



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
Departamento de Psicología y Antropología

**“CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN
SEXUAL DE LAS PAREJAS
INFÉRTILES EN TRATAMIENTO
PROLONGADO”**

**QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO SEXUAL
DOS CASAIS INFÉRTEIS EM TRATAMENTO
PROLONGADO**

Marie Cécile Gomes Domingues Pereira

Badajoz, 2011



TESIS DE DOCTORADO

“CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN SEXUAL DE LAS PAREJAS INFÉRTILES EN TRATAMIENTO PROLONGADO”

QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO SEXUAL DOS CASAIS INFÉRTEIS EM TRATAMENTO PROLONGADO

Trabajo de investigación presentado por Dñ^a.
Marie Cécile Gomes Domingues Pereira

Dirigido por el doctor D. Florencio Vicente Castro
Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación de la
Universidad de Extremadura y las Doctoras Isabel Torgal,
de la Faculdade de Medicina de la Universidad de Coimbra
y Dr^a María Isabel Fajardo Caldera de la Universidad de
Extremadura

Visto Bueno para su defensa.
El Director del Trabajo

Fdo. Florencio Vicente Castro
Dr.^a Isabel Torgal
Dr.^a María Isabel Fajardo Caldera



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
Departamento de Psicología y Antropología
BADAJOZ

FLORENCIO VICENTE CASTRO, Catedrático de
Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de
Extremadura

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de investigación titulado **“CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN SEXUAL DE LAS PAREJAS INFÉRTILES EN TRATAMIENTO PROLONGADO”** **QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO SEXUAL DOS CASAIS INFÉRTEIS EM TRATAMENTO PROLONGADO”** constituye el trabajo de investigación, original e inédito que presenta D^o. **Marie Cécile Gomes Domingues Pereira** para optar a la consecución del Grado de Doctor

Para que conste
Badajoz Octubre 2011

AGRADECIMENTOS

Por muito modesta que seja, uma investigação envolve sempre outras pessoas que, directa ou indirectamente, contribuíram para a realização da mesma. Expressam-se aqui sentimentos sinceros de gratidão e apreço àqueles que com a sua sabedoria, disponibilidade e apoio me ajudaram a concretizar esta etapa da minha vida.

- Ao Prof. Doutor Florêncio Vicente Castro, pela sua disponibilidade, paciência e sabedoria.

- À Prof.^a. Doutora Isabel Torgal, por me ter iniciada na área da infertilidade, pela simpatia e disponibilidade.

- Ao Dr. Vladimiro Silva, pela oportunidade que me foi dada, pelo apoio e pelo conhecimento transmitido.

- À Prof.^a. Doutora Margarida Pocinho, por me ter aconselhado nos meus momentos de aflição estatística.

- À equipa da Tecnisign Coimbra, pelo trabalho realizado na disponibilização dos instrumentos *online*, e pela simpatia.

- Ao Jorge, o meu marido e melhor amigo, simplesmente porque a vida só faz sentido quando partilhada com outra, pelo apoio, por ter acreditado... por tudo!

- Aos meus Pais, porque sem eles não poderia ser o que sou, por me terem sempre demonstrado que para alcançar o que se pretende é preciso muita força, trabalho e amor.

- À Fany, pelas nossas longas discussões, risos, lágrimas, pela compreensão, pela nossa amizade e pela disponibilidade em realizar esta linda tela.

- A todos os que participaram neste estudo, pela paciência, partilha e disponibilidade, ..., nunca desistam dos seus sonhos!

A todos envio do fundo do meu coração a eterna amizade e um sincero muito Obrigada!

*Porque sempre tive alguém para me dizer:
“agora que começaste, vai até ao final”. Aos
meus Pais e ao Jorge por me terem
encorajado.*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
 PRIMEIRA PARTE DESENVOLVIMENTO TEÓRICO	
 CAPÍTULO I – O CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA.....	 6
I-1) CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DO CONCEITO.....	7
I-1-1) Abordagem médica.....	7
I-1-2) Abordagem psicológica.....	11
I-2) MODELOS TEÓRICOS DA QUALIDADE DE VIDA.....	14
I-2-1) Modelo teórico de Ruut Veenhoven.....	14
I-2-2) Modelo teórico de Ed Diener.....	19
I-2-3) Modelo teórico de Damian Kováč – O modelo transcultural da qualidade de vida.....	23
I-2-4) Definição integrativa do conceito de qualidade de vida segundo Robert Costanza.....	27
I-3) A DIFÍCIL TAREFA EM DEFINIR A QUALIDADE DE VIDA.....	29
I-4) INVESTIGAÇÕES ACERCA DO CONCEITO – DE ONTEM PARA HOJE..	31
 CAPÍTULO II – O CONCEITO DE SATISFAÇÃO SEXUAL.....	 38
II-1) A SEXUALIDADE NA HISTÓRIA DO MUNDO.....	39
II-1-1) A sexualidade nas civilizações clássicas.....	39
II-1-2) A sexualidade na idade moderna (1750-1950)	41
II-1-3) A sexualidade no período da globalização.....	45
II-2) SIGNIFICADO E CONCEITO DE SATISFAÇÃO SEXUAL.....	49
II-3) MODELOS TEÓRICOS DA SATISFAÇÃO SEXUAL.....	52
II-3-1) Teoria da igualdade – Equity Model.....	53
II-3-2) <i>The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction</i> (IEMSS)...	56
II-4) INVESTIGAÇÕES REALIZADAS ACERCA DA TEMÁTICA.....	59

CAPÍTULO III - O IMPACTO DA INFERTILIDADE EM VÁRIAS ÁREAS DA VIDA DO CASAL.....	64
III-1) O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DA INFERTILIDADE.....	65
III-2) IMPACTO DA INFERTILIDADE AO NÍVEL PSICO-EMOCIONAL.....	69
III-3) IMPACTO DA INFERTILIDADE E DOS TRATAMENTOS AO NÍVEL SEXUAL.....	72
III-4) IMPACTO AO NÍVEL RELACIONAL/ FAMILIAR.....	77
III-5) IMPACTO AO NÍVEL DA QUALIDADE DE VIDA.....	80
III-6) SÍNTESE.....	81
 SEGUNDA PARTE – DESENVOLVIMENTO EMPÍRICO	
 CAPÍTULO IV – MATERIAL E MÉTODOS.....	85
IV-1) OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO.....	86
IV-2) HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	87
IV-3) DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	88
IV-4) DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS.....	90
IV-4-1) Questionário sociodemográfico.....	90
IV-4-2) Índice de Satisfação Sexual.....	90
IV-4-3) FertiQol International.....	91
IV-5) PROCEDIMENTO.....	94
IV-6) AMOSTRA.....	96
IV-6-1) Descrição da amostra na perspectiva individual.....	96
IV-6-2) Descrição da Amostra na perspectiva do casal.....	97
 CAPÍTULO V – RESULTADOS, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO.....	100
V-1) ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS.....	100
V-1-1) Questionário sociodemográfico.....	100
a) <i>Amostra participantes individuais</i>	100
b) <i>Amostra dos casais</i>	103

V-1-2) Análise descritiva do ISS.....	105
a) <i>Amostra participantes individuais</i>	105
b) <i>Amostra dos casais</i>	105
V-1-3) Análise descritiva do FertiQol.....	106
a) <i>Amostra participantes individuais</i>	106
b) <i>Amostra dos casais</i>	107
V-2) ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS.....	109
V-2-1) Análise do primeiro objectivo – Testando a hipótese H1.....	110
a) <i>Amostra participantes individuais</i>	110
b) <i>Amostra dos casais</i>	111
V-2-2) Análise do segundo objectivo – Testando as hipóteses H2; H3; H4; H5.....	112
a) <i>Amostra participantes individuais</i>	112
b) <i>Amostra dos casais</i>	113
V-2-3) Análise do terceiro objectivo – Testando as hipóteses H6; H7; H8; H9.....	114
a) <i>Amostra participantes individuais</i>	114
b) <i>Amostra dos casais</i>	115
V-2-4) Análise de regressão múltipla entre o ISS e o FertiQol e as suas respectivas subescalas.....	117
a) <i>Amostra participantes individuais</i>	117
b) <i>Amostra dos casais</i>	118
V-2-5) Análise de regressão múltipla entre o ISS e as variáveis sociodemográficas.....	119
a) <i>Amostra participantes individuais</i>	119
b) <i>Amostra dos casais</i>	120
V-2-6) Análise de regressão múltipla entre o FertiQol e as variáveis sociodemográficas.....	121
a) <i>Amostra participantes individuais</i>	121
b) <i>Amostra dos casais</i>	121

CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS & LINHAS FUTURAS DE INVESTIGAÇÃO.....	124
VI-1) DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	125
VI-2) LINHAS FUTURAS DE INVESTIGAÇÃO.....	129
 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	 132
 ANEXOS.....	 157
ANEXO A - METODOLOGIA – INSTRUMENTOS.....	158
ANEXO B – OUTPUTS SPSS.....	168

ÍNDICE REMISSIVO DE TABELAS

TABELA 1: Descrição dos seis domínios e critérios constituintes da qualidade de vida.....	9
TABELA 2: Quatro qualidades de vida, traduzida de acordo com Veenhoven (2000).....	14
TABELA 3: Listagem de investigações acerca da qualidade de vida e dos casais inférteis..	35
TABELA 4: Listagem de investigações acerca da satisfação sexual do casal infértil em tratamento prolongado.....	61
TABELA 5: Diferenças de género nos mecanismos de alteração da sexualidade em casais inférteis.....	75
TABELA 6: Distribuição dos participantes em função da idade.....	96
TABELA 7: Distribuição dos participantes em função da escolaridade.....	97
TABELA 8: Distribuição dos casais em função da idade.....	97
TABELA 9: Distribuição dos casais em função da escolaridade.....	98
TABELA 10: Análise Descritiva dos resultados relativos às variáveis de ordem pessoal....	101
TABELA 11: Descrição dos resultados obtidos nas variáveis referentes aos aspectos da infertilidade.....	102
TABELA 12: Análise Descritiva dos resultados obtidos nos casais relativos às variáveis de ordem pessoal.....	103
TABELA 13: Descrição dos resultados obtidos nas variáveis referentes aos aspectos da infertilidade nos casais.....	104
TABELA 14: Análise descritiva dos resultados obtidos no ISS.....	105
TABELA 15: Análise descritiva dos resultados obtidos no ISS nos casais.....	105
TABELA 16: Estatística descritiva dos resultados obtidos por subescalas do FertiQol.....	106
TABELA 17: Análise descritiva das pontuações totais obtidas no FertiQol.....	107
TABELA 18: Estatística descritiva dos resultados obtidos por subescalas do FertiQol nos casais.....	107

TABELA 19: Análise descritiva das pontuações totais obtidas no FertiQol nos casais.....	108
TABELA 20: Correlações de Spearman entre o ISS e as subescalas do FertiQol	110
TABELA 21: Correlações de Spearman entre o ISS e o FertiQol e as suas respectivas subescalas, na amostra dos casais.....	111
TABELA 22: Descrição das correlações de Spearman entre o ISS e as variáveis independentes relativas às hipóteses H3, H5, H7, e H9.....	112
TABELA 23: Descrição das correlações de Spearman entre o ISS e as variáveis independentes relativas às hipóteses H3, H5, H7, e H9, nos casais.....	113
TABELA 24: Descrição das correlações de Spearman entre o FertiQol e as suas respectivas subescalas e as variáveis relativas às hipóteses H2, H4, H6, e H8.....	114
TABELA 25: Descrição das correlações de Spearman entre o FertiQol e as suas respectivas subescalas e as variáveis relativas às hipóteses H2, H4, H6, e H8 para a amostra dos casais.....	116
TABELA 26: Descrição dos coeficientes β e das respectivas significâncias entre o ISS e as subescalas do FertiQol.....	118
TABELA 27: Descrição dos coeficientes β e das respectivas significâncias entre o ISS e as subescalas do FertiQol nos casais.....	119
TABELA 28: Descrição dos coeficientes β e das respectivas significâncias entre o ISS e as variáveis sociodemográficas.....	120
TABELA 29: Descrição dos coeficientes β e das respectivas significâncias entre o ISS e as variáveis sociodemográficas nos casais.....	120
TABELA 30: Descrição dos coeficientes β e das respectivas significâncias entre o FertiQol e as variáveis sociodemográficas.....	121
TABELA 31: Descrição dos coeficientes β e das respectivas significâncias entre o FertiQol e as variáveis sociodemográficas nos casais.....	122

ÍNDICE REMISSIVO DE ILUSTRAÇÕES

<u>ILUSTRAÇÃO 1</u> : A felicidade e os seus componentes, Veenhoven (2006).....	16
<u>ILUSTRAÇÃO 2</u> : Modelo da qualidade de vida segundo Kováč (2004).....	24
<u>ILUSTRAÇÃO 3</u> : Esquema representativo da Qualidade de Vida por Costanza et al. (2008)	28
<u>ILUSTRAÇÃO 4</u> : Relação entre a igualdade e o contentamento/angústia percebidos (Utne, Hatfield, Traupman, & Greenberger, 1984).....	55

RESUMO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a infertilidade representa uma condição que afecta 15% da população em todo o mundo. Quando o desejo de parentalidade se encontra comprometido, os casais inférteis experienciam um conjunto de consequências emocionais e psicológicas que se repercutem no pleno funcionamento dos mesmos. Neste sentido, objectiva-se propor uma análise do impacto da infertilidade na qualidade de vida e satisfação sexual do casal infértil em tratamento prolongado. A amostra de conveniência é constituída por 86 participantes e 13 casais identificados. Ademais, 20,9% da amostra é do sexo masculino enquanto 79,1% é do sexo feminino. A idade média dos indivíduos é de 34,22 anos. O estudo é predominantemente quantitativo, do tipo descritivo e transversal. Inicialmente distribuídos em formato papel aos casais que aceitaram participar, os questionários foram posteriormente disponibilizados em formato *online*. Porém, nesta vertente e por questões éticas, só poderia ser avaliada a percepção de um único membro do casal. Foram encontradas correlações significativas entre: as pontuações obtidas na escala de satisfação sexual e as pontuações do FertiQol ($\rho = -0,416$ para $p \leq 0,01$; para os casais $\rho = -0,671$ para $p \leq 0,01$); como também entre algumas variáveis clínicas, como sejam, o número de tratamentos efectuados, o tempo em tratamento, o tempo de infertilidade, e a duração do relacionamento conjugal, com a qualidade de vida e a satisfação sexual. Os resultados apresentados não podem ser generalizados para o conjunto da população infértil na medida em que o tamanho da amostra ficou aquém do esperado.

ABSTRACT

According to the World Health Organization, infertility is a condition that affects 15% of the population worldwide. When the desire for parenthood is compromised, infertile couples experience a range of emotional and psychological consequences that resound on its full functioning. Following, it is proposed an objective analysis of the impact of infertility on quality of life and sexual satisfaction in infertile couple's long-term treatment. The convenience sample consists of 86 participants and 13 identified couples. Furthermore, 20.9% of the sample are male while 79.1% are female. The average age of the subjects is 34.22 years. The study is primarily quantitative, descriptive and transversal. Initially distributed in paper format to couples who agreed to participate, questionnaires were later made available in an online format. But in this instance and for ethical reasons, could only be assessed the perception of a single member of the couple. Correlations were found between: the scores on the scale of sexual satisfaction and FertiQol scores ($\rho = -0.416$ to $p \leq 0.01$; for couples $\rho = -0.671$ to $p \leq 0.01$), but also among some clinical variables, such as the number of treatments carried out, time in treatment, duration of infertility, and the duration of the marriage relationship, the quality of life and sexual satisfaction. The results presented cannot be generalized to the whole infertile population because the sample was smaller than expected.

RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud, la infertilidad es una condición que afecta al 15% de la población en todo el mundo. Cuando el deseo de ser padres se deteriora, las parejas infértiles experimentar una serie de consecuencias emocionales y psicológicas que repercuten en el funcionamiento completo. En este sentido, a proponer un análisis objetivo del impacto de la infertilidad en la calidad de vida y la satisfacción sexual en el tratamiento a largo plazo de la pareja infértil. La muestra de conveniencia se compone de 86 participantes y 13 parejas identificadas. Además, el 20,9% de la muestra son hombres, mientras que el 79,1% son mujeres. El promedio de edad de los sujetos es 34,22 años. El estudio es fundamentalmente cuantitativo, descriptivo y transversal. Inicialmente distribuido en formato de papel a las parejas que aceptaron participar, los cuestionarios se realizaron después estará disponible en un formato en línea. Pero en este caso y por razones éticas, sólo se pudo evaluar la percepción de un solo miembro de la pareja. Se encontraron correlaciones entre: las puntuaciones en la escala de satisfacción sexual y las puntuaciones FertiQol ($\rho = -0,416$ para $p \leq 0,01$; para ρ parejas $= -0,671$ para $p \leq 0,01$), sino también entre algunas variables clínicas, tales como el número de tratamientos realizados, el tiempo de tratamiento, la duración de la infertilidad, y la duración de la relación matrimonial, la calidad de vida y la satisfacción sexual. Los resultados presentados no pueden ser generalizados a toda la población infértil en el que el tamaño de la muestra fue menor de lo esperado.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud estima que el número de parejas estériles se ha incrementado en los últimos años. En Portugal, el 10% de las parejas están en una situación de infertilidad (Freitas, 2009). La planificación de la descendencia surge, en general, después de llegar a una estabilidad personal, social, económica y laboral (Díaz y Carrillo, 2007). Hay, pues, una discrepancia entre la edad cronológica y biológica de la pareja, por lo que surgen las dificultades graves en el fomento de la procreación. Corroborando este hecho, la naturaleza misma del hombre no se revela muy fértil, se sabe que cada pareja tiene, en cada ciclo ovárico, una probabilidad de 20 a 30% para lograr una fecundación (Hynes, 2002). Chesnais (1998) muestra una disparidad de valores entre el número de hijos deseados y el número real de Europa, 2,2 y 1,45, respectivamente. Esta disminución en la tasa de fecundidad también se explica por el aumento de las parejas infértiles (Fahey, 2008). En este sentido, la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología, ESHRE, define la infertilidad como la ausencia de embarazo tras un año de relaciones sexuales regulares desprotegidas. El gran aumento de esta condición en los últimos años alentó su interés en diversas áreas de la salud y más concretamente en el área de la salud reproductiva.

El interés en la investigación de la infertilidad es cada vez más evidente, ya que es una condición del mundo que tiene importantes consecuencias (Fahey, 2008). Desde el nacimiento de Louise Brown en 1978, el primer nacimiento mediante técnicas de reproducción asistida, el problema de la infertilidad ha sido examinado en su nivel más primario (biológica), identificación y evaluación de sus causas, lo que aumenta el rango de posibilidades de tratamiento y / o resolución. Esta revolución en la medicina y los logros de la misma, han despertado el interés público, facilitando a la población en general un cierto grado de conocimiento y aumentando así las esperanzas de las parejas infértiles.

Sin embargo, esta nueva era de la medicina ha provocado una separación involuntaria entre la soma y el psique (Haynes & Miller, 2003). Durante mucho tiempo, el cuerpo se convirtió en un objeto central de atención, la voluntad de encontrar soluciones a este problema de salud pública se superpone a los factores psicosociales inherentes a cada individuo. Los diferentes tipos de infertilidad, así como cualquier otra enfermedad, provocan en la persona y / o la pareja, una constelación de problemas de origen psicológica.

El diagnóstico de la infertilidad puede ser devastador para la pareja, el fracaso de un tratamiento puede fomentar sentimientos de impotencia graves y / o discapacidad (ibid.). De acuerdo con Moreno y Díaz (2007), del 25 al 65% de los pacientes sometidos a tratamientos de reproducción asistida presentan en un momento de la misma, síntomas clínicos significativos como: la ansiedad (sobre todo), la depresión, la desesperación, la culpa o la baja autoestima. Los resultados presentados por Lok, Lee, Cheung, Lo & Haynes (2002), y Chen, Chang, Tesa & Juan (2004), entre otros, apoyaron esta idea, indicando una relación entre factores psicológicos y la infertilidad. De este modo, se reconoce que la experiencia de la infertilidad es un proceso dinámico y complejo, de donde se entrecruzan diversos aspectos biopsicosociales inherentes a la condición de la persona / pareja.

Para la mayoría de las parejas infértiles, el éxito del tratamiento aumenta los niveles de bienestar y calidad de vida (Repokari, Punamaki, Poikkeus, Vilska, Unkila-Kallio, Sinkkonen, Almqvist, Tiitinen, y Tulppala, 2005). Sin embargo, poco se sabe acerca de las parejas que no disfrutaban de esta felicidad y bienestar, y que están recibiendo un tratamiento prolongado. De acuerdo con Delgado (2007), la dinámica matrimonial juega un papel importante en la experiencia de la infertilidad, y esto tiene un impacto en la satisfacción marital y sexual de la pareja. En este sentido, este trabajo propone una visión integrada de la calidad de vida y la satisfacción sexual de la pareja que está en tratamiento prolongado. A tal efecto, con el fin de dar forma a nuestra investigación, entendimos por tratamiento continuo, un período de procesamiento clínico superior o igual a un año.

En este sentido, la idoneidad de este tema va de acuerdo con Imeson y McMurray (1996) en el que la comprensión del modo como las parejas experimentan la infertilidad, puede contribuir a mejorar la intervención con estos. *"Patients increasingly expect that health professionals provide a comprehensive form of care, including attention, not only by medical condition, but also for their psychological responses to this condition and its treatment"* (Callan, y Hennessey, 1989).

Este trabajo consta de dos partes fundamentales, y en referencia a cualquier investigación científica: la parte teórica o empírica y metodológica. En lo que respecta al marco teórico, este se divide en tres capítulos. En el primer capítulo, se presentan: la comprensión y la definición de los modelos teóricos relevantes que apoyan su investigación y una mini revisión de la literatura relativa a las investigaciones realizadas hasta el momento. El Capítulo II se refiere a: el concepto de satisfacción sexual, su

etiología, su definición y comprensión *via* modelos teóricos fundamentales, e incluso una breve revisión de la literatura que concierne a las investigaciones relativas a la infertilidad y la satisfacción sexual de la pareja infértil. El Capítulo III analiza el impacto de la calidad de vida y la satisfacción sexual en la pareja infértil, es un análisis de la influencia de la infertilidad en distintos niveles: el psico-emocional, el sexual, el relacional / de la familia y el bien estar.

La segunda parte de la investigación coincide con la descripción del estudio empírico, donde se hace referencia en el capítulo IV de la conceptualización del estudio. Luego, en el capítulo V se lleva a cabo la presentación y análisis de los resultados. Finalmente, el capítulo VI se presenta una discusión de los resultados junto con la conclusión del estudio y posibles líneas futuras de investigación.

La difícil tarea de definir la calidad de vida

La calidad de vida es un valor fundamental, tanto en el nivel individual como en el cultural/social. Estas dos dimensiones hacen que sea difícil de enmarcar el concepto, favoreciendo su volubilidad demostrada a lo largo de los años (Leal, 2008). Se acepta que la calidad de vida representa un conjunto complejo de interacciones entre la escala subjetiva y objetiva (Lawton, 1991). Sin embargo, para una completa definición de este concepto, deben ser considerados e integrados los enfoques médicos y psicológicos. La distinción y el deseo de prevalencia de uno sobre el otro favorecen una falta de consenso en torno de una aceptación global de calidad de vida entre los investigadores y profesionales de la salud. Esta concurrencia encubierta promueve una visión cartesiana, por lo que la mente y el cuerpo representan dos entidades separadas.

La descripción amorfa de la calidad de vida lleva a algunos autores a defender una definición intuitiva de bienestar. De acuerdo con Fayers y Machin (2007), por ser un concepto ampliamente utilizado, existe un entendimiento general, casi inmediato de todo lo que representa. Sin embargo, la permanencia de esta inconsistencia empírica, provocan en la mayoría de las investigaciones, una acomodación y adaptación en la definición de este término. En este sentido, la calidad de vida se define de acuerdo con los elementos de particulares instrumentos de evaluación. Varios son los intentos de llegar a un compromiso. Sin embargo, la visión subjetiva de cada uno conlleva fallos repetitivos.

Se cree que la calidad de la vida resulta del producto de diversas dimensiones, tales como la evaluación subjetiva del bienestar general, las expectativas extrínsecas e

intrínsecas a la persona, los valores individuales y las estrategias de afrontamiento. Existe así, una inevitable interacción entre las dimensiones sociales, psicológicas y emocionales. Como Veenhoven ha demostrado, la calidad de vida no parece ser un rasgo de la personalidad, sino un estado que tiene cierta flexibilidad, dependiendo del contexto, de la adaptación, de la percepción del individuo y del momento particular de la vida del individuo.

Aunque los estudios que evalúan la calidad de vida en la infertilidad han seguido la creciente preocupación mundial sobre este ámbito, no están a la altura de las investigaciones en otras enfermedades. Según Montazeri (cit.in. Preedy y Watson, 2009), entre 1982 y 2008, sólo había 10 artículos con las siguientes palabras: "calidad de vida", "fertilidad" y "estéril" en los títulos. Con esta evidente falta de resultados poco se puede corroborar sobre la calidad de vida de las parejas infértiles, y menos aún sobre aquellos que están en tratamiento prolongado.

La respuesta emocional y el estrés psicológico son las principales dimensiones evaluadas en el ajuste emocional de la pareja infértil, a pesar de la existencia de algunos resultados controversiales (Gameiro, Canavarro y Silva, 2008). Sin embargo, investigaciones más recientes han demostrado una influencia negativa de la infertilidad en la relación matrimonial (Repokari, Punamaki, Unkila-Kallio, Vilska, Poikkeus, Sinkkonen, Almqvist, Tiitinen, y Tulppala, 2007), Ramezanzadeh, Malek, y Jaffarabadi Zayeri (2006), se interesaron en el deseo y la satisfacción sexual de las mujeres infértiles. Por otra parte, Kowalcek, Wihstutz, Buhrow y Diedrich (2001), indagaron en las relaciones negativas entre la infertilidad y el bienestar subjetivo y Wischmann, Stammer, Scherg, y Verres Gerhard (2001), se centró en los factores y las características psicológicas de las parejas infértiles.

Esta proliferación de estudios, impulsada por la necesidad de evaluar la calidad de vida en general, destaca por su importante contribución en la comprensión profunda de los factores (o indicadores) que participan en esta condición.

Las investigaciones sobre el concepto de calidad de vida - de ayer a hoy

Al igual que Montazeri (cit.in. Preedy y Watson, 2009) se ha llevado a cabo una exploración en el motor de búsqueda *Medline*, utilizando las mismas palabras clave: "calidad de vida", "infertilidad", "fertilidad". Sin embargo, con el fin de cumplir con los criterios de esta investigación, hemos añadido la palabra "pareja". El propósito de esta revisión es una actualización de todas las publicaciones producidas entre 1982 (año de

publicación del primer estudio sobre la calidad de vida y la fertilidad) y diciembre de 2010. Esta revisión sirve para tener en cuenta todas las investigaciones que fueron consideradas en relación con la calidad de vida de las parejas infértiles, dejando así fuera a los que se centran en un solo miembro de la pareja. La lista presentada por el *Browser* se centra en nueve investigaciones (ver Tabla 1 - Resumen de las investigaciones sobre la calidad de vida y la fertilidad). Seguir la presentación y el resumen de estas investigaciones.

Los resultados de los Países Bajos

Fekkes, Buitendijk, Verrips, Braai, Brewaeys, Dolfing, Krotman, Leerentveld, y Macklon (2003) mostró que las parejas jóvenes de entre 21 y 30 años, sometidas a tratamiento de FIV, sufren, a corto plazo, problemas emocionales y sociales en comparación con el grupo de edad similar. Además de un gran número de cogniciones irracionales se detectó en las mujeres, contribuyendo a una disminución de las puntuaciones en diferentes dominios de la calidad de vida. En conclusión, los autores advierten de los riesgos de una menor calidad de vida en los pacientes con cogniciones irracionales de paternidad, promoviendo un asesoramiento psicológico en estas parejas jóvenes.

Los resultados de los Estados Unidos de América

Monga, Alexandrescu, Katz, Stein, Ganiats, (2004) dedujeron que la infertilidad afecta negativamente a la calidad de vida de las parejas. Las mujeres infértiles mostraron mayor desajuste marital en comparación con el grupo control. Los hombres también mostraron una mayor insatisfacción sexual, posiblemente causada por la presión psicológica en el intento de concepción o también por las relaciones sexuales programadas con el ciclo ovárico de la mujer.

Los resultados provenientes del Canadá

Los efectos de los fallos repetidos de tratamiento en la calidad de vida de las parejas infértiles fueron estudiados por El-Messidi, Al Fozan, Tan Lin, Farag y Tulandi (2004). Estos autores fueron capaces de mostrar que las parejas estériles que se encuentran en situaciones de repetidos fracasos con clomifeno e inseminación intrauterina, parecen tener una calidad de vida inferior a la de las parejas fértiles (El-Messidi et al., 2004).

Los resultados de Italia

En una muestra de 1.000 parejas italianas, los hombres obtuvieron una mayor calidad de vida que las mujeres. La duración de la infertilidad y los tratamientos previos de FIV afecta significativamente la calidad de vida de estas parejas. Sin embargo Ragni, Mosconi, Baldini, Somigliana, Vegetto, Caliarì y Nicolosi (2005) señalaron que después de comparar estos resultados con la fuente normativa de la población italiana, estratificados por sexo, edad y zona geográfica, el perfil de salud subjetiva no difirió significativamente de la muestra normativa, para ambos sexos (Ragni et al., 2005).

Los resultados de Polonia

Drozdol y Skrzypulec (2008) analizaron la influencia de la infertilidad en la calidad de vida y el funcionamiento sexual de la pareja infértil. Los hallazgos más significativos se relacionan con puntuaciones de calidad de vida menor en las mujeres infértiles en comparación con el grupo control. Los autores definieron un grupo en riesgo de una peor calidad de vida, siendo las mujeres infértiles y maduras, con un bajo nivel educativo y desempleadas (inactivas) (Drozdol y Skrzypulec, 2008).

Los hallazgos de China

Lau, Wang Cheng, Kim Yang y Tsui (2008) demostraron que el 19,8% de los hombres y el 37,5% de las mujeres experimentan la infertilidad como algo humillante para el miembro femenino. Un análisis multivariado mostró que los bajos ingresos, un empeoramiento de la relación de pareja, las percepciones de la infertilidad, las presiones ejercidas en el cónyuge o en sí mismo debido a la infertilidad, y un fuerte deseo de tener un hijo, son factores asociados significativamente con una menor calidad de vida (Lau et al., 2008).

Los resultados de Irán

Rashidi, Montazeri, Ramezanzadeh, Shariat, Abedin y Ashrafi (2008) estaban interesados, a su vez, en la calidad de vida de las parejas infértiles sometidas a fecundación in vitro o a la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). Los resultados mostraron diferencias significativas en la calidad de vida para ambos sexos, siendo los hombres los que obtuvieron mejores puntuaciones en esta área. Por otra parte, la calidad de vida parece ser mayor en las parejas mayores, con un nivel de educación y un nivel socioeconómico alto, las mujeres en activo y cuando la causa de la

infertilidad es de un factor masculino (Montazeri, cit.in. Preedy y Watson, 2009). Como resultado, estos autores concluyeron que las parejas estériles, especialmente las mujeres jóvenes, de menor nivel educativo, están en riesgo de desarrollar una calidad de vida sub óptima, aconsejando asesoramiento y apoyo con el fin de mejorar la calidad de vida (Rashidi et al., 2008).

Los resultados de Brasil

El estudio de las diferencias en la calidad de vida entre los miembros de las parejas infértiles se llevó a cabo por Chachamovich. J., Chachamovich, E., Fleck, Córdoba, Knauth y Pasos (2009). Esta investigación no reveló diferencias significativas entre hombres y mujeres, lo que sugiere la realización de futuras investigaciones que estudien una posible disimilitud.

Los resultados de Suecia

En 2010, Johansson, Adolfson, Berg, Francis, Hogstrom, Janson, Sogn y Hellström, tuvieron el objetivo de describir la calidad de vida de las parejas infértiles que completaron el ciclo de FIV sin éxito de 4 a 5,5 años en el sistema la salud pública. Los resultados mostraron un alto porcentaje, el 75%, de las parejas que cohabitan con los niños, ya sean adoptados o biológicos. Se ha demostrado que este grupo tiene una mejor calidad de vida en comparación con el grupo "sin hijos" (Johansson et al., 2010). Para las parejas que viven sin hijos la infertilidad sigue siendo el problema central.

TABLA 1: Lista de las investigaciones sobre la calidad de vida de las parejas infértiles

Autores	Año de Publicación	País	Muestra	Título de la publicación	Instrumentos utilizados
Fekkes et al.	2003	Países Bajos	447 Mujeres 425 Hombres	<i>Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment</i>	HSCL ¹ , SIP ² , IBI ³ IPC ⁴
Mongaa et al.	2004	EUA	18 parejas infértiles	<i>Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function</i>	QWB-SA ⁵ , LWMAS ⁶ , BISF-W ⁷ , IIEF ⁸
El-Messidi et al.	2004	Canadá	3 grupos de 50 parejas	<i>Effects of repeated treatment failure on the Quality of life of couples with infertility</i>	QOLI ⁹
Ragni et al.	2005	Italia	1000 parejas infértiles	<i>Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples</i>	SF-36 ¹⁰
Drosdzol et al.	2008	Polonia	206 parejas infértiles y 190 parejas fértiles	<i>Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples</i>	SF-36, FSFI ¹¹ , IIEF
Lau et al.	2008	China	192 parejas infértiles	<i>Infertility-related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural chinese infertile couples</i>	SF-36
Rashidi et al.	2008	Irán	514 parejas infértiles	<i>Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment</i>	SF-36
Chachamovich et al.	2009	Brasil	162 parejas infértiles	<i>Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study</i>	WHOQOL ¹² BDI ¹³
Johansson et al.	2010	Suecia	272 parejas infértiles	<i>Quality of life for couples 4-5.5 years after unsuccessful IVF treatment</i>	PGWB ¹⁴ , SOC ¹⁵

Leyenda: (1): Hopkins Symptoms Checklist (Derogatis et al., 1974). (2): The Sickness Impact Profile (Bergner et al., 1981; Jacobs et al.1990; 1992). (3): The Irrational Beliefs Inventory (Koopmans et al., 1994). (4): The Irrational Parenthood Cognitions Scale (Fekkes et al. 2003). (5): Quality of Well-Being scale Self-Administered (Robert et al., 1996). (6): Locke-Wallace Marital Adjustment Scale (1959). (7): Brief Index of Sexual Functioning for Women (Clayton et al., 1997). (8): International Index of Erectile Function (Rosen et al., 1997). (9): Quality of Life Inventory (Michael & Frisch, 1994). (10): The Short Form (36) Health Survey (John & Ware, 1942). (11): Female Sexual Function Index (Rosen et al., 2000). (12): World Health Organisation Quality of Life Assessment (Skevington and Lifford, 1999). (13): Beck Depression Inventory (1961). (14): The Psychological General Well-Being (Dupuy, 1984). (15): Sence of Coherence (Antonovsky, 1987).

