado, T.D.S., Chur-Hansen, A., & Due, C. (2020). First-time mothers' perceptions of social support: Recommendations for best practice. *Health Psychology Open, 7*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/2055102919898611>
- McMahon, C. A., Gibson, F. L., Allen, J. L., & Saunders, D. (2007). Psychosocial adjustment during pregnancy for older couples conceiving through assisted reproductive technology. *Human Reproduction, 22*(4), 1168–1174. <https://doi.org/10.1093/humrep/del502>
- Marci, R., Graziano, A., Piva, I., Lo Monte, G., Soave, I., Giugliano, E., Mazzoni, S., Capucci, R., Carbonara, M., Caracciolo, S., & Patella, A. (2012). Procreative sex in infertile couples: The decay of pleasure?. *Health and Quality of Life Outcomes, 10*(140). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-140>
- Marques, P.P. & Morais, N.A. (2018). A vivência de casais inférteis diante das tentativas inexitasas de reprodução assistida. *Avances en Psicología Latinoamericana, 36*(2), 299–314. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4315>
- Maroufizadeh, S., Ghaheri, A., Almasi-Hashiani, A., Mohammadi, M., Navid, B., Ezabadi, Z., & Samani, R.(2018). The prevalence of anxiety and depression among people with infertility referring to Royan Institute in Tehran, Iran: A

- cross-sectional questionnaire study. *Middle East Fertility Society Journal*, 23(2), 103-106. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2017.09.003>
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V., Mesquita-Guimarães, J., & Costa, M. E. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human reproduction*, 29(1), 83–89.  
<https://doi.org/10.1093/humrep/det403>
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Costa, P., Costa, M. E., Lund, R. & Schmidt, L. (2012). Interactive effects of social support and disclosure on fertility-related stress. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(4), 371–388.  
<https://doi.org/10.1177/0265407512456672>
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 326, 168–192.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010>
- Moghadam, M. H.B., Aminian, A. H., Abdoli, A. M., Seighal, N., Falahzadeh, H., & Ghasemi, N. (2011). Evaluation of the general health of the infertile couples. *Iranian journal of reproductive medicine*, 9(4), 309–314.
- Montgomery, N. D. M., & Terrion, J. L. (2023). Pathways to social support: IVF patients' motivation toward peers and selection preferences. *Health Care for Women International*, 44(4), 378–396.  
<https://doi.org/10.1080/07399332.2023.2172412>
- Moura-Ramos, M. (2011). *Adaptação psicossocial de casais portugueses à infertilidade e à reprodução medicamente assistida*. [Tese de Doutoramento, Faculdade de

- Mousavi Nik, M., Zafarghandi M.B., S., Birashk, B., Assari A., & Farahman S. R., E. (2015). Evaluating quality of well-being, marital adjustment and sexual dysfunction between infertile women. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 77–78.
- Moutinho, S. (2004). *Tudo por um filho: viagem ao mundo da infertilidade em Portugal* (1ªEd). Publicações Dom Quixote: Lisboa
- Moutzouri, M., Sarantaki, A., & Gourounti, K. (2021). The association of cognitive representations with psychological adjustment in experience of infertility and fertility treatment: A systematic review. *European journal of midwifery*, 5(33). <https://doi.org/10.18332/ejm/138598>
- Nazaré, B., Fonseca, A. D., Pedrosa, A. A., & Canavarro, M. C. (2010). Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Peritia – Revista Portuguesa de Psicologia*, 3, 37–46.
- Olmos, P.E. (2003). *Quando a cegonha não vem: os recursos da medicina moderna para vencer a infertilidade* (1ªEd). Carrenho Editorial: São Paulo
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/en/>
- Organização Mundial de Saúde. (2023). *1 in 6 people globally affected by infertility: WHO*. Acedido a 25 de Outubro de 2024 em <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>
- Pachankis, J.E., Hatzenbuehler, M.L., Wang, K., Burton, C.L., Crawford, F.W., Phelan, J.C. & Link, B.G. (2018). The Burden of stigma on health and well-being: A taxonomy of concealment, course, disruptiveness, aesthetics, origin, and peril

