



Estudo exploratório do papel mediador do evitamento experiencial na
relação entre o stresse relacionado com a infertilidade e a depressão

JOANA CATARINA NUNES RIBEIRO ALVES

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Ana Galhardo

Coimbra, Julho de 2016

Agradecimentos

Este é um espaço dedicado a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, fizeram parte de todo o meu percurso acadêmico e que me deram forças para que esta etapa se tornasse real. Assim, deixo aqui algumas palavras e uma enorme gratidão para com todos:

À Professora Doutora Ana Galhardo, o meu profundo agradecimento pela sua orientação, apoio, total disponibilidade e pelo profissionalismo contagiante que nos leva sempre a querer saber mais e a fazer melhor.

À Associação Portuguesa de Fertilidade pela sua colaboração e completa disponibilidade na divulgação do estudo.

Aos participantes do estudo pela sua disponibilidade, compreensão e contribuição fundamental para a realização deste trabalho e para a possibilidade de um maior conhecimento científico nesta área.

Aos colegas de faculdade que partilharam comigo medos, dúvidas, angústias mas também as conquistas e alegrias.

Aos meus amigos, um enorme agradecimento por todo o apoio incondicional, paciência e incentivo. Obrigada por, apesar da distância, estarem sempre presentes e me transmitirem confiança e força para nunca desistir.

À minha família pelo incentivo, carinho e palavras de apoio.

Em especial, aos meus pais que acreditam em mim e nas minhas capacidades mais do que ninguém, que nunca me deixam baixar os braços e que comemoram cada vitória minha. Agradeço todo o apoio, sem eles nunca teria chegado tão longe. Ao meu irmão, o meu grande exemplo de coragem, persistência e de lutar por aquilo em que acreditamos. Agradeço todo o incentivo e exemplo. Por todo o amor, sacrifício e devoção, a eles dedico este trabalho.

Resumo

A infertilidade é uma doença do sistema reprodutor definida pela incapacidade de alcançar uma gravidez após um período de, pelo menos, 12 meses de relações sexuais desprotegidas. A literatura aponta para a existência de consequências psicológicas associadas ao seu diagnóstico e tratamento. Esta é uma condição indutora de stresse na vida dos casais e muitos podem ainda relatar sintomas de depressão. O stresse e a depressão têm vindo a ser alvo de estudo em pessoas com infertilidade, contudo, o papel de processos de regulação emocional, como o evitamento experiencial, tem sido menos explorado. O presente estudo pretende explorar o eventual papel mediador do evitamento experiencial na relação entre o stresse relacionado com a infertilidade (impacto sobre os domínios da vida afetados pela experiência da infertilidade e representações acerca da importância da parentalidade) e os sintomas depressivos. A amostra foi constituída por 98 participantes com diagnóstico de infertilidade a realizar tratamento médico, sendo a divulgação do estudo efetuada através da Associação Portuguesa de Fertilidade. Tendo em consideração os objetivos deste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico e clínico, Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II), Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI) e Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21). De modo a avaliar a existência de um efeito mediador foram conduzidas *path analysis*. Os dados apontaram para o facto de o impacto da infertilidade sobre os domínios da vida apresentar um efeito direto sobre os sintomas de depressão, mas ter também um efeito indireto, mediado pelo evitamento experiencial. Relativamente às representações acerca da importância da parentalidade estas apenas têm efeito nos sintomas depressivos, quando mediadas pelo evitamento experiencial. Assim, é de salientar a importância do evitamento experiencial enquanto processo de regulação emocional que deverá ser contemplado em programas de intervenção psicológica dirigidos a pessoas com infertilidade.

Palavras-chave: infertilidade; evitamento experiencial; stresse; depressão

Abstract

Infertility is a disease of the reproductive system defined by the inability to achieve a pregnancy after a period of, at least, 12 months of unprotected intercourse. The literature has been pointing to the existence of psychological consequences associated with diagnosis and medical treatment of infertility. Infertility is a stress-inducing condition in couples' lives and some of them can also show depressive symptoms. Although stress and depression have been addressed in individuals facing infertility, the role of emotion regulation processes such as experiential avoidance has been less explored. This study aims to explore the possible mediating role of experiential avoidance in the relationship between infertility related stress (impact of infertility in infertile patients' life and representations about the importance of parenthood) and depressive symptoms. The sample consisted of 98 participants with an infertility diagnosis pursuing medical treatment. Participants were recruited through Portuguese Fertility Association. Taking into account the objectives of this study, the following instruments were used: a sociodemographic and clinical Questionnaire, the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), the Fertility Problem Inventory (FPI) and the Depression Anxiety Stress Scales 21 (DASS-21). In order to assess the existence of a mediating effect path analysis were conducted. The data pointed to the fact that the impact of infertility in infertile patients' life present a direct effect on depressive symptoms, but also have an indirect effect mediated by experiential avoidance. Regarding representations about the importance of parenthood these only have an indirect effect on depressive symptoms, mediated by experiential avoidance. Thus, it is to emphasize the importance of experiential avoidance as an emotion regulation process that should be targeted in psychological intervention programs for people with infertility.

Keyword: infertility; experiential avoidance; stress; depression

Introdução

A infertilidade pode ser entendida como uma condição social onde casais ou indivíduos podem não ser capazes de alcançar papéis parentais ou reprodutivos na sociedade (Allan & Mounce, 2015). Do ponto de vista médico, a infertilidade é uma doença do sistema reprodutor definida pela incapacidade de alcançar uma gravidez depois de, pelo menos, 12 meses de relações sexuais desprotegidas (Zegers-Hochschild et al., 2009).

É possível identificar 2 tipos de infertilidade: a primária e a secundária. A infertilidade primária representa situações em que o casal nunca conseguiu engravidar, ou seja, caracteriza-se pela ausência de concepção (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel, & Stevens, 2012). Por sua vez, quando falamos em infertilidade secundária referimo-nos à ausência de uma concepção mas em que o casal, anteriormente, já tenha alcançado uma gravidez e tenha já pelo menos um filho (Mascarenhas et al., 2012).

Estima-se que, aproximadamente, em todo o mundo cerca de 9% dos casais apresentam problemas de fertilidade (Boivin, Bunting, Collins, & Nygren, 2007). Mais recentemente, um estudo realizado em Inglaterra, com uma amostra de 15 162 mulheres (8869) e homens (6293) selecionados de forma aleatória, com idades compreendidas entre os 16 e 74 anos, concluiu que a prevalência da infertilidade foi de 12,5% entre as mulheres e 10,1% entre os homens (Datta et al., 2016). Em Portugal, a prevalência da infertilidade ao longo da vida é semelhante situando-se entre os 9 e os 10% e pondera-se que entre 266 088 e 292 996 casais apresentem problemas de fertilidade (Silva-Carvalho & Santos, 2009). Embora, na maioria dos casos, apenas um dos membros do casal seja considerado infértil, a infertilidade deve ser conceptualizada como um problema do casal (Gameiro, Silva, & Canavarro, 2008).

As causas da infertilidade são diversas e é possível a coexistência de vários fatores. Sendo assim, a identificação da causa de infertilidade é um elemento preponderante para escolher qual o tratamento mais adequado ao casal (Blundell, 2007). Segundo a Direção Geral de Saúde, estas podem ser consideradas de causa feminina (cerca de 30-40%), causa masculina (30-55%) ou causa desconhecida (10%) (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010).

Relativamente às causas femininas, são mais frequentes as perturbações de ovulação (como, por exemplo, o síndrome dos ovários micropoliquísticos), endometriose, causas tubares ou tubo-peritoneais, anomalias genéticas e doenças autoimunes. Anomalias do muco cervical e patologia uterina são consideradas causas menos frequentes da infertilidade feminina (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010).