En las últimas décadas ha habido una gran aportación en el desarrollo de instrumentos para evaluar la calidad de vida, muchos de éstos han sido validados y revisados con el fin de dirigir su aplicabilidad en una enfermedad y / o una cultura específica (Preedy y Watson, 2009). La mayoría de las herramientas existentes para medir la calidad de vida se centran en las dificultades físicas, en detrimento de las

quejas particulares y percepciones que presentan los pacientes infértiles (Schanz, et al. 2005). En esta investigación el instrumento elegido se refiere al *FertiQol international* desarrollado por Boivin, Takefman y Braverman (2008) permitiendo tanto una evaluación de la infertilidad en muchas áreas de la vida así como una evaluación del impacto de la infertilidad en su tratamiento a largo plazo. Este cuestionario de autoevaluación parece ser uno de los más completos en cuanto a la percepción de la calidad de vida, ya que tiene como objetivo evaluar las áreas específicas, tales como: el nivel emocional, una apreciación subjetiva de las conductas y de las cogniciones disruptivas relacionados con los síntomas físicos de la infertilidad (nivel cuerpo/mente), el nivel de relacionamiento y el nivel social.

Las consecuencias psicológicas de la infertilidad en la calidad de vida

Como se mencionó anteriormente, la calidad de vida se refiere a un complejo conjunto de las diferentes áreas de funcionamiento. Según Faria (2001), la experiencia de la infertilidad es diferente para cada persona, varía en función del sexo, la edad, la cultura, la historia personal e familiar y de la importancia que se atribuye al deseo de tener un hijo. Así, el impacto de la infertilidad debe ser entendido dentro de un marco que incluya los aspectos sociales, históricos (personal), económico, político y cultural (Delgado, 2007).

El estudio de la calidad de vida de las parejas infértiles ha levantado un gran interés en la prestación de servicios y en las políticas sociales (Hunt, 1997; Wiklund, 2004). Y a la vez, existe una comprensión global del concepto. El reconocimiento de la importancia de la condición clínica de la infertilidad (para los síntomas) permite hacer hincapié de los aspectos psicológicos de este problema de salud (Berlín y Fleck, 2003, Higginson y Carr, 2001). Según Katsching (2006), el concepto de calidad de vida ha sustituido el modelo biopsicosocial de la enfermedad, lo que demuestra la fragilidad del paradigma biomédico. En este sentido, Hahn, Cella, Chassany, Fairclough, Wong, y Hays (2007) abogan por una evaluación sistemática de la calidad de vida a través de cuestionarios válidos y entrevistas semi-estructuradas, de las parejas infértiles en la práctica clínica.

Chachamovich et al. (2009) apuntan diferencias de género en los dominios psicológico y de las relaciones sociales. Los hombres mostraron un funcionamiento psicológico más adecuado en comparación con las compañeras, pero, la relación social

se encuentra más operante en las mujeres. En conclusión, los autores sugieren que la calidad de vida no difiere significativamente entre los miembros de la pareja.

Inicialmente, considerada esencial en la comprensión del impacto de una situación específica de la enfermedad, la evaluación de la calidad de vida ha asumido un papel clave en condiciones más complejas, como es la infertilidad (Chachamovich, J., Chachamovich, E., Zacarías, Knauth, y Passos, 2007). Desde 1964, el *boom* de investigaciones sobre este concepto ha promovido su comprensión y su importancia con respecto a cómo entender y evaluar la satisfacción con la propia vida. El grado de complejidad observada en la conceptualización de la calidad de vida, a menudo reduce el rigor científico encontrado en algunas investigaciones. De hecho, Gill y Feinstein (1994) mostraron deficiencias en su definición, así como en la justificación de la elección de la herramienta de evaluación. Por otra parte, la existencia de una amplia variedad de instrumentos impide la comparación de resultados entre las investigaciones.

Significado y concepto de la satisfacción sexual

Como resultado de una historia de la sexualidad llena de controversias y de desigualdad, el concepto de satisfacción sexual sufre de una falta de atención, tanto en términos de investigación empírica como en la literatura clínica (Byers, 1999). Por no tener una definición concreta y consensual, ha sido descrita de forma tautológica, como el grado de satisfacción sexual ante la vida (Pinney, Gerard y Denney, 1987).

A menudo vinculado a su antónimo, la satisfacción sexual se asocia erróneamente con la ausencia de una insatisfacción o disfunción sexual (Byers, 1999). Esta definición, que es simplista y dicotómica, tiene apoyo en la obtención de correlaciones positivas con múltiples factores biológicos tales como: el logro del orgasmo (Perlman y Abramson, 1982; Pinney, et al 1987; Haavio-Manila y Kontula, 1997), la frecuencia de las relaciones (Bozon, 2001; Haavio-Manila y Kontula, 1997) y la salud y vitalidad física (Everaerd, Laan, Both & Van Der Velde, 2000; Everaerd, Laan y Spiering, 2000).

Byers (1999) defiende una inconsistencia en la aplicación y evaluación del concepto, argumentando que la naturaleza de la satisfacción sexual trasciende lo físico / biológico. Según el autor, este concepto va más allá de sus vínculos con la ausencia de insatisfacción sexual y / o disfunción sexual. Esta perspectiva pone de manifiesto la necesidad de obtener una definición precisa del concepto, haciendo hincapié en la importancia de un nivel psicológico. En este sentido, Dunn, Croft, y Hackett (2000)

concluyeron que la satisfacción sexual de la pareja se correlaciona positivamente con la conexión emocional establecida. Parish, Luo, Stolzenberg, Laumann, Farrer & Pan (2007), pusieron de relieve los complejos y múltiples determinantes de la satisfacción sexual, que incluyen: características emocionales y el entorno de la pareja; el conocimiento actual y los valores actuáis de la sexualidad; la salud y vitalidad física; y las barreras ambientales (tales como la falta de intimidad). Por otra parte, Greenwald y McCorkle (2008) demostraron que una plena satisfacción sexual representa en gran parte el resultado de un proceso psicológico, por lo que desmitifica el origen hormonal.

Our findings, which demonstrate the existence of widespread interest and satisfaction with sex in the absence of a crucial hormone underscore the importance of non-hormonal components of sexual interest and satisfaction [...] That may mean the key to sexual satisfaction is less about biology and more about psychology (idem, p.967).

En los últimos años hemos asistido a una proliferación de investigaciones sobre la importancia de las variables afectivas y relacionales en la determinación de la satisfacción sexual (Davies, Katz, & Jackson, 1999; Delamater, 1991; Haavio-Manila & Kontula, 1997; Waite & Joyner, 2001). Por otra parte las sensaciones post-sexuales tales como la felicidad, el placer, el bienestar (Delamater, 1991; Laumann, Gagnon, Michael, y Michaels, 1994) y la comunicación de temas sexuales en la pareja (Demmons & Byers, 1999; Cupach y Comstock, 1990; Cupach y Metts, 1989) parecen ser indicadores fiables de la satisfacción. Young, M., Denny, Young T., & Luquis (2000); Jiménez (2010); & Piché (1998), han demostrado que los factores psicológicos, tales como el grado de compromiso afectivo y emocional en la relación diádica íntima, representan los principales determinantes de la satisfacción sexual en el individuo.

En consecuencia, surgen intentos de obtención de un marco empírico del concepto, Delamater (1991) identifica la satisfacción sexual como la correspondencia con las expectativas relativas a la actividad sexual. Davidson, Darling y Norton (1995) consideran que el sentimiento de satisfacción sexual está intrínsecamente ligado a las experiencias sexuales pasadas, a las expectativas actuales y a las futuras aspiraciones. Por su vez Lawrence & Byers (1995) definen la satisfacción sexual como una respuesta afectiva de la evaluación subjetiva de la propia relación sexual. Hurlbert, Apt, Wilson y Murphy (1994) afirmaron que la satisfacción sexual es la respuesta emocional que surge de la evaluación personal relativa a la relación sexual, basada en la percepción de la satisfacción de las necesidades y expectativas sexuales, tanto propias como de la pareja. Estas definiciones se refieren a la consideración de un abordaje cognitivo-emocional ya que pre-existe una evaluación de satisfacción del relacionamiento de la pareja, de

acuerdo con las expectativas individuales, y el reconocimiento de sentimientos provocados por la relación.

En este sentido, la distinción entre la conducta sexual y la satisfacción sexual se vuelve cada vez más nítida (Byers, 1999). El comportamiento despertador de placer no está, por lo tanto, relacionado con el concepto de satisfacción. La falta de conexión emocional en la interacción sexual puede resultar en una evaluación negativa de satisfacción a pesar de que los comportamientos se experimenta como agradable (MacNeil & Byers, 2005). Esta independencia se demostró también en relación con el funcionamiento sexual (Pechorro, Dinis y Vieira, 2010).

Así, la satisfacción sexual se refiere a una dimensión psico-afectiva de la evaluación de la respuesta sexual, que surge de la satisfacción percibida de las necesidades sexuales y de las expectativas tanto propias como del otro miembro de la pareja, permaneciendo distintos de los comportamientos y del funcionamiento sexual (Jiménez, 2010). Se trata de una meta-evaluación de la calidad de las relaciones sexuales influenciadas por una multitud de factores intrínsecos y extrínsecos al individuo.

El tema de la satisfacción sexual es un atolladero, ya que resulta ser un concepto de la persona. El ser humano es, entre otras cosas, un ser sexual, que no sólo responde a una unidad básica, sino que también tiene una serie de significados que se transforma en una esfera de comportamientos (Ríos, Flores, Perea, Pizarro, y Aracena, 1993). La importancia de la satisfacción sexual en la vida personal y de la pareja es cada vez más evidente. Las contribuciones empíricas en esta área son esenciales en la determinación del bienestar relacional y de la calidad de vida en general (Arrington, Cofrancesco y Wu, 2004; Yela, 2000).

Las investigaciones sobre la sexualidad

Con el fin de obtener una visión general de las investigaciones que se han centrado en la satisfacción sexual de la pareja infértil en tratamiento a largo plazo, se realizó una pesquisa en el *Medline*, con las siguientes palabras: "*sexual satisfaction*", "*infertility*", "*couple*"; "*treatment*" y "*fertility*", sin ningún tipo de limitaciones (fecha o tipo de artículo.) Esta simple revisión tiene como objetivo concienciar sobre la necesidad y, posiblemente, la falta de interés en este tema. En mayo de 2011, los recursos científicos del *PubMed* revelan cinco investigaciones que cumplen con las

características anteriormente referidas (ver Tabla 2). Seguir la presentación y el resumen de estas investigaciones.

Los resultados de los Estados Unidos de América

Schover, Collins y Richards (1992) se interesaron en la evaluación y el seguimiento de las parejas que experimentan la inseminación artificial con donante. Los resultados mostraron que el 59% de las mujeres y el 53% de los hombres admiten haber tenido problemas de orden sexual. Sin embargo se observó que esta investigación no especifica el tipo de problema sexual ni establece la cantidad de sujetos interrogados.

En 2006, Severy, Robinson, Findley-Klein, y McNulty discutieron sobre la aceptación de los métodos de reproducción asistida en parejas. Las conclusiones apuntan a una disminución de la aceptación de las técnicas ante los fallos de obtención de embarazo. La actividad sexual, así como la relación íntima, parece estar en peligro.

Los resultados de Dinamarca

Con el fin de obtener una descripción detallada de la experiencia y la evaluación de los tratamientos en pacientes infértiles, Schmidt (1998) decidió entrevistar a (a través de entrevista semi-estructurada) a 60 parejas. Sus conclusiones apuntan a una correlación negativa entre el tipo de satisfacción con los tratamientos y la sexualidad de la pareja. Por otra parte, afirma que la mayoría de los participantes querían más información acerca de la sexualidad durante el período de tratamiento.

Los resultados de Francia

Coëffin-Driol, y Giami (2004), publicaron una revisión de la literatura sobre el impacto de la infertilidad y su tratamiento en la vida sexual y en la relación de pareja. El artículo se refiere a los resultados a menudo contradictorios respecto a la satisfacción sexual de la pareja. Los autores sugieren un estudio de la experiencia de la infertilidad de acuerdo con varios niveles: la historia personal de la pareja y su participación en el proceso de tratamiento.

Los resultados de Bélgica

Lowyck, Luyten, Corveleyn, D'Hooghe, y Demyttenaere (2009) trataron de comprender el impacto psicológico de la fertilización in vitro (FIV) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) en parejas. Pero, la muestra estaba compuesta principalmente por mujeres, imposibilitando una perspectiva global. Sin embargo, los resultados ponen de manifiesto una correlación positiva entre la autocrítica y la insatisfacción en la relación y los problemas de la esfera sexual. Por otra parte, el nivel de dependencia relaciona se positivamente con las dificultades sexuales.

TABLA 2: Lista de las investigaciones de la satisfacción sexual de la pareja estéril en tratamiento a largo plazo

Autores	Año de Publicación	País	Muestra	Título de la publicación	Instrumentos utilizados
Schover et al.	1992	EUA	No se especifica	<i>Psychological aspects of donor insemination: evaluation and follow-up of recipient couples</i>	Stress and Infertility Questionnaire ¹ BSI ² DAS ³
Schmidt	1998	Dinamarca	60 parejas	<i>Infertile couples' assessment of infertility treatment</i>	Entrevista semiestructurada
Coëffin-Driol, & Giami	2004	Francia	No se aplica	<i>The impact of infertility and its treatment on sexual life and marital relationships: review of the literature</i>	No se aplica
Severy et al.	2006	EUA	52 parejas	<i>Acceptability of a home monitor used to aid in conception: psychosocial factors and couple dynamics</i>	No especificado
Lowyck et al.	2009	Bélgica	68 mujeres	<i>Personality and intrapersonal and interpersonal functioning of women starting their first IVF treatment</i>	No especificado (medidas de la autocrítica y de la dependencia)

Leyenda: (¹): Schover et al. (1992). (²): Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1993). (³): Dyadic Adjustment Inventory (Spanier, 1976).

En las últimas décadas, varias investigaciones han tratado de demostrar el impacto de la infertilidad en la vida sexual de la pareja (Coëffin-Driol, y Giami, 2004). Sin embargo, esta variable se confunde a menudo con la satisfacción marital, por así decirlo, un enfoque más relacional que sexual. Como se dijo anteriormente acerca de la

calidad de vida, poco se sabe de la satisfacción sexual de las parejas infértiles en tratamiento a largo plazo.

En las últimas décadas, varias investigaciones han tratado de demostrar el impacto de la infertilidad en la vida sexual de la pareja (Coeffin-Driol, y Giami, 2004). Sin embargo, esta variable se confunde a menudo con la satisfacción marital, teniendo un enfoque más relacional de que sexual. Como mencionado anteriormente sobre la calidad de vida, poco se sabe acerca de la satisfacción sexual de las parejas infértiles e cuasi nadie se sabe acerca de los que se encuentran en Tratamiento prolongado.

De acuerdo a la Tabla 2, se observa que la mayoría de la investigación en el área carece de un número significativo de participantes. Se sabe que una pequeña muestra no permite realizar relaciones concretas y reveladoras para el resto de la población infértil. Por otra parte, los frecuentes resultados inconcluyentes y contradictorios, entre los investigadores, son causados principalmente por la falta de rigor científico de los instrumentos de evaluación (en cinco investigaciones, solo una ha utilizado instrumentos concretos y válidos), así como la disconformidad social del problema. La falta de participación se deriva del silencio y la aceptación de la infertilidad.

Impacto de la infertilidad e de los tratamientos al nivel sexual

Desde el punto de vista fisiológico, la práctica sexual juega un papel importante en el sentido de bienestar. La conocida liberación de endorfinas, hormonas del placer, en la sangre durante la práctica sexual, ofrece a la pareja una sensación de relajación y satisfacción (Antonov, 2008). A nivel psicológico, la satisfacción sexual fomenta una fuerte relación entre los miembros de la pareja, por lo que cuanto mayor es la satisfacción sexual, mayor es el grado de intimidad y complicidad (haning, O'Keefe, Randall, Kommor, Baker & Wilson, 2007).

En las parejas estériles los fracasos consecutivos de concepción se reflejan en los comportamientos sexuales (Pechorro, Diniz y Viera, 2009). Lo que inicialmente fue considerado una fase de excitación y sexualidad completa se desvanece en momentos de angustia e de insatisfacción. Durante el tratamiento de la infertilidad, la naturaleza de las relaciones cambian inevitablemente, la inclusión de un tercero miembro, el equipo médico, en la dimensión más profunda de la pareja provoca una desestabilización evidente. Las mediciones consecutivas, los exámenes periódicos, la espera de un resultado, representan factores "anti-deseo" en la pareja. Van Balen, y Trimbos-Kemper

(1995) han demostrado que las parejas infértiles en tratamiento restringen sus comportamientos sexuales a la procreación. El deseo de tener un hijo se sustituye por la obligación latente de ser una pareja embarazada.

En una investigación realizada por Leiblum, Aviv, y Hamer (1998), el 58% de las mujeres mostraron un impacto negativo de la infertilidad en las relaciones conyugales y sexuales. E. Palacios, Jadresic, F. Palacios, Miranda, y Domínguez (2002) mostraron que las parejas se sentían más afectadas por la infertilidad en la sexualidad que en la propia relación conyugal. A su vez Writberg, Hogstrom Möller, Tronstad, y Lalos (2007) demostraron una influencia negativa de la infertilidad y del tratamiento en el deseo sexual y vida sexual de la pareja. Más recientemente, Elia, Delfino, Imbrogno, y Mazzilli (2010) hicieron hincapié en que el diagnóstico de la infertilidad es un período de ansiedad, lo que contribuye a una reducción del placer sexual.

Se sabe que la sexualidad y la reproducción representan conceptos distintos, pero en el campo de la medicina, estas unidades parecen ser difícilmente divisibles en su nivel subjetivo (Haynes & Miller, 2005). En fusión la sexualidad es vista como un medio para lograr un objetivo: la fertilización, en lugar de su premisa actual dirigida al placer y a la creatividad. De manera que se asiste así, a un retroceso en la historia de la sexualidad, convirtiéndose de nuevo en un proceso mecánico, influenciado por la precisión de la medicina, la motivación y el deseo de tener un hijo y el deseo inconsciente de demostrar su potencial de fertilidad (Leiblum, 1997). El fortalecimiento de esta interpretación primitiva de la sexualidad está claramente relacionado con la técnica de las relaciones sexuales programadas. A. Lalos, O. Lalos, Jacobsson, y Von Schoultz (1985) confirmaron los efectos negativos de esta planificación en la vida sexual de la pareja. Por otra parte, Ohl, Reder, Fernández-Bettahar Lebugle, Rongières, y Nisand (2009) defienden la existencia de una definición errónea de la sexualidad por parte de las parejas infértiles en tratamiento. Estos autores señalan la necesidad de asesoramiento de las parejas durante el tratamiento con el fin de redefinir las creencias y los comportamientos inadecuados.

Por otra parte, los efectos secundarios de los tratamientos, tales como fatiga, pérdida de la intimidad y la angustia de su propio desempeño, pueden estar en el origen de una disminución de la libido (Strohbach-Girard, 2007). Así, los tratamientos y el estrés inducido por los mismos pueden causar o incrementar los problemas sexuales de un miembro o de la pareja (Möller, 2001).

Desde el punto de vista endocrinológico, la sexualidad representa un conjunto de cambios hormonales de acuerdo con la etapa en que se encuentra la relación romántica de la pareja. Según Girard-Strohbach (2007), a principios de la relación, la pareja se siente apasionado, este estado de descubrimiento y emoción al nivel de la hormona provoca un aumento de la dopamina, estimulando el deseo y la respuesta sexual. Con el tiempo, la pasión se convierte en un sentimiento más íntimo, causando la liberación de otra hormona, la oxitocina. En este período, el deseo de amor es mayor que el deseo sexual en sí. De hecho, los miembros de la pareja infértil que están en tratamiento, por estar en una condición particular, requieren respectivamente una mayor escucha, compañía y cariño, lo que contribuye a una mayor producción de oxitocina, provocando una disminución de la libido. En este sentido, Daniluk (1988) demuestra que la calidad de la relación de pareja no parece estar amenazada por el tratamiento y por la intrusión del equipo médico. Pero cuando se trata de relaciones sexuales, los resultados apuntan a un deterioro notable.

Mecanismos de cambio en la sexualidad

La mayoría de las investigaciones refieren diferencias significativas entre hombres y mujeres, en los mecanismos de alteración de la sexualidad, causadas por la infertilidad y sus tratamientos. La Tabla 3 presentan las diferencias observadas en función de tres áreas principales: la autoestima y los sentimientos asociados con las alteraciones sexuales.

TABLA 3: Las diferencias de género en los mecanismos del cambio en la sexualidad de las parejas infértiles

	Hombres	Mujeres
Auto-estima	▪ Drástica disminución (Abbey, Andrews, & Halman, 1992) ▪ La infertilidad como una amenaza a la masculinidad.	▪ Impacto superior a los hombres (Abey, et al, 1992)
Sentimientos / Emociones	▪ Ansiedad, inferioridad, vergüenza, culpa, depresión (Kraaij, Garnefski, Schroevers, 2009).	▪ Multitud de sentimientos negativos expresados en la consulta, de grado mayor que los hombres (Kraaij et al. 2009).
Trastorno Sexual	▪ Eyaculación precoz (Shindel, Nelson, Naughton, & Mulhall, 2008) ▪ Alteración del deseo (<i>idem</i>) ▪ Trastornos de la erección (<i>idem</i>) ▪ La prevalencia de la inhibición total (en comparación con la ausencia de deseo femenino) (<i>idem</i>)	▪ Deseo obsesivo de la maternidad (Boivin, 2003) ▪ Acto sexual visto como un medio para acceder al embarazo (<i>idem</i>)

Estos mecanismos de cambio representan el producto de las atribuciones individuales, de las causas de la infertilidad, al de propio fracaso y / o comportamientos pasados (Domar, Zuttermeister, y Friedman, 1999). La mujer se puede culpabilizar por sus comportamientos sexuales pasados, especialmente si experimentó abortos involuntarios, múltiples parejas, o el adulterio (Griel, 1997). En este sentido, la infertilidad puede ser vista como un castigo, aumentando los sentimientos de culpa y desesperación.

Como se mencionó anteriormente, pocas investigaciones se interesaron en las consecuencias de la infertilidad, en la satisfacción sexual de la pareja, y aún más raros son los que se han centrado en las parejas en tratamiento a largo plazo. Se encuentra a menudo que las conclusiones de estas variables se basan en gran medida en supuestos, en lugar de hechos. Existe en la literatura científica, una cierta espontaneidad en la vinculación de los resultados obtenidos en diferentes momentos del tratamiento (inicio, nudo y desenlace) con varios ciclos de fallos consecutivos. Creemos que el factor tiempo es una variable muy importante en la satisfacción sexual de la pareja infértil y que cuanto mayor sea la duración del tratamiento mayor puede ser la insatisfacción sexual. Además, otras variables clínicas pueden influir en la satisfacción con la

sexualidad, tales como el: número de tratamientos realizados y el tiempo de infertilidad. Por otro lado, el objetivo es poner a prueba las teorías propuestas sobre las relaciones entre la percepción y la apreciación de la relación de la satisfacción sexual, teniendo en cuenta la variabilidad del tiempo de la relación.

METODOLOGIA

Esta investigación tiene como principal objetivo analizar el impacto de la infertilidad en la calidad de vida y la satisfacción sexual de las parejas infértiles que se encuentran en tratamiento prolongado. De hecho, el conocimiento sobre este tema resulta ser escaso, aunque algunos estudios epidemiológicos defienden un impacto negativo de la infertilidad en la vida de las personas, las investigaciones siguen siendo contradictorias.

El presente estudio es predominantemente cuantitativo y descriptivo y transversal, en la medida en que las variables se identifican y experiencia de las correlaciones entre ellos y los datos recogidos durante un período de tiempo (Lakatos y Marconi, 1985).

Objetivos de la investigación

Con el fin de desarrollar una reflexión teórica sobre este tema, proponemos los siguientes objetivos:

- 1) Evaluar la calidad de vida y la satisfacción sexual de la pareja infértil en tratamiento prolongado.
- 2) Identificar cómo se relaciona la satisfacción sexual de la pareja con algunas variables clínicas como el tiempo de tratamiento, el tiempo de la infertilidad, el número de tratamientos y la duración de la relación con (a) compañero (a).
- 3) Verificar como se relaciona la calidad de vida de la pareja infértil con las variables clínicas mencionadas anteriormente.

En esta investigación se aplicaron tres instrumentos: un cuestionario sociodemográfico, el Índice de Satisfacción Sexual (Hudson, 1973 adaptado por Cardoso, y Smith, 1994), y *FertiQol International* (Boivin et al 2008.) para una evaluación de la calidad de vida de la pareja infértiles. La recolección de datos se logra mediante la planificación y la elaboración del procedimiento. Varios pasos son necesarios para fomentar la participación de la población infértil en tratamiento prolongado. Inicialmente, se realizó

una lista de centros de reproducción asistida en el distrito de Coimbra. Se solicitó la autorización para llevar a cabo el estudio a través de una solicitud formal dirigida a la junta de directores de cada una de las instituciones interesadas. Con el fin de obtener una participación más activa de las personas y tratando de minimizar el miedo a la exposición, se pusieron a disposición, con la ayuda de la empresa Tecnisign, Ingeniero Pedro Soares, el instrumento en un formato *online*. Fue promovido en las redes de comunicación y *fóruns* especializados sobre este tema con el propósito de esta investigación. La convocatoria de participación se desarrolló en un período de 5 meses. Tiempo después del cual se recogieron los datos para el tratamiento estático.

Las hipótesis de investigación se ordenan de acuerdo con los objetivos enunciados anteriormente.

Objetivo 1

- H1: La satisfacción sexual se correlaciona con la calidad de vida.

Objetivo 2

- H2: La duración de la infertilidad influye negativamente en la percepción de la satisfacción sexual.
- H3: El número de tratamientos realizados influye significativamente en la satisfacción sexual, por lo tanto cuantos mayores serán los intentos de tratamiento, menor es la percepción de la satisfacción sexual.
- H4: El tiempo en el tratamiento influye significativamente en la percepción de la satisfacción sexual.
- H5: La duración de la relación influye positivamente en la percepción de la satisfacción sexual.

Objetivo 3

- H6: La duración de la infertilidad está correlacionada negativamente con la percepción de la calidad de vida.
- H7: El número de tratamientos realizados influye significativamente en la percepción de la calidad de vida, de modo que cuanto mayor sea el número de tratamientos, menor será la calidad de vida percibida.

- H8: El tiempo de tratamiento influye significativamente en la percepción de la calidad de vida.
- H9: La duración de la relación influye positivamente en la percepción de la calidad de vida.

MUESTRA

Los participantes fueron reclutados de acuerdo con los siguientes criterios:

- Parejas o miembros de las parejas ya diagnosticadas como infértiles
- Participación en un largo proceso de tratamiento para la infertilidad, mayor o igual a un año.

En este sentido, la muestra consta de 86 individuos diagnosticados infértiles y 13 parejas fueron identificadas. En cuanto al tipo de muestra, se trata de una muestra no probabilística por conveniencia, ya que es fácilmente accesible por los sujetos (Gómez, Flores, y Jiménez, 1996).

Descripción de la muestra en el punto de vista individual

De los 86 participantes (N = 86), 18 son hombres (que representan el 20,9% de la muestra) y 68 mujeres (79,1%).

TABLA 4: Distribución de los participantes según la edad

Edad Género	N	Media	Desviación típica	Intervalo de Edad (Años)
Masculino	18	36,28	5,665	27-46
Femenino	68	33,68	4,376	24-44
Total	86	34,22	4,759	

Como se puede observar en la Tabla 4, la edad media para hombres es de 36,28 años y para las mujeres de 33,68 años, con una edad media de la muestra total de 34,22 años.

TABLA 5: Distribución de los participantes de acuerdo con la educación

		Sexo (N)		Total (N)	Porcentaje Total (%)
		Masculino	Femenino		
Habilitación Literaria?	4° Clase	0	1	1	1,2
	9° Año	3	5	8	9,3
	12° Año	5	22	27	31,4
	Licenciatura	9	33	42	48,8
	Mestrado	1	5	6	7,0
	Doctoramiento	0	1	1	1,2
	Otros	0	1	1	1,2
Total		18	68	86	100

Con respecto a las calificaciones, cabe remarcar que el 48.8% de la muestra tienen un grado y el 1,2% de la muestra tienen la clase de 4 °.

Descripción de la muestra desde el punto de vista de la pareja

TABLA 6: Distribución de las parejas en edad

Edad Género	Media	N	Desviación típica	Intervalo de edad
				(años)
Masculino	35,08	13	5,251	27-43
Femenino	35,15	13	4,059	29-40
Total	35,12	26	4,598	

Con respecto a las parejas casadas, la edad promedio es de 35,12 años, y este valor fue equivalente para ambos sexos.

TABLA 7: Descripción de las parejas en el nivel de educación

		Sexo (N)		Total (N)	Porcentaje Total (%)
		Masculino	Femenino		
Habilitación	9º Año	3	2	5	19,2
Literaria	12º Año	4	3	7	26,9
	Licenciatura	5	6	11	42,3
	Mestrado	1	2	3	11,5
Total		13	13	26	100

En cuanto a la escolaridad de las parejas, el grado se mantiene como el nivel de educación más habitual en la literatura, en esta situación mediante la colocación de un 42,3% de la muestra de las parejas.

El primer objetivo de análisis - Prueba de la hipótesis H1

a) Participantes de las muestras individuales

TABLA 8: Correlaciones de Spearman entre el ISS y las subescalas del FertiQol

		ISS
FertiQol Emocional	Correlation Coefficient	-,019
	Sig. (2-tailed)	,862
FertiQol Cuerpo / Mente	Correlation Coefficient	-,067
	Sig. (2-tailed)	,539
FertiQol Relacional	Correlation Coefficient	-,730**
	Sig. (2-tailed)	,000
FertiQol Social	Correlation Coefficient	-,374**
	Sig. (2-tailed)	,000
Tratamiento Contexto	Correlation Coefficient	-,324**
	Sig. (2-tailed)	,002
Tratamiento Tolerabilidad	Correlation Coefficient	-,233*
	Sig. (2-tailed)	,031
FertiQol Total	Correlation Coefficient	-,416**
	Sig. (2-tailed)	,000

Correlación significativa para $p \leq 0,05$ *

Correlación significativa para $p \leq 0,01$ **

La tabla 8 muestra que la satisfacción sexual está relacionada significativa y negativamente con la subescala FertiQol Relacional ($\rho = -0,730$ para $p \leq 0,01$).

Además, son observadas correlaciones negativas y significativas entre el ISS y la subescala social ($\rho = -0,374$ para $p \leq 0,01$), tratamiento contexto ($\rho = -0,324$ para $p \leq 0,01$) y FertiQol total ($\rho = -0,416$ para $p \leq 0,01$). Estos resultados demuestran la existencia de una relación entre la satisfacción sexual y la calidad de vida, así, cuanto mayor es la puntuación de calidad de vida, menor es la puntuación en la escala de satisfacción sexual. Por lo tanto, un buen sentido de la satisfacción sexual se correlaciona con una buena percepción de la calidad de vida. Más específicamente, cuanto mayor es la percepción de una buena relación con el cónyuge mayor es la percepción de la satisfacción sexual.

a) Muestra de las parejas

TABLA 9: Correlaciones de Spearman entre el ISS y el FertiQol con sus respectivas subescalas, en la muestra de las parejas

		ISS
FertiQol Emocional	Correlation Coefficient	-,260
	Sig. (2-tailed)	,199
FertiQol Cuerpo / Mente	Correlation Coefficient	-,441*
	Sig. (2-tailed)	,024
FertiQol Relacional	Correlation Coefficient	-,457*
	Sig. (2-tailed)	,019
FertiQol Social	Correlation Coefficient	-,790**
	Sig. (2-tailed)	,000
Tratamiento Contexto	Correlation Coefficient	-,722**
	Sig. (2-tailed)	,000
Tratamiento Tolerabilidad	Correlation Coefficient	-,377
	Sig. (2-tailed)	,058
FertiQol Total	Correlation Coefficient	-,671**
	Sig. (2-tailed)	,000

Correlación significativa para $p \leq 0,05$ *

Correlación significativa para $p \leq 0,01$ **

Con respecto a los resultados obtenidos en las parejas, hubo una correlación negativa significativa entre el ISS y el FertiQol total ($\rho = -0,671$ para $p \leq 0,01$), así como entre el ISS y con algunas de las subescalas tales como: el FertiQol Social ($\rho = -0,790$ para $p \leq 0,01$) y tratamiento contexto ($\rho = -0,722$ para $p \leq 0,01$). Además, correlaciones moderadas negativas también se muestran entre las subescalas siguientes: FertiQol

Cuerpo / Mente ($\rho = -0,441$ para $p \leq 0,05$) y relacional FertiQol ($\rho = -0,457$ para $p \leq 0,05$).

Estos resultados muestran la influencia de la calidad de vida en la satisfacción sexual de la pareja, ya que cuanto mayor es la percepción de la calidad de vida, mayor es la percepción de la satisfacción sexual de la pareja.

Análisis del segundo objetivo - Prueba de la hipótesis H2, H3, H4, H5

a) Muestra de participantes individuales

TABLA 10: Descripción de las correlaciones de Spearman entre el ISS y las variables independientes de las hipótesis H2, H3, H4 y H5

		ISS
Tiempo Infertilidad	Correlation Coefficient	,215*
	Sig. (2-tailed)	,046
Numero Tratamientos Realizados	Correlation Coefficient	,318**
	Sig. (2-tailed)	,003
Tiempo Tratamiento	Correlation Coefficient	,436**
	Sig. (2-tailed)	,000
Tiempo relacionamiento	Correlation Coefficient	,180
	Sig. (2-tailed)	,098

Correlación significativa para $p \leq 0,05$ *

Correlación significativa para $p \leq 0,01$ **

Conforme al coeficiente de correlación Rho (ρ) de Spearman calculada en la tabla 10, destacan las relaciones entre las siguientes variables:

- La satisfacción sexual se relaciona positivamente y moderadamente con la duración de la infertilidad ($\rho = 0,215$ para $p \leq 0,05$).
- La satisfacción sexual se relaciona positivamente y significativamente con el número de tratamientos realizados ($\rho = 0,318$ para $p \leq 0,01$).
- La satisfacción sexual se relaciona positivamente y significativamente con el tiempo en tratamiento ($\rho = 0,436$ para $p \leq 0,01$).

Los datos presentados se refieren a la influencia de las variables causa-efecto de las variables tiempo de la infertilidad, número de tratamientos realizados y tiempo en el

tratamiento en la satisfacción sexual de los participantes. Así, la percepción de la satisfacción sexual depende del tiempo de tratamiento, la duración de la infertilidad y el número de tratamientos realizados. En consecuencia, y teniendo una correlación positiva entre estas variables, cuanto mayor fueron los valores de estas variables, mayor será la puntuación en el ISS, demostrando una satisfacción sexual comprometida. Cabe señalar sin embargo, que el tiempo de relación no tiene ninguna influencia en la percepción de la satisfacción sexual.

b) Muestra de las parejas

TABLA 11: Descripción de las correlaciones de Spearman entre el ISS y las variables independientes de las hipótesis H2, H3, H4 y H5, en las parejas

		ISS
Tiempo Infertilidad	Correlation Coefficient	-,059
	Sig. (2-tailed)	,775
Numero Tratamientos Realizados	Correlation Coefficient	,317
	Sig. (2-tailed)	,115
Tiempo Tratamiento	Correlation Coefficient	,517**
	Sig. (2-tailed)	,007
Tiempo relacionamento	Correlation Coefficient	-,204
	Sig. (2-tailed)	,317

Correlación significativa para $p \leq 0,05$ *

Correlación significativa para $p \leq 0,01$ **

El cuadro 11 nos informa de una sola correlación positiva y significativa entre el ISS y la variable tiempo en tratamiento ($\rho = 0,517$ para $p \leq 0,01$). Así, cuanto mayor es el tiempo del tratamiento mayor es la puntuación en la escala de satisfacción sexual, remitiendo para una menor percepción de la satisfacción sexual por parte de las parejas.