- across 93 stigmas. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 44(4), 451-474.  
<https://doi.org/10.1177/0146167217741313>
- Pasch, L., Shehab, D., Gregorich, S., Nachtigall, R., Katz, P., & Adler, N. (2004).  
Explaining differences in how women and men cope with infertility: Effects of  
appraisals. *Fertility and Sterility*, 82
- Pais-Ribeiro, J.L. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Lisboa: Placebo  
Editora.
- Patel, A., Sharma, P., Kumar, P., & Binu, V. (2018). Sociocultural determinants of  
infertility stress in patients undergoing fertility treatments. *Journal of Human  
Reproductive Sciences*, 11(2), 172-179.  
[https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS\\_134\\_17](https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_134_17)
- Paúl, C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Peixoto, T. A., & Peixoto, N. M. (2017). Suporte social na adaptação à condição de  
sobrevivente de cancro. *Revista de Enfermagem*, 35, 8-17
- Pinar, S., & Yildirim, G. (2016). Psychological, Social and Ethical Dimensions of  
Infertility: A review. *International Journal of Nursing Didactis*, 6(11), 13-17.  
<http://dx.doi.org/10.15520/ijnd.2016.vol6.iss11.176.13-17>
- Pinto-Gouveia, J., Galhardo, A., Cunha, M. & Matos, M. (2012). Protective emotional  
regulation processes towards adjustment in infertile patients. *Human Fertility*,  
15(1), 27-34. <https://doi.org/10.3109/14647273.2011.654310>
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). Gender  
differences in how men and women who are referred for IVF cope with

infertility stress. *Human reproduction*, 21(9), 2443–2449.

<https://doi.org/10.1093/humrep/del145>

Read, S. C., Carrier, M. E., Boucher, M. E., Whitley, R., Bond, S., & Zelkowitz, P.

(2014). Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want?. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 390–395.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.025>

Pais-Ribeiro, J.L. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia,*

*Saúde & Doenças*, 15(3), 671-682. DOI: 10.15309/14psd150309

Ryninks, K., Wilkinson-Tough, M., Stacey, S., & Horsch, A. (2022). Comparing

posttraumatic growth in mothers after stillbirth or early miscarriage. *PloS One*,

17(8), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271314>

Rockliff, H.E., Lightman, S.L., Rhidian, E., Buchanan, H., Gordon, U., & Vedhara, K.

(2014). A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. *Human reproduction update*, 20(4),

594–613. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmu010>

Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*,

3(2), 535–544.

Roohafza, H. R., Afshar, H., Keshteli, A. H., Mohammadi, N., Feizi, A., Taslimi, M., &

Adibi, P. (2014). What's the role of perceived social support and coping styles in

depression and anxiety? *Journal of Research in Medical Sciences*, 19(10), 944–949.

Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018) The relationship between stress and infertility.

*Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 41–47.

<https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney>

Sabarre, K., Khan, Z., Whitten, A., Remes, O., & Phillips, K. (2013). A qualitative study of Ottawa university students' awareness, knowledge and perceptions of infertility, infertility risk factors and assisted reproductive technologies (ART). *Reproductive Health*, 10(41), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-41>

Sadiq, U., Rana, F., & Munir, M. (2022). Marital quality, self-compassion and psychological distress in women with primary infertility. *Sexuality & Disability*, 40(1), 167–177. DOI: 10.1007/s11195-021-09708-w

Sahraian, K., Abdollahpour Ranjbar, H., Namavar Jahromi, B., Cheung, H. N., Ciarrochi, J., & Habibi Asgarabad, M. (2024). Effectiveness of mindful self-compassion therapy on psychopathology symptoms, psychological distress and life expectancy in infertile women treated with in vitro fertilization: A two-arm