Quanto aos fatores masculinos, podem-se identificar algumas causas, tais como: a produção de espermatozóides em pequenas quantidades (oligospermia) ou a sua ausência (azoospermia), a redução isolada da mobilidade dos gâmetas masculinos (astenospermia), anomalias da concentração, da mobilidade e da morfologia dos espermatozóides (oligoastenoteratospermia), perturbações da ejaculação (anejaculação, ejaculação retrógrada), causas hormonais e causas genéticas. Embora sejam consideradas causas raras, pode-se ainda identificar as anomalias do escroto (hidrocelo e quistos do epidídimo) e dos canais ejaculatórios (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010).

A causa desconhecida implica não ser possível identificar um fator justificativo da infertilidade. Este tipo de infertilidade pode acontecer quando coexistem fatores passíveis de causar infertilidade, em que a idade da mulher, com a conseqüente redução da reserva folicular ovárica, coexiste com peso excessivo ou insuficiente e, por exemplo, com o consumo de tabaco (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010).

Dependendo da natureza do problema da infertilidade do casal, diferentes técnicas estão disponíveis com o intuito de maximizar a probabilidade de gravidez causando o menor impacto possível (Gameiro et al., 2008; Moura-Ramos, 2011)

Se por um lado é notório o aumento da infertilidade, por outro, também se tem assistido a um progresso significativo nas Técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas (TRMA) (Gameiro et al., 2008). As TRMA são consideradas “todos os tratamentos que incluem a manipulação *in vitro* dos gâmetas femininos (ovócitos) e masculinos (espermatozoides) ou de embriões, com a finalidade de alcançar uma gravidez” (Zegers-Hochschild et al., 2009). Estas técnicas incluem a Fertilização *In Vitro* com transferência de embriões (FIV), a Transferência Intratubar de Gâmetas, a Transferência Intratubar de Zigotos, a Transferência de Embriões Criopreservados e a Maternidade de Substituição (Zegers-Hochschild et al., 2009).

Antes da utilização destas técnicas, dá-se prioridade a tratamentos menos invasivos, como por exemplo a Indução da Ovulação, a Inseminação Intra-Uterina (IIU), Procedimentos Cirúrgicos, entre outros (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010).

Existem diferentes razões para os problemas psicológicos em pessoas inférteis. Em sociedades com normas culturais em que o papel de mãe constitui um alto valor no papel da mulher, as conseqüências da infertilidade são mais graves (Vayena, Rowe, & Griffin, 2002). Muitos casais com infertilidade preferem lidar com esta situação sozinhos, outros procuram suporte em amigos, família e grupos de apoio. Mas para alguns, isto não é suficiente e procuram ajuda adicional, como a psicoterapia (Engler, 2009). Consoante as necessidades

identificadas, diferentes abordagens terapêuticas podem ser utilizadas: tratamento psicodinâmico do indivíduo ou casal, técnicas de relaxamento e redução de stresse, terapia cognitivo-comportamental e grupos de terapia sexual (Kikendall KA, 1994, citado por De Berardis et al., 2014). Os conhecimentos crescentes em torno das implicações psicológicas da infertilidade indicam que as componentes médicas e psicológicas não podem ser separadas, tanto no que diz respeito ao diagnóstico, como ao tratamento (De Berardis et al., 2014).

A incapacidade de conceber uma gravidez pode ser tida como um momento gerador de stresse na vida dos casais, ao ser considerada uma situação incontrolável, ameaçando a prossecução dos seus objetivos de vida e consumindo recursos ao casal (Covington & Burns, 1999). Sendo assim, considera-se que o diagnóstico de infertilidade é um acontecimento indutor de stresse na vida dos casais (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010).

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o stresse é definido como uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é avaliado pela pessoa como exigente ou excedendo os seus recursos e colocando em risco o seu bem-estar (Miles, Keitel, Jackson, Harris, & Licciardi, 2009). Assim, a resposta de stresse é única para cada pessoa tendo em conta as características individuais, bem como os fatores ambientais que afetam o indivíduo (Miles et al., 2009).

O stresse desencadeia a ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, que regula positivamente a hormona libertadora de corticotrofina, a hormona adrenocorticotrópica e os glicocorticóides (Morreale, Balon, Tancer, & Diamond, 2011). O aumento dos níveis das hormonas associadas ao stresse podem interferir com o momento da ovulação, encurtar a fase lútea e diminuir a possibilidade de implantação (Nakamura, Sheps, & Clara Arck, 2008). Para além disso, o stresse leva a níveis elevados de citocinas pró-inflamatórias, as quais têm sido implicadas em várias complicações da gravidez, incluindo a rotura prematura de membranas (Coussons-Read, Okun, & Nettles, 2007). O stresse pode ainda aumentar comportamentos que são prejudiciais à fertilidade, tais como o abuso de tabaco e outras substâncias, e pode ainda interferir com o funcionamento sexual (Anderheim, Holter, Bergh, & Möller, 2005).

Contudo, o papel que o stresse desempenha na infertilidade permanece controverso, principalmente porque, apesar dos avanços médicos, uma grande percentagem da infertilidade permanece inexplicada (Kamath & Bhattacharya, 2012). Os dados sugerem que o stresse e a reprodução estão interrelacionadas, no entanto, a direção desta associação não é clara (Lynch, Sundaram, Maisog, Sweeney, & Buck Louis, 2014).

Para além do stresse, indivíduos com diagnóstico de infertilidade podem ainda relatar depressão associada aos resultados do tratamento da infertilidade (Noorbala et al.,

2008). É estimado que, aproximadamente, 40,8% de mulheres com infertilidade experienciem depressão (Ramezanzadeh et al., 2004).

A depressão como uma consequência psicológica da infertilidade pode desempenhar um papel significativo na vida de uma pessoa com infertilidade e pode, conseqüentemente, afetar a relação mútua e a qualidade de vida do casal (Alhassan, Ziblim, & Muntaka, 2014).

São vários os estudos realizados para perceber melhor o papel da depressão na infertilidade, chegando a diversas conclusões: o tratamento psicológico deve ser considerado antes do tratamento da infertilidade, para melhorar a saúde mental e qualidade de vida entre os casais com infertilidade (Alhassan et al., 2014; Noorbala et al., 2008); pessoas com infertilidade aumentam os níveis de depressão ou ansiedade depois do tratamento da infertilidade falhar (Maroufizadeh, Karimi, Vesali, & Samani, 2015); mulheres com infertilidade que apresentem um histórico de depressão, são mais propensas do que as outras mulheres com infertilidade para deprimirem durante o tratamento (Engler, 2009); pessoas com infertilidade que estejam a realizar tratamento mostram uma maior prevalência de sintomas depressivos comparativamente com os grupos de controlo (Williams, Marsh, & Rasgon, 2007).

No entanto, os resultados de estudos sobre sintomatologia depressiva em pessoas, sobretudo em mulheres, com infertilidade apresentam resultados diversos.

Por exemplo, um estudo recente realizado numa amostra de 12584 mulheres norueguesas com idade entre os 19 e 45 anos concluiu que a ligação entre infertilidade e níveis elevados de sintomas depressivos é fraca (Biringer, Howard, Kessler, & Stewart, 2015). No entanto, nas análises categoriais observou-se que as mulheres diagnosticadas com infertilidade que após o tratamento conseguiram ter um filho tinham níveis mais elevados de sintomas de ansiedade; as mulheres que nunca estiveram grávidas, mas que também nunca tentaram engravidar tinham níveis mais baixos de sintomas depressivos do que as mães sem diagnóstico de infertilidade; mulheres com infertilidade primária e secundária apresentavam níveis de ansiedade e depressão não significativamente diferentes de mães sem o diagnóstico de infertilidade (Biringer et al., 2015).