Análisis del tercer objetivo - Pruebas de hipótesis H6, H7, H8, H9

a) Muestra de los participantes individuales

TABLA 12: Descripción de las correlaciones de Spearman entre el FertiQol con sus respectivas sub-escalas y las variables de la hipótesis H6, H7, H8 y H9

	FertiQol Emocional	FertiQol Cuerpo/Mente	FertiQol Relacional	FertiQol Social	Tratamiento Contexto	Tratamiento Tolerabilidad	FertiQol Total
Tiempo Infertilidad	,065	-,013	-,121	-,081	-,264*	-,138	-,131
Sig. (2-tailed)	,554	,909	,268	,461	,014	,206	,230
Numero Tratamiento	-,181	-,177	-,261*	-,324**	-,237*	-,247*	-,352**
Sig. (2-tailed)	,096	,104	,015	,002	,028	,022	,001
Tiempo Tratamiento	,003	-,043	-,223*	-,153	-,315**	-,162	-,217*
Sig. (2-tailed)	,979	,692	,039	,161	,003	,137	,045
Tiempo Relación	,145	,110	-,097	,118	,020	-,113	,068
Sig. (2-tailed)	,184	,313	,376	,278	,854	,298	,531

Correlación significativa para $p \leq 0,05$ *

Correlación significativa para $p \leq 0,01$ **

La Tabla 12 presenta las correlaciones de Spearman obtenidas entre el FertiQol y sus respectivas sub-escalas y las variables sociodemográficas estudiadas. Por lo tanto, existe una relación negativa y significativa entre:

- El FertiQol (total) y el número de tratamientos realizados ($\rho = -0,352$ para $p \leq 0,01$).
- El FertiQol (total) y el tiempo de tratamiento ($\rho = -0,217$ para $p \leq 0,05$).
- El FertiQol relacional con el número de tratamientos realizados ($\rho = -0,261$ para $p \leq 0,05$).
- El FertiQol relacional con el tiempo en tratamiento ($\rho = -0,223$ para $p \leq 0,05$).
- El FertiQol Social y el número de tratamientos realizados ($\rho = -0,324$ para $p \leq 0,01$).
- El contexto de la subescala de tratamiento de la infertilidad y la variable tiempo ($\rho = -0,264$ para $p \leq 0,05$).
- El contexto del tratamiento con el número de tratamientos realizados ($\rho = -0,237$ para $p \leq 0,05$).

- El contexto de la subescala de tratamiento y el tiempo de tratamiento ($\rho = -0,315$ para $p \leq 0,01$).
- La subescala tolerabilidad del tratamiento y el número de tratamientos realizados ($\rho = -0,247$ para $p \leq 0,05$)

Por lo tanto, se puede inferir que cuanto mayor sea el número de tratamientos realizados y el tiempo en tratamiento, menor será la calidad de vida percibida. Por otra parte, la relación con el cónyuge se encuentra comprometida cuanto a mayor el número y la duración del tratamiento.

Desde el punto de vista social, el creciente número de tratamientos realizados representa una barrera para la interacción social, promoviendo una estigmatización social y dificultades de inclusión.

Con respecto al tratamiento, la percepción de acceso y la calidad de la atención están comprometidas con el mayor tiempo de infertilidad, el tiempo de tratamiento y el número de tratamientos realizados. La tolerancia al tratamiento parece estar influenciada por el número de tratamientos realizados, donde cuanto mayor sea el número, menor será la tolerancia física y mental experimentada.

b) Muestra de las parejas

TABLA 13: Descripción de las correlaciones de Spearman entre FertiQol con sus respectivas sub-escalas y las variables de la hipótesis H6, H7, H8, y H9, para la muestra de las parejas

	FertiQol Emocional	FertiQol Cuerpo/ Mente	FertiQol Relacional	FertiQol Social	Tratamiento Contexto	Tratamiento Tolerabilidad	FertiQol Total
Tiempo Infertilidad	,277	,158	,282	,147	,020	,144	,322
Sig. (2-tailed)	,171	,442	,163	,475	,921	,484	,109
Numero Tratamientos	-,566**	-,377	-,181	-,463*	-,158	-,286	-,347
Sig. (2-tailed)	,003	,058	,377	,017	,440	,157	,082
Tiempo Tratamiento	,036	-,091	-,030	-,288	-,446*	-,268	-,133
Sig. (2-tailed)	,860	,660	,886	,153	,022	,186	,518
Tiempo relacionamiento	,161	,056	,541**	,100	,328	,206	,406*
Sig. (2-tailed)	,433	,785	,004	,628	,102	,314	,040

Correlación significativa para $p \leq 0,05$ *

Correlación significativa para $p \leq 0,01$ **

Respecto a la muestra de las parejas, hay una correlación positiva entre la percepción de la calidad de vida y duración de la relación. Por lo tanto, cuanto mayor sea la duración de la relación mayor es la percepción de la calidad de vida ($\rho = 0,406$ para $p \leq 0,05$).

Además están las relaciones significativas:

- Entre subescala FertiQol emocional y el número de tratamientos ($\rho = -0,566$ para $p \leq 0,01$)
- Entre FertiQol relacionales y duración de la relación ($\rho = 0,541$ para $p \leq 0,01$)
- Entre la subescala social y el número de tratamientos realizados ($\rho = -0,463$ para $p \leq 0,05$)
- Entre el contexto del tratamiento y el tiempo de tratamiento ($\rho = -0,446$ para $p \leq 0,05$)

La experiencia emocional de la infertilidad parece estar influida por el número de tratamientos, por lo tanto cuanto mayor sea el número de procedimientos terapéuticos mayor es la percepción de las emociones negativas relacionadas con la experiencia de la infertilidad.

Por otra parte, la duración de la relación entre los esposos contribuye a una calidad de vida positiva en la que, mayor duración mayor será la puntuación del nivel relacional.

El número de tratamientos realizados parecen afectar a la interacción social. Por lo tanto, cuanto mayor sea el número de procedimientos clínicos, la interacción social sea más disfuncional.

En cuanto a la calidad del tratamiento, esto ha sido afectada por la duración. Por lo tanto, cuanto más tiempo la pareja se encuentra en tratamiento menor sea la percepción de calidad.

Análisis de regresión múltiple entre el ISS y FertiQol con sus respectivas subescalas

a) Muestra de los participantes individuales

En el análisis de regresión múltiple entre el ISS (caracterizado como la variable dependiente) y las subescalas de FertiQol (variables independientes), el resultado obtenido para el *R-square* o coeficiente de determinación es de 0,556. Por lo tanto, se puede decir que el 55,6% de la varianza de la variable dependiente (satisfacción sexual) puede ser estimado en las variables independientes (subescalas del FertiQol). En este sentido, el 55,6% de las puntuaciones del ISS se pueden predecir en las subescalas del FertiQol.

Además, el *p-value* muestra un valor inferior a 0,05 (*p-value* = 0,000), expresando así una capacidad de predicción del conjunto de variables independientes sobre la variable dependiente.

TABLA 14: Descripción de los coeficientes β y sus respectivas significancias entre el ISS y las subescalas de FertiQol

Variables independientes	Coeficientes β	Valor de la Significancia
FertiQol Emocional	,004	,980
FertiQol Relacional	-,747	,000
FertiQol Social	-,264	,081
Tratamiento Contexto	-,173	,180
Tratamiento Tolerabilidad	-,150	,245
FertiQol Total	,354	,361

El cuadro 14 indica que el coeficiente β es estadísticamente significativo en la variable FertiQol relacional. Así, la subescala relacional del FertiQol tiene una buena capacidad de predicción, de manera significativa, de la percepción de la satisfacción sexual. El coeficiente β encontrado ($\beta = - 0.747$) indica una relación negativa entre la variable relacional y la satisfacción sexual, de modo que cuanto mayor es la percepción de calidad de la relación matrimonial mayor es la satisfacción sexual de la misma (lo que en este sentido en una puntuación más baja escala).

b) Muestra de las parejas

En el caso de las parejas, el resultado obtenido para el *R-Square* es de 0.851, por lo que el 85,1% de la varianza de la variable dependiente (satisfacción sexual) puede ser estimada en las variables independientes. Así, el 85,1% de las puntuaciones se puede predecir en el FertiQol.

El valor del *p-value* da un resultado inferior a 0,05 (*p-value* = 0,000), revelando una capacidad predictiva del grupo de variables independientes sobre la variable dependiente.

TABLA 15: Descripción de los coeficientes β y sus significancias entre el ISS y las subescalas del FertiQol, en las parejas

Varables independientes	Coeficientes β	Valor de la Significancia
FertiQol Emocional	,921	,039
FertiQol Cuerpo/ Mente	,764	,108
FertiQol Relacional	,554	,112
FertiQol Social	,292	,390
Tratamiento Contexto	,294	,318
Tratamiento Tolerabilidad	,349	,056
FertiQol Total	-3,267	,030

Como se muestra en la Tabla 15, los coeficientes β son estadísticamente significativos para las variables FertiQol emocional y FertiQol total. Lo que demuestra que el instrumento FertiQol representa una buena medida de predicción de la satisfacción sexual. Así, cuanto mayor la puntuación en la percepción de la calidad de vida, los menor sean los valores obtenidos en el ISS, y mayor sea la satisfacción sexual.

Análisis de regresión múltiple entre el ISS y las variables sociodemográficas

a) Muestra de los participantes individuales

Con respecto al análisis de regresión múltiple entre las variables sociodemográficas y el ISS, se encontró un valor *R-square* de 0,200, que muestra que el 20% de las puntuaciones de la escala ISS se pueden predecir en las variables sociodemográficas.

El valor de significación es de 0,001 que muestra que el grupo de variables independientes pueden ser estadísticamente significativas en la predicción de la variable dependiente.

TABLA 16: Descripción de los coeficientes β y sus significancias entre el ISS y las variables sociodemográficas

Variables Independientes	Coeficientes β	Valor de la Significancia
Tiempo Infertilidad	-,072	,572
Numero Tratamientos Realizados	,091	,423
Tiempo Tratamiento	,416	,002
Tiempo relacionamiento	,039	,740

La tabla 16 implica que la variable tiempo de tratamiento es la única medida de predicción de la satisfacción sexual. En este sentido, cuanto mayor sea el tiempo de tratamiento mayor es la puntuación en la escala del ISS, lo que resulta en una mayor insatisfacción sexual.

b) Muestra de las parejas

El valor *R-Square* encontrado en la muestra de las parejas es 0,477, por lo tanto el 47,7% de las puntuaciones de la escala ISS se puede predecir en las variables sociodemográficas. En cuanto al valor de significancia, tenga en cuenta que esto tiene un valor de 0,007 ($\leq 0,05$), lo que permite inferir que las variables independientes parecen ser predictivas de la satisfacción sexual.

TABLA 17: Descripción de los coeficientes β y sus respectivas significancias entre el ISS y las variables sociodemográficas de las parejas

Variables Independientes	Coeficientes β	Valor de la Significancia
Tiempo Infertilidad	-,433	,156
Numero Tratamientos Realizados	,043	,844
Tiempo Tratamiento	,751	,011
Tiempo relacionamiento	-,172	,484

Similar a los resultados encontrados en la muestra *online*, la variable tiempo en el tratamiento tiene un buen significado estadístico ($\beta = 0,751$ para $p \leq 0,05$). Por lo tanto, existe una relación significativa entre el tiempo de tratamiento y los valores del ISS, y cuanto mayor sea la duración de la infertilidad, mayor es la puntuación y mayor es la insatisfacción sexual percibida.

Análisis de regresión múltiple entre las variables sociodemográficas y el FertiQol

a) Muestra de los participantes individuales

El coeficiente de determinación en el análisis de regresión múltiple entre las variables sociodemográficas y el FertiQol es de 0,108, que muestra que el 10,8% de la puntuación fertiQol se puede predecir en las variables sociodemográficas.

En cuanto a la significación estadística de esa conjetura, tomamos nota de que esto tiene un valor de 0,053, lo que permite decir que las variables independientes (demográfico) puede ser predictivas de la calidad de vida.

TABLA 18: Descripción de los coeficientes β y sus respectivas significancias entre las variables sociodemográficas y el FertiQol

Variables Independientes	Coeficientes β	Valor de la Significancia
Tiempo Infertilidad	-,124	,355
Numero Tratamientos Realizados	-,212	,079
Tiempo Tratamiento	-,123	,366
Tiempo relacionamiento	,223	,074

De acuerdo con la Tabla 18 no se encontraron correlaciones significativas entre las variables sociodemográficas y el FertiQol.

b) Muestra de las parejas

El valor *R-square*, en la muestra de las parejas, es de 0,300, comprobando que el 30% de la puntuación FertiQol se puede predecir en las variables sociodemográficas. Sin embargo, el valor de significación calculados, es de 0.099 ($\geq 0,05$), digamos que el grupo de variables independientes no pueden ser estadísticamente significativa para poder hacer una predicción de la variable dependiente.

TABLA 19: Descripción de los coeficientes β y sus respectivas significancias entre las variables sociodemográficas y el FertiQol, en las parejas

Variables Independientes	Coeficientes β	Valor de la Significancia
Tiempo Infertilidad	,201	,561
Numero Tratamientos Realizados	-,299	,242
Tiempo Tratamiento	-,249	,434
Tiempo relacionamiento	,286	,317

La tabla 19 informa de que no se registró ninguna correlación significativa entre las variables sociodemográficas y el FertiQol.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El objetivo principal de esta investigación es determinar el grado en que la infertilidad afecta a la calidad de vida y la satisfacción sexual en el tratamiento prolongado de las parejas infértiles. Teniendo en cuenta los resultados de este estudio, podemos inferir la existencia de relaciones entre la satisfacción sexual, la calidad de vida de la pareja y algunas variables sociodemográficas relacionadas con los aspectos de la infertilidad, incluyendo el tiempo de la infertilidad, el número de tratamientos realizados, el tiempo de tratamiento y duración de la actual relación de la pareja.

En este sentido, sigue una discusión más amplia y una presentación de los resultados de acuerdo con el orden de los objetivos analizados por medio de las hipótesis científicas, estipuladas en el Capítulo V - Análisis de los resultados.

Con respecto a la hipótesis H1, los resultados muestran una correlación significativa entre la calidad de vida y la satisfacción sexual. En este contexto, cuanto mayor es la satisfacción sexual experimentada, mayor será la calidad de vida percibida. Este resultado pone de relieve la importancia de la sexualidad en la vida y la identidad del sujeto. Erróneamente asociado con la disfunción sexual, la satisfacción con la sexualidad se refiere a una evaluación de la percepción de satisfacción experimentada. La sensación agradable en las relaciones íntimas también fortalece la relación matrimonial (Delamater, 1991;. Dunn, et al, 2000) como lo demuestra la correlación entre esta variable y la subescala relacional del FertiQol. Por otra parte, la existencia de un bienestar dentro del matrimonio, promueve a su vez una percepción favorable de la exterior, lo que facilita las interacciones sociales. Por esta razón, existe una correlación entre la dimensión social del FertiQol y la satisfacción sexual. Por lo tanto, la evaluación subjetiva de una sexualidad vivida plenamente y de acuerdo con el propio patrón de la satisfacción individual, afectará muchas áreas componentes del bienestar, fomentando un proceso psico-emocional positivo de la propia calidad de vida como lo demuestran las correlaciones entre las subescalas: cuerpo / mente y emocional, y la satisfacción sexual en la muestra de las parejas.

En el segundo objetivo analizado, ambas muestras apuntan a resultados diferentes. En la muestra *online*, la satisfacción con la sexualidad se relaciona negativamente con la duración de la infertilidad, el número de tratamiento y la duración del tratamiento. Sin embargo, en la muestra compuesta por las parejas, la única correlación encontrada se refiere a una relación negativa con el tiempo en tratamiento. Estas diferencias pueden reflejar la homogeneidad de los géneros en la segunda muestra. Siendo la muestra *online* constituida por un número mayor de mujeres (79,1% de la muestra), y que el

propósito del procedimiento y el tratamiento terapéutico son dirigidos principalmente para la mujer de la pareja, el número de tratamientos realizados, así como el tiempo de la infertilidad pueden ser experimentados con más molestadores e intrusivos que en los hombres. Además para corroborar estos resultados Justo, Pais, Vieira, Costa & Veiga (2010) demostraron que las mujeres infértiles tienen un mayor nivel de experiencia del estigma en comparación con las parejas de sexo masculino.

La intimidad erótica proporciona juegos sexuales en lo que la pareja puede entregarse a la pasión recíproca, y / o superar los límites físicos y psicológicos existentes entre ellos (Delamater, y Hyde, 2004). En una consulta médica para la infertilidad, la sexualidad se destila en su esencia más básica, extrayéndose su significado psíquico y su importancia en la personalidad y la evaluación global subjetiva de la vida. A partir de este momento, el sexo es definido de forma diferente, no como un objeto de la intimidad erótica, sino más bien como un objeto de la procreación. En este sentido, las relaciones sexuales se convierten en factuales, a veces sin tener en cuenta el deseo del otro y sin el espíritu inicial del juego sexual. Los roles de género son reducidos en su forma original extremos: el hombre es el vector que tiene el objetivo final de la fertilización del óvulo. En las parejas en tratamiento a largo plazo, esto puede causar con el tiempo, una pérdida de la espontaneidad sexual en lugar de un sexo programado y mecanicista. Los repetidos fracasos y sus repetidas decepciones mes tras mes, provocan una percepción comprometida de la satisfacción sexual.

Con respecto a las correlaciones entre la calidad de vida y las variables socio-demográficas, ambas muestras mostraron resultados diferentes. Respecto a la muestra *online*, fueron encontradas correlaciones negativas y significativas entre el FertiQol (total), y el número de tratamientos realizados y el tiempo en tratamiento. Lo que sugiere que la percepción de la calidad de vida se ve influenciada por estas dos variables. Los resultados apuntan a una interpretación de las consecuencias emocionales de estos dos factores. Las consecuencias psicológicas del tratamiento: ansiedad (Ramezanzadeh, Malek, Abedin, Zayeri, Khanafshar, Shariat, y Jaffarabadi, 2004), repetidas decepciones, sentimientos de pérdida, depresión (Melo, et al 2006), representan barreras para una evaluación positiva de la calidad de vida.

Con respecto a la muestra de las parejas, la duración de la relación influye positivamente en la percepción de la calidad de vida. No se encontró correlación entre el FertiQol (total) y otras variables sociodemográficas. Es posible que los resultados puedan haber sido, una vez más, homogeneizados por la opinión masculina. Sin embargo, existe una correlación entre el número de tratamientos realizados y las

subescalas: emocional y social (en las dos muestras). Por lo tanto, el fracaso de un tratamiento puede ser experimentado como un momento de crisis. En referencia a las teorías de Diener y Veenhoven, la relativa estabilidad en la percepción de la calidad de vida está comprometida con el fracaso de un tratamiento. Naturalmente y con el tiempo, la adaptación al sufrimiento se lleva a cabo poco a poco, sin embargo, nunca permitirá un retorno al nivel de calidad de vida percibida anteriormente. La pareja tiene que volver a establecer nuevos estándares para la evaluación de la calidad de vida y compensar el sufrimiento.

Así, los repetidos fracasos afectan la dimensión emocional de la pareja, así como la interacción social, causando un aumento en los niveles de estigma social, una escasa o nula red de apoyo o soporte, y posiblemente algunos casos de exclusión social (Greil, Slauson-Blevins, y McQuillan, 2010).

Por otra parte, en ambas muestras, los resultados muestran que la percepción de la calidad del tratamiento y los servicios disponibles para las parejas, se encuentran comprometidas con la duración del tratamiento. Posiblemente por no conseguir exteriorizar los sentimientos remanentes de los intentos, de los tratamientos y del desgaste físico y psicológico que estos representan, las parejas, componentes de la muestra, parecen tener una tendencia en transferir estas emociones para un objeto que, sin embargo le da un apoyo incondicional, que es el personal clínico y / o médicas. Esta catarsis emocional permite a las parejas hacer frente a esta enfermedad a largo plazo, evitando la implosión de la esencia misma del matrimonio.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación tiene como objetivo contribuir a la comprensión de la infertilidad y, más concretamente, sobre su impacto en la calidad de vida y la satisfacción sexual de las parejas en tratamiento a largo plazo.

El análisis estadístico principal nos permite confirmar la influencia de la satisfacción sexual en la percepción de calidad de vida de la pareja y explicar el impacto de algunas condiciones clínicas de infertilidad, como el número de tratamientos realizados, el tiempo de tratamiento, la duración de la relación y el tiempo de infertilidad en la calidad de vida y la satisfacción sexual de la pareja infértil.

Sin embargo, los resultados no pueden generalizarse a toda la población infértil ya que el tamaño de la muestra fue menor de lo esperado. Con respecto a las herramientas de evaluación utilizadas, a veces los cuestionarios y escalas pueden conducir a la posición

defensiva por parte de los encuestados, que tratan de responder de acuerdo a las ideas socialmente deseables, o incluso a estar de acuerdo, en este caso, con su compañero/a.

A pesar de estas limitaciones, se cree que se contribuyó a la continuidad del estudio de estas preguntas, ya que las investigaciones científicas orientadas a las áreas de la Psicología y de la Infertilidad nunca reflejan respuestas irrevocables a los problemas presentados.

Una sugerencia para la realización de futuros proyectos: un estudio longitudinal de esta edición, con la incorporación de distintas etapas de tratamiento (antes, durante y después). Una investigación a través del tiempo y del proceso de tratamiento sería interesante ya que dependiendo de la fase de tratamiento las reacciones emocionales varían (Verhaak, et al., 2007), así puede cambiar la percepción de la calidad de vida y satisfacción sexual.

Teniendo en cuenta estos aspectos, y para estimular nuevas líneas de pensamiento y de actividades, se proponen algunas reflexiones a las instituciones para ayudar a las parejas infértiles pudiendo ser promovidas a través de varios proyectos: (1) alertar al personal médico de la importancia de la satisfacción sexual en la calidad de vida de las parejas infértiles, (2) proporcionar consultas de sexología o asesoramiento para las parejas, (3) promover el contacto con otras parejas infértiles en tratamiento a largo plazo con el fin de fomentar el intercambio de experiencias, las emociones y la interacción y la identificación con un grupo.

En este sentido, el papel del psicólogo es esencial cuando se trata de la ayuda de la identificación y la corrección de creencias erróneas y disfuncionales, la desmitificación de ellas a través de la reestructuración cognitiva de las mismas. Además, el psicólogo debe utilizar las habilidades de comunicación con el fin de fomentar la buena comunicación entre la pareja, tanto en las relaciones sexuales como en otras áreas. El fomento de la participación, la expresión de afecto, la identificación y la resolución de conflictos deben ser factores importantes en el contexto de la consulta y / o el asesoramiento de la pareja.

INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde estima-se que o número de casais inférteis tenha vindo a aumentar nestes últimos anos. Em Portugal, relata-se que 10% dos casais se encontram em situação de infertilidade (Freitas, 2009). A planificação de uma descendência surge, em geral, após o alcance de uma estabilidade pessoal, social, económica e laboral (Díaz & Carillo, 2007). Existe desta forma uma discordância entre a idade cronológica e biológica do casal, fomentando assim severas dificuldades na procriação. Corroborando este facto, a própria natureza do ser humano revela-se pouco fértil, sabe-se que para cada ciclo ovariano um casal tem entre 20 a 30% de probabilidade de conseguir uma fecundação (Hynes, 2002). Chesnais (1998) demonstrou uma disparidade de valores entre o número de filhos desejado e o número real em toda a Europa, 2.2 e 1.45, respectivamente. Esta diminuição da taxa de fertilidade é também explicada pelo aumento de casais inférteis (Fahey, 2008). Neste sentido, a *European Society of Human Reproduction and Embriology*, E.S.H.R.E., define a infertilidade como a ausência de gravidez após um ano de relações sexuais regulares e desprotegidas. O aumento flagelante desta condição nos últimos anos favoreceu o seu interesse em diversas áreas da saúde e mais especificamente na área da saúde reprodutiva.

O interesse pela investigação da infertilidade torna-se cada vez mais evidente, na medida em que se trata de uma condição mundial que acarreta importantes consequências (Fahey, 2008). Desde o nascimento de Louise Brown em 1978, primeiro nascimento mediante técnicas de reprodução medicamente assistida, a problemática da infertilidade tem sido esmiuçada no seu nível mais primário (biológico), identificando e avaliando as suas causas, aumentando desta forma o leque de possibilidades de tratamento e/ou de resolução. Esta revolução médica e os resultados alcançados têm vindo a despertar o interesse público, facultando à população em geral um certo grau de conhecimento e aumentando desta forma a esperança dos casais inférteis.

Contudo, esta nova era da medicina provocou uma separação involuntária entre o *soma* e a *psyche* (Haynes & Miller, 2003). Durante muito tempo, o corpo tornou-se objecto

central das atenções, a determinação em descobrir soluções para este problema de saúde pública sobrepõem-se aos factores psicossociais inerentes a cada indivíduo. Os diferentes tipos de infertilidade, assim como qualquer outra doença, provocam, na pessoa e/ou no casal, uma constelação de problemas provenientes do foro psicológico. O diagnóstico da infertilidade pode ser devastador para o casal, o insucesso de um tratamento pode fomentar no mesmo sérios sentimentos de impotência e/ou de incapacidade (idem). Segundo Moreno & Díaz (2007), 25 a 65% dos pacientes submetidos a tratamentos de reprodução medicamente assistida apresentam em determinado momento do mesmo, sintomas clínicos significativos tais como: ansiedade (predominantemente), depressão, desespero, culpabilidade, baixa auto-estima, além de outros sintomas. Os resultados apresentados por Lok, Lee, Cheung, Lo & Haynes (2002), e Chen, Chang, Tesai & Juan (2004), entre outros, comprovaram esta ideia, certificando uma relação entre os factores psicológicos e a infertilidade. Desta forma, reconhece-se que a experiência da infertilidade representa um processo dinâmico e complexo, onde se entrecruzam diversos aspectos biopsicossociais inerentes à própria condição do indivíduo/casal.

Para a maior parte dos casais inférteis, um tratamento bem-sucedido, aumenta os níveis de bem-estar e de qualidade de vida (Repokari, Punamäki, Poikkeus, Vilska, Unkila-Kallio, Sinkkonen, Almqvist, Tiitinen, & Tulppala, 2005). Contudo, pouco se sabe acerca dos casais que não usufruem desta felicidade e bem-estar, e que se encontram em tratamento prolongado. De acordo com Delgado (2007), a dinâmica conjugal tem um papel importante na vivência da infertilidade, assim como esta tem impacto na vida conjugal e na satisfação sexual do casal. Neste sentido, este trabalho objectiva propor uma visão integrada da qualidade de vida e da satisfação sexual do casal que se encontra em tratamento prolongado. Para o efeito e no intuito de delinear a nossa investigação, entende-se por tratamento prolongado, um período de processamento clínico superior ou igual a um ano.

Neste sentido, a pertinência da escolha desta temática vai de encontro com Imeson e McMurray (1996) em que, a compreensão do modo como os casais vivenciam a

infertilidade pode contribuir para melhorar a intervenção junto destes. «*Patients increasingly expect that health professionals provide a comprehensive form of care, including attention, not only by medical condition, but also for their psychological responses to this condition and its treatment*» (Callan, & Hennessey, 1989).

Este trabalho é composto por duas partes fundamentais e referentes a qualquer investigação científica: a parte teórica ou empírica e a parte metodológica. No que diz respeito ao enquadramento teórico, este é dividido por três capítulos. No primeiro capítulo, são apresentados: a compreensão e definição do conceito, os modelos teóricos relevantes que apoiam a sua investigação e uma mini revisão da literatura referente às investigações realizadas até ao momento. O capítulo II faz referência: ao conceito de satisfação sexual, a sua etiologia, a sua definição e compreensão *via* modelos teóricos fundamentais e ainda à uma revisão sucinta da literatura no que concerne às investigações relativas à infertilidade e à satisfação sexual do casal infértil. O capítulo III examina o impacto da qualidade de vida e da satisfação sexual no casal infértil, trata-se de uma análise da influência da infertilidade dentro de vários níveis com sejam, o psico-emocional, o sexual, o relacional/familiar e o do bem-estar.

A segunda parte da investigação corresponde à descrição do estudo empírico, onde no capítulo IV é referenciada a conceptualização do estudo. De seguida, no capítulo V é realizada a apresentação e análise dos resultados. Finalizando, o capítulo VI apresenta uma discussão dos resultados juntamente com a conclusão do estudo e possíveis linhas futuras de investigação.

PRIMEIRA PARTE

DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I:

O CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

CAPÍTULO I – O CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

I-1) CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DO CONCEITO

I-1-1) Abordagem médica

Historicamente, o termo qualidade de vida surge no campo da medicina, ao longo da década de 30 do século passado e principalmente nos Estados Unidos da América. Pretendia-se com esta noção, obter informações de âmbito clínico, em doentes crónicos com diagnóstico oncológico, fisiológico e psiquiátrico (Spilker, 1990). Anos mais tarde, em consequência da crescente taxa de envelhecimento da população, este conceito expandiu-se para a área dos tratamentos geriátricos e dos seus efeitos, representando desta forma, um indicador social de estado de saúde ou *health status* (Katschnig, 2006). Assim, a qualidade de vida passou a ser vista como um critério imprescindível de diagnóstico do bem-estar pessoal (Schanz, Baeckert-Sifeddine, Braeunlich, Collins, Batra, Gebert, Hautzinger & Fierlbeck, 2005). Neste sentido, entendeu-se que o mais importante e benéfico para a pessoa não era a realização de estudos comparativos dos tratamentos, mas sim a identificação dos aspectos da qualidade de vida afectados directamente por estes (Fayers & Machin, 2007). Autores como Coates, Gebiski, Bishop, Jeal, Woods, Snyder (1987), e Buccheri, Ferrigno, Curcio, Vola & Rosso (1989), foram entre os primeiros a investigar o impacto dos tratamentos médicos na qualidade de vida. Estes pioneiros evidenciaram que, dependendo do tipo de terapêutica utilizada, a percepção do próprio indivíduo acerca da sua vida também varia. Ainda hoje o principal interesse das investigações de âmbito médico focalizam-se sobretudo nos aspectos e nas consequências do tratamento (Oksuz & Mahlan, 2006). Por esta razão, os instrumentos de medição nesta abordagem intitulam-se frequentemente *health related quality of life* (HRQoL), remetendo para duas categorias de testes; aqueles que pretendem avaliar o estado de saúde e os outros que analisam as preferências do paciente (Fairclough, 2010).

Observa-se desta forma, uma descentralização na definição do conceito. A visão unidisciplinar em que a qualidade de vida era definida dentro de um único paradigma: o

biológico, descrito assim em termos de saúde funcional, passou a ser uma visão multidisciplinar onde se acrescentam alguns factores sociais e psicológicos (Chachamovich, 2009). De acordo com Valderas e Alonso (2008), a visibilidade científica do conceito surgiu da necessidade em inserir, nas investigações, medidas baseadas na percepção subjectiva dos pacientes.

Nesta apreciação dos achados da abordagem médica, Zikmund (2000) destaca uma lista de seis critérios de avaliação da qualidade de vida:

- 1) Diminuição (anulação) do sofrimento (físico como psicológico), principalmente da dor.
- 2) O atingir de um nível onde o indivíduo não se encontra dependente dos outros.
- 3) Capacidade de se adaptar às situações com certo grau de *stress*.
- 4) Capacidade de estabelecer relações sociais e de participar em actividades sociais.
- 5) Atingir um nível de segurança na vida, satisfazendo necessidades materiais.
- 6) Satisfação acerca da sua própria vida, alegria, sentimentos de felicidade.

Esta visão do conceito de qualidade de vida por parte da abordagem médica conjuga-se com a definição da *World Health Organization* (1997). Para esta, a qualidade de vida define-se como a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, num contexto de cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Esta definição inscreve-se dentro de uma nebulosa esfera que reforça uma evidente dificuldade em tentar obter uma definição concreta do conceito. No entanto, percebe-se que a noção de qualidade de vida possui uma ligação complexa entre várias dimensões como sejam: a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças pessoais e as suas relações com aspectos do meio envolvente no qual se insere o indivíduo (World Health Organization Project, 1997).

TABELA 1: Descrição dos seis domínios e critérios constituintes da qualidade de vida

Domínios		Facetas incorporadas nos domínios
I.	SAÚDE FÍSICA	Energia e fadiga Dor e desconforto Sono e descanso
II.	PSICOLÓGICO	Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Sentimentos positivos Auto-estima Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
III.	NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	Mobilidade Actividades da vida quotidiana Dependência de medicação ou de tratamento Capacidade de trabalho
IV.	RELAÇÕES SOCIAIS	Relações pessoais Suporte social Actividade sexual
V.	AMBIENTE	Recursos financeiros Liberdade, protecção física, segurança Cuidados de saúde e sociais: acessibilidade e qualidade Ambiente no lar Oportunidades de adquirir novas informações e capacidades Participação e oportunidades para a recreação/lazer Ambiente físico (poluição, barulho, tráfego, clima) Transportes
VI.	ESPIRITUALIDADE/RELIGIÃO/ CRENÇAS PESSOAIS	

Nota: Tradução dos domínios de acordo com a World Health Organization Project - WHOQOL (1997)

De acordo com a tabela 1, a WHO apresenta uma perfeita distinção das dimensões abrangidas pela qualidade de vida. Todas elas parecem estar organizadas hierarquicamente, lembrando a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow (1954; 1968). Neste caso, a saúde física aparece como primeira condição *sine qua none* a ser satisfeita para alcançar os níveis superiores de bem-estar. É do senso comum que a saúde física representa um critério relevante na avaliação da qualidade de vida. Contudo, dependendo das pessoas este factor pode tomar distintas posições; por exemplo, pessoas que se acham bem de saúde podem não considerar a saúde física como um requisito essencial à qualidade de vida. A frustração

de não ter meios financeiros para comprar uma casa, ou um carro, pode sobrepor-se à primeira necessidade básica estipulada na definição da WHO. Segundo Džuka e Dalbert (2000), estas situações são derivadas dos fenómenos históricos e sociais do padrão de vida das pessoas dos países civilizados do século XX.

Apesar da notória mudança de perspectiva desde 1947 (data da primeira definição de qualidade de vida por parte da WHO), a tentativa de concretizar a toda a força o conceito de qualidade de vida, deixa algumas dúvidas quanto à sua medição e sua definição. Por ter sido uma área de investigação fértil principalmente no domínio clínico, esta palavra é do senso comum para a maioria da população. Contudo, a qualidade de vida tornou-se um termo de fácil compreensão porém de definição ambígua, na medida em que o seu significado varia de indivíduo para indivíduo.

A definição disponibilizada pela abordagem médica remete para medidas objectivas da qualidade de vida. Estes índices quantificáveis reflectem um grau em que as necessidades humanas são ou podem ser satisfeitas (Costanza, Fisher, Ali, Beer, Bond, Boumans, Danigelis, Dickinson, Elliott, Farley, Gayer, Glenn, Hudspeth, Mahoney, McCahill, McIntosh, Reed, Rizvi, Rizzo, Simpatico & Snapp, 2008). É de salientar que esta definição é frequentemente utilizada na criação de vários questionários de medição da qualidade de vida. Hunt & McKenna (1992) foram entre os vários autores que, baseando-se no modelo de satisfação das necessidades humanas, realizaram instrumentos visando a reintegração dos pacientes nas suas vidas quotidianas. Contudo, e apesar de providenciar uma medição instantânea das necessidades físicas e sociais do indivíduo, esta, permanece escassa no que diz respeito à identidade e participação do mesmo.