- double-blind parallel randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 24(1), 174.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-023-05411-6>
- Satir, D.G., & Kavlak, O. (2017). Use of the internet related to infertility by infertile women and men in Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 33(2), 265–269. <https://doi.org/10.12669/pjms.332.12620>
- Schweiger, U., Schweiger, J., & Schweiger, J. (2018). Mental Disorders and Female Infertility. *Archives of Psychology*, 2(6), 1-14
- Scorsolini-Comin, F., Fontaine, A.M.G.V., Koller, S. H. & Santos, M. A. (2013). From authentic happiness to well-being: The flourishing of positive psychology. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 663-670. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400006>
- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. IN C.R. Snyder & S.J. Lopez (Ed.). *Handbook of Positive Psychology* (pp.3-8). Oxford: Oxford University Press.
- Seligman, M. (2011). *Florescer – uma nova e visionária interpretação da felicidade e do bem-estar*. Rio de Janeiro: Objetiva
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Shafierizi, S., Famarzi, M., Esmaelzadeh, S., Khafri, S., & Ghofrani, F. (2022). Does infertility develop posttraumatic growth or anxiety/depressive symptoms? Roles of personality traits, resilience, and social support. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2017–2028. <https://doi.org/10.1111/ppc.13023>
- Sheikhian, M., Loripoor, M., Ghorashi, Z., & Safdari-Dehcheshmeh, F. (2023). Relation between sexual function, perceived social support, and adherence to treatment with infertility factor in women: A cross-sectional study. *International Journal*

*of Reproductive Biomedicine*, 21(7), 557–566.

<https://doi.org/10.18502/ijrm.v21i7.13893>

Sherin, P. & Krishna, K.V. (2024). Emotion regulation, self-compassion, and quality of life among women with infertility. *IAHRW International Journal of Social Sciences Review*, 12(2), 208-212.

Sherman A. M. (2003). Social relations and depressive symptoms in older adults with knee osteoarthritis. *Social Science & Medicine*, 56(2), 247-257.

[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00023-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00023-0)

Skvirsky, V., Taubman-Ben-Ari, O., Shlomo, B., Azuri, J., & Horowitz, E. (2018). Are mothers a source of support for women entering fertility treatment? *Health Care for Women International*, 39(7), 719-733.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1424170>

Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A. J., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support, and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*, 22(8), 2309-2317.

<https://doi.org/10.1093/humrep/dem115>

Soares, J., Ralha, S., Fonseca, S.M., Prego, J., Barbosa-Ducharne, M.A. (2023). Why and how do parents decide to adopt? A study on motivations and the decision-making process in becoming an adoptive family. *Child & Family Social Network*, 28(3), 753-763. DOI: 10.1111/cfs.13001

Soleimani, A.A., Najafi, M., Ahmadi, K., Javidi, N., Kamkar, E.H. & Mahboudi, M. (2015). The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts.

*International Journal of Fertility and Sterility*, 9, 393-402.

<https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4556>

Spotorno, P. M., Silva, I. M., & Lopes, R. C. S. (2008) Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. *Aletheia*, 28, 104–118.

Sun, S., & An, S. (2024). Associations between patterns of social support and perinatal mental health among Chinese mother: the mediating role of social trust. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 45(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1080/0167482X.2024.2325451>

Taylor, S.E., Dickerson, S.S. & Klein, L.C. (s.d.). Toward a Biology of Social Support. IN C.R. Snyder & S.J. Lopez (Ed.). *Handbook of Positive Psychology* (pp.556-569). Oxford: Oxford University Press.

Thompson, R. (1994). Emotional regulation: a theme in search of definition.

*Monographs of the society for research in child development*, 59(2/3), 25-52.

Trindade, Z.A. & Enumo, S.R.F. (2001). Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 5-26.