Também as elevadas expectativas geradas pela realização do tratamento levam a um novo confronto com a realidade da infertilidade, suscitando reações de perda no casal (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010). Esta perda é responsável pela presença de sintomatologia depressiva que, em alguns casos, se pode tornar clinicamente significativa (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010).

Embora mais de metade desses casais seja capaz de lidar com o problema de infertilidade, uma percentagem significativa não se consegue ajustar ao diagnóstico e apresenta respostas emocionais inadequadas (Galhardo, Pinto-Gouveia, Cunha, & Matos, 2011; Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan, 2010). É possível então identificar algumas consequências que afetam determinadas áreas, tais como o sentimento de incontrolabilidade acerca da vida, o impacto no relacionamento conjugal, sexual e social e as diferenças de género (Cousineau & Domar, 2007).

No que toca à adaptação à infertilidade, as mulheres tendem a apresentar maior stresse, mais dificuldades somáticas, baixa autoestima, maior sintomatologia depressiva e maior sensibilidade corporal. Por sua vez, os homens tendem a exibir níveis mais baixos de ansiedade, stresse e depressão do que as suas companheiras e parecem adaptar-se melhor ao insucesso do tratamento e à perspectiva de permanecerem sem filhos no futuro (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010).

Os aspetos emocionais são considerados pelo sexo feminino como os maiores indutores de stresse, sendo os momentos mais perturbadores o conhecimento de que o tratamento não teve sucesso, o tempo de espera entre a transferência de embriões e o dia do teste de gravidez e o conhecimento de quantos óvulos foram fertilizados (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010).

Menos investigação tem sido realizada sobre as reações dos homens à infertilidade, mas estes tendem a relatar que experienciam menos stresse do que as mulheres (Engler, 2009). Contudo, um estudo concluiu que as reações dos homens podem depender da causa de infertilidade. Quando os homens sabem que a causa é masculina, experimentam os mesmos níveis de baixa autoestima, estigma e depressão que as mulheres (Engler, 2009).

Apesar destas conclusões, no geral, são as mulheres que utilizam estratégias mais adequadas para lidar com os problemas procurando informação acerca do tema, soluções para o resolver e expressando as suas emoções. Os homens são habitualmente mais reservados e procuram manter a infertilidade como um assunto privado, não partilhando tanto com a rede de suporte. As estratégias utilizadas pelos homens (distanciamento e evitamento) são estratégias menos adaptativas, podendo levar ao surgimento ou intensificação de dificuldades conjugais (Almeida-Santos & Moura-Ramos, 2010).

No geral, estudos relativos à psicopatologia não encontraram diferenças significativas entre as pessoas com infertilidade e outros (Greil, 1997). A causalidade entre psicopatologia e infertilidade tem gerado muitas discussões, não estando claro se os sintomas

psicológicos surgem da infertilidade ou estão relacionadas com as características psicológicas do indivíduo antes do tratamento (De Berardis et al., 2014).

A maioria dos estudos sobre as consequências psicossociais da infertilidade usam amostras clínicas de pessoas que procuram tratamento, ignorando as experiências daqueles que não procuram tratamento e tornando as pesquisas limitadas (Greil et al., 2010; Greil, 1997). Este facto torna difícil de perceber em que medida o stresse é o resultado da própria condição de infertilidade e até que ponto é uma consequência da experiência do tratamento de infertilidade (Greil, McQuillan, Lowry, & Shreffler, 2011).

Na globalidade, a literatura tem vindo a apontar para a existência de consequências psicológicas associadas ao diagnóstico e tratamento médico da infertilidade, no entanto, o papel de processos de regulação emocional como o evitamento experiencial tem sido menos explorado.

O evitamento experiencial, muitas vezes também designado como inflexibilidade psicológica, é descrito como sendo composto por duas partes relacionadas: a falta de vontade em permanecer em contacto com experiências privadas aversivas (incluindo sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias e predisposições comportamentais) e a ação realizada para alterar as experiências aversivas ou os eventos que as desencadeiam (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996).

Em algumas situações, o evitamento subtil ou o comportamento suprimido pode ser visto como uma estratégia de autoproteção para evitar consequências aparentemente desastrosas como, por exemplo, tentar não mostrar sinais de ansiedade (Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006). Nestes contextos, o evitamento experiencial é uma estratégia relativamente benigna de curto-prazo para controlar a expressão emocional, onde as consequências negativas podem ser mínimas (Kashdan et al., 2006). Contudo, o evitamento experiencial também é caracterizado por ser um processo mal adaptativo quando o padrão de resposta é rígido e inflexível, estando associado a resultados negativos de saúde mental e a uma fraca qualidade de vida (Hayes et al., 1996). Os seus efeitos imediatos são geralmente positivos, pois as consequências a curto prazo são mais valorizadas que as de longo prazo, assumindo a função de regulação emocional (Hayes et al., 1996).

Diversos estudos sugerem que o evitamento experiencial vulnerabiliza o indivíduo para o desenvolvimento e manutenção de psicopatologia (Chawla & Ostafin, 2007; Hayes et al., 1996) e que quem apresente níveis elevados de evitamento experiencial sofre consequências afetivas, cognitivas e sociais abrangendo indícios de sofrimento psíquico e diminuição de função hedónica (Kashdan et al., 2006).

Um estudo realizado sugere que o evitamento experiencial pode ser um importante fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de elevado stresse (Bardeen, Fergus, & Orcutt, 2013). Entre os indivíduos que experimentam eventos indutores de stresse semelhantes, aqueles que usam o evitamento emocional mal adaptativo como um estilo de resposta, em comparação com aqueles que conseguem tolerar experiências internas indesejáveis, provavelmente experienciam níveis mais intensos e prolongados de stresse (Bardeen et al., 2013).

Neste seguimento, um estudo realizado com 529 professores avaliou o papel do evitamento experiencial no seu bem-estar, mais concretamente, a relação do evitamento experiencial com o stresse associado com o mau comportamento dos alunos e apoio social limitado e, também, avaliou a relação do evitamento experiencial com o *burnout* e a depressão (Hinds, Jones, Gau, Forrester, & Biglan, 2015). Este estudo concluiu que o evitamento experiencial mediou a relação com o stresse associado aos comportamentos dos alunos e às medidas de bem-estar. Para além disso, concluiu que o evitamento experiencial está significativamente e moderadamente correlacionado com a depressão, sendo que 26,8% dos professores estavam levemente deprimidos, 8,9% moderadamente e 2,8% grave ou severamente deprimidos (Hinds et al., 2015).

Outro estudo realizado com 178 estudantes de psicologia concluiu que os indivíduos com sintomas depressivos, apresentavam níveis mais elevados de evitamento experiencial, independentemente dos níveis de afeto negativo, sugerindo que o modelo de relação entre a depressão e o evitamento experiencial é mais complexo quando as flutuações nos afetos negativos diários são tidos em conta (Shahar & Herr, 2011).

Ainda relacionado com o evitamento experiencial e a depressão, um estudo realizado com 161 indivíduos da população em geral, entre os 18 e 65 anos, concluiu que o evitamento experiencial medeia o impacto de experiências de vergonha com cuidadores e sintomas de depressão e, também, medeia a associação entre a centralidade de experiências de vergonha com outros e sintomas de depressão (Carvalho, Dinis, Pinto-Gouveia, & Estanqueiro, 2015). Os resultados deste estudo reforçam a importância de abordar os processos de regulação emocional, como o evitamento experiencial, particularmente com pessoas que apresentam sintomas de depressão (Carvalho et al., 2015).