Com efeito, é provavelmente por esta razão que em paralelo com a perspectiva médica, os estudos na área proliferaram no domínio da Psicologia e mais tarde nos domínios sociológico, ambiental e político (Kováč, 2004). Neste sentido, a abordagem psicológica defende que as investigações acerca da qualidade de vida devem centrar-se em obter uma apreciação global subjectiva da qualidade de vida, em detrimento de medições acerca de qualidades específicas da vida (Veenhoven, 2006).

I-1-2) Abordagem psicológica

Em 1964 Lyndon Jonhson, trigésimo sexto presidente dos Estados Unidos da América, popularizou o conceito numa mensagem para a nação intitulada *The Great Society*. Este *slogan* político referia-se à qualidade de vida como um direito inalienável de todo o cidadão americano (Corten, 1998). “It will be the task of your generation to make the American city a place where future generations will come, not only to live but to live the good life” (Jonhson, 1964, “the great society speech”, para.5). Neste sentido, era atribuído ao conceito de qualidade de vida uma vertente moral, apelando à vivência de uma boa vida, como também a um certo altruísmo por parte dos cidadãos. O movimento progressista da época defendia que o próprio indivíduo é detentor de um grande potencial e que o seu dever enquanto cidadão é de contribuir para o progresso da sociedade, remetendo assim para uma nova dimensão do conceito. Desta forma, no auge do desenvolvimento do Estado-providência e da planificação das reformas sociais, a noção de qualidade de vida tomou uma orientação individual, porém inscrita numa dimensão social, para além dos limites do crescimento económico e dos valores do pós-materialismo inerentes desta época (Veenhoven, 1997).

Neste mesmo período, outros factores contribuíram para a propagação do conceito e principalmente para o estudo da qualidade de vida. Com efeito, as sequelas deixadas pela Segunda Guerra Mundial influenciaram investigações acerca dos factores que contrariam o bem-estar pessoal, como sejam: o *stress*, a depressão e outros fenómenos (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Por outro lado, a recente corrente ou escola humanista, considerada como a terceira grande força da Psicologia, defende uma compreensão concreta da existência humana e apela para a impossibilidade de reduzir o ser humano num conjunto de componentes (Bugental, 1964).

A abordagem psicológica da qualidade de vida nasce de uma relação de duplo sentido entre o indivíduo e a sociedade. De um ponto de vista funcional, estas duas entidades não podem existir separadamente, o indivíduo não consegue sobreviver sem sociedade, e esta não existe sem indivíduos. Contudo, esta união tornou-se rapidamente

alvo de críticas por parte de alguns autores, defensores do individualismo remanescente da década de 30, que viam nela uma coibição do indivíduo em prol do sistema social (Veenhoven, 2009). No seu livro *Society and its discontents*, Freud (2005) alerta para os perigos da repressão dos impulsos naturais, incluindo a felicidade, por parte da sociedade. Maransky & Turner (1992) defendem que o facto de a organização social se tornar cada vez melhor, não tinha automaticamente a mesma influência na vida humana. No sentido de obter argumentos opostos, Bradburn (1969) realiza uma medição do bem-estar social, no seu estudo intitulado *social well-being*, e Campbell, Converse & Rodgers (1976) interessam-se na qualidade de vida americana, *Quality of American Life*. Para Diener (1984), foi amplamente demonstrado que as pessoas vivem melhor em nações cujo desenvolvimento se encontra em efervescência. No presente, as pesquisas de âmbito sociológico continuam a afluir e a demonstrar a relação cada vez mais evidente entre o indivíduo e a sociedade.

Num intuito de obter resultados empíricos, Cantril (1965) com a sua obra *The Patterns of Human Concerns*, realiza um registo dos medos e das expectativas dos indivíduos dentro de dois níveis: o pessoal e o nacional. Esta investigação tornou-se significativamente relevante não só pela sua vasta amostra (12 nações e 24 000 pessoas) como também pelas suas conclusões e interpretações. De acordo com o autor, o mundo que o indivíduo experiencia é em parte criado pela sua percepção e não uma causa global *per se*.

What we apparently do...is to create for ourselves reality worlds which will more effectively further our basic purposes as human beings. We do this using value satisfaction rather than consistency as our guiding standard for revision. (*idem*, p.18)

Neste sentido, o autor defende que a forma como o ser humano se sente, depende da sua interpretação e da felicidade imediata expressa que este atribui à qualidade de vida. Para este autor, a qualidade de vida é puramente subjectiva e a sua medição não pode ser exclusivamente deduzida com medidas objectivas das condições de vida. Apesar dos resultados encontrados terem levantado alguma polémica, nomeadamente acerca da

variável utilizada para avaliar o bem-estar pessoal, os achados de Cantril inteiram os alicerces do conceito de qualidade de vida na abordagem psicológica.

Desde então, a noção de qualidade de vida encontra-se equiparada com a de bem-estar subjectivo, *subjective well-being*. Na literatura anglo-saxónica ambos os conceitos são utilizados de forma indiscriminada por parte dos autores (Czikszenmihaly, 1990). Ademais, salienta-se que por sua vez o conceito de bem-estar está imbricado por um lado, com a definição de satisfação (Pavlík cit.in Kováč, 2004), e por outro com o conceito de felicidade (Veenhoven, 1999). Esta nova faceta da tentativa de caracterização e definição do conceito de qualidade de vida torna-se a sua maior força, considerando o indivíduo um ser pró-activo no seu bem-estar; como também a sua maior fraqueza, pela dificuldade encontrada em fomentar uma definição que satisfaz a percepção de cada investigador. Neste sentido, os modelos acerca deste conceito apresentam-se sob vários prismas, variando exclusivamente nos seus indicadores subjectivos.

I-2) MODELOS TEÓRICOS DA QUALIDADE DE VIDA

I-2-1) Modelo teórico de Ruut Veenhoven

Veenhoven (2000) explica que o termo qualidade de vida sugere *per si* que a vida é considerada globalmente boa. Contudo, esta palavra assim como todos os seus sinónimos não especificam o que há de bom na vida. Nesta perspectiva, o autor consegue demonstrar a existência de quatro tipos de qualidade de vida, dependentes de duas dimensões: por um lado, as oportunidades na vida e os resultados da vida e por outro, as qualidades intrínsecas e extrínsecas ao indivíduo (Veenhoven, 1996). A tabela 2 apresenta os seus achados.

TABELA 2: Quatro qualidades de vida, traduzida de acordo com Veenhoven (2000).

	Qualidades extrínsecas	Qualidades intrínsecas
Oportunidades de vida	<i>Livability of environment</i> Habitabilidade do ambiente	<i>Life-ability of the person</i> Capacidade adaptativa
Resultados de vida	<i>Utility of life</i> Utilidade da vida	<i>Satisfaction</i> <u>Satisfação</u>

De acordo com Veenhoven (2006), a escolha da qualidade de vida que se deseja avaliar depende da área de investigação e do significado que se lhe dá. Exemplificando, o tipo habitabilidade do ambiente é muitas vezes equiparado aos conceitos de qualidade de vida e bem-estar nos domínios social e do ambiente. Frequentemente, as reformas sociais e políticas baseiam-se nesta definição para se referir à felicidade dentro de uma escala macrossocial.

Não obstante argumenta que a qualidade de vida perspectivada no sentido da **satisfação** perante a vida (resultante do cruzamento entre as qualidades intrínsecas e os resultados de vida) parece ser a única percebida subjectivamente e globalmente pelo indivíduo. Esta

satisfação deve desta forma ser encarada como uma avaliação global da vida e desta avaliação resultam a felicidade “*happiness*” e /ou o bem-estar subjectivo.

Na sua definição do conceito de qualidade de vida e por via de um raciocínio dedutivo, o autor chega à conclusão de que este termo está directamente ligado à sua percepção da felicidade.

The terms ‘quality-of-life’ and ‘happiness’ are often equated. This conceptual connection is more or less implied in the use of words. The phrase ‘quality-of-life’ suggests that life is good in all aspects. Such as good life must be a happy life, [...], Happiness is the degree to which a person evaluates the overall quality of his life as-a-whole positively. In other words, how much one likes the life one leads. (Veenhoven, 2001, 1-4)

Esta conceptualização é utilizada pelo autor de forma sistemática, distinguindo contudo dois tipos de felicidade: a felicidade enquanto um todo, ou felicidade global e a felicidade vista como um conjunto de componentes. Esta última é considerada um subtotal da felicidade global.

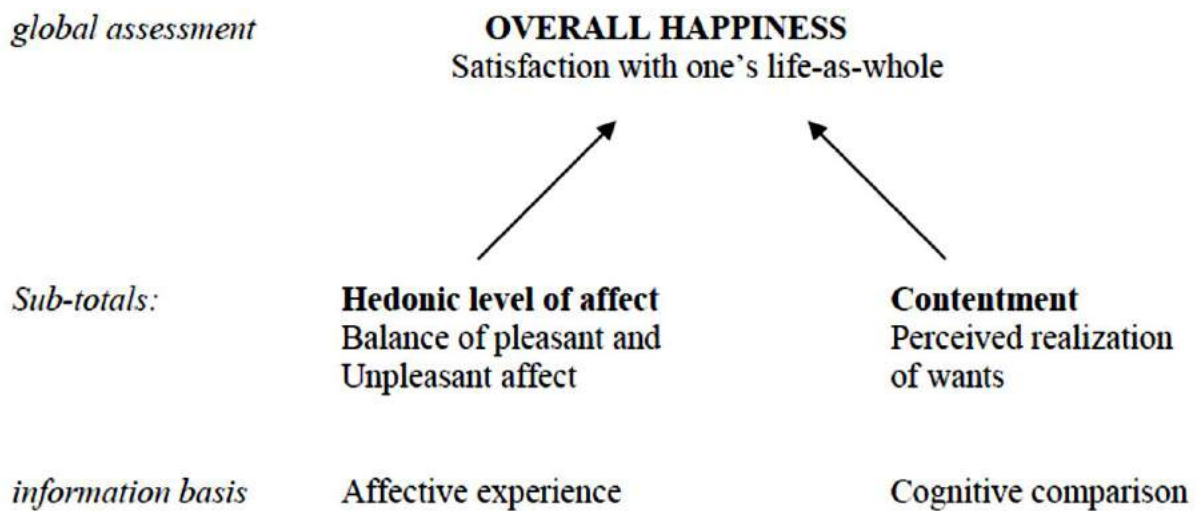


ILUSTRAÇÃO 1: A felicidade e os seus componentes, Veenhoven (2006)

De acordo com a ilustração acima, a felicidade global é obtida pela soma de duas principais estruturas: a afectiva e a cognitiva.

Yet I do not see life satisfaction as a mere cognitive appraisal but as an overall judgment of life that draws on two sources of information: cognitive comparison with standards of the good life (contentment) and affective information from how one feels most of the time (hedonic level of affect). (Veenhoven, 1986, p.45)

Veenhoven (2005) defende que no momento da avaliação da sua vida, o indivíduo usa dois meios de informação distintos: as emoções e os pensamentos. No que diz respeito à parte cognitiva, trata-se de discernir até que ponto é que a vida satisfaz as próprias exigências e/ou expectativas conscientes. Segundo o autor, o grau de percepção que o indivíduo tem acerca das suas exigências serem realizadas chama-se contentamento, *contentment*. Por outro lado, o nível hedónico dos afectos remete para uma distinção e um equilíbrio entre os afectos agradáveis e desagradáveis ou sentimentos positivos e negativos (Bradburn, 1969). De notar que o grau de hedonismo é explicado como uma avaliação subjectiva do bem-estar sentido nos sentimentos, nas emoções e no humor (Veenhoven, 2006).

No intuito de corroborar a sua teoria, Veenhoven decide implementar várias investigações na área da qualidade de vida. A maior parte das suas publicações remetem para uma apreciação macrossocial da felicidade. Com efeito, uma das suas mais conhecidas pesquisas foi realizada em 1999, onde se empenhou em efectuar uma listagem dos factores da felicidade dentro de 92 nações (Veenhoven, 1999) apoiando-se num instrumento de avaliação da sua autoria, o *Happy-Life Expectancy*, HLE, que permite interpretar o número de anos em que um cidadão comum vive feliz numa determinada nação (Veenhoven, 1996). As suas conclusões apontam para uma correlação positiva entre o bem-estar das nações contemporâneas e o bem-estar dos seus cidadãos. Ademais, refere a existência de relações entre a felicidade dos cidadãos e (1) o funcionamento das instituições públicas destas nações; (2) o posicionamento da nação num sistema de *ranking* internacional; (3) a

produtividade e estabilidade do sistema social (Veenhoven, 2009). Neste sentido, conseguiu comprovar, não só a ausência de conflitos entre o bem-estar individual e o bem-estar da nação, como também uma influência directa da sociedade no indivíduo. Apoiando-se na teoria da satisfação das necessidades, o autor depreendeu que a felicidade pode tornar-se cada vez maior se as condições sociais o permitirem. Desta forma, quanto maior a satisfação das exigências e expectativas do indivíduo mais feliz se sentirá. Nesta mesma lógica, se estas necessidades conseguem ser satisfeitas, significa que a sociedade possui boas condições sociais de desenvolvimento. Exemplificando e segundo Veenhoven (1999), o nível de felicidade encontrado na Suíça é largamente superior ao nível do Zimbabwe.

No que diz respeito à felicidade *per si*, Veenhoven manifesta preocupações na medição desta variável, já que, segundo o mesmo, a felicidade não pode ser medida de forma objectiva e externa (Veenhoven, 1997). Explica que o seu primeiro questionário detém algumas limitações, nomeadamente no que se refere ao tipo de resultados. Estes, demonstram unicamente um produto global e pouco informa acerca das condições necessárias, intrínsecas, da felicidade. Ademais, defende a existência de uma única pergunta-chave para avaliar a felicidade, podendo ser feita ao indivíduo, directa ou indirectamente, pelo meio de um ou vários itens, sob forma de entrevista ou de questionário, mas remetendo sempre para uma única e invariável pergunta: “all things considered, how satisfied are you with your life as a whole these days?” (Veenhoven, 2010, p.749). A criação de um registo contínuo de pesquisas científicas acerca da apreciação subjectiva da vida, *World Database of Happiness*, impulsionou Veenhoven na implementação de uma investigação visando a análise de uma nova forma de avaliar a felicidade. O *Happiness Scale Interval Study* tem como objectivo estimar o grau de felicidade nas opções de respostas dadas pelos sujeitos (Kalmijn, Arends, & Veenhoven, 2010). Explica que frequentemente as opções de resposta são graduadas, de tipo *Lickert*, e convencionalmente são associadas a um valor numérico inteiro, no intuito de serem tratadas e transformadas em médias e desvio-padrão. Exemplificando, a opção “muito feliz” pode estar associada ao valor 3 e “pouco feliz” ao valor 0. Na perspectiva do autor, as respostas

dadas pelos sujeitos podem não ter uma precisão totalmente exacta na medida em que o grau de auto-avaliação varia dentro de um intervalo de valores e não num único ponto. Retomando o exemplo anterior e simplificando de forma excessiva, uma pessoa pode se sentir feliz, de forma moderada, porém, se tiver que escolher entre as duas únicas opções, o grau de veracidade da sua resposta é comprometido. É neste sentido que Veenhoven defende uma avaliação, por parte de investigadores competentes e formados para o efeito, do que as pessoas têm em mente no momento da escolha de uma opção de resposta (Veenhoven, 2010).

O modelo teórico de Veenhoven demonstra uma reflexão notória no que concerne à definição do conceito e o seu envolvimento dentro de um contexto multidimensional. As suas conclusões apontam para a existência de vários determinantes na avaliação da felicidade, com sejam, a nação, os factores sociais (tais como as interacções sociais e o ambiente profissional), a capacidade de adaptação do indivíduo perante determinada situação e as suas expectativas perante a vida. Apesar de se basear na teoria das necessidades, o autor destaca-se da mesma por incluir na avaliação da felicidade factores cognitivos e emocionais. De acordo com Veenhoven (2010) se por algum motivo uma exigência não é satisfeita, esta situação não implica uma apreciação negativa da vida, existem outras actividades recompensadoras.

Ao longo dos anos, tem da mesma forma demonstrado que a felicidade não representa um traço de personalidade (Veenhoven, 1994), trata-se de um conceito que varia de acordo com o contexto e com o próprio indivíduo. Assim, salienta a volubilidade deste factor, defendendo a sua utilidade enquanto indicador social subjectivo (Veenhoven, 2002). A sua mais recente investigação reflecte uma vontade de conciliar o uso de indicadores sociais, tanto objectivos como subjectivos, com o intuito de obter uma avaliação global da felicidade, *overall happiness*.

I-2-2) Modelo teórico de Ed Diener

Apesar do reconhecimento da existência de uma multiplicidade de propostas de definições para o bem-estar subjectivo, Pavot & Diener (2008) defendem que a maior parte dos investigadores (Andrews & Withey, 1976; Campbell, Converse & Rogers, 1976; Veenhoven, 1986) demonstram uma inclusão dos aspectos cognitivos e afectivos na caracterização do bem-estar subjectivo. Contudo, à medida que as investigações se vão acumulando nesta área, torna-se cada vez mais clara a relativa independência da vivência dos afectos positivos e negativos (Bradburn, 1969; Diener & Emmons, 1985; Watson, Clark & Tellegen, 1988). Fragilizando desta forma a estrutura tripartida (Arthaud-Day, Rode, Mooney, & Near, 2005), afectos positivos, afectos negativos e percepção (cognitiva) de satisfação, que tinha ganho, ao longo dos anos, uma certa aceitação por parte de alguns investigadores que viam nela, um bom modelo teórico para avaliação do bem-estar subjectivo (Pavot & Diener, 2008).

Baseando-se nos mais recentes achados empíricos, Diener, Scollon, & Lucas (2004) iniciam um movimento de criação de um modelo estrutural constituído por quatro componentes. Este modelo apoia-se no de Veenhoven (1989), dividindo a componente contentamento, *contentment*, em duas subpartes: a satisfação com a vida e o domínio de satisfação. De acordo com Diener (2009) o bem-estar subjectivo definido pelas experiências conscientes individuais, em termos de satisfação hedónica emocional e cognitiva são insuficientes para a percepção global do mesmo.

The field is built on the presumption that to understand the individuals' experiential quality of well-being, it is appropriate to directly examine how a person feels about life in the context of his or her own standards. [...] it is imperative to gain empirical evidence that is based on more than intuitions. (Diener & Suh, 1997, p. 192)

Desta forma, Diener, Lucas, Oishi, & Suh (2002) assinalam que a avaliação de domínios de vida específicos, com sejam, as relações conjugais, o trabalho, a saúde, entre outros, podem providenciar uma perspectiva mais detalhada da vivência do bem-estar

subjectivo para cada indivíduo ou até para grupos particulares de indivíduos. Pavot & Diener (2008), defendem “The weight assigned to various life domains by each person will likely show at least some variation, and that variation may have important empirical implications” (p.87).

Assim sendo, o modelo teórico de Diener assenta na categorização dicotómica *bottom-up versus top-down* das teorias do bem-estar subjectivo (Schimmack, Schupp, & Wagner, 2008). Neste sentido, um modelo centrado numa perspectiva *bottom-up* assume que para obter uma avaliação global do bem-estar subjectivo torna-se necessário reagrupar um conjunto de dados, ou de avaliações, efectuados perante determinados domínios da vida (Diener, 1984; Brief, Butcher, George, & Link, 1993; Heller, Watson, & Hies, 2004). De acordo com este ponto de vista, um momento positivo ou “feliz” provoca no indivíduo uma sensação de bem-estar, consequentemente quanto mais forem as experiências positivas mais alto será o nível de bem-estar (Diener, Ryan, 2009). Em suma, a felicidade define-se como a frequência, e não a intensidade, dos afectos negativos *versus* positivos.

Thus a person is said to have high [subjective well-being] if she or he experiences life satisfaction and frequent joy, and only infrequently experiences unpleasant emotions such as sadness or anger. Contrariwise, a person is said to have low [subjective well-being] if she or he is dissatisfied with life, experiences little joy and affection and frequently feels negative emotions such as anger or anxiety (Diener & Suh, 1997, p.25).

Esta abordagem *bottom-up* implica uma relativa labilidade do bem-estar subjectivo na medida em que as experiências positivas e negativas mudam quotidianamente (Diener, 1984). Em contraste, a vertente “*top-down*”, defende que o conhecimento e as expectativas representam vectores para o processamento, apelando para uma predisposição individual de reacção aos acontecimentos. Desta forma, a avaliação global do bem-estar subjectivo não se baseia na satisfação com os domínios particulares da vida (Schimmack, et al., 2008). A aceitação de uma natureza mais estável do conceito sugere que as experiências quotidianas

apresentam efeitos transitórios em que os indivíduos retornam aos seus níveis anteriores de satisfação (Headey, & Wearing, 1989).

O debate entre estes dois modelos teóricos tem vindo a aumentar ao longo dos anos, provocando uma expansão do número de investigação e permitindo obter uma certa coligação entre ambas perspectivas. Diener, Lucas & Scollon, (2006) demonstraram uma certa estabilidade do bem-estar subjectivo ao longo dos anos, referindo contudo limitações no que diz respeito à existência de um ponto de retorno. Lucas, Clark, Georgellis & Diener, (2004) confirmaram que alguns acontecimentos de vida produzem mudanças no bem-estar subjectivo, com sejam o desemprego e a morte de um cônjuge. Um dos últimos achados relativos a esta discussão, remete para a evidência de que a maior parte dos indivíduos possuem, a longo prazo, níveis relativamente estáveis no que concerne ao bem-estar subjectivo. Esta estabilidade aparenta estar relacionada com a personalidade e/ou processos cognitivos crónicos (Diener, 2003). Contudo Pavot e Diener (2008) salientam que estes achados não impermeabilizam o bem-estar subjectivo aos acontecimentos de vida e/ou às mudanças. De acordo com os mesmos, a personalidade tem potencialmente dois efeitos na qualidade de vida: o primeiro de influência directa, definindo o nível emocional do indivíduo (pelo humor) e o outro indirecto, determinando parcialmente os acontecimentos de vida que o indivíduo experiencia. Em suma, os níveis de bem-estar podem e mudam em reacção aos eventos, e em alguns casos a mudança pode se tornar de carácter permanente.

O modelo teórico de Diener demonstra uma vontade em conciliar duas abordagens distintas, tentando tirar de ambas os seus pontos fundamentais. Por esta razão, admite que uma definição completa do bem-estar subjectivo remete para uma compilação de várias teorias (Diener, & Biswas-Diener, 2000). Contudo e na tentativa de concretizar o conceito, o autor avança com a seguinte definição:

Humans are not only capable of appraising events, life circumstances, and themselves, but they make such appraisals continually [...] Thus, a person who has pleasant emotional experiences is more likely to perceive his or her life as being desirable and positive (Diener, 2009, p.25).

Partilhando a visão de Cronbach & Meehl (1955), defende que a compreensão psicológica de um fenómeno deve ser acompanhada da sua própria medição. Neste sentido invoca a criação de instrumentos de avaliação mais sofisticados, permitindo desta forma, seguir a evolução psicológica do bem-estar subjectivo. Questionários de auto-respostas, como seja o *Satisfaction with Life Scale* (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), parecem estar ultrapassados na medida em que a avaliação de um único item não permite uma compreensão global do bem-estar. Strack, Martin, & Schwartz, (1988) demonstraram que factores contextuais subtis, tal como o estado do humor momentâneo do inquirido, influencia o resultado da avaliação do bem-estar. Reflectindo acerca das condições essenciais para uma medição adequada aos achados teóricos da qualidade de vida subjectiva, Pavot & Diener (2008) enumeram duas cláusulas: (1) a criação de uma estratégia que permite uma avaliação múltipla através de vários acontecimentos, efectuando posteriormente a média destas medições, encorajando desta forma a redução dos efeitos contextuais no momento da avaliação; (2) a utilização de várias medidas do bem-estar subjectivo, preferencialmente medidas dedicadas à avaliação de ambas as componentes, afectiva e cognitiva, no intuito de obter uma perspectiva completa.

Diener apresenta-se como um dos principais pioneiros nas pesquisas referentes à felicidade. Uma das suas maiores contribuições remete para a exploração do nível de felicidade das pessoas (Diener & Diener, 1996). Os seus resultados demonstram que 1/3 da população americana afirma estar “muito feliz”, enquanto 1 em cada 10 declara “não estar muito feliz”. O seu estudo foi replicado noutros países, salientando desta forma a existência de um nível positivo no bem-estar subjectivo em todo o mundo (à excepção dos países do terceiro mundo, onde a generalização deve ser ponderada).

Numa das suas obras, *Happiness, unlocking the mysteries of Psychological Wealth*, Diener, & Biswas-Diener (2008) defendem: “Happiness is ultimately not about being happy. It’s about being happy in order to live a rich, varied, and meaningful human existence” (p.46).

I-2-3) Modelo teórico de Damian Kováč – O modelo transcultural da qualidade de vida

Para Kováč (2004), a qualidade de vida representa um *mega-problema* na sociedade actual. Com efeito, defende que o conceito acarreta mudanças paradigmáticas na Psicologia, quer no seu plano teórico como na sua aplicação. As pesquisas referentes a esta área lançam novos desafios para os psicólogos na medida em que se observa o desenvolvimento de uma Psicologia Positiva (Kováč, 1995). Segundo o autor, a qualidade de vida é um fenómeno que, pela sua complexidade, ultrapassa as chamadas abordagens integradas, que tentam agrupar e transpor o conceito num único nível de avaliação.

O modelo da qualidade de vida de Kováč (2004) difere das outras perspectivas na medida em que é sustentado por três níveis hierarquicamente organizados: (1) o nível basal - existencial, característico de todos os humanos; (2) o nível *mezzo*, especificamente individual; (3) o nível *meta*, referente à cultura e espiritualidade (ver ilustração 2).

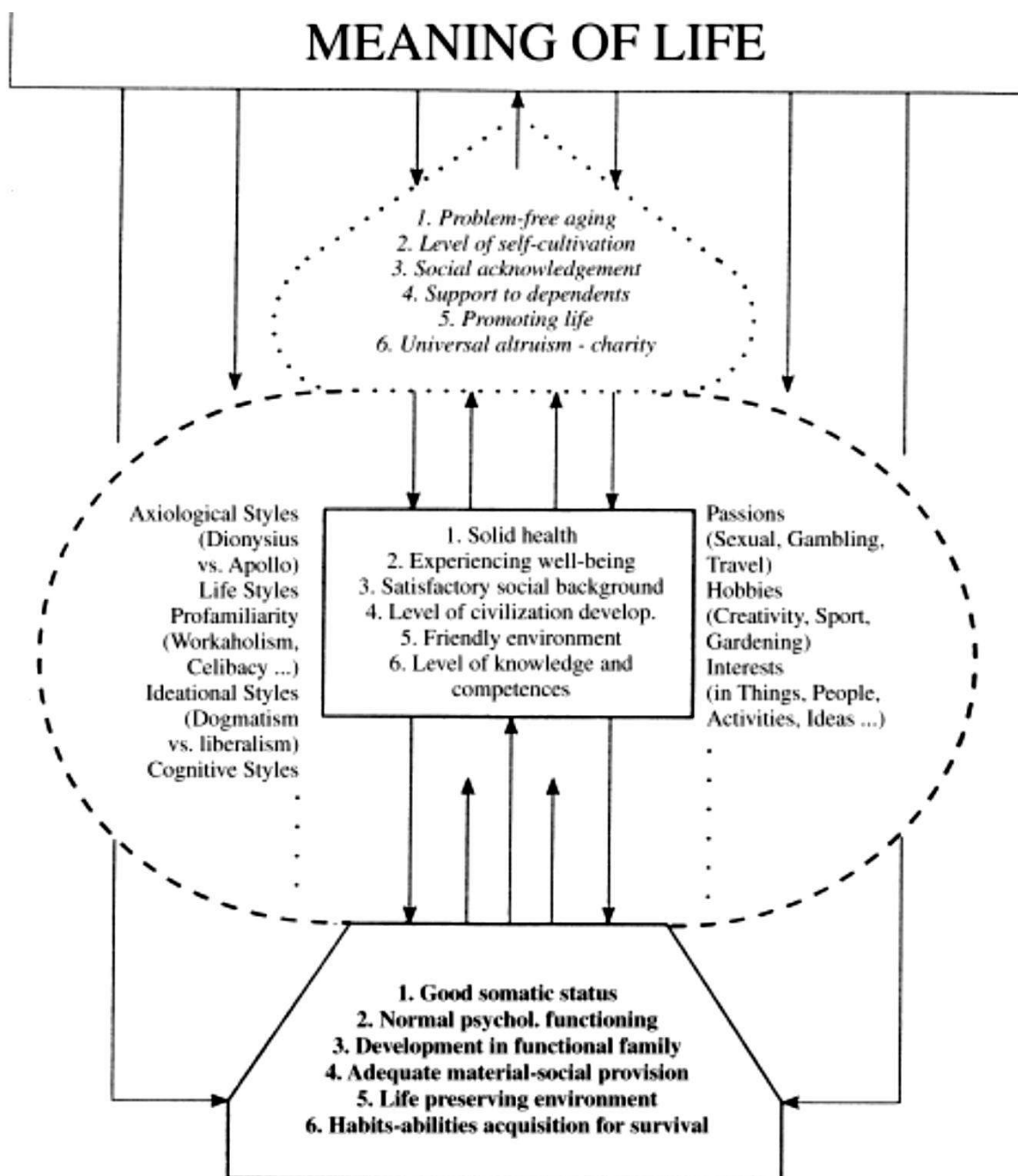


ILUSTRAÇÃO 2: Modelo da qualidade de vida segundo Kováč (2004)

No que se refere ao nível basal, o autor destacou seis áreas particulares da vida, que resultam numa percepção (positiva ou negativa) da qualidade de vida, para qualquer

indivíduo em todo o mundo, como sejam: o estado somático; o funcionamento psicológico; o funcionamento familiar; a segurança material / social; os comportamentos de preservação do ambiente; e a aquisição de competências básicas necessárias à sobrevivência (Kováč, 2004). Sublinha que todas estas áreas devem ser precedidas por adjetivos qualitativamente variados (“óptimo”, “adequado”, “relativo”) na medida em que existe uma vasta diversidade humana não podendo ser estabelecida uma norma absoluta válida para todos.

Cada área do nível basal possui a sua representação qualitativa nos níveis superiores, *mezzo* e *meta*. Exemplificando, um estado somático considerado óptimo representa no nível *mezzo* uma boa saúde e um envelhecimento sem problemas específicos ao nível *meta*. Ademais, o autor defende que a soma entre a percepção de um bom estado físico (área 1) e de uma percepção de bem-estar (área 2) resulta numa percepção *meta* da qualidade de vida, “basically a spiritual welfare from man’s self-cultivation through cultural and spiritual values accepted by the individual, a group or society” (Kováč, 2004, p. 168).

Ciente da diversidade humana e da sua volubilidade na percepção da qualidade de vida, Kováč apoia-se na abordagem teórica de Frankl (1963) e divulga um factor esquecido nas investigações acerca da qualidade de vida com seja: o sentido da vida. Desta forma, a revelação, a descoberta e o desenvolvimento do sentido da vida é a principal força motivacional do comportamento humano (Kováč, 2004). Baseando-se nos estudos de Halama (2000), o autor define o sentido da vida:

it is an individually created system’s regulator of human behavior [...] composed by an integration of cognitive, emotional and motivational components, [...], through which one ascribes a substantial, existential importance to one’s own being, to others and to the world at large in accordance with accepted values (*idem*, p.170).

De acordo com o autor, o desenvolvimento de um sentido da vida representa um regulador primário das componentes individuais na qualidade de vida. O processo de descoberta do sentido da vida implica autoconhecimento, compreensão, procura de

soluções optimistas, bem-estar, autocontrolo e auto-eficácia (Kraus, Rodrigues & Dixie, 2009). Estas características possibilitam uma compreensão cognitiva do sentido da vida (Steger, Kashdan, Sullivan, & Lorentz, 2008). Heine, Proulx, & Vohs (2006), argumentam:

The cognitive component of meaning in life thus refers to the understandings that we develop of who we are, what the world is like, and how we fit in with and relate to the grand scheme of things. [...] Meaning provides us with the sense that our lives matter, that they make sense, and that they are more than the sum of our seconds, days and years (p.57).

O modelo teórico de Kováč revela uma tentativa de perceber os mecanismos que permitem aceder a uma compreensão e percepção global de um sentido da vida. As influências teóricas de Frankl (1963) acarretam uma necessidade de percepção de sofrimento. De acordo com o mesmo, a atitude tomada perante o sofrimento é uma via para o sentido. A definição de Kováč apoia-se, em parte, na capacidade adaptativa das pessoas perante determinado grau de sofrimento. A envolvência de factores subjectivos tais como: a personalidade, os relacionamentos, e o meio, demonstram o esforço de obtenção de uma perspectiva global na constituição do sentido da vida. Esta abordagem teórica perspectiva o sentido da vida como carácter específico da qualidade de vida (Ryff & Singer, 1998), denotando um nível superior de abstracção que dificulta desta forma a sua avaliação na medida em que depende unicamente do indivíduo e da sua interpretação e projecção para os níveis superiores (*mezzo* e *meta*).

Um dos principais problemas referente ao estudo do sentido da vida remete para a acumulação de pesquisas na ausência de um modelo teórico unificado (Steger, & Frazier, 2005). Nestas últimas décadas, o sentido da vida obteve uma visibilidade e aceitação considerável, devido às investigações de grande rigor, consistência e dedicação (Steger, et al., 2008), contudo este legado requer uma abordagem teórica funcional que permita conectar os resultados obtidos num modelo integrado do sentido da vida. Consequentemente, os esforços de Kováč devem ser louvados por pretender reagrupar os

achados existentes num único modelo teórico, permitindo uma certa consolidação teórica e a orientação de futuras investigações nesta área.

I-2-4) Definição integrativa do conceito de qualidade de vida segundo Robert Costanza

Para Costanza (2009) as pesquisas relativas aos factores associados à qualidade de vida e ao bem-estar representam uma nova *ciência da felicidade*. De acordo com o mesmo, a qualidade de vida é um constructo multidimensional emergente da avaliação de numerosas necessidades ao nível individual, comunitário, nacional e global. Para o autor, uma definição completa deste conceito remete para a conjugação das duas principais metodologias de medição, objectiva e subjectiva, reduzindo desta forma as limitações que ambas apresentam separadamente. “Quality of life is the extent to which objective human needs are fulfilled in relation to personal or group perceptions of subjective well-being” (Costanza, et al., 2008, p.18).

No diz respeito às necessidades humanas, Costanza et al. (2008) referem-se às necessidades sugeridas por Maslow (1954), Cummins, & Nistico (2002), Frisch (1998) entre outros, como sejam: subsistência, reprodução, segurança e afectos. A habilidade do ser humano para satisfazê-las surge das oportunidades disponíveis e construídas pelas dimensões social, humana, ambiental, e tempo (ver ilustração 3). Cada uma destas necessidades contribui para diferentes níveis de qualidade de vida. Neste sentido a qualidade de vida global, num determinado momento (no tempo) remete para o grau de satisfação de cada necessidade humana, que pode ser interpretado de duas formas: (a) *fulfillment* considerando a necessidade satisfeita; (b) *importance of the need* remetendo para o significado da necessidade, em termos de contributo relativo para o bem-estar subjectivo (Costanza, Cumberland, Daly, Goodland, Norgaard, 1997).