Tsai, Y. H., Wang, T. W., Wei, H. J., Hsu, C. Y., Ho, H. J., Chen, W. H., Young, R., Liaw, C. M., & Chao, J. C. (2013). Dietary intake, glucose metabolism and sex hormones in women with polycystic ovary syndrome (PCOS) compared with women with non-PCOS-related infertility. *The British Journal of Nutrition*, 109(12), 2190–2198. <https://doi.org/10.1017/S0007114512004369>

Vioreanu, A.-M. (2021). The psychological impact of infertility. directions for the development of interventions. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 4(1).

<https://doi.org/10.32437/mhgcj.v4i1.113>

- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Kremer, J. A., Kraaimaat, F. W., & Braat, D. D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human reproduction update*, 13(1), 27–36.  
<https://doi.org/10.1093/humupd/dml040>
- Westbury, S., Oyebode, O., van Rens, T., & Barber, T. M. (2023). Obesity stigma: Causes, consequences, and potential solutions. *Current obesity reports*, 12(1), 10–23. <https://doi.org/10.1007/s13679-023-00495-3>
- World Obesity Federation. (s.d.). *Obesity classification*. Acedido a 26 de Junho 2025 em <https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/obesity-classification>
- Xie, Y., Ren, Y., Niu, C., Zheng, Y., Yu, P., & Li, L. (2023). The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review. *Frontiers in psychology*, 13, 1-13 . <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1093459>
- Yilmaz, E., & Kavak, F. (2019). The effect of stigma on depression levels of Turkish women with infertility. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(3), 378-382.  
<https://doi.org/10.1111/ppc.12319>
- Yusuf, L. (2016). Depression, anxiety and stress among female patients of infertility: A case control study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(6), 1340-1343.  
<https://doi.org/10.12669/pjms.326.10828>
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M. & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, 215, 401-405.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.032>
- Zhang, F., Lv, Y., Wang, Y., Cheng, X., Yan, Y., Zhang, Y. & Wang, Y. (2021). The social stigma of infertile women in Zhejiang Province, China: A questionnaire-

based study, *BMC Women's Health*, 21(97). <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01246-z>

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., Vanderpoel, S., International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology & World Health Organization (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1520–1524. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.009>

Zhou, R., Cao, Y.-M., Liu, D., & Xiao, J.-S. (2021). Pregnancy or psychological outcomes of psychotherapy interventions for infertility: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.643395>

# **ANEXOS**

## **Anexo 1**

De: Patricia Salema De Almeida <31309@ufp.edu.pt>

Enviada: 21 de outubro de 2024 10:20

Para: Isabel Leal <isabelpereiraleal@gmail.com>

Assunto: Dissertação “Auto compaixão e Ajustamento à infertilidade do homem e da mulher”  
– pedido de autorização para a EAF

---

Bom dia.

O meu nome é Patrícia Salema Almeida e estou neste momento a terminar o mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa. Como tema da minha dissertação de mestrado escolhi a “Auto compaixão e Ajustamento à infertilidade do homem e da mulher”.

De forma a avaliar o nível de ajustamento nesta amostra seria bastante útil para mim a utilização da Escala de Ajustamento à Fertilidade.

Sirvo-me, portanto, do presente e-mail para solicitar a autorização da Dra. Isabel Leal e da Dra. Vânia Lopes (cujo contacto, infelizmente não encontrei, e agradecia se me pudesse fornecer)

para integrar no meu protocolo de avaliação a Escala de Ajustamento à Fertilidade, que ambas aferiram para a população portuguesa.

Solicito ainda autorização para transcrever e utilizar a escala em formato digital, através do Google Forms.

Desde já agradeço e aguardo resposta.