Relativamente à infertilidade, o evitamento experiencial é um campo ainda pouco estudado. Um estudo realizado com 326 casais (120 casais férteis, 147 casais inférteis e 59 casais em processo de adoção) concluiu que as pessoas que enfrentam problemas de

fertilidade tendem a mostrar processos de regulação emocional mal adaptativos (Cunha, Galhardo, & Pinto-Gouveia, 2016).

Estudos anteriores com pacientes com infertilidade apontam para a existência de uma relação entre os estilos de *coping* disfuncionais e depressão, ansiedade, stresse pessoal, conjugal e social (Cunha et al., 2016). Como tal, manifestar estilos de *coping* mal adaptativos pode ser visto como um sinal de possíveis dificuldades psicológicas, tornando-se importante estas serem avaliadas e orientadas para as fases iniciais do tratamento de infertilidade com o intuito de evitar problemas de saúde mental (Cunha et al., 2016).

Assim sendo, a presente investigação tem como principal objetivo investigar o papel mediador do evitamento experiencial na relação entre os domínios do stresse relacionado com a infertilidade (o impacto sobre os domínios da vida que são afetados pela experiência da infertilidade e as representações acerca da importância da parentalidade) e os sintomas depressivos.

Materiais e Métodos

Participantes

A amostra foi composta por 98 participantes com diagnóstico de infertilidade que se encontravam a realizar tratamento médico, sendo 96 mulheres (98%) e 2 homens (2%). As idades variaram entre 27 e 44 anos, sendo a média de 35,70 e o desvio padrão de 4,31. Os anos de escolaridade oscilaram entre 9 e 24, a média foi de 15,56 anos e o desvio padrão de 3,23. Relativamente ao estado civil, constatou-se que 58 participantes são casados (59,2%) e 40 vivem em união de facto (4,8%). A duração média do casamento/união de facto foi de 7,32 anos e o desvio padrão de 3,94. No que concerne à profissão, foi possível constatar que 34,7% dos participantes se inseriam na categoria de especialistas das atividades intelectuais e científicas, 27,6% em pessoal administrativo e 20,4% em técnicos e profissões de nível intermédio, sendo que os demais participantes se dispersaram pelas restantes categorias. Relativamente à situação atual de emprego, 87,8% encontravam-se empregados, 11,2% desempregados e 1% eram estudantes.

Em média, a infertilidade foi diagnosticada há 4,93 anos, com um desvio padrão de 3,93 e em média realizaram 3,87 ciclos de tratamento. Por sua vez, 42,9% da origem da infertilidade era de fator feminino, 21,4% de fator masculino, 18,4% de fator desconhecido e 17,3% de fator feminino e masculino. No total 78,6% dos participantes já realizaram tratamento anteriormente e 21,4% não o fizeram.

Relativamente a estes tratamentos anteriormente realizados, a Injeção Intra-Citoplasmática de Espermatozoide (ICSI) representa o tratamento mais frequente (23,5%), seguida da Fertilização *In Vitro* (FIV) (22,4%), Estimulação Hormonal Ovária (isoladamente, ou seja, sem ser seguida de FIV ou ICSI) (16,3%), Inseminação Intra-Uterina (IIU) (13,3%) e múltiplos tratamentos com 11,2%. Atualmente, 36,7% encontra-se a aguardar marcação de tratamento, 30,6% a aguardar resultados de testes ou exames, 12,2% a realizar FIV ou ICSI, 5,1% a realizar estimulação hormonal ovária e 3,1% a realizar IIU. Quanto à doação de óvulos ou esperma, 15,3% dos participantes afirmam ter recorrido e 84,7% dos participantes não.

Por último, 17,3% dos participantes afirmaram ter algum tipo de acompanhamento psicológico relacionado com a experiência de infertilidade e 82,7% não.

Procedimentos

A divulgação do estudo foi realizada através da Associação Portuguesa de Fertilidade que aceitou colaborar através da divulgação do estudo nos seus meios habituais (Fórum, *Newsletter* e Página da rede social *Facebook*).

Após os participantes terem conhecimento do estudo, foi dada uma explicação prévia acerca do seu propósito, sendo solicitado o consentimento informado, sem o qual não era possível o prosseguimento. Após obtenção deste consentimento, os participantes preencheram um breve questionário sociodemográfico e clínico e os demais instrumentos de autorresposta descritos no ponto seguinte.

Instrumentos

Tendo em consideração os objetivos deste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico e clínico, Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II), Inventário de Problemas de Fertilidade (FPI) e Escala de Ansiedade Depressão e Stresse (EADS-21), pelo que foi pedida autorização da utilização dos questionários aos respetivos autores da versão portuguesa.

Inicialmente foi recolhida informação sociodemográfica e clínica acerca dos participantes do estudo. Os aspetos explorados a nível sociodemográfico foram a idade, o sexo, o estado civil, o nível educacional e a profissão. Relativamente à parte clínica, esta centrou-se na recolha de informação acerca da história clínica da infertilidade (duração, tipo,

tratamentos anteriormente realizados e número de ciclos, tratamentos atuais) e da existência ou não de acompanhamento psicológico relacionado com a experiência de infertilidade.

O **Questionário de Aceitação e Ação II** (Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012) avalia a inflexibilidade psicológica ou evitamento experiencial. Este instrumento é constituído por 7 itens e as respostas são medidas numa escala de tipo de Likert variando de 1 (“Nunca verdadeiro”) a 7 (“Sempre verdadeiro”), onde é instruído aos sujeitos para assinalar a veracidade da afirmação para si (Bond et al., 2011). Resultados mais elevados indicam maior inflexibilidade psicológica e estão associados a maiores níveis de sintomas depressivos, ansiedade e stresse e sofrimento psíquico global (Bond et al., 2011).

O estudo das características psicométricas constatou que o AAQ-II possui uma estrutura fatorial unidimensional, uma boa consistência interna ($\alpha = 0,84$) e uma boa validade convergente e discriminante (Bond et al., 2011).

Relativamente à análise fatorial exploratória da versão portuguesa esta apoiou a ideia de que o AAQ-II, na população portuguesa, também possui uma estrutura unidimensional e na análise fatorial confirmatória que este modelo apresenta bons indicadores de ajustamento (Pinto-Gouveia et al., 2012). A consistência interna desta análise foi considerada excelente ($\alpha = 0,90$) e a validade convergente e discriminante consideraram-se boas. Assim, o AAQ-II validado para a população portuguesa é considerado um instrumento fidedigno e válido, com uma estrutura adequada (Pinto-Gouveia et al., 2012). No nosso estudo, o AAQ-II obteve, também, uma excelente consistência interna ($\alpha = 0,94$).

O **Inventário de Problemas de Fertilidade** (Newton, Sherrard, & Glavac, 1999; versão portuguesa de Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, & Soares, 2011) pretende avaliar o stresse associado à infertilidade considerando cinco subescalas: *preocupação social* (sensibilidade a comentários, recordações acerca da infertilidade, sentimentos de isolamento social, alienação em relação à família e amigos) *preocupação sexual* (diminuição do prazer sexual, sentimentos de pressão para agendar as relações sexuais, autoestima em termos sexuais), *preocupação relacional* (dificuldades em falar acerca da infertilidade, dificuldade em aceitar diferenças sexuais, preocupações acerca do futuro do relacionamento), *necessidade de parentalidade* (identificação com o papel parental e a perceção da parentalidade como objetivo primário e essencial da vida) e *rejeição de um estilo de vida sem filhos* (visão negativa deste estilo de vida, visão da felicidade futura como dependente da existência de um filho ou de ter outro filho). Através da soma destas cinco subescalas, obtém-se ainda uma medida do stresse global.