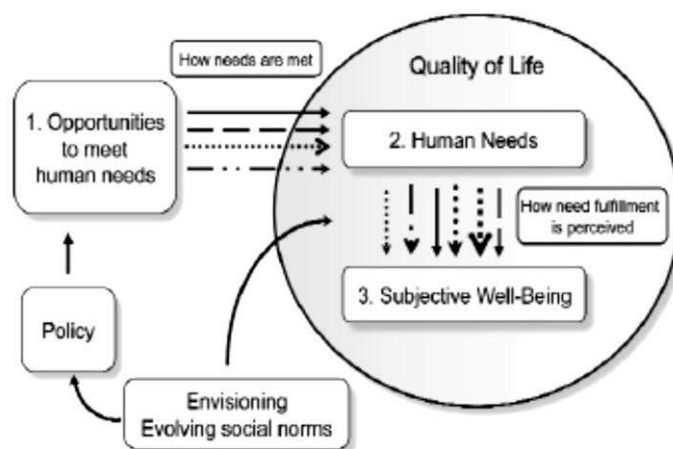


ILUSTRAÇÃO 3: Esquema representativo da Qualidade de Vida por Costanza et al., (2008)

Este modelo ostenta provavelmente uma visão simplista da qualidade de vida comparando-o com os paradigmas anteriormente referidos. Porém, o seu interesse reside na importância atribuída ao domínio social/nação, enquanto vector indispensável do bem-estar subjectivo. Costanza (2000) defende que as normas sociais instauradas pela nação afectam as necessidades individuais, influenciando por sua vez o bem-estar subjectivo. Contudo, reconhece as limitações do rendimento económico convencional e de consumo na contribuição do bem-estar. Neste sentido, Kasser (2003) defende que os indivíduos centrados nos bens materiais para o alcance da felicidade são geralmente os menos felizes e demonstram uma maior tendência em desenvolver doenças físicas e/ou mentais. “Material consumption beyond real need is a form of psychological *junk food* that only satisfies for the moment and ultimately leads to depression” (Costanza, 2009, p.35).

Esta definição integrativa de Costanza et al. (2008), pretende divulgar uma visão mais realista e concreta da importância dos *inputs* e variáveis pessoais no melhoramento da qualidade de vida. Apesar de se centrar numa perspectiva de teor maioritariamente social / económico, demonstra a importância em considerar em futuras investigações a relação entre o indivíduo e os objectivos sociais/nacionais (Ehrlich & Kennedy, 2005).

I-3) A DIFÍCIL TAREFA EM DEFINIR A QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida representa um valor primordial tanto ao nível individual como ao nível social/cultural. Estas duas dimensões tornam o conceito de difícil enquadramento favorecendo a sua volubilidade demonstrada ao longo dos anos (Leal, 2008). É aceite que a qualidade de vida representa uma colecção complexa de interacção entre a dimensão subjectiva e objectiva (Lawton, 1991). Contudo, para obter uma definição completa deste conceito, devem ser consideradas e integradas as abordagens médica e psicológica. A distinção e vontade de prevalência de uma sobre a outra favorecem uma falta de consenso perante uma aceção global da qualidade de vida entre investigadores e profissionais de saúde. Esta concorrência encoberta promove uma visão cartesiana, fazendo da mente e do corpo duas entidades distintas.

A descrição amórfica da qualidade de vida leva alguns autores a defender uma definição intuitiva do bem-estar. De acordo com Fayers e Machin (2007), por ser um conceito vastamente utilizado, existe uma compreensão geral, quase que imediata de tudo o que este representa. Contudo, a permanência desta inconstância empírica, acarreta na maior parte das investigações, uma certa acomodação e adaptação na definição deste termo. Neste sentido, a qualidade de vida é definida de acordo com os itens de determinado instrumento de avaliação. Várias são as tentativas de acordo. Contudo, a visão subjectiva de cada um obriga a insucessos repetitivos.

Acredita-se que a qualidade de vida resulta do produto de várias dimensões, como sejam, a avaliação subjectiva do bem-estar global, as expectativas intrínsecas e também extrínsecas ao indivíduo, os valores individuais, e as estratégias de *coping*. Existe desta forma, uma interacção inevitável entre as dimensões social, psicológica e emocional. Tal como Veenhoven o demonstrou, a qualidade de vida não parece ser um traço de personalidade mas sim um estado que possui alguma flexibilidade, dependendo do contexto, da própria adaptação, da percepção do indivíduo, e do momento particular de vida do indivíduo.

Apesar de os estudos de avaliação da qualidade de vida na infertilidade terem vindo a acompanhar o crescente interesse mundial acerca deste constructo, ficam aquém das investigações realizadas noutras doenças. De acordo com Montazeri (cit.in. Preedy & Watson, 2009), entre 1982 e 2008, somente 10 artigos apresentavam as seguintes palavras: “qualidade de vida”, “infertilidade” e “infértil” nos títulos. Com esta flagrante escassez de resultados pouco se pode corroborar acerca da qualidade de vida dos casais inférteis, e ainda menos acerca daqueles que se encontram em tratamento prolongado.

A reacção emocional e o *stress* psicológico são as principais dimensões avaliadas no ajustamento emocional do casal infértil, apesar da existência de alguns resultados controversos (Gameiro, Silva & Canavarro, 2008). Contudo, investigações mais recentes conseguiram demonstrar uma influência negativa da infertilidade na relação conjugal (Repokari, Punamäki, Unkila-Kallio, Vilska, Poikkeus, Sinkkonen, Almqvist, Tiitinen, & Tulppala, 2007), Ramezanzadeh, Malek, Jafarabadi & Zayeri (2006), interessaram-se no desejo e na satisfação sexual das mulheres inférteis. Ademais, Kowalcek, Wihstutz, Buhrow & Diedrich (2001), indagaram relações negativas entre a infertilidade e o bem-estar subjectivo e Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard & Verres (2001), centraram-se nos factores e características psicológicas dos casais inférteis.

Esta proliferação de estudos, impulsionada pela carência na avaliação global da qualidade de vida, destaca-se pela sua importante contribuição na compreensão aprofundada dos factores (ou indicadores) envolvidos nesta condição.

I-4) INVESTIGAÇÕES ACERCA DO CONCEITO – DE ONTEM PARA HOJE

À semelhança de Montazeri (cit.in. Preedy & Watson, 2009) foi conduzida uma pesquisa no *Medline search engine*, utilizando as mesmas palavras-chave: “*Quality of life*”, “*infertility*”, “*fertility*”. Porém, com o intuito de responder aos critérios desta investigação, foi acrescentada a palavra-chave “*couple*”. O objectivo desta revisão é de obter uma actualização de todas as publicações realizadas entre 1982 (ano da publicação do primeiro estudo acerca da qualidade de vida e da infertilidade) e Dezembro de 2010. De referir que foram consideradas todas as investigações referentes à qualidade de vida dos casais inférteis, deixando assim, aquelas que se centram num único membro do casal. A listagem apresentada pelo *browser* aponta para nove investigações (cf. Tabela 1 – resumo das investigações acerca da qualidade de vida e infertilidade). Segue a apresentação e o resumo destas investigações.

Achados provenientes dos Países Baixos

Fekkes, Buitendijk, Verrips, Braa, Brewaeys, Dolfing, Krotman, Leerentveld, & Macklon (2003), demonstraram que os casais jovens, entre os 21 e 30 anos, submetidos a tratamentos de FIV, vivenciam a curto prazo, problemas emocionais e sociais acrescidos, em comparação ao grupo de faixa etária semelhante. Ademais um número elevado de cognições irracionais foi detectado nas mulheres, contribuindo para um decréscimo de pontuação nos diferentes domínios da qualidade de vida. Em conclusão os autores alertam para o risco de uma qualidade de vida mais baixa para os pacientes com cognições irracionais da parentalidade, aconselhando assim um apoio psicológico para estes jovens casais.

Achados provenientes dos Estados Unidos da América

Monga, Alexandrescu, Katz, Stein, Ganiats, (2004) inferiram que a infertilidade influencia negativamente a qualidade de vida dos casais. As mulheres inférteis relataram um maior desajustamento marital em comparação ao grupo controlo. Os homens também

referiram uma maior insatisfação sexual, possivelmente causada pela pressão psicológica na tentativa de conceber ou também pelas relações sexuais programadas com o ciclo ovulatório da mulher.

Achados provenientes do Canada

Os efeitos repetitivos dos insucessos dos tratamentos na qualidade de vida dos casais inférteis foram estudados por El-Messidi, Al-Fozan, Lin Tan, Farag & Tulandi (2004). Estes autores conseguiram demonstrar que os casais inférteis que se encontram na situação de insucessos repetitivos, com clomifeno e inseminação intra-uterina, parecem possuir uma qualidade de vida menor que a dos casais férteis (El-Messidi et al., 2004).

Achados provenientes da Itália

Numa amostra de 1000 casais italianos, os homens obtiveram uma pontuação da qualidade de vida mais elevada do que as mulheres. A duração da infertilidade e os tratamentos prévios da FIV afectam significativamente a qualidade de vida destes casais. Contudo Ragni, Mosconi, Baldini, Somigliana, Vegetti, Caliarì & Nicolosi (2005) sublinham que após comparação destas pontuações com a fonte normativa da população italiana, estratificada por sexo, idade e área geográfica, o perfil subjectivo de saúde obtido não difere significativamente da amostra normativa para ambos os sexos (Ragni et al., 2005).

Achados provenientes da Polónia

Drozdol & Skrzypulec (2008) analisaram a influência da infertilidade na qualidade de vida e no funcionamento sexual do casal infértil. Os resultados mais significativos referem-se a pontuações de qualidade de vida mais baixas nas mulheres inférteis em relação ao grupo controlo. Os autores definiram um grupo de risco para uma qualidade de vida baixa, sendo mulheres inférteis e maduras, com um baixo nível educacional e sem ocupação (inactivas) (Drozdol & Skrzypulec, 2008).

Achados provenientes da China

Lau, Wang, Cheng, Kim, Yang & Tsui (2008) comprovaram que 19,8% dos homens e 37,5% das mulheres sentem a infertilidade como humilhante para o membro feminino. Uma análise multivariada mostrou que rendimentos baixos, uma relação conjugal agravada, percepções relacionadas com a infertilidade, pressões exercidas no conjugue ou a si própria devido à infertilidade, e um forte desejo para ter uma criança, são factores significativamente associados a uma baixa qualidade de vida (Lau et al., 2008).

Achados provenientes do Irão

Rashidi, Montazeri, Ramezanzadeh, Shariat, Abedinia & Ashrafi (2008) interessaram-se por sua vez na qualidade de vida dos casais inférteis sujeitos a FIV ou a Microinjecção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI). Os resultados apontaram para diferenças significativas na qualidade de vida de ambos os sexos, sendo os homens aqueles que apresentam melhores pontuações nesta área. Ademais, a qualidade de vida parece ser superior nos casais mais velhos, com um nível de educação e um estatuto socioeconómico elevados, em mulheres activas e quando a causa da infertilidade provém de um factor masculino (Montazeri, cit.in. Preedy & Watson, 2009). Em consequência, estes autores concluíram que os casais inférteis e especialmente as mulheres mais jovens, de nível educacional mais baixo, encontram-se em risco de desenvolver uma qualidade de vida sub-óptimal, aconselhando assim apoio com o intuito de melhorar esta qualidade de vida (Rashidi et al., 2008).

Achados provenientes do Brasil

O estudo das diferenças na qualidade de vida entre os membros do casal infértil foi realizado por Chachamovich. J., Chachamovich, E., Fleck, Cordova, Knauth & Passos (2009). Esta investigação não revelou diferenças significativas entre homens e mulheres, sugerindo a realização de futuras investigações para averiguar uma possível dissimilitude.

Achados provenientes da Suécia

Em 2010, Johansson, Adolfson, Berg, Francis, Hogström, Janson, Sogn & Hellström tiveram como objectivo descrever a qualidade de vida do casal infértil que completou o ciclo de FIV sem sucesso, nos últimos 4 a 5,5 anos, no sistema de saúde pública. Os resultados apresentaram uma forte percentagem, 75%, de casais que vivem juntos com crianças, sejam elas adoptadas ou biológicas. Foi demonstrado que este grupo possui uma melhor qualidade de vida em comparação ao grupo “sem crianças” (Johansson et al., 2010). Para os casais que não vivem com crianças a infertilidade continua a ser o problema central.

TABELA 3: Listagem de investigações acerca da qualidade de vida e dos casais inférteis

Autores	Ano de Publicação	País	Amostra	Título da publicação	Instrumentos utilizados
Fekkes et al.	2003	Países Baixos	447 Mulheres 425 Homens	<i>Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment</i>	HSCL ¹ , SIP ² , IBI ³ IPC ⁴
Mongaa et al.	2004	EUA	18 casais inférteis	<i>Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function</i>	QWB-SA ⁵ , LWMAS ⁶ , BISF-W ⁷ , IIEF ⁸
El-Messidi et al.	2004	Canada	3 grupos de 50 casais	<i>Effects of repeated treatment failure on the Quality of life of couples with infertility</i>	QOLI ⁹
Ragni et al.	2005	Itália	1000 casais inférteis	<i>Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples</i>	SF-36 ¹⁰
Drosdzol et al.	2008	Polónia	206 casais inférteis e 190 casais férteis	<i>Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples</i>	SF-36, FSFI ¹¹ , IIEF
Lau et al.	2008	China	192 Casais inférteis	<i>Infertility-related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural chinese infertile couples</i>	SF-36
Rashidi et al.	2008	Irão	514 casais inférteis	<i>Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment</i>	SF-36
Chachamovich et al.	2009	Brasil	162 casais inférteis	<i>Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study</i>	WHOQOL ¹² BDI ¹³
Johansson et al.	2010	Suécia	272 casais inférteis	<i>Quality of life for couples 4-5.5 years after unsuccessful IVF treatment</i>	PGWB ¹⁴ , SOC ¹⁵

Legenda: (1): Hopkins Symptoms Checklist (Derogatis et al., 1974). (2): The Sickness Impact Profile (Bergner et al., 1981; Jacobs et al.1990; 1992). (3): The Irrational Beliefs Inventory (Koopmans et al., 1994). (4): The Irrational Parenthood Cognitions Scale (Fekkes et al. 2003). (5): Quality of Well-Being scale Self-Administered (Robert et al., 1996). (6): Locke-Wallace Marital Adjustment Scale (1959). (7): Brief Index of Sexual Functioning for Women (Clayton et al., 1997). (8): International Index of Erectile Function (Rosen et al., 1997). (9): Quality of Life Inventory (Michael & Frisch, 1994). (10): The Short Form (36) Health Survey (John & Ware, 1942). (11): Female Sexual Function Index (Rosen et al., 2000). (12): World Health Organisation Quality of Life Assessment (Skevington and Lifford, 1999). (13): Beck Depression Inventory (1961). (14): The Psychological General Well-Being (Dupuy, 1984). (15): Sense of Coherence (Antonovsky, 1987).

Nestas últimas décadas observou-se um grande investimento no que respeita ao desenvolvimento de instrumentos para avaliar a qualidade de vida, muitos destes foram validados e revistos no intuito de direccionar a sua aplicabilidade numa doença e/ou cultura específica (Preedy & Watson, 2009). A maior parte dos instrumentos existentes na medição da qualidade de vida focalizam-se nas dificuldades físicas, em detrimento das queixas específicas e percepções apresentadas pelos pacientes inférteis (Schanz, et al. 2005). No âmbito desta investigação o instrumento escolhido remete para o *FertiQol International*, desenvolvido por Boivin, Takefman e Braverman (2008) permitindo uma avaliação da infertilidade em diversos domínios da vida assim como uma apreciação do impacto da infertilidade no seu tratamento prolongado. Este questionário de auto-avaliação parece ser um dos mais completos no que se refere à percepção da qualidade de vida, na medida em que pretende avaliar áreas subjectivas específicas como sejam o nível emocional, a apreciação subjectiva dos comportamentos e cognições disruptivas relativos aos sintomas físicos da infertilidade (nível corpo/mente), o nível relacional e o nível social.

CAPÍTULO II:

O CONCEITO DE SATISFAÇÃO SEXUAL

CAPÍTULO II – O CONCEITO DE SATISFAÇÃO SEXUAL

II-1) A SEXUALIDADE NA HISTÓRIA DO MUNDO

De acordo com Stearns (2009), a história da sexualidade inscreve-se dentro de três grandes momentos: (1) no período anterior e referente à idade média (anterior ao século XVI), (2) na idade moderna (entre o século XVI e o século XIX) e (3) no período da globalização. Cada uma destas fases representa uma viragem e/ou uma transição cultural e social preponderantes no desenvolvimento empírico desta temática. Frequentemente encontra-se na literatura uma comparação deveras excessiva, entre uma sexualidade dita tradicional e uma sexualidade referente à idade moderna. As mudanças ocorridas e as variedades de comportamentos sexuais existentes nas civilizações e sociedades clássicas demonstram claramente que esta distinção é demasiado aligeirada (Ryan & Jethá, 2010). A maior parte das civilizações pré e pós modernas variam de acordo com três factores principais no que concerne à sexualidade, como sejam, as crenças associadas ao sexo, a forma de encarar a sexualidade feminina e a representação do sexo na arte (Stearns, 2009).

II-1-1) A sexualidade nas civilizações clássicas

Nos primórdios das civilizações, a sexualidade é encarada com uma certa franqueza, as práticas sexuais requerem pouca discrição, sem muita dissimulação. Trata-se de um período em que os corpos são exibidos sem vergonha nem reticências (Foucault, 1978). Apesar de existirem evidências relativas à participação activa das mulheres na própria sexualidade, a dominância masculina sobrepõe-se (Stearns, 2009).

Na China, durante a dinastia Zhou, considerada a primeira civilização clássica, o sexo é apreciado não só pela sua função reprodutora como também pelo prazer que proporciona (Goldin, 2002). As proezas sexuais masculinas são prezadas, incitando os homens a terem relações sexuais com o maior número de esposas e/ou concubinas.

Na Grécia os comportamentos homossexuais tornam-se práticas comuns nas classes de nível social superior. O homem e a sua imagem são idealizados. O sexo torna-se um

símbolo de poder político e social (Foucault, 1978), os actos sexuais com qualquer pessoa de nível social inferior são aceitáveis e vistos como reforço do estatuto social.

Em Roma, a sexualidade não possui quaisquer restrições, as esposas têm o dever de encorajar os maridos a terem escravos para propósito sexual. A sociedade romana é descrita como possuindo atitudes permissivas para com a homossexualidade e a bissexualidade (Boswell, 1980).

Nas sociedades clássicas, é reconhecido às mulheres o desejo sexual porém é encarado com uma certa leveza e falta de interesse (Gulik, 2003). Desta forma, o sexo legítimo assim como a sua própria definição encontra-se sob o controlo do homem. Nesta época as sociedades parecem reger-se no pensamento de Confúcio (s.d.) segundo o qual se os comportamentos sexuais forem moderados nenhum é desadequado (Stearns, 2009).

De um ponto de vista social e de acordo com Foucault (1978), as mulheres são classificadas de acordo com dois tipos de nível: (a) as mulheres respeitáveis (consideradas de nível social superior) e (b) as não respeitáveis (de nível inferior). As primeiras são altamente controladas em termos de sexualidade e especialmente de virgindade, confinando-as em casa até ao dia do casamento. Enquanto as segundas, na sua maioria concubinas e escravas, são frequentemente encaminhadas para a prostituição.

No que diz respeito ao nível cultural, o erotismo surge: em alguma literatura, a mais conhecida sendo o *Kama Sutra*, proveniente da Índia; em poemas como os de Óvido; como também na adoração aos deuses, principalmente na Grécia, em Roma e na Índia. As representações artísticas de Vénus (em Roma) ou Afrodite (na Grécia), deusa do amor, Shiva (na Índia) e Priapus (em Roma) deuses da fertilidade e da sexualidade, são frequentes em todos os lares e locais públicos (Skinner, 2005). A arte sexualizada faz parte do quotidiano e da vida de todos (Stearns, 2009).

Ademais, a existência de preocupações acerca da concepção, também podem ser encontradas. Exemplificando, a sociedade chinesa e indiana restringem o número de crianças principalmente com a prática do infanticídio, a sociedade grega elabora poções

com finais contraceptivos, a utilização de plantas com propriedades anticoncepcionais são cada vez mais procuradas em todas as sociedades.

Ao longo do tempo, a propagação da religião tem vindo a ocupar um lugar fulcral ao nível social, provocando alguma redefinição dos comportamentos e das regras (Ryan & Jethá, 2010). A ofensa sexual é considerada crime grave, restringindo nomeadamente comportamentos sexuais inadequados em contexto público. No século XIII defende-se que todo o acto sexual praticado fora do matrimónio é considerado pecado, chegando-se até a proibir certos actos sexuais no seio do casal (Payer, 1993). O sexo deve ser praticado para fins de procriação, sendo a utilização “natural” e derradeira dos órgãos genitais (Brown, 1998). A divulgação das religiões permitiu ampliar as crenças pessoais acerca da sexualidade e sobretudo acerca do que deve ou não ser feito (Shaw, 1998).

No século XVII as condutas sexuais sofrem novas modificações devido à movimentação de indivíduos oriundos das colónias (Payer, 1993). As novas formas de escravatura tem consequências óbvias nos comportamentos sexuais, o novo mundo é fantasiado como um lugar onde culmina uma grande liberdade sexual, dando início a uma problemática ainda hoje existente, com seja a discriminação racial. De acordo com Stearns (2009), a ligação entre o sexo e a violência nunca esteve tão próxima.

II-1-3) A sexualidade na idade moderna (1750-1950)

O século XVIII, século do iluminismo, é conhecido como um período preponderante e de grande importância na história da humanidade e mais especificamente na sua sexualidade. De facto, as mudanças observadas ao nível cultural, industrial e de nutrição, influenciaram directamente o curso e/ou evolução da sexualidade (Shaw, 1998).

Os primeiros sintomas de mudança surgem ao nível cultural: a castidade é desmistificada da sua aparente elevação espiritual; o prazer e a satisfação sexual de ambos os parceiros (casados) são enfatizados; a literatura acerca desta temática e dicas de sedução tornam-se mais constantes; o interesse pelo vestuário e pela sua possibilidade de expressão sexual através do mesmo é cada vez maior. Ademais, as melhorias nas áreas da nutrição e

da urbanização provocaram uma diminuição da idade média da puberdade (Stearns, 2009). Todas estas condições permitiram a emergência da primeira revolução sexual, marcada esta, por três grandes factores: (1) o sexo nos jovens e as suas consequências no casamento; (2) um melhor entendimento do ciclo concepcional e (3) a crescente divulgação da pornografia.

A diminuição da idade da puberdade representa possivelmente a essência das mudanças sociais ocorridas neste período, permitindo o acesso aos comportamentos sexuais nos mais jovens (17-18 anos). Esta nova perspectiva cultural acarreta algumas modificações nomeadamente na percepção original do casamento. O sexo é visto como fonte de prazer, não sendo necessário comprometer-se por via legal para aceder ao mesmo. O surgimento de novas ligações/atracções emocionais e físicas desmantela os arranjos tradicionais entre famílias, baseados em propriedades ou heranças. Segundo Stearns, (2009) neste período, a sexualidade tornou-se de tal forma versátil que as taxas de nascimento ilegítimo e de gravidezes pré-marital nunca estiveram tão altas. Esta nova liberdade favoreceu a descoberta da satisfação sexual nos mais jovens, porém foi levada ao extremo e a exageração na medida em que a falta de limites provocou actos de abusos e de violência principalmente contra as mulheres (Weeks, 1990). Consequentemente, novas reacções e contestações sociais erguem-se contra os primórdios da primeira revolução sexual, defendendo comportamentos e padrões mais tradicionais.

É dentro deste contexto, que o recente movimento vitoriano¹, maioritariamente constituído pela burguesia da época, concentra os seus esforços na restrição da sexualidade, por meio de regras e leis que definem o grosseiro, o indecente e o obsceno (Crawford, 2007). A imposição de estratégias de enquadramento da sexualidade surge relativamente aos problemas sociais e económicos provocados pela mesma. O distanciamento dos valores tradicionais com a própria cultura, onde a respeitabilidade das famílias é questionada (caso ocorra um nascimento fora do matrimónio), representa uma grande preocupação (Stearns, 2009). Ademais, a consciencialização de que a repetição das fórmulas tradicionais acarreta

¹ Este movimento faz referência ao longo reinado da Rainha de Inglaterra e caracteriza-se por uma forte moralidade sexual de major influência e poder sobre a cultura, as leis e os comportamentos.

um decréscimo de interesse por parte da população, impulsionou o vitorianismo à concepção de novos argumentos e táticas. Neste sentido, e apoiando-se na influência dos médicos, o sexo é “medicalizado” e associado ao medo. O movimento reivindica a moderação do prazer sexual (nos casais) sob pena de contrair doenças venéreas como também outros problemas de saúde podendo causar uma morte prematura ou a pura insanidade (Crawford, 2007). As crianças são consideradas seres assexuados, prevenindo a masturbação por meios de artefactos e alertando para o perigo iminente deste acto. A temática da sexualidade é silenciada e reprimida até no seio do casal (Weeks, 1990).

A moralidade sexual da era vitoriana actua também na problemática do controlo da natalidade. Neste sentido, uma das principais preocupações da ética sexual deriva de uma necessidade pessoal profunda em promover valores que permitem controlar a actividade sexual e consequentemente a taxa de natalidade. Esta necessidade surge de dois principais factores: o crescente interesse pela sexualidade e pela sua liberdade de expressão desencadeou um elevado número de nascimentos (legítimos e ilegítimos); e a divulgação da importância da educação da criança acarreta custos monetários consideráveis (Stearns, 2009). Desta forma, uma das soluções mais segura e defendida pelo movimento refere-se à abstinência, palavra-chave essencial no período precedente e também ulterior ao casamento. Assim, a redução da actividade sexual inscreve-se dentro de um restrito código de conduta, respondendo as pressões e expectativas sociais e económicas da época (Weeks, 1990).

No que se refere à diferença de géneros, acredita-se que os homens possuem uma natureza sexual superior ao das mulheres. Esta perspectiva coloca a posição da mulher num papel poderoso de moralidade na medida em que é encorajada a rejeitar condutas sexuais anteriores ao matrimónio e limitar a sexualidade no seio do casal (Stearns, 2009). Ademais, o uso de métodos contraceptivos é considerado inadequado, na medida em que incitam à sexualidade. Neste período, as gravidezes indesejadas são vistas como um castigo resultante de um comportamento impróprio. A nítida oposição ao aborto por parte deste movimento deriva das simbologias de punição e de pecado (Gordon, 2002).

De um ponto de vista social, o vitorianismo representa uma potente influência nas sociedades ocidentais do século XIX (Stearns, 2009). A nova perspectiva de moralidade sexual foi maioritariamente promovida nas classes sociais média-alta e alta. Não permitindo desta forma uma dominância pública absoluta. A classe trabalhadora manteve os seus hábitos sexuais, porém, a preocupação com o controlo da natalidade faz da abstinência uma solução comum e de baixo custo (McLarren, 1990). As expectativas sociais são cada vez mais exigentes, o desemprego, o aumento das propinas escolares são problemas recorrentes e o uso de contraceptivos permanece dispendioso para os casais (Gordon, 2002). Esta distinção das normas sexuais fomentou uma divisão nítida das classes sociais, estimulando contudo esforços culturais no apelo à decência e à consciencialização das opções para o controlo da natalidade. Apesar de este movimento não ter triunfado em todo o mundo ocidental, contribuiu para dificultar o impulso e as implicações da revolução sexual (Crawford, 2007).

No início do século XX a era vitoriana é discutida, Sigmund Freud defendeu a abolição da repressão sexual nas crianças, as suas teorias sexuais demonstram claramente o papel da sexualidade na formação identitária do indivíduo. O reconhecimento da reciprocidade sexual, o sexo pré-nupcial, e a criação de uma legislação referente à prostituição são característicos deste século (Stearns, 2009). Ademais, um dos golpes mais decisivos ao vitorianismo refere-se à aceitação e disponibilidade dos dispositivos anticoncepcionais. Vários movimentos feministas erguem-se contra o papel da mulher na sociedade, o movimento de liberalização sexual liderado por Marie Stopes, defende os direitos das mulheres e a liberalização dos métodos contraceptivos. Stopes alcançou o seu objectivo em 1930, tornando-se pioneira nas transformações fundamentais e no ajustamento do comportamento sexual nas sociedades industrializadas (Brody, 1994). Nesta mesma década, surgem os primeiros antibióticos eficazes no tratamento das doenças venéreas, como sejam a sífilis e a gonorreia.

Apesar destas mudanças e da evolução dos comportamentos e crenças sexuais, encontra-se ainda em algumas famílias remanescências da estrutura vitoriana.

Frequentemente a questão da masturbação nos adolescentes continua a ser reprimida e objecto de castigos, as diferenças de géneros persistem em algumas situações, nomeadamente no que concerne à temática da prostituição e do trabalho, a divisão nítida entre classes sociais com a subsistência das dificuldades no acesso aos anticoncepcionais para as classes mais baixas (Gordon, 2002).

Em 1950, pouco são os indicadores de uma redefinição substancial dos problemas sexuais, a indústria cinematográfica de Hollywood permanece sexualmente sedada, resistindo em mostrar cenas íntimas de um casal. De acordo com Stearns (2009) os problemas dominantes, desta década, referem-se à Guerra fria, à descolonização, à recuperação económica e não à sexualidade.

II-1-4) A sexualidade no período da globalização

O desenvolvimento industrial na década de 60 do século passado permitiu a criação e disponibilização de vários métodos anticoncepcionais, como sejam, a pílula, o dispositivo intra-uterino (ou DIU) e a pílula do dia seguinte, facilitando o seu acesso a um público mais jovem, e as relações pré-maritais sem risco significativo de concepção (Robinson & Ross, 2007). Os primeiros procedimentos cirúrgicos são também desenvolvidos, a vasectomia para os homens e o laqueamento das trompas para as mulheres, ambos impeditivos permanentes da concepção. A crescente procura destas estratégias demonstram a evidente separação entre a sexualidade como fim em si (procriação) e a sexualidade como satisfação e prazer pessoal (Stearns, 2009). Provavelmente esta mudança parece ser mais evidente nas mulheres, na medida em que estes novos métodos permitem uma sensação de liberdade e controlo da própria vida sexual. D'Emilio & Freedman (1988) demonstram num estudo com 1000 mulheres que 74% de entre elas utilizam um método contraceptivo, a grande maioria tem relações sexuais pelo menos uma vez por semana e 40% teve conhecimento da masturbação durante a adolescência. A mulher conseguiu desta forma obter um papel proactivo na sua sexualidade.

Nesta mesma década, os trabalhos da equipa de Kinsey (1948), atingem uma certa consideração por parte da população, na medida em que foi a primeira a documentar a actividade sexual dos americanos, assim como a indagar relações entre a sexualidade e o bem-estar. Inicialmente dirigido para a percepção dos factores que contribuem para a sensação de bem-estar das mulheres, Kinsey alargou a temática das suas investigações para uma população mais abrangente. Os resultados demonstraram, entre outras coisas, que as reticências existentes acerca da sexualidade são ultrapassadas.

A globalização da perspectiva sexual enquanto prazer difundiu-se ao nível mundial, contudo nem sempre da mesma forma e no mesmo momento. Exemplificando, no Japão, o Ministério da Saúde aprovou o uso da pílula somente em 1999, após uma campanha de três décadas por parte das organizações dos direitos das mulheres (Fruhstuck, 2003). Em 1990 o aborto (legal e ilegal) era um procedimento ainda comum nas mulheres da União Soviética, estimando-se que cada uma recorreu em média a este método pelo menos três vezes durante a sua vida reprodutiva (Kon & Riordan, 1993). Na China, na década de 90 a utilização do DIU e os procedimentos cirúrgicos são divulgados. Em 2008, estimou-se que 61% da população mundial utilizava pelo menos um método contraceptivo, incluindo abortos legais e as cirurgias (Stearns, 2009).

Um dos segundos maiores contributos da época refere-se à emergência de uma cultura pública erótica. A propagação da literatura, da televisão, da internet, das revistas especializadas, da música e da pornografia salientam a importância em seguir uma exultação sexual como parte integrante de uma vida feliz (*Idem*). Por sua vez o vestuário exhibe cada vez mais o corpo, valoriza-o, embeleza-o. A popularização dos procedimentos cirúrgicos estéticos torna-se cada vez mais recorrente. Assiste-se desta forma a uma sociedade visualmente sexualizada e acessível ao grande público (Altman, 2001). Neste sentido, a educação sexual nas escolas para ambos os géneros começa a ser amplamente difundida.

Contudo, objecções por parte das autoridades religiosas e políticas fazem-se sentir, a restrição do prazer sexual é de novo invocada (Ullman, 1997), o apelo à abstinência

especificamente nos adolescentes é requerido devido à crescente taxa de gravidez nesta faixa etária, o movimento *just say no* nos estados Unidos da América ainda se encontra em vigor. As campanhas de prevenção da propagação de doenças virais são utilizadas para alertar como também para dissuadir ou atrasar decisões (Stearns, 2009). A emergência da síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) revela-se uma fonte de preocupação e de receio perante as práticas sexuais contemporâneas como também no seio de alguns grupos. Porém, a aproximação ao vigésimo primeiro século é marcada por fortes avanços no domínio científico, a sexologia é cada vez mais reconhecida, o sexo é desmistificado e a sua discussão pública é apreciada.

A globalização da revolução sexual fomenta o desacordo e a confusão entre a modernidade e a tradição. Os frequentes relatos de abusos sexuais em algumas regiões do mundo impulsionaram a criação de regras e leis. Ademais, a denúncia de novas situações como sejam, ataques violentos a prostitutas, assédios sexuais contra as mulheres e a exploração sexual infantil, motivaram algumas nações a tomarem medidas restritas de protecção das vítimas e de condenação destes actos (*Idem*). Porém, nem todas as nações possuem os mesmos costumes e o choque cultural por vezes limita algumas acções consideradas essenciais. Exemplificando, em 2001 no Rwanda, foram promovidas campanhas de violação em massa, por acreditar que a violação enfraquece e desonra o grupo étnico lesado (Stearns, 2009). Em 2007 em New Delhi – Índia, a violação da esposa pelo próprio marido é recorrente, 750 violações foram reportadas nesta cidade (Jankowiak, 2008). Porém, de salientar que estes crimes não são exclusividade dos países orientais, em 2008, em Portugal estimava-se que o número de vítimas, diárias, de crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual eleva-se a 4 (Amnistia internacional, 2008). Desde 1970 a Amnistia Internacional, interessa-se pelos direitos humanos assim como pelos crimes sexuais. Ainda hoje, esta organização recebe um número infinito de queixas de âmbito sexual, nomeadamente relativas a discriminação da orientação sexual, ao abuso sexual, a ofensa da integridade física, entre outras situações.

A história global da sexualidade demonstra claramente como certas mudanças continuam a desafiar os padrões culturais fortemente ancorados em algumas sociedades. O que explica evidentemente as diferenças encontradas entre países na aceitação e modificação dos comportamentos sexuais.