Respeitosamente,

Patrícia Almeida

---

de: isabelpereiraleal@gmail.com

para: Patricia Salema De Almeida <31309@ufp.edu.pt>

data: 24/10/2024, 09:32

assunto: RE: Dissertação "Auto compaixão e Ajustamento à infertilidade do homem e da mulher" - pedido de autorização para a EAF

---

Patrícia,

O artigo, que contem, no fim, a escala, e todos os elementos necessários à cotação.

Foi publicado em :

Leal, I. & Maroco, J. (2010). Avaliação em sexualidade e parentalidade. Porto: Livpsic.

Votos de bom trabalho,

IL

## Anexo 2

de: Patricia Salema De Almeida <31309@ufp.edu.pt>

para: jlpr@fpce.up.pt

data: 21/10/2024, 10:22

assunto: Dissertação “Auto compaixão e Ajustamento à infertilidade do homem e da mulher” - Pedido de autorização

---

Boa tarde.

O meu nome é Patrícia Salema Almeida e estou neste momento a terminar o mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa. Como tema da minha dissertação de mestrado escolhi “Auto compaixão e Ajustamento à infertilidade do homem e da mulher”.

De forma a avaliar o nível de satisfação com o suporte social em correlação com o nível de auto compaixão que esta população pode ter, bem como com as diversas variáveis sociodemográficas e clínicas, seria bastante útil a utilização da ESSS.

Sirvo-me, portanto, do presente e-mail para solicitar a autorização do Dr. José Pais-Ribeiro para integrar no meu protocolo de avaliação a Escala de Satisfação do Suporte Social.

Solicito ainda autorização para transcrever e utilizar a escala em formato digital, através do Google Forms.

Desde já agradeço e aguardo resposta.

Respeitosamente,

Patrícia Almeida

---

de: José Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

para: Patricia Salema De Almeida <31309@ufp.edu.pt>

data: 21/10/2024, 10:53

assunto: RE: Dissertação “Auto compaixão e Ajustamento à infertilidade do homem e da mulher” - Pedido de autorização

---

Cara Colega

Autorizamos o uso da Escala de Satisfação com o Suporte Social que desenvolvemos para uso com a população portuguesa. Na minha web page, na secção books, encontra o manual da Escala

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)

<https://scholar.google.pt/citations?user=8OnOW5MAAAAJ&hl=en>

## Anexo 3



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

*Dono do curso é a aluna e  
criadora(=)*

*[Handwritten signature]*  
03.02.2025

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor Pedro Reis  
Diretor da FCHS

Nº	Data
FCHS/MPCS – 681/24-2	31 de Janeiro de 2025

Exmo. Senhor Professor Doutor,

A Comissão de Ética analisou o projeto de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, apresentado por Patrícia Salema de Almeida, intitulado "O Apoio Social e o Ajustamento à infertilidade do homem e da mulher".

O objetivo do estudo é compreender se existe uma relação entre o apoio social percebido e o ajustamento à infertilidade.

Foram enviados todos os esclarecimentos solicitados.

Deste modo, a Comissão de Ética considera nada haver a opor quanto à realização deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da  
Comissão de Ética da UFP

*Inês Lopes Cardoso*  
Inês Lopes Cardoso



FUNDAÇÃO ENSINO E CULTURA "FERNANDO PESSOA"

NIPC. 502 057 602 • Reg. Comercial nº 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto • Portugal  
T. +351 22 507 1300\* • <https://www.ufp.pt>  
[geral@fundacaofernandopessoa.pt](mailto:geral@fundacaofernandopessoa.pt)

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Rua Carlos da Maia, 296 • 4200-150 Porto • Portugal  
T. +351 22 507 4630\* • <https://www.ufp.pt>  
[geral@fundacaofernandopessoa.pt](mailto:geral@fundacaofernandopessoa.pt)

FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto • Portugal  
T. +351 22 507 1300\* • <https://www.ufp.pt>  
[geral@fundacaofernandopessoa.pt](mailto:geral@fundacaofernandopessoa.pt)

\* (chamada para a rede fixa nacional)