O instrumento é constituído por 46 itens e é pedido aos participantes que indiquem o quanto discordam ou concordam de cada item, sendo a escala de resposta de tipo Likert, variando entre 1 (“Discordo fortemente”) e 6 (“Concordo fortemente”). As pontuações vão de encontro às subescalas supracitadas, e quanto mais altas forem, maior o nível de stresse associado à infertilidade (Newton et al., 1999).

O FPI revelou uma boa confiabilidade, em que os coeficientes de alfa Cronbach obtidos variaram entre 0,77 e 0,87 nas diferentes subescalas e no caso do stresse global foi obtido o valor de 0,93 (Newton et al., 1999). Relativamente à sua fidedignidade foram obtidos, em termos de stresse global, os valores de 0,83 e 0,84, para mulheres e homens, respetivamente (Newton et al., 1999).

Relativamente ao estudo da estrutura fatorial da versão portuguesa são duas as conclusões gerais do estudo: as cinco subescalas são indicadores consistentes do constructo de stresse relacionado com a infertilidade e são apontadas duas dimensões distintas do stresse relacionado com a infertilidade: o impacto sobre os domínios da vida que são afetados pela experiência da infertilidade e as representações acerca da importância da parentalidade (Moura-Ramos et al., 2011). Para além disso, o FPI tem uma boa validade convergente e discriminante e é considerado um instrumento fidedigno (Moura-Ramos et al., 2011).

Neste estudo, o FPI revelou uma boa consistência interna com um valor de 0,92 para a escala total. Relativamente às duas dimensões distintas do stresse relacionado com a infertilidade, obteve-se valores de alfa de Cronbach de 0,91 para a dimensão do impacto sobre os domínios da vida que são afetados pela experiência da infertilidade e 0,89 para a dimensão de representações acerca da importância da parentalidade.

A Escala de Ansiedade Depressão e Stresse (Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) tem como objetivo avaliar a ansiedade, depressão e stresse.

Nesta escala, a *ansiedade* é caracterizada por salientar as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo e inclui conceitos como: excitação do sistema autónomo (itens 2, 4 e 19); efeitos músculo esqueléticos (item 7); ansiedade situacional (item 9) e experiências subjetivas de ansiedade (itens 15 e 20) (Pais-Ribeiro et al., 2004). A *depressão* descreve-se pela perda de autoestima e de motivação, associada com a perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa e inclui os seguintes conceitos: disforia (item 13); desânimo (item 10); desvalorização da vida (item 21); auto depreciação (item 17); falta de interesse ou de envolvimento (item 16); anedonia (item 3) e inércia (item 5) (Pais-Ribeiro et al., 2004). Por

último, o *stresse* indica estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão e inclui: dificuldade em relaxar (itens 1 e 12); excitação nervosa (item 8); facilmente agitado/chateado (item 18); irritável/reacção exagerada (itens 6 e 11) e impaciência (item 14) (Pais-Ribeiro et al., 2004).

A EADS-21 é então constituída por 21 itens que estão distribuídos em igual número pelas três escalas que pretende avaliar, ou seja, sete itens para cada escala. Cada item consiste numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos e pede-se ao sujeito que responda se a afirmação “se aplicou a si durante a semana passada”, assinalando numa escala de frequência ou gravidade com quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert em que 0 corresponde a “Não se aplicou nada a mim” e 3 corresponde a “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (Pais-Ribeiro et al., 2004)

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens, sendo que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004).

No estudo da validação portuguesa obteve-se uma boa consistência interna em que os resultados obtidos de alfa Cronbach foram de 0,85 para a escala de depressão, 0,74 para a ansiedade e 0,81 para a escala de stresse (Pais-Ribeiro et al., 2004). O estudo da validação portuguesa permitiu então confirmar que a EADS-21 tem propriedades idênticas às da versão original (Pais-Ribeiro et al., 2004). Quanto ao presente estudo, verificou-se uma boa consistência interna nas três escalas, sendo que a escala de depressão apresentou um alfa de Cronbach de 0,91, a escala de ansiedade de 0,86 e a escala de stresse de 0,89. De referir que atendendo aos objetivos do estudo, foi apenas utilizada a escala de depressão.

Análise estatística

A análise estatística realizou-se através do uso do *Software SPSS Statistics* (v.22; IBM SPSS *Statistics*). O programa AMOS (v.22; IBM SPSS *Statistics*) foi utilizado para efeito de análises de trajetórias (*path analysis*).

Num primeiro momento a análise estatística realizada foi de natureza descritiva e inferencial. A associação entre variáveis foi calculada através do coeficiente de correlação de Bravais-Pearson. Para comparação de médias entre dois grupos recorremos ao teste *t*-Student para duas amostras independentes e análise de variância (ANOVA) a um fator (*one-way*) sempre que a análise recaiu sobre três ou mais grupos.

Os estudos de mediação tiveram por base a análise de trajetórias (*path analysis*) com o intuito de avaliar um modelo causal do impacto sobre os domínios da vida e as representações acerca da parentalidade sobre a sintomatologia depressiva em pessoas com infertilidade, mediado pelo evitamento experiencial (modelo hipotetizado). A significância dos coeficientes de regressão foi considerada posteriormente à estimação dos parâmetros por recurso ao método da máxima verosimilhança. A distância quadrada de Mahalanobis (D^2) e a normalidade das variáveis foi testada pelos coeficientes de assimetria (*sk*) e curtose (*ku*). Nenhuma das variáveis do modelo demonstrou valores de *Sk* e *Ku* indicativos de violações à distribuição normal, ou seja, não se verificaram valores de $|Sk| > 3$ e de $|Ku| > 10$ (Marôco, 2010b). Relativamente à presença de *outliers*, não foram encontradas observações que caiam fora da tendência das demais observações.

Em todas as análises considerou-se um nível de significância estatístico de 0,05.

Resultados

Na análise das estatísticas descritivas, para a escala da depressão da EADS obteve-se uma média de 7,73 e um desvio padrão de 5,52. No AAQ obteve-se uma média de 24,48 e um desvio padrão de 10,72.

Relativamente ao FPI e no que respeita ao impacto sobre os domínios da vida foi obtida uma média de 82,98 e um desvio padrão de 25,62. Para o domínio das representações acerca da importância da parentalidade, alcançou-se uma média de 74,51 e um desvio padrão de 16,87. Por último, no FPI total observou-se um valor médio de 157,49 e um desvio padrão de 35,54, estando acima da média reportada na versão portuguesa deste instrumento ($M = 118,74$; $DP = 23,44$). De notar que visto que a nossa amostra é constituída apenas por 2 indivíduos do sexo masculino, comparou-se com os dados relativos ao sexo feminino.

A análise das correlações entre as variáveis sociodemográficas (idade, anos de escolaridade e anos de casamento/união de facto) com as variáveis em estudo, mostrou que a idade só se correlaciona negativamente e de forma significativa com as representações acerca da parentalidade ($r = -0,22$; $p = 0,032$), a escolaridade correlaciona-se positivamente com o impacto sobre os domínios da vida que são afetados pela experiência da infertilidade ($r = 0,25$; $p = 0,012$) e que os anos de casamento/união de facto não se correlacionam com nenhuma das variáveis em estudo. Foram igualmente exploradas as correlações entre as variáveis em estudo e as variáveis clínicas (anos de diagnóstico e ciclos de tratamento), não se observando correlações estatisticamente significativas.