Na medida em que a história da sexualidade está em constante movimentação, antevê-se para as próximas décadas uma estrutura semelhante à situação presente, onde a luta pelos direitos e aceitação sexual são fundamentais para a experiência individual e às interações sociais.

II-2) SIGNIFICADO E CONCEITO DE SATISFAÇÃO SEXUAL

Em consequência de uma história da sexualidade repleta de controvérsias e de desigualdade, o conceito de satisfação sexual sofre de uma escassez de atenção tanto ao nível da investigação empírica como na literatura clínica (Byers, 1999). Por não possuir uma definição concreta e consensual, é descrita de forma tautológica como o grau de satisfação pessoal perante a vida sexual (Pinney, Gerard & Denney, 1987).

Frequentemente ligada ao seu antónimo, a satisfação sexual é erradamente associada à ausência de uma insatisfação ou uma disfunção sexual (Byers, 1999). Esta definição simplista e dicotómica auxilia-se da obtenção de correlações positivas com múltiplos factores biológicos como sejam, o atingir do orgasmo (Perlman and Abramson 1982; Pinney, et al. 1987; Haavio-Manila & Kontula, 1997), a frequência de relações (Bozon, 2001; Haavio-Manila & Kontula, 1997) e a saúde e vitalidade física (Everaerd, Laan, Both & Van Der Velde, 2000; Everaerd, Laan & Spiering, 2000).

Byers (1999) defende uma inconsistência na operacionalização e avaliação do conceito, argumentando que a natureza da satisfação sexual transcende o físico/biológico. Segundo o autor, esta noção ultrapassa as suas ligações com a ausência de insatisfação sexual e/ou de disfunção sexual. Esta perspectiva revela uma necessidade em obter uma definição concreta do conceito, salientando a importância de um nível psicológico. Neste sentido, Dunn, Croft, & Hackett (2000) concluíram que a satisfação sexual do casal correlaciona-se positivamente com a relação emocional estabelecida. Parish, Luo, Stolzenberg, Laumann, Farrer & Pan (2007), destacaram um conjunto complexo e múltiplo de determinantes da satisfação sexual, incluindo: características e envolvimento emocionais do casal; o conhecimento e valores actuais perante a sexualidade; a saúde e vitalidade física; e as barreiras ambientais (como seja a falta de intimidade). Ademais, Greenwald & McCorkle (2008) demonstraram que uma satisfação sexual plena é maioritariamente consequente de um processo psicológico, desmistificando desta forma a sua origem hormonal.

Our findings, which demonstrate the existence of widespread interest and satisfaction with sex in the absence of a crucial hormone underscore the importance of non-hormonal components of sexual interest and satisfaction [...] That may mean the key to sexual satisfaction is less about biology and more about psychology (idem, p.967).

Assistiu-se ao longo dos anos, a uma proliferação de investigações relativas à importância das variáveis afectivas e relacionais na determinação da satisfação sexual (Davies, Katz, & Jackson, 1999; DeLamater, 1991; Haavio-Manila & Kontula, 1997; Waite & Joyner, 2001). Ademais as sensações pós-sexuais com sejam a felicidade, o prazer, o bem-estar (DeLamater, 1991; Laumann, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994) assim como a comunicação dos tópicos sexuais entre o casal (Byers & Demmons, 1999; Cupach & Comstock, 1990; Metts & Cupach, 1989) parecem ser indicadores sólidos da satisfação. Young M., Denny, Young T., & Luquis, (2000); Jiménez, (2010); & Piché, (1998), comprovaram que os factores de origem psicológica como sejam o grau de compromisso afectivo e emocional na relação diádica íntima, representam os principais determinantes da satisfação sexual no indivíduo.

Consequentemente, surgem tentativas de obtenção de um enquadramento empírico do conceito, DeLamater (1991), identifica a satisfação sexual como a correspondência às expectativas relativas à actividade sexual. Davidson, Darling & Norton (1995), consideram que o sentimento de satisfação sexual encontra-se intrinsecamente ligado às experiências sexuais passadas, às expectativas actuais, e às aspirações futuras. Por sua vez Lawrence & Byers (1995) definem a satisfação sexual como uma resposta afectiva da avaliação subjectiva da própria relação sexual. Hurlbert, Apt, Wilson, & Murphy (1994) afirmam que a satisfação sexual é a resposta afectiva que surge da avaliação pessoal relativa à relação sexual, baseando-se na percepção de cumprimento das necessidades e expectativas sexuais, tanto próprias como do casal. Estas definições remetem para a consideração de uma abordagem cognitivo-emocional na medida em que preexiste uma avaliação da satisfação do relacionamento do casal de acordo com as expectativas individuais, e o reconhecimento de sentimentos despertados por esta relação.

Neste sentido, a diferenciação entre comportamentos sexuais e satisfação sexual torna-se cada vez mais nítida (Byers, 1999). Os comportamentos despertadores de prazer não estão consequentemente relacionados com o conceito de satisfação. A ausência de conexão emocional na interacção sexual pode resultar numa avaliação negativa da satisfação apesar de os comportamentos terem sido experienciados como agradáveis (MacNeil, & Byers, 2005). Esta independência foi também comprovada no que concerne ao funcionamento sexual (Pechorro, Dinis & Vieira, 2010).

Desta forma, a satisfação sexual remete para uma dimensão psicoafectiva da avaliação da resposta sexual, que surge da percepção do cumprimento das necessidades e das expectativas sexuais tanto próprias como do parceiro, mantendo-se distinta dos comportamentos e funcionamento sexual (Jiménez, 2010). Trata-se de uma meta-avaliação da qualidade da relação sexual influenciada por uma multiplicidade de factores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo.

A temática da satisfação sexual representa um terreno movediço na medida em que revela ser um conceito inerente ao próprio indivíduo. O ser humano é entre outras coisas, um ser sexual que não só responde a um impulso básico, como possui uma série de significados que o transforma numa esfera de comportamentos (Rios, Flores, Perea, Pizarro, & Aracena, 1993). A importância da satisfação sexual na vida pessoal e do casal é cada vez mais evidente. As contribuições empíricas nesta área são essenciais na determinação do bem-estar relacional e da qualidade de vida de forma geral (Arrington, Cofrancesco & Wu, 2004; Yela, 2000).

II-3) MODELOS TEÓRICOS DA SATISFAÇÃO SEXUAL

Ao longo dos anos, várias foram as teorias que tentaram enquadrar o conceito de satisfação sexual para além do seu aspecto fisiológico. A abordagem psicanalítica considera que as vivências e interpretações das mesmas fomentam a sexualidade e consequentemente a satisfação. A teoria da escolha racional (Laumann, et al, 1994) interessa-se pelo investimento realizado numa relação, admitindo que o indivíduo efectue um processo rigoroso de selecção do parceiro, de forma a beneficiar as suas necessidades físicas e emocionais. Porém, esta abordagem demonstra uma contradição severa na medida em que sugere que quanto mais tempo o casal ficar junto mais sexualmente satisfeito se encontra (Bozon, 2001). Sabe-se hoje que esta conclusão não é de todo linear.

De acordo com a teoria do *script* sexual, existe, em algumas culturas, um guião que especifica: (a) quem pode ser um provável parceiro sexual; (b) quais as circunstâncias mais adequadas para os comportamentos sexuais (quando e como) e (c) as razões que levam o indivíduo a ter determinado comportamento sexual (Ubillos & Barientos, 2002). Apostolidis, Antipa, & Paicheler, (1992) demonstraram que o principal vector de uma estabilidade íntima é o amor e os sentimentos partilhados entre os membros do casal. Desta forma as únicas regras instauradas parecem ser a confiança um pelo outro, o respeito mútuo, o amor e o apoio emocional e a partilha de eventos positivos (Argyle & Henderson, 1985).

Os paradigmas teóricos abordados referem-se ao modelo geral das trocas ou *Exchange theory*. Originariamente de âmbito social, esta concepção alastrou-se para o domínio psicológico, impulsionando distintas variações e interpretações, incluindo: a teoria do reforço (Homans, 1961); a teoria da equidade (Hatfield, Berscheid, & Walster, 1973); a teoria da interdependência (Cramer, 1998); e o modelo interpessoal de trocas na satisfação sexual - *The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction* – IEMSS (Lawrance & Byers, 1995).

De acordo com Byers & Wang (2004) a premissa básica de todas estas variantes admite que cada indivíduo, comprometido numa relação diádica, insere-se num conjunto de interacções pessoais ou trocas, com o intuito de influenciar o (a) parceiro(a) obtendo resultados favoráveis, maximizando os ganhos e minimizando os custos. Neste sentido objectiva-se perceber as trocas relacionais, destacando os níveis de investimento de cada parceiro na sua própria relação pessoal (Nye, 1982).

No que se refere à compreensão da sexualidade, e mais especificamente na análise da satisfação sexual, este modelo aparenta ser o mais adequado (e também o mais recorrente em investigações científicas), na medida em que a maior parte das actividades sexuais ocorrem num contexto de relação íntima, na qual cada parceiro interage e se influencia mutuamente, numa flutuação de níveis, sexuais e não sexuais (Kirkendall & Libby, 1966; Sprecher, 1998).

Umas das principais palavras-chave desta abordagem referem-se aos conceitos de custos e de ganhos. De acordo com Thibaut & Kelley (1959), as recompensas (ou ganhos) são descritas como trocas agradáveis e gratificantes para a pessoa, enquanto os custos requerem um esforço físico ou mental, podendo causar dor, desconforto ou até ansiedade. Ademais, os ganhos ou custos englobam também aspectos não sexuais como sejam: a expressão de afectos, a partilha de interesses e a comunicação entre os parceiros (Foa & Foa, 1980; Swenson, 1973).

Seguem as descrições de dois modelos teóricos, o *Equity Model* (Hatfield, et al., 1973) e *The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction* (Lawrance & Byers, 1995). Ambas as perspectivas são utilizadas na maior parte das investigações actuais, na medida em que contribuem para a fundamentação empírica dos alicerces da compreensão global da satisfação sexual.

II-3-1) Teoria da igualdade – Equity Model

O modelo teórico da igualdade defende que a satisfação sexual resulta do produto da avaliação de cada parceiro no que concerne aos ganhos e aos custos referentes à relação

íntima (Hatfield, Greenberger, Traupman, & Lambert, 1982). O contentamento sexual torna-se positivo no momento em que a percepção dos ganhos e das perdas se revela equitativa para ambos indivíduos (*idem*). Neste sentido quanto mais semelhante for esta percepção de igualdade, maior será a satisfação sexual experienciada. Neste modelo os indivíduos não só procuram a maximização dos ganhos e a minimização dos custos como também são influenciados pelo desejo comum em manter uma relação de equilíbrio e equidade.

A teoria da igualdade baseia-se em quatro pressupostos, distintos e interligados, originários da teoria social das trocas (Adams, 1995): (1) os indivíduos tentam sempre potencializar os seus resultados; (2) os grupos podem maximizar os seus resultados colectivos dividindo-os num sistema de equidade e de partilha de recursos, incitando a igualdade e recompensando ou castigando os comportamentos; (3) quando os indivíduos se sentem pertencer a uma relação de desigualdade, experienciam ansiedade; (4) estes indivíduos movem-se no sentido de reduzir o *stress* percebido restaurando a igualdade na relação.

Hatfield, et al. (1982), demonstraram que a equidade percebida na relação diádica íntima possui um papel preponderante na avaliação da satisfação sexual dos homens e das mulheres. Ademais, apoiando-se no terceiro pressuposto, Waller (1937) conclui que uma relação de desigualdade reflecte-se no domínio íntimo, provocando custos para cada elemento do casal. O membro menos dependente (*overbenefited*) sente-se culpado pela exploração do seu parceiro; enquanto o membro dependente (*underbenefited*) sente-se cada vez mais explorado e inseguro na sua relação (Traupman, Hatfield, & Wexler, 1983). A ilustração 4 exemplifica as consequências de uma relação de desigualdade para cada um dos membros assim como o “nível adequado” para uma relação benéfica e saudável.

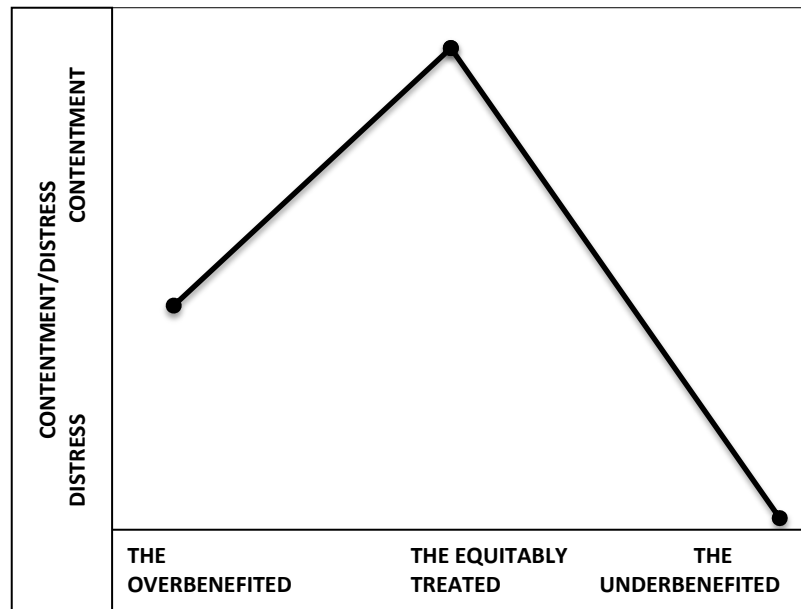


ILUSTRAÇÃO 4: Relação entre a igualdade e o contentamento/angústia percebidos (Utne, Hatfield, Traupman, & Greenberger, 1984)

A prática sexual é vista como uma interacção delicada e de extrema importância para o casal (Kinsey, Pomeroy, & Martin, 1948). Quando cada um dos membros do casal sente-se amado, tratado de forma semelhante e confortável na sua relação, o sexo é sentido como gratificante e agradável, contribuindo para uma plena satisfação sexual (Utne, Hatfield, Traupman, & Greenberger, 1984; Buunk, & Mutsaers, 1999). Pelo contrário, se os membros sentem-se acorrentados na relação e desconfortáveis na presença do outro, o ressentimento ou a culpabilidade podem corroer os seus encontros sexuais (Kinsey, et al. 1948; Hunt, 1974; Safilios-Rothschild, 1977). Neste sentido, a satisfação sexual está associada à satisfação relacional (Byers, 1999).

O modelo teórico apresentado destaca-se pelos seus indicadores de avaliação da satisfação sexual. Conceptualizado num contexto empírico predominantemente preocupado com aspectos intrapessoais físicos da interacção sexual, o modelo da igualdade destaca-se de outras teorias por considerar factores interpessoais e relacionais relevantes para a avaliação da satisfação sexual.

Uma multiplicidade de investigações foi realizada na tentativa de fortalecer os pressupostos desta teoria. Contudo, as frequentes inconsistências nos resultados, a simplicidade dos instrumentos de avaliação utilizados e a exclusão de dimensões essenciais não permitem uma qualificação segura da satisfação sexual (Fortin & Thériault, 1995). Uma das principais reprovações deste modelo remete para a ausência de consideração dos factores subjectivos relativos à percepção de igualdade. De facto, esta percepção varia de acordo com a análise subjectiva de cada membro e na valorização que os mesmos fazem dos *inputs* (contribuições positivas ou negativas) e dos resultados das trocas efectuadas (Regan & Sprecher, 1995). Neste sentido, cada membro do casal pode obter conclusões divergentes relativamente ao relacionamento experienciado.

II-3-2) *The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction (IEMSS)*

O IEMSS resulta da junção de vários paradigmas relacionais referentes à satisfação sexual (Byers & Wang, 2004). Este modelo teórico tem em consideração, o contexto interpessoal em que a actividade sexual ocorre, os níveis sexuais de ganho e de custo, os níveis de comparação destes ganhos e custos, e a percepção de igualdade destes níveis (Byers, 1999).

Segundo Lawrance & Byers (1995) o modelo inscreve-se dentro de quatro dimensões: (1) o equilíbrio entre os custos e os benefícios sexuais; (2) o equilíbrio entre a satisfação sexual esperada e experienciada; (3) a percepção de igualdade de cada um dos parceiros na partilha dos custos e benefícios sexuais; (4) a satisfação relacional.

Estas quatro dimensões aparentam ser reformulações dos pressupostos básicos da teoria da igualdade descritos por Adams (1965), no contexto específico da satisfação sexual. Neste sentido, a potencialização dos resultados são efectuados harmonizando os custos e os benefícios; o sistema de equidade e de partilha dos recursos remete para a percepção de igualdade perante o parceiro; a comparação entre a satisfação esperada e experienciada pode provocar alguma ansiedade; e a tentativa de restabelecer o equilíbrio na relação refere-se à obtenção de uma satisfação relacional.

Apesar destas semelhanças o IEMSS considera todas as dimensões acima referidas no intuito de obter uma perspectiva global dos aspectos diádicos sexuais que contribuem para a satisfação (Byers & Wang, 2004). O interesse pela ocorrência das trocas dentro da relação íntima e o impacto das mesmas na satisfação sexual proporciona ao IEMSS um lugar de destaque entre as várias teorias. Ademais, a satisfação sexual é conjecturada como sendo influenciada pela história das trocas entre parceiros, ao longo do tempo. Assim, recompensas e/ou custos sexuais desfavoráveis e temporários não parecem ser consequências inevitáveis de uma diminuição da satisfação sexual. Porém, os níveis de ambas variáveis são indicadores fidedignos de uma satisfação sexual deficitária.

Byers & MacNeil (2006) verificaram que os indivíduos sexualmente mais satisfeitos, experienciam uma maior satisfação relacional; um nível de recompensa superior ao dos custos; uma comparação favorável dos níveis de custos e recompensas percebidos e esperados; e uma percepção de igualdade nos níveis de custos e recompensas entre cada membro do casal.

Este modelo é inovador na medida em que providência uma avaliação e compreensão do nível de satisfação sexual do casal como também de alguns factores determinantes desta satisfação (Byers, & Demmons, 1999). Numa série de investigações Byers e os seus colegas conseguiram demonstrar a validade e a utilidade preditiva do modelo IEMSS em indivíduos que mantinham um relacionamento heterossexual duradouro (Byers & Wang, 2004). A apresentação de uma compreensão pormenorizada da influência diádica entre parceiros, tomando em consideração aspectos cognitivos e afectivos do comportamento sexual, comprova a complexidade do processo relativo à satisfação sexual.

Como parte integrante deste paradigma, Lawrance & Byers (1995) desenvolvem o *Global Measure of Sexual Satisfaction*, escala que pretende obter uma classificação da percepção subjectiva do relacionamento sexual, baseando-se em respostas bipolares, (boa-má; satisfeito-insatisfeito, entre outros). Apesar de uma boa consistência interna, este instrumento carece de reconhecimento científico. A frágil popularidade do paradigma das trocas sociais parece levar a uma certa apreensão na utilização desta escala.

Além do mais, a focalização exclusiva nos indicadores de variabilidade da satisfação, não permitem tirar conclusões no que respeita ao casal *per si*. As características e os comportamentos individuais (não só relacionais) associados à satisfação sexual não foram considerados. De acordo com Stephenson & Sullivan (2009), os factores individuais ainda permanecem uma incógnita relativamente à temática da satisfação sexual. Haavio-Mannila & Kontula (1997) verificaram a existência de uma multiplicidade de factores sociais relacionados com a satisfação sexual. A idade, o nível educacional, o ambiente familiar, o conhecimento prévio, as atitudes sexuais, o uso de técnicas ou materiais sexuais representam indicadores da satisfação sexual.

Neste sentido, limitar a avaliação do contentamento sexual à sua parte relacional (custos e benefícios), analisando as vantagens e desvantagens de uma determinada acção / situação, deixa transparecer alguma fragilidade na compreensão da satisfação sexual. Ademais, as investigações realizadas referem-se a populações específicas (saúdável, heterossexual, entre outros), não podendo efectuar uma generalização dos dados.

O modelo social das trocas representa uma boa tentativa de percepção do conceito de satisfação sexual. As suas linhas orientadoras permitiram a criação de vários instrumentos de avaliação como sejam o Índice de Satisfação Sexual de Hudson (1992) e o *Global Measure of Sexual Satisfaction*, entre outros. Contudo, os resultados obtidos nestas escalas não devem ser analisados de forma independente. A consideração de outras variáveis relevantes para a compreensão da satisfação sexual deve ser efectuada na medida em que representa um processo em constante mudança.

II-4) INVESTIGAÇÕES REALIZADAS ACERCA DA SEXUALIDADE

No intuito de obter uma perspectiva global das investigações que se debruçaram na satisfação sexual do casal infértil em tratamento prolongado, foi conduzida uma pesquisa no *Medline Search Engine*, com as seguintes palavras: “*sexual satisfaction*”; “*infertility*”; “*couple*”; “*treatment*”; e “*fertility*”, sem qualquer tipo de limitações (data ou tipo de artigo). Esta simples revisão pretende consciencializar acerca da carência e possivelmente da falta de interesse nesta temática. Em Maio de 2011, os recursos científicos da *PubMed* revelam cinco investigações que reúnem as características acima referidas (cf. Tabela 3). Segue a apresentação e o resumo destas investigações.

Achados provenientes dos Estados Unidos da América

Schover, Collins, & Richards (1992) interessaram-se na avaliação e acompanhamento dos casais submetidos a inseminação artificial com dador. Os resultados demonstraram que 59% das mulheres e 53% dos homens admitem possuir problemas de ordem sexual. Contudo de salientar que esta investigação não especifica o tipo de problema sexual nem define a quantidade de sujeitos questionados.

Em 2006, Severy, Robinson, Findley-Klein, & McNulty analisaram a aceitação dos métodos de procriação medicamente assistida nos casais. As conclusões apontam para um decréscimo da aceitação das técnicas perante os insucessos de obtenção de uma gravidez. A actividade sexual assim como o relacionamento íntimo parecem estar comprometidos.

Achados provenientes da Dinamarca

Com o objectivo de obter uma descrição pormenorizada da experiência e avaliação dos tratamentos em pacientes inférteis, Schmidt (1998) decidiu entrevistar (via entrevista semiestruturada) 60 casais. As suas conclusões apontam para uma correlação negativa entre o tipo de satisfação com os tratamentos e a sexualidade do casal. Ademais, refere que a

maior parte dos participantes desejava obter mais informações no que concerne à sexualidade durante o período de tratamento.

Achados provenientes de França

Coëffin-Driol, & Giami (2004), publicaram uma revisão da literatura relativa ao impacto da infertilidade e dos seus tratamentos na vida sexual e no relacionamento do casal. Este artigo refere a frequente contradição dos resultados no que concerne à satisfação sexual do casal. Os autores sugerem o estudo da experiência da infertilidade de acordo com vários níveis: a história pessoal do casal e o seu envolvimento no processo de tratamento.

Achados provenientes da Bélgica

Lowyck, Luyten, Corveleyn, D'Hooghe, & Demyttenaere (2009) pretendiam compreender o impacto psicológico da fecundação inVitro (FIV) e da microinjecção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI) no casal. Porém, a amostra apresenta-se maioritariamente constituída por mulheres, impossibilitando uma perspectiva global. Contudo, os resultados realçam uma correlação positiva entre a autocrítica e a insatisfação no relacionamento e os problemas de âmbito sexual. Ademais, o nível de dependência encontra-se positivamente relacionado com as dificuldades sexuais.

TABELA 4: Listagem de investigações acerca da satisfação sexual do casal infértil em tratamento prolongado

Autores	Ano de Publicação	País	Amostra	Título da publicação	Instrumentos utilizados
Schover et al.	1992	EUA	Não especificada	<i>Psychological aspects of donor insemination: evaluation and follow-up of recipient couples</i>	Stress and Infertility Questionnaire ¹ BSI ² DAS ³
Schmidt	1998	Dinamarca	60 casais	<i>Infertile couples' assessment of infertility treatment</i>	Entrevista semiestruturada
Coëffin-Driol, & Giami	2004	França	Não se aplica	<i>The impact of infertility and its treatment on sexual life and marital relationships: review of the literature</i>	Não se aplica
Severy et al.	2006	EUA	52 casais	<i>Acceptability of a home monitor used to aid in conception: psychosocial factors and couple dynamics</i>	Não especificado
Lowyck et al.	2009	Bélgica	68 mulheres	<i>Personality and intrapersonal and interpersonal functioning of women starting their first IVF treatment</i>	Não especificado (medidas de autocrítica e dependência)

Legenda: (¹): Schover et al. (1992). (²): Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1993). (³): Dyadic Adjustment Inventory (Spanier, 1976).

Nestas últimas décadas, várias investigações tentaram demonstrar o impacto da infertilidade na vida sexual do casal (Coëffin-Driol, & Giami, 2004). Porém, muitas vezes esta variável foi confundida com a satisfação conjugal, como seja, um nível mais relacional do que sexual. Tal como anteriormente referido acerca da qualidade de vida, pouco se sabe da satisfação sexual dos casais inférteis em tratamento prolongado.

De acordo com a tabela 2, observa-se que a maior parte das investigações na área carecem de um número significativo de participantes. Sabe-se que uma amostra reduzida não permite relações concretas e reveladoras para o restante da população infértil. Ademais, os resultados inconclusivos e contraditórios frequentemente encontrados entre

investigadores são principalmente causados pela falta de rigor científico dos instrumentos de avaliação (em cinco investigações, uma utiliza instrumentos concretos e válidos) como também por um evitamento social do problema. A falta de participação advém do silenciamento e da aceitação da infertilidade.

CAPÍTULO III:
IMPACTO DA INFERTILIDADE
EM VÁRIAS ÁREAS DA VIDA DO
CASAL

CAPÍTULO III - O IMPACTO DA INFERTILIDADE EM VÁRIAS ÁREAS DA VIDA DO CASAL

III-1) O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DA INFERTILIDADE

Desde sempre, a questão da parentalidade representou uma parte fundamental no projecto de vida de homens e mulheres, na qual a família e a sociedade em geral depositam grandes expectativas (Gameiro, et al. 2008). De acordo com Webb & Daniluk (1999), os pressupostos culturais relacionados com o papel de ambos os géneros, fazem da parentalidade, um destino biológico e um resultado inevitável da biologia feminina, e no caso dos homens, uma forma de demonstrar força, virilidade, responsabilidade e capacidade em fomentar uma continuação genética. Neste sentido, a infertilidade é entendida como um desafio sociocultural de grande significância (Schmidt, 2006), encorajando os casais a procurarem tratamentos para solucionar “o problema”. Somando-se ao agitado desejo de concretização, o impacto dos tratamentos nos níveis, físico, psicológico e económico é bastante relevante, posicionando o casal numa situação de dupla tensão.

Schmid, Kirchengast, Vytiska-Binstorfer & Huber, (2004), demonstraram que o diagnóstico da infertilidade acarreta profundas implicações sociais e pessoais resultantes de um decréscimo na sensação de bem-estar. Inicialmente anunciada ao par ou por vezes até a um único membro do casal, o impacto da confirmação da doença provoca um choque emocional que terá obrigatoriamente repercussões no funcionamento do casal, como também na auto-estima de cada membro (Silva, & Machado, 2008). O casal constata que um desejo comum lhes é recusado, fomentando desta forma a sensação de ter sido arrancado à força algo particular, algo precioso. Toma consciência que nunca poderá ter filhos de uma forma “natural” ou da forma em que foi condicionado a ter.

A infertilidade é frequentemente descrita como um momento de crise evolutiva de reacção praticamente semelhante a um falecimento na família ou a um divórcio (Petok, 2006). Klüber-Ross (2005) descreveu o processo de luto (ou ciclo de sofrimento) como um conjunto de reacções específicas ao longo do tempo. O modelo do luto é constituído por 5

estágios como sejam: (1) a negação; (2) a raiva; (3) a imploração; (4) a depressão; e (5) a aceitação. Desta forma, o casal infértil confrontado com a realidade do problema depara-se, num primeiro momento com uma negação da situação, protegendo-se do sofrimento imediato, passando mais tarde por fases agudas de angústia e insegurança até chegar à vivência de sentimentos de perda, de desespero e de depressão (Girard-Strohbach, 2007). A vida é encarada de forma dicotómica, entre o ter e o não-ter, os amigos férteis podem ser invejados e os próprios pais inconscientemente culpados. Frequentemente o isolamento e sentimentos de incompreensão por parte das outras pessoas, regem o casal. Dominado por forças primitivas de vergonha, de perda e de inveja, o indivíduo infértil sente-se excluído e por vezes ostracizado por não ter o privilégio de cumprir um dos princípios fundamentais da raça humana (Raphael-Lef, 2005).

Contudo, ao longo do tempo, alguns casais aceitam gradualmente a sua condição, passando desta forma para o último estágio do modelo de Klüber-Ross, a aceitação, que possibilita uma abertura para outras alternativas de vida. Nesta fase o casal não elimina os sentimentos experienciados, porém, existe uma consciencialização da existência de recursos externos capazes de responder às expectativas. Neste âmbito, trata-se de um momento de importantes decisões, passando pela marcação de consultas, realização de exames aprofundados, análise dos meios financeiros e pessoais necessários e começo dos tratamentos.

Diferenças de géneros no impacto do diagnóstico

O crescente interesse pelas reacções masculinas e femininas da infertilidade permitem observar diferenças significativas de género no diagnóstico desta doença (Petok, 2006). Por ser uma condição em que os tratamentos são maioritariamente efectuados na mulher, a infertilidade masculina é demasiadamente negligenciada (Bhasin, 2004). Uma quantidade substancial de investigações demonstrou que o sujeito identificado como fonte principal da infertilidade é o que parece ter maior susceptibilidade em vivenciar o acontecimento de forma mais negativa (Glover, Abel, Gannon, 1998). Inhorn (2003)

defende que em algumas culturas as mulheres são o foco principal do tratamento, sendo o diagnóstico da infertilidade masculina socialmente inaceitável. Esta realidade é por vezes ainda constatada, algumas mulheres solicitam ao profissional de saúde a ocultação do factor masculino da infertilidade, acreditando que desta forma preservam a honra do companheiro.

Connolly, Edelman, & Cooke (1987) e Mikulincer, Horesh, Levy-Shiff, & Manovich (1998), demonstraram que os homens experienciavam níveis superiores de ansiedade, em comparação com as mulheres, aquando do diagnóstico da infertilidade masculina. Não obstante, as mulheres reportam reacções negativas gerais superiores aos homens (Fassino, Pierò, Boggio, Piccioni, & Garzaro, 2002; Wischmann, Scherg, Strowitzki, & Verres, 2009). Griel (1997) constata que as mulheres encaram a infertilidade de forma semelhante a uma situação de perda, emocionalmente devastadora, capaz de modificar permanentemente as suas vidas. Por outro lado, os homens afrontam a infertilidade como um acontecimento perturbador e negativo porém sem dramatização (Fekkes, 2003; Boivin, & Schmidt, 2005). Neste sentido várias investigações demonstraram que o género masculino tem maior capacidade de adaptação frente ao processo de tratamento, adoptando estratégias de *coping* como sejam a negação, o afastamento, e o evitamento (Petok, 2006), possivelmente utilizadas para lidar com o desafio lançado à própria masculinidade. Contudo, esta resposta à infertilidade agrava-se (tornando-a mais negativa do que a das mulheres) quando o diagnóstico da infertilidade é de origem masculina (Daniluk, 1997).

No que se refere às mulheres, o diagnóstico da doença representa um momento de grande desespero. O luto, a depressão, a raiva, o choque, a culpabilidade, a negação e a ansiedade, são as emoções frequentemente encontradas nos relatos das pacientes (Dunkel-Schetter, & Lobel, 1991). A auto-estima é comprometida na medida em que a mulher infértil sente-se incapaz de alcançar o que as outras podem ter com uma aparente facilidade (Daniluk, 1997), questionando desta forma o seu papel enquanto mulher. Ademais, as crenças associadas à concepção e ao parto ultrapassam por vezes o domínio social,

tornando-se um ritual de desvinculação (com a própria mãe) e de passagem para a confirmação do papel de mulher. Raphael-Lef (2005) defende que a intensidade pela qual o casal e/ou os indivíduos reagem ao anúncio do diagnóstico é determinada pelo investimento efectuado nas suas próprias identidades de género.

II-2) IMPACTO DA INFERTILIDADE AO NÍVEL PSICO-EMOCIONAL

Nesta crise evolutiva, sabe-se que o casal é submetido a uma considerável quantidade de *stress* tanto ao nível emocional como ao nível psicológico. Cada teste, procedimento e/ou intervenção gera um sentimento de esperança que pode resultar em sensações de perda e de fracasso pessoal (Sultan, 2009). Neste sentido, encontra-se na literatura britânica, a expressão *carrossel emocional*, que descreve a coexistência de picos de esperança e de desapontamento (Delgado 2007). Esta variação emocional aparenta ser ainda mais intensa quando o tratamento se torna demoroso. Verhaak, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaimaat, & Braat, (2007), constataram que a maioria das mulheres da amostra desenvolvem problemas emocionais significativos como resultado de insucessos repetitivos de tratamento.

As consequências emocionais dos insucessos são de tal forma perturbadoras que 20 anos após a realização das intervenções, algumas mulheres ainda se recordam claramente da experiência do que é ser uma paciente infértil (Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad, & Lalos (2007). Ademais, Möller, & Fällström (1991) acompanhou durante dois anos casais inférteis e revelou que ambos os gêneros admitem sofrer de sérios problemas emocionais, necessitando de intervenção, após dois anos de tratamento. Estes resultados demonstram o quanto esta doença é sentida ao nível subjectivo.

A questão da maternidade e da paternidade pertence à cadeia simbólica constitutiva da própria identidade do sujeito (Farinati, Rigoni, & Müller, 2006). Desde o momento que nasce o indivíduo está condicionado aos desejos (conscientes e inconscientes) da parentalidade. A abordagem psicanalítica de Freud (1961) admite que o desejo de concepção remete para motivações inconscientes e multifacetadas como sejam, tornar-se um adulto “completo”; enganar a morte; comprovar a sua fertilidade; o desejo de realização das crenças parentais internalizadas; e resolver acontecimentos de uma infância sofrida (Raphael-Leff, 2005). Assim, a concepção transcende o domínio biológico, vinculando-se numa trama simbólica referente a um lugar no mundo. Desta forma, a infertilidade é

considerada uma ameaça à própria identidade e mais especificamente à identidade sexual (Girard-Strohbach, 2007). Por esta razão McDaniel, Hepworth, & Loherty (1992), defendem que os sujeitos inférteis devem proceder a uma redefinição das suas identidades como indivíduos e como casal.

As Consequências psicoemocionais frequentemente encontradas em ambos os sexos, durante as fases de tratamento, são: a tristeza, a depressão, a raiva, a frustração, a culpa, a angústia, a diminuição da auto-estima, a fadiga e o *stress* (Boivin, & Takefman, 1995; Melo, Faria, & Leal, 2006). Os insucessos consecutivos dos procedimentos clínicos realçam estes factores e reduzem cada vez mais a esperança de concretização de um sonho. O relacionamento do casal sofre destas consequências podendo levar a uma perda da auto-estima e consequentemente à depressão (Möller, 2001). Leiblum (1997) demonstrou que em 200 casais inférteis, 48% das mulheres e 15% dos homens consideram a infertilidade como a pior experiência das suas vidas. Ademais 63% das mulheres e 37% dos homens sentem-se frustrados, desesperados e depressivos.