A análise das correlações entre as variáveis em estudo mostrou que o impacto sobre os domínios da vida que são afetados pela experiência da infertilidade e as representações acerca da parentalidade se correlacionam de forma positiva estatisticamente significativa com o evitamento experiencial ($r = 0,52$; $p < 0,001$; $r = 0,37$; $p < 0,001$), e com os sintomas de depressão ($r = 0,49$; $p < 0,001$; $r = 0,38$; $p < 0,001$), respetivamente.

Por último, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas nossas variáveis em estudo entre os diferentes tipos de tratamento, entre as pessoas que fizeram ou não fizeram tratamento, entre o tipo de tratamento atual e também, entre os diferentes tipos de infertilidade.

No que respeita ao estudo de mediação, o modelo hipotetizado foi testado através de um modelo saturado, englobando 10 parâmetros (Figura 1). Neste modelo todas as trajetórias se revelaram estatisticamente significativas à exceção do efeito direto das representações acerca da parentalidade sobre a depressão ($b = 0,014$; $SEb = 0,027$; $Z = 1,514$; $p = 0,130$; $\beta = 0,126$) e do efeito direto do impacto da infertilidade sobre os domínios da vida ($b = 0,038$; $SEb = 0,020$; $Z = 1,954$; $p = 0,051$; $\beta = 0,177$).

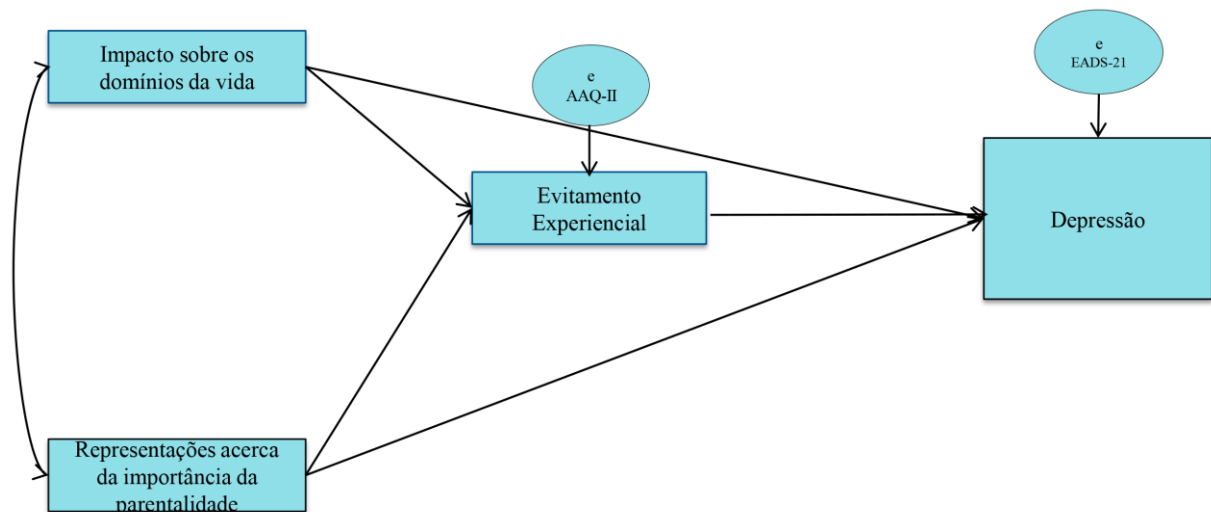


Figura 1. Modelo teórico do efeito de mediação do evitamento experiencial entre o Impacto sobre os domínios da vida e as Representações acerca da importância da parentalidade e a Depressão

Nesta sequência optou-se por eliminar o primeiro caminho que não se revelou significativo, ou seja, o do efeito direto das representações acerca da parentalidade sobre a depressão e o modelo foi recalculado (Figura 2). De acordo com o método de reamostragem por *Bootstrap*, todos os efeitos indiretos e diretos são significativos e o modelo explica 44% da variância da depressão. O modelo ajustado revelou um ajustamento muito bom com um X^2

= 0,265 ($gl = 1, p = 0,132$); CFI = 0,988; GFI = 0,989. A qualidade do ajustamento através do TLI = 0,926 revelou-se boa. Relativamente ao RMSEA = 0,114 o ajustamento do modelo mostrou-se inaceitável (Marôco, 2010a).

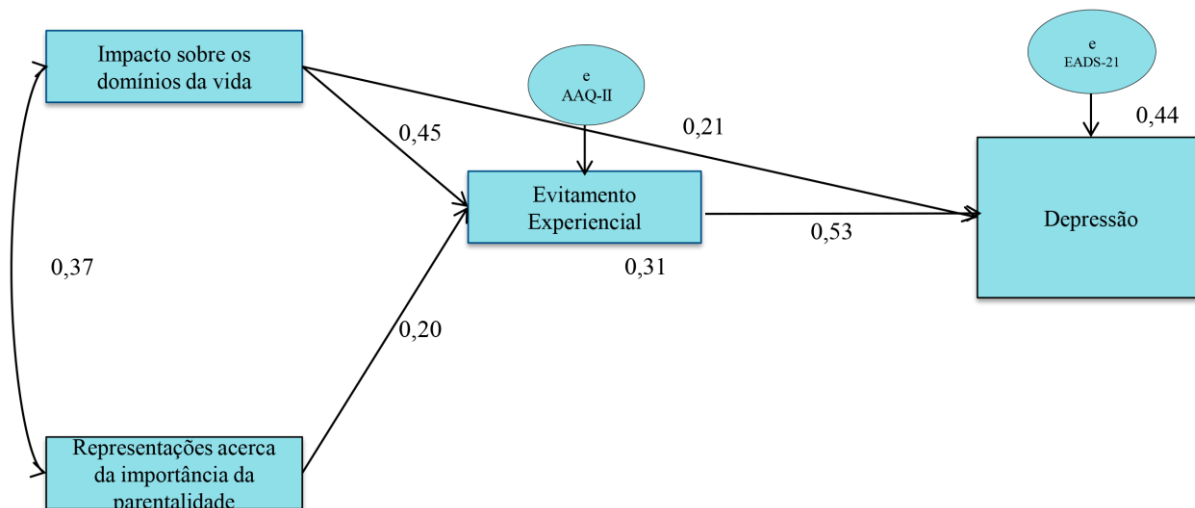


Figura 2. Resultados da *path analysis* que mostram o efeito mediador do Evitamento Experiencial, no impacto sobre os domínios da vida e das Representações acerca da importância da parentalidade na Depressão, com estimativas estandardizadas (N = 98). [$\chi^2(2) = 0,265$; $p = 0,132$; CFI = 0,988; GFI = 0,989; TLI = 0,926; RMSEA = 0,114]

Todas as trajetórias se revelaram estatisticamente significativas e a significância das trajetórias mediacionais indiretas foi ainda confirmada pelo método de reamostragem por *Bootstrap*. Os resultados indicaram que o impacto sobre os domínios da vida que são afetados pela experiência da infertilidade prediz maior sintomatologia depressiva através de um caminho direto com um efeito de 0,21. Verificou-se também um efeito indireto do impacto nos domínios da vida na depressão ($b = 0,24$, 95% CI = 0,15 to 0,34, $p = 0,001$) através do evitamento experiencial. Relativamente ao efeito das representações acerca da importância da parentalidade sobre a sintomatologia depressiva, observa-se que este efeito é totalmente mediado pelo evitamento experiencial ($b = 0,11$, 95% CI = 0,03 to 0,21, $p = 0,024$).

Discussão

O presente estudo procurou clarificar o mecanismo de mediação do evitamento experiencial, ou seja, a existência de um papel mediador deste processo de regulação emocional na relação entre o stressse relacionado com a infertilidade e os sintomas

depressivos numa amostra de pessoas com um diagnóstico de infertilidade que se encontravam a realizar tratamento médico para esta condição.