Ao nível cognitivo, a emergência de crenças e pensamentos automáticos disfuncionais, como seja “ter um filho para ser feliz” ou “ter um filho para ter uma vida completa”, é frequentemente encontrado nos casais inférteis (Fekkes et al, 2003). Estas cognições irracionais contribuem para um decréscimo da qualidade de vida (*idem*).

Relativamente às estratégias de *coping* utilizadas para lidar com a infertilidade e os seus procedimentos clínicos, Peterson, Newton, Rosen, & Skaggs (2006) relataram que as mulheres parecem utilizar todos os mecanismos necessários para lidar com as emoções negativas suscitadas pela situação da infertilidade. A estratégia de evitamento parece ser a mais utilizada por ambos os sexos (Stanton, 1991; Terry, & Hynes, 1998). Em consequência, os casais evitam estar na presença de mulheres grávidas, resguardam os seus sentimentos relativamente à infertilidade e transferem as suas atenções para outras actividades como o trabalho, no intuito de desligar as suas mentes perante a realidade (Peterson, Pirritano, Christensen, Boivin, Block, & Schmidt, 2009). Este silenciamento do problema pode provocar a longo prazo uma insatisfação ao nível do relacionamento marital

(Gottman, 1993). Contudo foi demonstrado que as mulheres possuem um papel mais activo na procura de informação e de apoio, provavelmente devido à maior importância dada à parentalidade (Lampic, Svanberg, Karlström, Tydén, 2006).

III-3) IMPACTO DA INFERTILIDADE E DOS TRATAMENTOS AO NÍVEL SEXUAL

De um ponto de vista fisiológico, a prática sexual desempenha um papel importante na sensação de bem-estar. A conhecida libertação de endorfinas, hormonas do prazer, no sangue aquando da prática sexual, oferece ao casal uma sensação de relaxamento e de satisfação (Antonov, 2008). Ao nível psicológico, a satisfação sexual fomenta uma forte relação entre os membros do casal, assim, quanto maior é a satisfação sexual, maior o grau de intimidade e de cumplicidade (Haning, O’Keefe, Randall, Kommor, Baker & Wilson, 2007).

Nos casais inférteis os insucessos consecutivos da concepção reflectem-se nos comportamentos sexuais (Pechorro, Diniz & Viera, 2009). O que inicialmente era considerada uma fase de excitação e completude sexual esbate-se em momentos de angústia e de insatisfação. No decorrer de um tratamento para a infertilidade, a natureza das relações mudam inevitavelmente, a inclusão de uma terceira parte, a equipa médica, na dimensão mais íntima do casal provoca uma destabilização evidente. As medições consecutivas, os exames repetitivos, a espera de um resultado, tornam-se factores “anti-desejo” no casal. Van Balen, & Trimbos-Kemper (1995) comprovaram que os casais inférteis em tratamento restringem os seus comportamentos sexuais à procriação. O desejo de ter um filho é substituído por uma obrigatoriedade latente de ser um casal “grávido”.

Numa investigação conduzida por Leiblum, Aviv, & Hamer (1998), 58% das mulheres referiram um impacto negativo da infertilidade nas relações maritais e sexuais. Palacios E., Jadresic, Palacios F., Miranda, & Domínguez (2002) mostraram que os casais se sentiam mais afectados pela infertilidade na relação sexual do que no relacionamento conjugal. Por sua vez Writberg, Möller, Hogström, Tronstad, & Lalos (2007) comprovaram uma influência negativa da infertilidade e do tratamento no desejo sexual e na vida sexual do casal. Mais recentemente, Elia, Delfino, Imbrogno, & Mazzilli (2010) salientaram que o

diagnóstico da infertilidade representa um momento de grande ansiedade, contribuindo para uma redução do prazer sexual.

É sabido que a sexualidade e a reprodução representam conceitos distintos, porém, no campo da medicina, revelam-se unidades dificilmente divisíveis ao nível subjectivo (Haynes & Miller, 2005). Nesta ligação fusional a sexualidade é encarada com um meio para se atingir um objectivo: a fecundação, em detrimento da sua premissa actual dirigida para o prazer e para a criatividade. Assiste-se desta forma, a um retrocesso na história da sexualidade, transformando-se de novo num processo mecanicista, influenciado pela precisão da medicina, pela motivação e desejo de ter um filho e pela vontade inconsciente de demonstrar a sua potencial fertilidade (Leiblum, 1997). O reforço desta interpretação primitiva da sexualidade é claramente associada à técnica das relações sexuais programadas. Lalos A., Lalos O., Jacobsson, & Von Schoultz (1985) confirmaram os efeitos negativos deste planeamento na vida sexual do casal. Ademais, Ohl, Reder, Fernandez, Bettahar-Lebugle, Rongièrès, & Nisand (2009) defendem a existência de uma definição errónea da sexualidade por parte dos casais inférteis em tratamento. Estes autores apontam para uma necessidade de acompanhamento psicológico dos casais no decorrer do tratamento, no intuito de redefinir crenças e comportamentos desadequados.

Ademais, os efeitos secundários dos tratamentos, como sejam a fadiga, a perda de intimidade e a angústia do próprio desempenho, podem estar na origem de um decréscimo da libido (Girard-Strohbach, 2007). Desta forma os tratamentos e o stress induzido pelos mesmos podem causar ou aumentar os problemas sexuais num membro ou no casal (Möller, 2001).

De um ponto de vista endocrinológico a sexualidade representa um conjunto de alterações hormonais dependendo da fase do relacionamento amoroso em que se encontra o casal. De acordo com Girard-Strohbach (2007), na fase inicial do relacionamento, o casal sente-se apaixonado, este estado de descoberta e de excitação provoca ao nível hormonal um acréscimo da dopamina, estimulante do desejo e da resposta sexual. Ao longo do tempo, a paixão transforma-se em sentimento mais íntimo, provocando a libertação de

outra hormona, a oxitocina. Neste período amoroso, o desejo de carinho sobrepõe-se ao próprio desejo sexual. Com efeito, os membros do casal infértil que se encontram em tratamento, por estarem numa condição particular, necessitam respectivamente de uma maior escuta, partilha e carinho, contribuindo no acréscimo da produção de oxitocina, originando consequentemente uma diminuição da libido. Neste sentido, Daniluk (1988) demonstrou que a qualidade do relacionamento do casal não parece estar ameaçada aquando da realização dos tratamentos e da intrusão da equipa médica. Porém, no que se refere ao relacionamento sexual, os resultados apontam para uma saliente deterioração.

Mecanismos de alteração da sexualidade

A maior parte das investigações referem diferenças significativas entre homens e mulheres, nos mecanismos de alteração da sexualidade, causadas pela infertilidade e os tratamentos. A tabela 5 apresenta as distinções observadas de acordo com três principais áreas: a auto-estima, os sentimentos e a perturbação sexual associada.

TABELA 5: Diferenças de género nos mecanismos de alteração da sexualidade em casais inférteis

	Homens	Mulheres
Auto-estima	▪ Diminuição drástica (Abbey, Andrews, & Halman, 1992) ▪ Infertilidade encarada como ameaça à virilidade.	▪ Impacto superior à dos homens (Abey, et al, 1992)
Sentimentos / Emoções	▪ Ansiedade, inferioridade, vergonha, culpabilidade, depressão (Kraaij, Garnefski, Schroevers, 2009).	▪ Multiplicidade de sentimentos negativos expressos em consulta, de vivência superior aos homens (Kraaij et al. 2009).
Perturbação sexual	▪ Ejaculação precoce (Shindel, Nelson, Naughton, & Mulhall, 2008) ▪ Perturbação do desejo (<i>idem</i>) ▪ Perturbação da erecção (<i>idem</i>) ▪ Prevalência de inibição total (frente à ausência do desejo feminino) (<i>idem</i>)	▪ Desejo obsessional de maternidade (Boivin, 2003) ▪ Acto sexual encarado como um meio para aceder a gravidez (<i>idem</i>)

Estes mecanismos de alteração representam o produto das atribuições individuais, das causas da infertilidade, ao próprio fracasso e/ou comportamentos passados (Domar, Zuttermeister, & Friedman, 1999). A mulher pode culpabilizar-se pelo seu comportamento sexual no passado, especialmente se experienciou abortos, múltiplos parceiros, ou adultério (Griel, 1997). Neste sentido a infertilidade pode ser encarada como um castigo, aumentando consideravelmente os sentimentos de culpa e de desespero.

Como referido anteriormente, raras são as investigações que se interessaram nas consequências da infertilidade, na satisfação sexual do casal e ainda mais escassas são aquelas que se centraram nos casais em tratamento prolongado. Frequentemente as conclusões encontradas acerca destas variáveis baseiam-se maioritariamente em presunções, em detrimento de factos. Existe na literatura científica, uma certa espontaneidade em associar resultados obtidos em diferentes momentos de um tratamento (início, meio e fim) com vários ciclos de insucessos consecutivos. Acreditamos que o factor

tempo seja uma variável de extrema importância na satisfação sexual do casal infértil e que quanto maior for a duração do tratamento maior poderá ser a insatisfação sexual. Ademais, outras variáveis clínicas podem influenciar a satisfação com a sexualidade como sejam, o número de tratamentos efectuados e o tempo de infertilidade. Por outro lado, pretende-se também testar as teorias propostas acerca das elações entre a percepção do relacionamento e a apreciação da satisfação sexual, considerando como variável a duração do relacionamento.

III-4) IMPACTO AO NÍVEL RELACIONAL/ FAMILIAR

A infertilidade e o relacionamento do casal

A infertilidade é conhecida como ambivalente no que se refere ao relacionamento do casal. As pressões exercidas pela mesma podem criar um distanciamento entre os membros, ou pelo contrário, o fortalecimento da relação conjugal (Bayley, Slade, & Lashen, 2009). É sabido que um casal que partilha o *stress* físico e emocional possui um relacionamento fortalecido e mais íntimo (Leiblum, 1996; Peterson, Pirritano, Block, & Schmidt, 2011).

Quando a causa da infertilidade advém de um único parceiro, o relacionamento conjugal encontra-se sob maior tensão. O membro infértil receia o abandono por parte do outro (Sultan, 2009). Por outro lado, o indivíduo fértil pode transferir os seus sentimentos de raiva e desilusão ao cônjuge. O sentimento profundamente ancorado de não poder dar ao outro o que deseja, representa uma situação de *stress* e de frustração, o mesmo efeito tem a situação inversa, não poder obter do outro aquilo que esperamos dele(a). Desta forma, as diferenças de género na adaptação à infertilidade podem contribuir para conflitos maritais (Daniluk, 1997). Greil (1997) constatou que todas as sociedades se regem por um “decreto da maternidade”. A inexistência deste princípio no género masculino fomenta níveis superiores de ansiedade nas mulheres.

Ademais, a imprevisibilidade crónica da infertilidade requer no seio do casal constantes negociações (relativamente aos tratamentos) e comunicação. Algumas questões de ordem ética e moral podem surgir, nomeadamente no que se refere à questão dos embriões supranumerários, onde os valores e as crenças de cada um podem colidir (Leiblum, 1997).

A infertilidade e o relacionamento familiar e social

Como consequência da evolução dos costumes e comportamentos nas sociedades modernas, cada vez mais o desejo de ter um filho é adiado por várias condicionantes como

sejam, uma perspectiva de carreira para as mulheres (Christie, 1998), a aquisição de bens materiais (casa, carros, dinheiro...), e uma relativa independência familiar. Estima-se que 1 em cada 10 casais vão experienciar uma situação de infertilidade. Esta entrada para um mundo onde não se consegue ser como os outros tem tendência a provocar um isolamento. Encarar a família, amigos ou colegas de trabalho revela-se uma situação muito angustiante. Ademais Leiblum (1997) demonstrou que a discussão dos problemas de infertilidade com os familiares próximos, representa uma fonte de *stress* e desacordos para a maioria dos casais. Por outro lado, as reacções das famílias podem contribuir para as tensões ressentidas pelo par infértil (Thomsen, & Gilbert, 1998). Ambos membros do casal sentem-se desconfortáveis com comentários que pressionam a chegada de um novo elemento, as inquirições e os possíveis remédios caseiros da família (Bhatti, Fikree, Khan, 1999).

No que se refere ao nível social, é conhecido o isolamento social, voluntário, do casal (Leiblum, 1997). Porém, a existência de uma exclusão por parte dos amigos em alguns eventos sociais, com sejam festas de aniversário de uma criança, baptizados, ou festas de nascimento, começa a ser divulgada (Woods, Olshansky, & Draye, 1991). Por serem inférteis acredita-se que o casal não tem interesse algum para estes acontecimentos (Paulson, & Sauer, 1991).

Ademais, a dificuldade em organizar um horário dentro do tempo de trabalho para os tratamentos, pode influenciar negativamente a relação com os superiores hierárquicos e com os colegas de trabalho (Sultan, 2009). A própria capacidade laboral encontra-se comprometida, observando-se uma diminuição de concentração e de precisão laboral (Palacios et al. 2002).

A infertilidade representa uma doença que influi em todos os sistemas de interacções do casal. Inicialmente de ordem íntima, rapidamente acarreta consequências na família, nos amigos, nos colegas de trabalho, para seguir num nível superior que é a própria sociedade com a sua cultura e a sua religião. Desta forma, todo este conjunto de redes vai influenciar a percepção da infertilidade do núcleo original que é o casal.

Podendo ser considerado paradoxal, o apoio social é de extrema importância para o casal infértil (Singh, 1996). Apesar do par considerar que esta situação é puramente de ordem privada, entre marido e mulher, foi amplamente demonstrado que as reacções da família e dos amigos são susceptíveis de afectar a forma de lidar com o diagnóstico e mais tarde com os tratamentos (Miall, 1994; Maillet, 2002; Chang, & Mu, 2008). Dyers, Abrahams, Hoffman, & Van der Spuy, (2002), relatam que nas sociedades africanas a infertilidade representa uma perturbação social, onde as tribos se juntam para apoiar o casal preocupado.

Numa investigação relativa ao apoio social dos casais inférteis, Whiteford & Gonzalez (1995) demonstraram que a maioria das mulheres da amostra admitiam possuir um apoio social, porém o relacionamento com este apoio é simultaneamente considerado precursor de *stress*. Ademais, quando questionados acerca da escolha da revelação da infertilidade aos amigos e familiares, a maioria dos homens e das mulheres escolheriam não fazê-lo (Greil, 1997). Estes resultados apontam claramente para uma deficiência no apoio social dos casais. De acordo com Greil durante vários anos considerou-se o sofrimento psicológico como consequência da infertilidade e nunca como condição social. Torna-se desta forma necessário prevenir e promover uma influência social positiva, de verdadeiro apoio, isento de julgamento, de condenação, e de exclusão. Para este efeito a divulgação de mais informação acerca da temática pode representar um primeiro passo na desmistificação desta doença.

III-5) IMPACTO AO NÍVEL DA QUALIDADE DE VIDA

Como referido anteriormente, a qualidade de vida remete para um conjunto complexo de diversas áreas da vida do indivíduo. De acordo com Faria (2001), a vivência da infertilidade é diferente de pessoa para pessoa, variando em função do sexo, da idade, da cultura, da história pessoal e familiar e da importância que se atribui ao desejo de ter um filho. Desta forma o impacto da infertilidade deve ser entendido dentro de um enquadramento que compreende as dimensões social, histórica (pessoal), económica, política e cultural (Delgado, 2007).

O estudo da qualidade de vida dos casais inférteis tem vindo a suscitar um vasto interesse nomeadamente na prestação de serviços e nas políticas sociais (Hunt, 1997; Wiklund, 2004). Impulsionando desta forma uma compreensão global do conceito. A importância reconhecida da condição clínica da infertilidade (para além da sintomatologia) permite enfatizar os aspectos psicológicos deste problema de saúde (Berlim & Fleck, 2003; Higginson & Carr, 2001). De acordo com Katsching (2006), o conceito de qualidade de vida tem vindo a substituir o modelo biopsicossocial da doença, demonstrando a fragilidade do paradigma biomédico. Neste sentido, Hahn, Cella, Chassany, Fairclough, Wong, & Hays (2007) defendem uma rotina de avaliação da qualidade de vida, mediante questionários válidos e entrevistas semi-estruturadas, dos casais inférteis na prática clínica.

Chachamovich et al. (2009) apontam para diferenças entre géneros nos domínios psicológico e no relacionamento social. Os homens demonstram um funcionamento psicológico mais adequado em comparação às parceiras, porém, o relacionamento social encontra-se mais operante nas mulheres. Em conclusão os autores sugerem que a qualidade de vida não difere significativamente entre os membros do casal.

Inicialmente considerada essencial na compreensão do impacto de uma conjuntura específica de doença, a avaliação da qualidade de vida assumiu um papel fundamental em condições mais complexas como seja a infertilidade (Chachamovich, J., Chachamovich, E., Zachia, Knauth, & Passos, 2007). Desde 1964 o *boom* de investigações acerca deste

conceito favoreceu a sua compreensão e importância relativamente à forma de entender e avaliar a satisfação com a própria vida. O grau de complexidade observado na conceptualização da qualidade de vida, reduz frequentemente o rigor científico encontrado em algumas investigações. De facto, Gill & Feinstein (1994) demonstraram carências na sua definição assim como na justificação da escolha do instrumento de avaliação. Ademais, a existência de uma grande variedade de instrumentos impede uma comparação dos resultados entre investigações.

III-6) SÍNTESE

Os estudos referentes à infertilidade encontram-se em constante crescimento, permitindo demonstrar o quão perturbador é a experiência de não poder ter um filho de forma “natural”. Esta situação acarreta sérios problemas psicológicos, emocionais, físicos, e relacionais. Até ao momento, subsiste um desconhecimento acerca do impacto da infertilidade na satisfação sexual e na qualidade de vida dos casais inférteis em tratamento prolongado. Neste sentido, este trabalho pretende ser uma reflexão, assim como um acrescento ao árduo esforço empreendido por muitos nesta área de investigação, sendo que pretendemos analisar de que forma a infertilidade influencia a qualidade de vida e a satisfação sexual do casal infértil em tratamento prolongado.

SEGUNDA PARTE

DESENVOLVIMENTO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV

MATERIAL E MÉTODOS

CAPÍTULO IV – MATERIAL E MÉTODOS

Esta investigação pretende fundamentalmente analisar o impacto da infertilidade na qualidade de vida e satisfação sexual dos casais inférteis que se encontram em tratamento prolongado. De facto, o conhecimento acerca desta temática demonstra ser escasso, apesar de alguns estudos epidemiológicos defenderem um impacto negativo da infertilidade na vida das pessoas, outras investigações permanecem contraditórias.

Ao longo do período de investigação, a infertilidade foi algumas vezes alvo de interesse por parte da comunicação social, fomentando desta forma algum conhecimento e/ou prevenção no que concerne a este estado de saúde. Neste contexto, as consultas de infertilidade continuam a crescer, porém, o receio e até a negação de exposição e participação nesta investigação salienta a visível dificuldade de aceitação social da infertilidade.

O presente estudo é predominantemente quantitativo e de tipo descritivo e transversal na medida em que são identificadas as variáveis e experimentadas as correlações entre as mesmas e recolhidos os dados num determinado período de tempo (Lakatos & Marconi, 1985).

IV-1) OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

No intuito de desenvolver uma reflexão teórica acerca desta temática, propõem-se os seguintes objectivos:

- 1) Analisar a qualidade de vida e a satisfação sexual do casal infértil em tratamento prolongado.
- 2) Identificar como se relaciona a satisfação sexual do casal com algumas variáveis clínicas, como sejam, o tempo em tratamento, o tempo de infertilidade, o número de tratamentos, e o tempo de relacionamento com o(a) parceiro(a).
- 3) Verificar como se relaciona a qualidade de vida do casal infértil com as variáveis clínicas referidas anteriormente.

IV-2) HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

As hipóteses de investigação são ordenadas de acordo com os objectivos estipulados acima.

Objectivo 1

- H1: A satisfação sexual correlaciona-se com a qualidade de vida.

Objectivo 2

- H2: O tempo de infertilidade influencia negativamente a percepção de satisfação sexual.
- H3: O número de tratamentos efectuados influencia significativamente a satisfação sexual, pelo que quanto maior forem as tentativas de tratamento, menor é a percepção da satisfação sexual.
- H4: O tempo em tratamento influencia significativamente a percepção da satisfação sexual.
- H5: A duração do relacionamento influencia positivamente a percepção da satisfação sexual.

Objectivo 3

- H6: O tempo de infertilidade correlaciona-se negativamente com a percepção da qualidade de vida.
- H7: O número de tratamentos efectuados influencia significativamente a percepção da qualidade de vida, pelo que quanto maior for o número tratamentos, menor é a percepção da qualidade de vida.
- H8: O tempo em tratamento influencia significativamente a percepção da qualidade de vida.
- H9: A duração do relacionamento influencia positivamente a percepção da qualidade de vida.

IV-3) DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

No intuito de descrever as variáveis que vão ser utilizadas na investigação, segue para cada hipótese estipulada, a descrição pormenorizada das suas respectivas variáveis, classificadas de acordo com dois critérios, a sua natureza (quantitativa, ordinal ou nominal) e a sua tipologia (dependente ou independente), é também especificado o tipo de teste estatístico a ser utilizado. Ademais, e com o objectivo de controlar as variáveis estranhas, pretende-se realizar uma regressão linear.

❖ H1

- *Satisfação sexual*: variável dependente, quantitativa contínua
- *Qualidade de vida*: variável independente, quantitativa contínua
- Teste estatístico: correlação de Spearman

❖ H2

- *Tempo de infertilidade*: variável independente, quantitativa contínua
- *Satisfação Sexual*: variável dependente, quantitativa contínua
- Teste estatístico: correlação de Spearman

❖ H3

- *Número de tratamentos efectuados*: variável independente, quantitativa discreta
- *Satisfação sexual*: variável dependente, quantitativa contínua
- Teste estatístico: correlação de Spearman

❖ H4

- *Tempo em tratamento*: variável independente, quantitativa contínua
- *Satisfação Sexual*: variável dependente, quantitativa contínua
- Teste estatístico: correlação de Spearman

❖ H5

- *Duração do relacionamento*: variável independente, quantitativa contínua
- *Satisfação sexual*: variável dependente, quantitativa contínua
- Teste estatístico: correlação de Spearman

❖ H6

- *Tempo de infertilidade*: variável independente, quantitativa contínua
- *Qualidade de vida*: variável dependente, quantitativa contínua
- Teste estatístico: correlação de Spearman

❖ H7

- *Número de tratamentos efetuados*: Variável independente, quantitativa discreta
- *Qualidade de vida*: Variável dependente, quantitativa contínua
- Teste estatístico: correlação de Spearman

❖ H8

- *Tempo em tratamento*: variável independente, quantitativa contínua
- *Qualidade de vida*: variável dependente, quantitativa contínua
- Teste estatístico: correlação de Spearman

❖ H9

- *Duração do relacionamento*: variável independente, quantitativa contínua
- *Qualidade de vida*: variável dependente, quantitativa contínua
- Teste estatístico: correlação de Spearman

IV -4) DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Nesta investigação foram utilizados três instrumentos: um questionário sociodemográfico, o Índice de Satisfação Sexual (Hudson, 1973 adaptado por Cardoso, & Soares, 1994), e o FertiQol International (Boivin, et al. 2008).

IV- 4 – 1) Questionário sociodemográfico

Este questionário permitiu recolher alguma informação sociodemográfica relativa a cada um dos membros do casal. As variáveis utilizadas no âmbito desta investigação dizem respeito à idade, ao género, ao tempo de relacionamento, ao tempo de infertilidade, ao tempo de tratamento, ao número de tratamentos efectuados e a causa e/ou origem da infertilidade.

IV – 4 - 2) Índice de Satisfação Sexual (Hudson, 1973 adaptado por Cardoso, & Soares, 1994)

De acordo com Pechorro (2006), trata-se de uma curta escala que providencia uma medida da (in)satisfação sexual no seio de um relacionamento a dois, indicado para a população a partir dos 12 anos de idade. Constituído por 25 itens, este instrumento de auto-avaliação possui uma linguagem cuidada para não se tornar ofensivo ou invasivo nos direitos de privacidade dos respondentes (Maia & Pessoa, 2009).

Para cada um dos itens que compõe a escala, os indivíduos devem escolher o seu grau de acordo / desacordo para cada afirmação, numa escala de tipo *likert*, com 7 opções de respostas (1.Raramente ou nunca até 7. Habitualmente ou sempre).

A cotação do ISS é realizado mediante uma fórmula específica, permitindo obter pontuações finais que variam de 0 a 100, sendo que quanto mais próximo do valor máximo, maior é o grau de insatisfação sexual. O ponto de corte clínico situa-se no valor 30, em que uma pontuação superior ou igual, representa uma disfunção sexual com necessidade de apoio psicológico (Hudson, Harrison, & Crosscup, 1981). Ademais, uma pontuação

superior a 70 demonstra uma experiência de *stress* severa (Maia & Pessoa, 2009), com clara possibilidade de existência de violência (Pechorro, 2006).

No que se refere aos coeficientes alfa, estes apresentam-se com valores satisfatórios e acima dos .70, limiar crítico estabelecido na literatura (Gonçalves, Simões, Almeida & Machado, 2006). A versão original de Hudson apresenta um alfa de cronbach de .92 o que indica uma boa consistência interna. Ademais, a versão portuguesa deste questionário ostenta um valor de .95 (Pechorro, 2006).

A escolha deste instrumento justifica-se pelas suas boas propriedades psicométricas, por ser um questionário de auto-avaliação relativamente de fácil preenchimento, e por avaliar o grau de satisfação sexual de acordo com a percepção de cada indivíduo.

IV -4-3) FertiQol International (Boivin, et al. 2008)

O FertiQol tem como objectivo medir a percepção global de bem-estar de um indivíduo que se encontra num contexto de infertilidade. Este instrumento de auto-avaliação é constituído por 36 itens, incluindo 2 nos quais podem ser obtidas avaliações subjectivas da satisfação com a qualidade de vida e com a saúde física de forma geral.

O Fertility Quality of Life divide-se em duas partes, uma primeira referente às dimensões que compõem a qualidade de vida, como sejam os níveis, emocional, corpo/mente, relacional e social, denominada por FertiQol *Core*. A segunda parte é opcional e relativa ao tratamento, a sua tolerância e o seu contexto de desenvolvimento (FertiQol tratamento).

No que se refere às dimensões relativas à qualidade de vida, estas variam dentro de duas perspectivas, uma pessoal e outra interpessoal. A dimensão pessoal da qualidade de vida remete para 12 itens, que procuram avaliar o impacto da infertilidade ao nível emocional e do corpo/mente.

A subescala emocional pretende determinar o grau de vivência de sintomas emocionais negativos comunmente associados à experiência da infertilidade, como sejam a tristeza, a depressão, a inveja e o ressentimento (Boivin et al. 2008). Por outro lado, a

subescala corpo/mente focaliza-se na avaliação das vivências físicas negativas (dores, fadiga, entre outros) e disfunções cognitivas e/ou comportamentais (como sejam, falta de concentração, comprometimento das actividades diárias).

O domínio interpessoal é também constituído por 12 itens, tendo como objectivo principal a avaliação do impacto dos problemas de fertilidade nos domínios relacional e social. A subescala relacional interessa-se no grau de comprometimento das componentes relativas a relação marital / conjugal (como sejam, a sexualidade, a comunicação, o compromisso). Por sua vez, a subescala social centra-se na avaliação do impacto da infertilidade na interacção relação social (isto é, inclusão social, expectativas, estigma, suporte).

A segunda parte do questionário, relativa ao tratamento é constituída por 10 itens que permitem avaliar a qualidade de vida durante o mesmo. A subescala contexto de desenvolvimento concede uma perspectiva de avaliação da acessibilidade e da qualidade dos tratamentos assim como da interacção com a equipa clínica. A subescala tolerância do tratamento remete para a experiência mental e física assim como para as suas problemáticas no quotidiano dos sujeitos inférteis.

Os 36 itens são cotados de acordo com 5 categorias de respostas, enquadradas num intervalo de valores variando entre 0 e 4. Neste sentido quanto maior forem as pontuações maior será a percepção da qualidade de vida.

No que se refere às propriedades psicométricas do FertiQol estas apresentam uma boa consistência interna na medida em que os alfa de Cronbach (para todas as subescalas) variam num intervalo com um mínimo de .72 e um máximo de .92.

No que se refere à justificação da escolha do FertiQol, acredita-se que se trata de um instrumento essencial na medição da qualidade de vida da população com problemas de fertilidade. As suas propriedades psicométricas são significativamente seguras e parece ser um bom instrumento de avaliação das várias áreas constituintes da qualidade de vida. Ademais, a avaliação da percepção da qualidade dos tratamentos torna-se uma mais valia,

na medida em que pode fomentar por parte da equipa clínica uma (re)adaptação às condições do tratamento.

IV-5) PROCEDIMENTO

A recolha dos dados é obtida pela planificação e enquadramento do procedimento. Várias etapas foram necessárias para fomentar a participação da população infértil em tratamento prolongado. Seguem a descrição destes vários momentos.

- 1) Inicialmente foi realizada uma listagem dos centros de procriação medicamente assistida no Distrito de Coimbra. Com esta opção era pretendido obter uma amostra heterogénea e com distintas histórias de tratamento.
- 2) Foi solicitado autorização para a realização do estudo através de um pedido formal, dirigidas aos conselhos de administração de cada uma das instituições visadas. Neste pedido, constava a explicação da natureza do estudo, os seus objectivos e metodologia e assegurado o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados. Dos três centros identificados como centros de procriação medicamente assistida, um aceitou o pedido de investigação, outro recusou e o último não deu qualquer resposta. Neste sentido os instrumentos foram administrados na Ferticentro, centro de Estudos de Fertilidade, em Coimbra, sob a direcção da Professora Doutora Isabel Torgal. Após uma breve apresentação dos objectivos da investigação e assegurada a confidencialidade dos resultados, foi solicitada a colaboração dos casais. Uma grande maioria recusou. Deixando transparecer o medo de exposição e de intromissão na vida privada.
- 3) Com o intuito de obter uma participação mais activa dos sujeitos e tentando minimizar o receio da exposição, disponibilizou-se, com a ajuda da empresa *Tecnisign* e do Senhor Engenheiro Pedro Soares, o instrumento em formato *online*. Porém, nesta vertente, só poderia ser avaliada a percepção de um único membro do casal, na medida em que por questões éticas, a confidencialidade dos dados pessoais não poderia ser divulgada.

- 4) Promoveu-se nas redes de comunicação e em fóruns especializados nesta temática o propósito desta investigação. Ademais, foi difundida a possibilidade de enviar os questionários por correio sem qualquer custo para o casal.
- 5) O apelo à participação desenvolveu-se num período de 5 meses. Tempo após o qual se recolheram os dados para tratamento estático.

Toda a informação recolhida foi inserida numa base de dados e processada estatisticamente no programa SPSS – *Statistical Package for the Social Science* na sua versão 17.0 para Windows.

IV-6) AMOSTRA

Os participantes foram recrutados de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Casais ou membros de casais diagnosticados como inférteis
- Envolvimento prolongado num processo de tratamento para a infertilidade, de duração superior ou igual a um ano.

Neste sentido, a amostra é constituída por 86 indivíduos diagnosticados inférteis e 13 casais identificados. No que diz respeito ao tipo de amostragem, trata-se de uma amostra não-probabilística de conveniência, na medida em que é composta por sujeitos facilmente acessíveis (Gomez, Flores, & Jiménez, 1996).

IV-6-1) Descrição da amostra na perspectiva individual

Dos 86 participantes (N=86), 18 são do sexo masculino (equivalendo a 20,9% da amostra) e 68 são do sexo feminino (79,1%).

TABELA 6: Distribuição dos participantes em função da idade

Idade Género	N	Média	Desvio-Padrão	Intervalo de Idade (Anos)
Masculino	18	36,28	5,665	27-46
Feminino	68	33,68	4,376	24-44
Total	86	34,22	4,759	

Conforme se pode verificar na tabela 6, a média de idade para o género masculino é de 36,28 anos e para o género feminino de 33,68 anos, sendo a média de idade da amostra total de 34,22 anos.

TABELA 7: Distribuição dos participantes em função da escolaridade

		Sexo (N)		Total (N)	Percentagem Total (%)
		Masculino	Feminino		
Habilitação Literária	4º Classe	0	1	1	1,2
	9º Ano	3	5	8	9,3
	12º Ano	5	22	27	31,4
	Licenciatura	9	33	42	48,8
	Mestrado	1	5	6	7,0
	Doutoramento	0	1	1	1,2
	Outros	0	1	1	1,2
Total		18	68	86	100

Relativamente às habilitações literárias, destaca-se que 48,8% dos sujeitos da amostra possuem uma licenciatura e que 1,2% da amostra possuem a 4º classe.

IV-6-2) Descrição da Amostra na perspectiva do casal

TABELA 8: Distribuição dos casais em função da idade

Idade Gênero	Média	N	Desvio-Padrão	Intervalo de idade
				(anos)
Masculino	35,08	13	5,251	27-43
Feminino	35,15	13	4,059	29-40
Total	35,12	26	4,598	

No que diz respeito aos casais, a média de idade é de 35,12 anos, sendo este valor praticamente equivalente em ambos os gêneros.

TABELA 9: Descrição dos casais em função da escolaridade

		Sexo (N)		Total (N)	Percentagem Total (%)
		Masculino	Feminino		
Habilitação	9º Ano	3	2	5	19,2
Literária	12º Ano	4	3	7	26,9
	Licenciatura	5	6	11	42,3
	Mestrado	1	2	3	11,5
Total		13	13	26	100

Quanto à escolaridade dos casais, a licenciatura permanece como sendo o nível de habilitação literária mais frequente, colocando nesta situação 42,3% da amostra dos casais.

CAPÍTULO V

RESULTADOS, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

CAPÍTULO V – RESULTADOS, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

V-1) ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS

V-1-1) Questionário sociodemográfico

a) *Amostra participantes individuais*

TABELA 10: Análise Descritiva dos resultados relativos às variáveis de ordem pessoal

Variáveis Sociodemográficas	Respostas	N	Frequências (%)
Cidade onde vive	Região Norte	19	22,1
	Região Centro	61	70,9
	Região Sul	6	7,0
Pratica Alguma Religião?	Sim	38	44,2
	Não	48	55,8
Tempo Relacionamento com o(a) Parceiro(a) actual	1-5 Anos	13	15,1
	6-10 Anos	32	37,2
	11-15 Anos	22	25,6
	16-20 Anos	16	18,6
	21-25 Anos	3	3,5
A Comunicação com o(a) Parceiro(a) é...	Igual	52	60,5
	Melhor	26	30,2
	Pior	8	9,3
A sua relação é ...	Igual	48	55,8
	Melhor	21	24,4
	Pior	17	19,8

Observando a tabela 10, a maior parte da amostra, 70,9%, provém de cidades pertencentes à região Centro. Além do mais, 55,8% admite praticar alguma religião.

No que diz respeito à auto-avaliação da própria relação com o(a) parceiro(a) desde o momento em que o diagnóstico da infertilidade foi conhecido, 60,5% e 55,8% da amostra refere possuir, respectivamente, uma comunicação e uma relação semelhante ao período anterior ao diagnóstico.