Tal como havia sido já reportado por outros autores, o stresse relacionado com a infertilidade apresentou-se correlacionado com os sintomas de depressão, o que remete para a ideia de que a infertilidade constitui uma experiência indutora de stresse que compromete o bem-estar das pessoas por ela afetadas (Moura-Ramos et al., 2011; Newton et al., 1999). Efetivamente, os dados obtidos no nosso estudo vão de encontro aos reportados noutros estudos que concluíram que pessoas com infertilidade que estejam a realizar tratamento podem relatar sintomas de stresse e de depressão (Noorbala et al., 2008; Williams et al., 2007).

Como referido anteriormente, o evitamento experiencial pode ser definido como um processo verbalmente mediado que envolve a indisponibilidade para estar em contacto com acontecimentos privados dolorosos e esforços deliberados no sentido de controlar a forma, frequência, duração ou intensidade desses acontecimentos, mesmo que tal conduza a ações incongruentes com os valores (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Hayes & Smith, 2005). Neste contexto, estudos anteriores têm apontado que o evitamento experiencial ou inflexibilidade psicológica pode funcionar como um importante mediador, por exemplo, entre as experiências de vergonha e a depressão (Carvalho et al., 2015). Assim, face à escassez de investigação deste processo de regulação emocional nesta população em concreto, considerou-se pertinente a sua exploração. Partindo do reconhecimento de que a infertilidade e o respetivo tratamento médico são circunstâncias que poderão ser desencadeadoras de stresse e de sintomatologia depressiva, procedeu-se à análise de um modelo teórico no qual o stresse relacionado com a infertilidade foi subdividido em duas dimensões de segunda ordem (em concordância com o modelo sugerido por Moura-Ramos et al., 2011), nomeadamente a do impacto da infertilidade sobre os diferentes domínios da vida das pessoas (integrando a composição das preocupações sociais, preocupações relacionais e preocupações sexuais) e a importância das representações acerca da parentalidade (integrando os aspetos relacionados com importância da parentalidade e a rejeição de um estilo de vida sem filhos). Estas duas dimensões encontram-se correlacionadas entre si, mas apresentam também uma correlação com o evitamento experiencial e com os sintomas depressivos.

Os nossos dados apontaram para o facto de o impacto da infertilidade sobre os domínios da vida apresentar um efeito direto sobre os sintomas de depressão, mas ter também um efeito indireto, mediado pelo evitamento experiencial. Relativamente às representações acerca da importância da parentalidade estas apenas têm efeito nos sintomas depressivos,

quando mediadas pelo evitamento experiencial. Tal significa que encarar a parentalidade como um objetivo de vida nuclear e possuir uma visão negativa quanto a um estilo de vida que não englobe a presença de filhos parecem não ser elementos que contribuam de forma direta para a manifestação de sintomatologia depressiva. Com efeito, e no que respeita a este último resultado, um estudo anterior que procurou analisar a relação entre a necessidade da parentalidade, a rejeição de um estilo de vida sem filhos e os sintomas depressivos, encontrou também a inexistência de um efeito direto destas sobre a depressão (Galhardo, Moura-Ramos, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2016).

De acordo com o modelo testado, constata-se então que o conjunto de preocupações sociais (que integram a sensibilidade a comentários, sentimentos de isolamento social ou aspetos que recordem a condição de infertilidade), preocupações sexuais (diminuição da satisfação ou da autoestima sexual) e preocupações com a relação conjugal (dificuldade em falar acerca da infertilidade, impacto que a infertilidade pode acarretar para a relação) podem constituir-se, por si só, como elementos de vulnerabilidade para o surgimento de sintomas de depressão, mas poderão também ser amplificados por intermédio do recurso ao evitamento experiencial. Por seu turno, quando a parentalidade é entendida como um objetivo de vida fundamental e existe a ideia de que a felicidade futura está dependente da existência de uma criança, havendo uma visão negativa da vida sem filhos, o impacto que estes aspetos podem ter na manifestação de sintomas de depressão ocorre por intermédio do evitamento experiencial.

Relativamente ao evitamento experiencial, os resultados também foram concordantes com os de outros estudos, nomeadamente, entre os indivíduos que experimentam eventos indutores de stresse semelhantes, aqueles que usam o evitamento emocional mal adaptativo como um estilo de resposta, provavelmente experienciam níveis mais intensos e prolongados de stresse (Bardeen et al., 2013). Para além disso, os resultados também mostram o papel que o evitamento experiencial tem como mediador na relação entre o stresse e a depressão (Hinds et al., 2015; Shahar & Herr, 2011). Concretamente, estudos que abordaram o evitamento experiencial num contexto de infertilidade, mostraram também a existência de uma relação entre os estilos de *coping* disfuncionais, depressão e stresse (Cunha et al., 2016).

Este estudo pretende contribuir para a compreensão dos mecanismos que poderão estar subjacentes à relação entre stresse relacionado com a infertilidade e sintomas depressivos, no entanto, os nossos resultados deverão ser analisados atendendo a algumas limitações do presente estudo. Por um lado, há que ter em conta que se tratou de um estudo

com um desenho transversal, pelo que não possibilita o estabelecimento de relações causais. Apesar de ter sido adotada uma análise com recurso a equações estruturais, mais precisamente *path analysis*, há que notar que aspetos como o tamanho da amostra, a discrepância de representatividade de ambos os géneros e a sua heterogeneidade (os indivíduos encontravam-se em diferentes fases do acompanhamento médico) podem constituir variáveis confundentes. Por exemplo, tendo em conta que outros estudos indicam que sintomas mais disfuncionais dependem da fase de tratamento (Yong, Martin, & Thong, 2000), aconselha-se a num estudo futuro obter uma amostra em que os sujeitos se encontrem na mesma fase, apenas com um determinado tipo de tratamento e poder controlar outro tipo de variáveis. No que respeita à distribuição dos participantes por género, sugere-se que o estudo possa ser replicado numa amostra mais equilibrada no que toca ao género, podendo assim realizar algum tipo de comparação entres homens e mulheres. Outra sugestão vai de encontro ao facto de a maioria dos estudos realizados utilizarem apenas amostras clínicas de pessoas em tratamento (Greil et al., 2010; Greil, 1997), sendo importante realizar mais estudos onde existem amostras de pessoas com infertilidade que não procuram tratamento. Com efeito, estudos recentes apontam que 57,3% das mulheres e 53,2% dos homens com infertilidade procuram de tratamentos médicos para esta condição (Datta et al., 2016).

De acrescentar ainda que apesar de os nossos dados demonstraram um muito bom ou bom ajustamento ao modelo testado, o indicador de ajustamento RMSEA não se mostrou adequado. Contudo, é de referir que este indicador de ajustamento tende a favorecer modelos mais complexos, com maior número de parâmetros, sendo que o nosso modelo consistiu num modelo de mediação simples, contendo 9 parâmetros (Marôco, 2010a).

Independentemente das limitações elencadas, é importante referir que este pretendeu ser um contributo para a clarificação dos mecanismos que poderão influenciar o ajustamento emocional em pessoas com infertilidade, mais concretamente no que toca a sintomas de depressão. Assim, a identificação do evitamento experiencial como uma variável com um papel mediador na relação entre o stresse relacionado com a infertilidade e a depressão, remete para a importância de avaliação deste processo de regulação emocional em pessoas com esta condição médica. Para além desta avaliação, os resultados do presente estudo apontam também para a relevância de integrar no trabalho terapêutico com estas pessoas ferramentas que abordem especificamente o evitamento experiencial. Neste sentido, intervenções com a Terapia da Aceitação e do Compromisso (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Hayes & Smith, 2005) poderão revelar-se úteis, tal como referido por Peterson e Eifert, (2011). De acrescentar ainda que o Programa Baseado no *Mindfulness* para a Infertilidade

(Galhardo, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2013) ao abordar também o evitamento experiencial, poderá igualmente ser adequado para a intervenção psicológica com esta população.

Bibliografia

- Alhassan, A., Ziblim, A. R., & Muntaka, S. (2014). A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Women's Health*, *14*(42), 6. <http://doi.org/10.1186/1472-6874-14-42>
- Allan, H., & Mounce, G. (2015). Managing infertility in primary care. *Practice Nursing*, *26*(9), 440–443.
- Almeida-Santos, T., & Moura-Ramos, M. (2010). *Esterilidade e procriação medicamente assistida* (1^a ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C., & Möller, A. (2005). Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction*, *20*(10), 2969–2975. <http://doi.org/10.1093/humrep/dei219>
- Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2013). Experiential avoidance as a moderator of the relationship between anxiety sensitivity and perceived stress. *Behavior Therapy*, *44*(3), 459–469. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.001>
- Biringer, E., Howard, L. M., Kessler, U., & Stewart, R. (2015). Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population? Results from the North-Trondelag health study and the medical birth registry of Norway. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *36*(2), 38–45. <http://doi.org/10.3109/0167482x.2014.992411>
- Blundell, R. (2007). Causes of infertility. *International Journal of Molecular Medicine and Advance Sciences*, *3*(1), 63–65. <http://doi.org/10.1111/j.1439-0272.2010.01043.x>
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, *22*(6), 1506–1512. <http://doi.org/10.1093/humrep/dem046>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire–II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, *42*(4), 676–688. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Carvalho, S., Dinis, A., Pinto-Gouveia, J., & Estanqueiro, C. (2015). Memories of shame experiences with others and depression symptoms: the mediating role of experiential avoidance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *22*(1), 32–44. <http://doi.org/10.1002/cpp.1862>

- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871–890. <http://doi.org/10.1002/jclp>
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293–308.
- Coussons-Read, M., Okun, M., & Nettles, C. (2007). Psychosocial stress increases inflammatory markers and alters cytokine production across pregnancy. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21(3), 343–350.
- Covington, S., & Burns, L. (1999). *Infertility Counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. (S. Covington & L. Burns, Eds.) (2nd ed.). Cambridge University Press.
- Cunha, M., Galhardo, A., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Experiential avoidance, self-compassion, self-judgment and coping styles in infertility. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1–7. <http://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.04.001>
- Datta, J., Palmer, M. J., Tanton, C., Gibson, L. J., Jones, K. G., Macdowall, W., ... Wellings, K. (2016). Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction*, 0(0), 1–11. <http://doi.org/10.1093/humrep/dew123>
- De Berardis, D., Mazza, M., Marini, S., Del Nibletto, L., Serroni, N., Pino, M. C., ... Di Giannantonio, M. (2014). Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *Clinica Terapeutica*, 165(3). <http://doi.org/10.7417/CT.2014.1716>
- Engler, N. (2009). The psychological impact of infertility and its treatment. *Harvard Mental Health Letter*, 25(11).
- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Mindfulness-Based Program for Infertility: efficacy study. *Fertility and Sterility*, 100(4), 1059–1067. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.05.036>
- 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. <http://doi.org/10.1093/humrep/dev311>
- Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Matos, M. (2011). The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Human Reproduction*, 26(9), 2408–2414. <http://doi.org/10.1093/humrep/der209>
- Gameiro, S., Silva, S., & Canavarro, M. (2008). A experiência masculina de infertilidade e de reprodução medicamente assistida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 253–270.

- Greil, A. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679–1704. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00102-0](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00102-0)
- Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., & Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: a longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Social Science and Medicine*, 73(1), 87–94. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.023>
- Greil, A., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health and Illness*, 32(1), 140–162. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hayes, S., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Hinds, E., Jones, L. B., Gau, J. M., Forrester, K. K., & Biglan, A. (2015). Teacher distress and the role of experiential avoidance. *Psychology in the Schools*, 52(3), 284–297. <http://doi.org/10.1002/pits>
- Kamath, M., & Bhattacharya, S. (2012). Demographics of infertility and management of unexplained infertility. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 26(6), 729–738. <http://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.001>
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301–1320. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
- Lynch, C. D., Sundaram, R., Maisog, J. M., Sweeney, A. M., & Buck Louis, G. M. (2014). Preconception stress increases the risk of infertility: results from a couple-based prospective cohort study-the life study. *Humarn Reproduction*, 29(5), 1067–75. <http://doi.org/10.1093/humrep/deu032>
- Marôco, J. (2010a). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.

- Marôco, J. (2010b). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Maroufizadeh, S., Karimi, E., Vesali, S., & Samani, R. O. (2015). Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *130*(3), 253–256. <http://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.044>
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, *9*(12), 1–12. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356>
- Miles, L. M., Keitel, M., Jackson, M., Harris, A., & Licciardi, F. (2009). Predictors of distress in women being treated for infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *27*(3), 238–257. <http://doi.org/10.1080/02646830802350880>
- Morreale, M., Balon, R., Tancer, M., & Diamond, M. (2011). The impact of stress and psychosocial interventions on assisted reproductive technology outcome. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *37*(1), 56–69. <http://doi.org/10.1080/0092623X.2011.533584>
- Moura-Ramos, M. (2011). *Adaptação psicossocial de casais portugueses à infertilidade e à reprodução medicamente assistida*. Universidade de Coimbra.
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Soares, I. (2011). Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Human Reproduction*, *27*(2), 496–502. <http://doi.org/10.1093/humrep/der388>
- Nakamura, K., Sheps, S., & Clara Arck, P. (2008). Stress and reproductive failure: past notions, present insights and future directions. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *25*(2), 47–62. <http://doi.org/10.1007/s10815-008-9206-5>
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, *72*(1), 54–62. [http://doi.org/10.1016/S0015-0282\(99\)00164-8](http://doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00164-8)
- Noorbala, A. A., Ramazanzadeh, F., Malekafzali, H., Abedinia, N., Forooshani, A. R., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2008). Effects of a psychological intervention on depression in infertile couples. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *101*(3), 248–252. <http://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.12.010>
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão ansiedade stress de Lovibon e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5*(1), 229–239.

- Peterson, B. D., & Eifert, G. H. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(4), 577–587. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.03.004>
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese version. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12*(2), 139–156.
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health, 4*(9). <http://doi.org/10.1186/1472-6874-4-9>
- Shahar, B., & Herr, N. R. (2011). Depressive symptoms predict inflexibly high levels of experiential avoidance in response to daily negative affect: a daily diary study. *Behaviour Research and Therapy, 49*(10), 676–681. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2011.07.006>
- Silva-Carvalho, J. L., & Santos, A. (2009). *Estudo Afrodite caracterização da infertilidade em Portugal I - estudo na comunidade*. Porto: Universidade do Porto.
- Vayena, E., Rowe, P. J., & Griffin, P. D. (2002). *Current practices and controversies in assisted reproduction*. World Health Organization. Retrieved from <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241590300.pdf>
- Williams, K. E., Marsh, W. K., & Rasgon, N. L. (2007). Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. *Human Reproduction Update, 13*(6), 607–616. <http://doi.org/10.1093/humupd/dmm019>
- Yong, P., Martin, C., & Thong, J. (2000). A comparison of psychological functioning in women at different stages of in vitro fertilization treatment using the mean affect adjective checklist. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 17*, 553–556.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., ... Vanderpoel, S. (2009). International committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Human Reproduction, 24*(11), 2683–2687. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.009>