TABELA 11: Descrição dos resultados obtidos nas variáveis referentes aos aspectos da infertilidade

Variáveis sociodemográficas	Respostas	N	Frequência (%)
Tempo de Infertilidade	1-5 Anos	49	57,0
	6-10 Anos	29	33,7
	11-15 Anos	7	8,1
	16-20 Anos	1	1,2
Tempo em Tratamento	1-5 Anos	68	79,1
	6-10 Anos	16	18,6
	11-15 Anos	2	2,3
Número de tratamentos efectuados	1-5	64	74,4
	6-10	14	16,3
	11-15	5	5,8
	16-20	0	0
	21-25	3	3,5
Quem possui o problema da infertilidade?	Homem	20	23,3
	Mulher	34	39,5
	Ambos	20	23,3
	Causa Desconhecida	11	12,8
	Não sabemos	1	1,2

Relativamente aos aspectos da infertilidade, 57% da amostra relata ser infértil num período inferior ou igual a 5 anos. Enquanto 9,3% encontra-se num período compreendido entre os 11 e 20 anos.

A maioria da amostra, 79,1%, refere estar submetida a uma duração de tratamento inferior ou igual a 5 anos. Ademais, 74,4% dos indivíduos referem ter efectuado entre 1 e 5 tratamentos.

O problema da infertilidade é maioritariamente de causa feminina, 39,5%. A infertilidade masculina atinge 23,3% da amostra assim como a causa de ambos os membros do casal (23,3%).

b) *Amostra dos casais*

TABELA 12: Análise Descritiva dos resultados obtidos nos casais relativos às variáveis de ordem pessoal

Variáveis Sociodemográficas	Respostas	N	Frequências (%)
Cidade onde vive	Região Norte	4	15,4
	Região Centro	20	76,9
	Região Sul	2	7,7
Pratica Alguma Religião?	Sim	14	53,8
	Não	12	46,2
Tempo Relacionamento com o(a) Parceiro(a) actual	1-5 Anos	0	0
	6-10 Anos	6	23,1
	11-15 Anos	10	38,5
	16-20 Anos	8	30,8
	21-25 Anos	2	7,7
A Comunicação com o(a) Parceiro(a) é...	Igual	18	69,2
	Melhor	5	19,2
	Pior	3	11,5
A sua relação é ...	Igual	15	57,7
	Melhor	4	15,4
	Pior	7	26,9

De acordo com a tabela 12, alguns resultados aproximam-se das observações referidas para a amostra total, sendo que 76,9% dos casais vivem na região Centro, e a prática de uma religião é recorrente em 53,8% dos casais inférteis. Ademais o diagnóstico da infertilidade não parece ter mudado a comunicação nem a percepção da relação na medida em que

69,2% e 57,7 % respectivamente, não referem mudanças. Contudo de salientar que 26,9% dos casais qualificam as suas relações como “pior”.

No que se refere ao tempo de relacionamento com o(a) parceiro(a) actual, 61,6% dos casais possui uma relação de duração inferior ou igual a 15 anos e 38,5% de duração compreendida entre os 16 e 25 anos.

TABELA 13: Descrição dos resultados obtidos nas variáveis referentes aos aspectos da infertilidade nos casais

Variáveis sociodemográficas	Respostas	N	Frequência (%)
Tempo de Infertilidade	1-5 Anos	10	38,5
	6-10 Anos	12	46,2
	11-15 Anos	4	15,4
Tempo em Tratamento	1-5 Anos	16	61,5
	6-10 Anos	8	30,8
	11-15 Anos	2	7,7
Número de tratamentos efectuados	1-5	10	38,5
	6-10	10	38,5
	11-15	4	15,4
	16-20	0	0
	21-25	2	7,7
Quem possui o problema da infertilidade?	Homem	8	30,8
	Mulher	12	46,2
	Ambos	4	15,4
	Causa Desconhecida	2	7,7
	Não sabemos	0	0

Para 84,7% dos casais, o tempo de infertilidade conhecido, é inferior ou igual a 10 anos. No que se refere ao tempo em tratamento, 61,5% encontram-se em procedimento terapêutico num período compreendido entre 1 e 5 anos, ademais, 30,8% dos casais estão a ser submetidos a procedimentos há pelo menos 10 anos.

A causa da infertilidade é das mulheres para 46,2% dos casais. A segunda principal causa é dos homens com 30,8% e de seguida de ambos com 15,4% dos casais.

V-1-2) Análise descritiva do ISS

a) Amostra participantes individuais

TABELA 14: Análise descritiva dos resultados obtidos no ISS

	N	Mínimo	Máximo	Média	Variância	Desvio-Padrão
ISS	86	0,00	56,00	29,1047	227,248	15,07474

A análise descritiva dos resultados do ISS demonstra que a pontuação média obtida para este instrumento é de 29,10, valor que se situa ligeiramente abaixo do valor de corte clínico (30). Contudo, a sua aproximação remete para possíveis dificuldades sexuais em alguns membros da amostra, notando que o valor máximo encontrado é de 56, valor acima da média estipulada pela própria escala.

b) Amostra dos casais

TABELA 15: Análise descritiva dos resultados obtidos no ISS nos casais

	N	Mínimo	Máximo	Média	Variância	Desvio- Padrão
ISS	26	13,00	56,00	40,3462	168,155	12,96747

No que diz respeito aos casais inférteis, os resultados obtidos no ISS sugerem problemas e disfunções sexuais, na medida em que a média ultrapassa o ponto de corte clínico.

V-1-3) Análise descritiva do FertiQol

a) Amostra participantes individuais

TABELA 16: Estatística descritiva dos resultados obtidos por subescalas do FertiQol

Subescalas do FertiQol	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão	Variância
Emocional	86	16,67	100,00	46,9961	17,34703	300,920
Corpo/Mente	86	8,33	100,00	50,1453	21,22136	450,346
Relacional	86	25,00	100,00	68,4109	18,56213	344,553
Social	86	8,33	100,00	58,7694	18,64518	347,643
Tratamento contexto	86	4,17	100,00	58,2849	19,84925	393,993
Tratamento tolerabilidade	86	12,50	100,00	57,8488	19,62858	385,281

A análise descritiva dos resultados nas subescalas do fertiQol, mostra que a subescala emocional possui uma média de 46,99 pontos, resultado abaixo da média desta mesma subescala, demonstrando desta forma, uma certa dificuldade emocional no contexto da infertilidade. Por outro lado, as restantes dimensões parecem estar acima da média de referência para cada subescala com particular relevo à dimensão relacional, atestando uma boa adaptação relacional perante o processo de infertilidade (68,41 pontos).

TABELA 17: Análise descritiva das pontuações totais obtidas no FertiQol

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão	Variância
FertiQol <i>Treatment</i>	86	15,00	100,00	58,1105	15,86216	251,608
FertiQol <i>core</i>	86	29,17	98,96	56,0804	14,10260	198,883
FertiQol Total	86	31,62	99,26	56,6775	12,90496	166,538

No que diz respeito à média de pontuação total, observa-se um resultado ligeiramente acima da média estabelecida pelos autores, indicando uma certa percepção positiva da qualidade de vida dos indivíduos da amostra. Este resultado é corroborado pela pontuação média FertiQol *core* com 56,08 pontos e FertiQol *treatment* com 58,11 pontos.

b) Amostra dos casais**TABELA 18:** Estatística descritiva dos resultados obtidos por subescalas do FertiQol nos casais

Subescalas do FertiQol	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão	Variância
Emocional	26	33,33	100,00	54,4872	17,55638	308,226
Corpo/Mente	26	29,17	100,00	54,8077	20,12780	405,128
Relacional	26	33,33	95,83	57,6923	17,78312	316,239
Social	26	33,33	100,00	56,8910	16,07026	258,253
Tratamento contexto	26	29,17	70,83	51,6026	11,24703	126,496
Tratamento tolerabilidade	26	18,75	81,25	53,3654	13,83279	191,346

No que concerne às pontuações obtidas nas subescalas do fertiQol nos casais, notam-se pontuações médias próximas dos valores médios estabelecidos. Estes resultados demonstram uma certa percepção positiva da qualidade de vida global por parte dos casais. A média de pontuação mais alta obtida diz respeito à subescala relacional (57,69). Pelo contrário a média mais baixa refere-se à subescala contexto de tratamento com 51,60 pontos.

TABELA 19: Análise descritiva das pontuações totais obtidas no fertiQol nos casais

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão	Variância
FetiQol <i>Treatment</i>	26	30,00	75,00	52,3077	11,20096	125,462
FertiQol <i>core</i>	26	36,46	92,71	55,9696	14,39931	207,340
FertiQol Total	26	41,18	87,50	54,8925	12,58697	158,432

As pontuações médias totais remetem para valores acima da média estipulada pelo próprio questionário. O valor mais baixo encontrado no FertiQol total (54,89) poderá ter sido influenciado por uma percepção reservada dos tratamentos em que os sujeitos atribuíram pontuações mais baixas nesta dimensão. Contudo, de salientar que as médias

encontradas estão contíguas à média da própria escala, deixando assim transparecer uma avaliação positiva pouco conclusiva.

V-2) ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS

Com o intuito de testar a normalidade da amostra e averiguar os testes mais adequados a aplicar (paramétricos / não paramétricos) no tratamento estatístico dos dados, foi usado o teste da normalidade Kolmogorov-Smirnov. Os níveis de significância obtidos permitem assumir que a amostra segue uma distribuição não normal (na medida em que os níveis de significância encontram-se inferiores a 0,05). Desta forma, serão utilizados testes não paramétricos na análise dos dados, nomeadamente o teste de correlação de Spearman, com o objectivo de avaliar prováveis associações entre as variáveis; e a análise da regressão múltipla, com a finalidade de poder verificar as possíveis influências das variáveis independentes e dependentes e a intensidade das mesmas (Gomez, et al. 1996).

Neste sentido, O coeficiente ρ de Spearman representa uma medida do grau de relação linear entre duas variáveis. Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis (Hill M., & Hill, A., 2005). O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável.

V-2-1) Análise do primeiro objectivo – Testando a hipótese H1**a) Amostra participantes individuais****TABELA 20: Correlações de Spearman entre o ISS e as subescalas do FertiQol**

		ISS
FertiQol Emocional	Correlation Coefficient	-,019
	Sig. (2-tailed)	,862
FertiQol Corpo / Mente	Correlation Coefficient	-,067
	Sig. (2-tailed)	,539
FertiQol Relacional	Correlation Coefficient	-,730**
	Sig. (2-tailed)	,000
FertiQol Social	Correlation Coefficient	-,374**
	Sig. (2-tailed)	,000
Tratamento Contexto	Correlation Coefficient	-,324**
	Sig. (2-tailed)	,002
Tratamento Tolerabilidade	Correlation Coefficient	-,233*
	Sig. (2-tailed)	,031
FertiQol Total	Correlation Coefficient	-,416**
	Sig. (2-tailed)	,000

Correlação significativa para $p \leq 0,05$ *Correlação significativa para $p \leq 0,01$ **

O quadro 20 mostra-nos que a variável satisfação sexual se relaciona de forma significativa e negativamente com a subescala FertiQol Relacional ($\rho = -0,730$ para $p \leq 0,01$). Ademais são observadas correlações significativas e negativas entre o ISS e as subescalas Social ($\rho = -0,374$ para $p \leq 0,01$), tratamento contexto ($\rho = -0,324$ para $p \leq 0,01$) e o FertiQol total ($\rho = -0,416$ para $p \leq 0,01$). Estes resultados demonstram a existência de uma relação entre a satisfação sexual e a qualidade de vida, sendo que quanto mais alta é a pontuação na qualidade de vida, mais baixa é a pontuação na escala de satisfação sexual.

Assim, uma boa percepção da satisfação sexual correlaciona-se com uma boa percepção da qualidade de vida. Mais especificamente, quanto maior é a percepção de um bom relacionamento com o conjugue maior é a percepção da satisfação sexual.

b) Amostra dos casais

TABELA 21: Correlações de Spearman entre o ISS e o FertiQol e as suas respectivas subescalas, na amostra dos casais

		ISS
FertiQol Emocional	Correlation Coefficient	-,260
	Sig. (2-tailed)	,199
FertiQol Corpo / Mente	Correlation Coefficient	-,441*
	Sig. (2-tailed)	,024
FertiQol Relacional	Correlation Coefficient	-,457*
	Sig. (2-tailed)	,019
FertiQol Social	Correlation Coefficient	-,790**
	Sig. (2-tailed)	,000
Tratamento Contexto	Correlation Coefficient	-,722**
	Sig. (2-tailed)	,000
Tratamento Tolerabilidade	Correlation Coefficient	-,377
	Sig. (2-tailed)	,058
FertiQol Total	Correlation Coefficient	-,671**
	Sig. (2-tailed)	,000

Correlação significativa para $p \leq 0,05$ *

Correlação significativa para $p \leq 0,01$ **

No que se refere aos resultados obtidos nos casais, observa-se correlações negativas e significativas entre o ISS e o FertiQol total ($\rho = -0,671$ para $p \leq 0,01$), assim como entre o ISS e algumas subescalas com sejam: o FertiQol Social ($\rho = -0,790$ para $p \leq 0,01$) e o contexto de tratamento ($\rho = -0,722$ para $p \leq 0,01$). Ademais, correlações moderadas negativas são também demonstradas nas seguintes subescalas: FertiQol Corpo / Mente ($\rho = -0,441$ para $p \leq 0,05$) e FertiQol Relacional ($\rho = -0,457$ para $p \leq 0,05$).

Estes resultados apontam para a influência da qualidade de vida na satisfação sexual do casal, na medida em que quanto maior é a percepção da qualidade de vida, maior será a percepção da satisfação sexual do casal.

V-2-2) Análise do segundo objectivo – Testando as hipóteses H2; H3; H4; H5

a) *Amostra participantes individuais*

TABELA 22: Descrição das correlações de Spearman entre o ISS e as variáveis independentes relativas as hipóteses H2, H3, H4, e H5

		ISS
Tempo Infertilidade	Correlation Coefficient	,215*
	Sig. (2-tailed)	,046
Número Tratamentos Efectuados	Correlation Coefficient	,318**
	Sig. (2-tailed)	,003
Tempo Tratamento	Correlation Coefficient	,436**
	Sig. (2-tailed)	,000
Tempo relacionamento Parceiro	Correlation Coefficient	,180
	Sig. (2-tailed)	,098

Correlação significativa para $p \leq 0,05$ *

Correlação significativa para $p \leq 0,01$ **

Conforme o coeficiente de correlação Rho (ρ) de Spearman calculado no quadro 22, verificam-se relações entre as seguintes variáveis:

- A satisfação sexual relaciona-se positivamente e de forma moderada com o tempo de infertilidade ($\rho = 0,215$ para $p \leq 0,05$).
- A satisfação sexual relaciona-se positivamente e significativamente com o número de tratamentos efectuados ($\rho = 0,318$ para $p \leq 0,01$).
- A satisfação sexual relaciona-se positivamente e significativamente com o tempo em tratamento ($\rho = 0,436$ para $p \leq 0,01$).

Os dados apresentados remetem para a influência causa-efeito das variáveis tempo de infertilidade, número de tratamentos efectuados e tempo em tratamento na satisfação sexual dos participantes. Desta forma, a percepção da satisfação sexual depende do tempo em tratamento, do tempo de infertilidade e do número de tratamentos efectuados. Assim sendo, e por ter uma correlação positiva entre estas variáveis, quanto maior forem os valores nestas variáveis, maior será a pontuação no ISS, deixando assim transparecer uma satisfação sexual comprometida. Nota-se contudo, que o tempo de relacionamento com o parceiro não tem qualquer influência na percepção da satisfação sexual.

b) Amostra dos casais

TABELA 23: Descrição das correlações de Spearman entre o ISS e as variáveis independentes relativas as hipóteses H2, H3, H4, e H5, nos casais

		ISS
Tempo Infertilidade	Correlation Coefficient	-,059
	Sig. (2-tailed)	,775
Número Tratamentos Efectuados	Correlation Coefficient	,317
	Sig. (2-tailed)	,115
Tempo Tratamento	Correlation Coefficient	,517**
	Sig. (2-tailed)	,007
Tempo relacionamento Parceiro	Correlation Coefficient	-,204
	Sig. (2-tailed)	,317

Correlação significativa para $p \leq 0,05$ *

Correlação significativa para $p \leq 0,01$ **

A tabela 23 informa-nos de uma única correlação significativa e positiva entre o ISS e a variável tempo em tratamento ($p = 0,517$ para $p \leq 0,01$). Desta forma, quanto maior é o tempo em tratamento maior é a pontuação na escala de satisfação sexual, remetendo assim para uma menor percepção de satisfação sexual por parte dos casais.

V-2-3) Análise do terceiro objectivo – Testando as hipóteses H6; H7;H8; H9**a) Amostra participantes individuais****TABELA 24:** Descrição das correlações de Spearman entre o FertiQol e as suas respectivas subescalas e as variáveis relativas as hipóteses H6, H7, H8, e H9

	FertiQol Emocional	FertiQol Corpo/Mente	FertiQol Relacional	FertiQol Social	Tratamento Contexto	Tratamento Tolerabilidade	FertiQol Total
Tempo Infertilidade	,065	-,013	-,121	-,081	-,264*	-,138	-,131
Sig. (2-tailed)	,554	,909	,268	,461	,014	,206	,230
Número Tratamentos	-,181	-,177	-,261*	-,324**	-,237*	-,247*	-,352**
Sig. (2-tailed)	,096	,104	,015	,002	,028	,022	,001
Tempo Tratamento	,003	-,043	-,223*	-,153	-,315**	-,162	-,217*
Sig. (2-tailed)	,979	,692	,039	,161	,003	,137	,045
Tempo Relação	,145	,110	-,097	,118	,020	-,113	,068
Sig. (2-tailed)	,184	,313	,376	,278	,854	,298	,531

Correlação significativa para $p \leq 0,05$ *Correlação significativa para $p \leq 0,01$ **

A tabela 24 apresenta as correlações de Spearman obtidas entre o FertiQol e as suas respectivas subescalas e as variáveis sociodemográficas estudadas. Assim, verificam-se relações negativas e significativas entre:

- O fertiQol (total) e o número de tratamentos efectuados ($\rho = -0,352$ para $p \leq 0,01$).
- O fertiQol (total) e o tempo em tratamento ($\rho = -0,217$ para $p \leq 0,05$).
- O fertiQol Relacional com o número de tratamentos efectuados ($\rho = -0,261$ para $p \leq 0,05$).
- O fertiQol Relacional com o tempo em tratamento ($\rho = -0,223$ para $p \leq 0,05$).
- O fertiQol Social e o número de tratamentos efectuados ($\rho = -0,324$ para $p \leq 0,01$).

- A subescala contexto do tratamento e a variável tempo de infertilidade ($\rho = -0,264$ para $p \leq 0,05$)
- O contexto do tratamento com o número de tratamento efectuados ($\rho = -0,237$ para $p \leq 0,05$)
- A subescala contexto de tratamento e tempo em tratamento ($\rho = -0,315$ para $p \leq 0,01$)
- A subescala tolerabilidade do tratamento e o número de tratamento efectuados ($\rho = -0,247$ para $p \leq 0,05$)

Desta forma, pode-se inferir que quanto maior o número de tratamentos efectuados e o tempo em tratamento, menor será a percepção da qualidade de vida. Ademais, a relação com o conjugue encontra-se comprometida quanto maior for o número de tratamento e a duração dos mesmos.

De um ponto de vista social, o número crescente de tratamentos efectuados representa um entrave às interacções sociais, fomentando o estigma social e dificuldades de inclusão.

No que diz respeito ao tratamento, a percepção do acesso e da qualidade dos tratamentos encontram-se comprometidos quanto maior for o tempo de infertilidade, o tempo em tratamento e o número de tratamentos efectuados. A tolerabilidade do tratamento parece estar influenciada pelo número de tratamentos efectuados, em que quanto maior for o número, menor a tolerabilidade física e mental experienciada.

b) Amostra dos casais**TABELA 25:** Descrição das correlações de Spearman entre o FertiQol e as suas respectivas subescalas e as variáveis relativas as hipóteses H6, H7, H8, e H9 para a amostra dos casais

	FertiQol Emocional	FertiQol Corpo/Mente	FertiQol Relacional	FertiQol Social	Tratamento Contexto	Tratamento Tolerabilidade	FertiQol Total
Tempo Infertilidade	,277	,158	,282	,147	,020	,144	,322
Sig. (2-tailed)	,171	,442	,163	,475	,921	,484	,109
Número Tratamentos	-,566**	-,377	-,181	-,463*	-,158	-,286	-,347
Sig. (2-tailed)	,003	,058	,377	,017	,440	,157	,082
Tempo Tratamento	,036	-,091	-,030	-,288	-,446*	-,268	-,133
Sig. (2-tailed)	,860	,660	,886	,153	,022	,186	,518
Tempo relacionamento	,161	,056	,541**	,100	,328	,206	,406*
Sig. (2-tailed)	,433	,785	,004	,628	,102	,314	,040

Correlação significativa para $p \leq 0,05$ *Correlação significativa para $p \leq 0,01$ **

No que concerne à amostra dos casais, observa-se uma correlação positiva entre a percepção da qualidade de vida e o tempo de relacionamento. Desta forma, quanto maior é a duração do relacionamento maior é a percepção da qualidade de vida ($\rho = 0,406$ para $p \leq 0,05$).

Ademais verificam-se as seguintes relações significativas:

- Entre a subescala FertiQol Emocional e o número de tratamentos ($\rho = -0,566$ para $p \leq 0,01$)
- Entre o FertiQol Relacional e o tempo de relacionamento ($\rho = 0,541$ para $p \leq 0,01$)
- Entre a subescala Social e o número de tratamentos efectuados ($\rho = -0,463$ para $p \leq 0,05$)

- Entre o Contexto de Tratamento e o tempo em tratamento ($\rho = -0,446$ para $p \leq 0,05$)

A experiência emocional da infertilidade parece estar influenciada pelo número de tratamentos, desta forma quanto maior for o número de procedimentos terapêuticos maior será a percepção de emoções negativas relacionada com a experiência da infertilidade.

Ademais, a duração do relacionamento entre os membros do casal contribui para uma perspectiva positiva da qualidade de vida, em que, quanto maior for a duração maior será a pontuação obtida ao nível relacional.

O número de tratamentos efectuados parece afectar a interacção social. Assim, quanto maior for o número de procedimentos clínicos, mais disfuncional será a interacção social.

No que concerne à qualidade do tratamento, este demonstra ser afectado pela duração do mesmo. Desta forma, quanto mais tempo o casal se encontrar em tratamento menor será a percepção de qualidade do mesmo.

V-2-4) Análise de regressão múltipla entre o ISS e o FertiQol e as suas respectivas subescalas

a) Amostra participantes individuais

Na análise de regressão múltipla entre o ISS (caracterizado como sendo a variável dependente) e as subescalas do FertiQol (variáveis independentes), o resultado obtido para o R-square ou coeficiente de determinação é de 0,556. Desta forma, pode-se dizer que 55,6% da variância da variável dependente (satisfação sexual) pode ser prevista nas variáveis independentes (subescalas do FertiQol). Neste sentido, 55,6% das pontuações do ISS podem ser preditas nas subescalas do FertiQol.

Ademais, o *p-value* encontrado demonstra um valor inferior à 0,05 (*p-value* = 0,000) traduzindo assim uma capacidade preditiva do grupo de variáveis independentes na variável dependente.

TABELA 26: Descrição dos coeficientes β e das respectivas significâncias entre o ISS e as subescalas do FertiQol

Variáveis independentes	Coeficientes β	Valor da Significância
FertiQol Emocional	,004	,980
FertiQol Relacional	-,747	,000
FertiQol Social	-,264	,081
Tratamento Contexto	-,173	,180
Tratamento Tolerabilidade	-,150	,245
FertiQol Total	,354	,361

O quadro 26 informa que o único coeficiente β com significância estatística é relativo à variável FertiQol Relacional. Assim, a subescala relacional do FertiQol possui uma boa capacidade de previsão, significativa, para a percepção da satisfação sexual. O coeficiente β encontrado ($\beta = -0,747$) indica uma relação negativa entre a variável relacional e a satisfação sexual, pelo que quanto maior é a percepção de qualidade da relação conjugal maior será a satisfação sexual da mesma (provocando neste sentido uma pontuação mais baixa na escala).

b) Amostra dos casais

No que se refere aos casais, o resultado obtido para o *R-square* é de 0,851, pelo que 85,1% da variância da variável dependente (Satisfação sexual) pode ser prevista nas variáveis independentes. Desta forma, 85,1% das pontuações podem ser prognosticadas no FertiQol.

O valor do *p-value* apresenta um resultado inferior à 0,05 (*p-value* = 0,000), deixando transparecer uma capacidade preditiva do grupo de variáveis independentes na variável dependente.

TABELA 27: Descrição dos coeficientes β e das respectivas significâncias entre o ISS e as subescalas do FertiQol nos casais

Variáveis independentes	Coeficientes β	Valor da Significância
FertiQol Emocional	,921	,039
FertiQol Corpo/ Mente	,764	,108
FertiQol Relacional	,554	,112
FertiQol Social	,292	,390
Tratamento Contexto	,294	,318
Tratamento Tolerabilidade	,349	,056
FertiQol Total	-3,267	,030

Como se pode constatar na tabela 27, os coeficientes β com significância estatística são relativos às variáveis FertiQol Emocional e FertiQol Total. Demonstrando desta forma, que o instrumento FertiQol representa uma boa medida de predição da satisfação sexual. Sendo que quanto maior a pontuação na percepção da qualidade de vida, menor serão os valores obtidos no ISS, e maior será a satisfação sexual.

V-2-5) Análise de regressão múltipla entre o ISS e as variáveis sociodemográficas

a) Amostra participantes individuais

No que diz respeito à análise de regressão múltipla entre o ISS e às variáveis sociodemográficas, foi encontrado um valor *R-square* de 0,200, demonstrando que 20% das pontuações da escala ISS podem ser preditas nas variáveis sociodemográficas.

O valor da significância é de 0,001 comprovando que o grupo de variáveis independentes pode ser estatisticamente significativo na predição da variável dependente.

TABELA 28: Descrição dos coeficientes β e das respectivas significâncias entre o ISS e as variáveis sociodemográficas

Variáveis Independentes	Coeficientes β	Valor da Significância
Tempo Infertilidade	-,072	,572
Número Tratamentos Efectuados	,091	,423
Tempo Tratamento	,416	,002
Tempo relacionamento Parceiro	,039	,740

A tabela 28 infere que a variável tempo em tratamento representa a única medida de previsão da satisfação sexual. Neste sentido, quanto maior é o tempo em tratamento maior a pontuação na escala ISS, provocando maior insatisfação sexual.

b) Amostra dos casais

O valor *R-square* encontrado para a amostra dos casais é de 0,477, desta forma, 47,7% das pontuações da escala ISS podem ser preditas nas variáveis sociodemográficas. Em relação ao valor da significância, nota-se que este possui um valor de 0,007 ($\leq 0,05$), permitindo aferir que as variáveis independentes parecem ser preditivas da satisfação sexual.

TABELA 29: Descrição dos coeficientes β e das respectivas significâncias entre o ISS e as variáveis sociodemográficas nos casais

Variáveis Independentes	Coeficientes β	Valor da Significância
Tempo Infertilidade	-,433	,156
Número Tratamentos Efectuados	,043	,844
Tempo Tratamento	,751	,011
Tempo relacionamento Parceiro	-,172	,484

De forma semelhante ao resultado encontrado na amostra *online*, a variável tempo em tratamento apresenta uma boa significância estatística ($\beta = 0,751$ para $p \leq 0,05$). Assim,

existe uma relação significativa entre o tempo de tratamento e os valores obtidos na escala ISS, sendo que quanto maior o tempo de infertilidade maior a pontuação obtida e maior a insatisfação sexual percebida.

V-2-6) Análise de regressão múltipla entre o FertiQol e as variáveis sociodemográficas

a) Amostra participantes individuais

O coeficiente de determinação encontrado na análise de regressão múltipla entre o FertiQol e as variáveis sociodemográficas é de 0,108, demonstrando que 10,8% da pontuação do fertiQol pode ser prevista nas variáveis sociodemográficas.

Em relação à significância estatística desta mesma conjectura, podemos notar que esta tem um valor de 0,053, permitindo aferir que as variáveis independentes (sociodemográficas) podem ser preditivas da qualidade de vida.

TABELA 30: Descrição dos coeficientes β e das respectivas significâncias entre o FertiQol e as variáveis sociodemográficas

Variáveis Independentes	Coefficientes β	Valor da Significância
Tempo Infertilidade	-,124	,355
Número Tratamentos Efectuados	-,212	,079
Tempo Tratamento	-,123	,366
Tempo relacionamento Parceiro	,223	,074

De acordo com a tabela 30 não foram encontradas correlações significativas entre o FertiQol e as variáveis sociodemográficas.

b) Amostra dos casais

O valor *R-square*, na amostra dos casais, é de 0,300, aferindo que 30% da pontuação no FertiQol pode ser predita nas variáveis sociodemográficas. No entanto, o

valor de significância calculado, 0,099 ($\geq 0,05$), permite afirmar que o grupo de variáveis independentes não consegue ser estatisticamente significativo para poder realizar uma predição da variável dependente.

TABELA 31: Descrição dos coeficientes β e das respectivas significâncias entre o FertiQol e as variáveis sociodemográficas nos casais

Variáveis Independentes	Coeficientes β	Valor da Significância
Tempo Infertilidade	,201	,561
Número Tratamentos Efectuados	-,299	,242
Tempo Tratamento	-,249	,434
Tempo relacionamento Parceiro	,286	,317

O quadro 31 informa que não foram registadas alguma correlação significativa entre o FertiQol e as variáveis sociodemográficas.

CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

&

LINHAS FUTURAS DE

INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS & LINHAS FUTURAS DE INVESTIGAÇÃO

VI-1) DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta investigação teve como principal objectivo averiguar em que medida a infertilidade afecta a qualidade de vida e a satisfação sexual do casal infértil em tratamento prolongado. Atendendo aos resultados deste estudo, podemos inferir a existência de relações entre a satisfação sexual, a qualidade de vida do casal e algumas variáveis sociodemográficas relacionadas com aspectos da infertilidade, nomeadamente o tempo de infertilidade, o número de tratamentos efectuados, o tempo em tratamento e a duração do relacionamento actual do casal.

Neste sentido, segue uma discussão e apresentação mais exaustiva das conclusões de acordo com a ordem dos objectivos analisados por intermédio das hipóteses científicas, no capítulo V – Análise dos resultados.

No que concerne à hipótese H1, os resultados apontam para uma correlação significativa entre a qualidade de vida e a satisfação sexual. Neste sentido, quanto maior a satisfação sexual experienciada, maior a percepção de qualidade de vida. Este resultado enfatiza a importância da sexualidade na própria vida e identidade do sujeito. Erradamente associada à disfunção sexual, a satisfação com a sexualidade remete para uma avaliação da percepção do contentamento experienciado. A sensação prazerosa nas relações íntimas fortalece também o relacionamento conjugal (DeLamater, 1991; Dunn, et al., 2000) como o é demonstrado com a correlação encontrada entre esta variável e a subescala relacionamento do FertiQol. Ademais, a existência de um bem-estar ao nível conjugal promove por sua vez uma percepção favorável do exterior, facilitando assim as interações sociais. Por esta razão, encontra-se uma correlação entre a dimensão social do FertiQol e a satisfação sexual. Desta forma, a avaliação subjectiva de uma sexualidade vivida de forma plena e de acordo com o padrão de satisfação individual, vai afectar as numerosas áreas constituintes do bem-estar, fomentando um processamento psicoemocional positivo da

própria qualidade de vida como é evidenciado pelas correlações encontradas entre as subescalas: corpo/mente e emocional, e a satisfação sexual na amostra dos casais.

No segundo objectivo analisado, ambas amostras apontam para resultados distintos. Na amostra *online*, a satisfação com a própria sexualidade relaciona-se negativamente com o tempo de infertilidade, o número de tratamento e a duração de tratamento. No entanto, na amostra constituída pelos casais, a única correlação encontrada remete para uma relação negativa com o tempo em tratamento. Estas diferenças podem reflectir o estado de homogeneidade de géneros na segunda amostra. Sendo a amostra *online* constituída por um número muito superior de mulheres (79,1% da amostra), e sendo a finalidade do procedimento e tratamento terapêutico dirigido essencialmente para o membro feminino do casal, o número de tratamentos efectuados assim como o tempo de infertilidade podem ser vivenciados de forma mais incomodativa e invasiva do que no género masculino. Ademais e corroborando estes resultados, Justo, Pais Vieira, & Veiga Costa (2010) demonstraram que as mulheres inférteis apresentam níveis superiores de vivência de estigma em comparação com os parceiros de género masculino.

A intimidade erótica providencia jogos sexuais em que o casal pode render-se à paixão recíproca, e / ou ultrapassar as fronteiras psíquicas e psicológicas existentes entre eles (DeLamater, & Hyde, 2004). Aquando de uma consulta médica de infertilidade, a sexualidade é destilada na sua essência mais básica, extraindo-lhe, o seu significado psíquico e a sua importância na personalidade e na avaliação global subjectiva da vida. A partir deste momento o sexo é definido de outra forma, não enquanto objecto de intimidade erótica, mas sim, enquanto objecto de procriação. Neste sentido, as relações sexuais tornam-se factuais, sem por vezes ter em conta o desejo do outro e sem ter o espírito inicial do jogo sexual. Reduzem-se os papéis sexuais na sua extrema forma originária: o homem representa o vector que possui o objectivo último de fertilizar o óvulo. Nos casais em tratamento prolongado, esta situação pode provocar ao longo do tempo, uma perda de espontaneidade sexual em detrimento de um sexo programado e mecanicista. Os insucessos

repetitivos e as suas respectivas desilusões mês após mês provocam assim uma percepção comprometida da satisfação sexual.

No que diz respeito às correlações entre a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas, ambas amostras apresentaram resultados diferenciados. No que concerne à amostra *online*, foram encontradas correlações negativas entre o FertiQol (total), o número de tratamentos efectuados e com o tempo em tratamento. Sugerindo desta forma, que a percepção da qualidade de vida é influenciada por estas duas variáveis. Os resultados remetem para uma interpretação das consequências emocionais destes dois factores. As consequências psicológicas dos tratamentos: a ansiedade (Ramezanzadeh, Malek, Abedinia, Zayeri, Khanafshar, Shariat, & Jafarabadi, 2004), as desilusões repetitivas, os sentimentos de perda, a depressão (Melo, et al. 2006), representam entraves para uma apreciação positiva da qualidade de vida.

No que se refere à amostra dos casais, a duração do relacionamento influencia positivamente a percepção da qualidade de vida. Não foram encontradas correlações entre o FertiQol (total) e as restantes variáveis sociodemográficas. Possivelmente pelos resultados poderem ter sido, mais uma vez, homogeneizados pela opinião masculina. Contudo, observa-se correlações entre o número de tratamentos efectuados e as subescalas: emocional e social (em ambas amostras). Desta forma, o insucesso de um tratamento pode ser vivido como um momento de crise. Remetendo para as teorias de Diener e de Veenhoven, a relativa estabilidade na percepção da qualidade de vida vivenciada, encontra-se comprometida com o fracasso de um tratamento. Naturalmente e ao longo do tempo, a adaptação ao sofrimento realiza-se de forma progressiva contudo, nunca permitirá um regresso ao nível de percepção de qualidade de vida anterior. O casal tem que restabelecer novos padrões de avaliação da qualidade de vida e compensar o sofrimento experienciado.

Desta forma, os insucessos repetitivos afectam a dimensão emocional do casal, assim como as interacções sociais, provocando um aumento nos níveis de estigma social, uma fraca ou inexistente rede de apoio ou suporte, e possivelmente algumas situações de exclusão social (Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan, 2010).

Ademais, em ambas amostras os resultados demonstram que a percepção da qualidade dos tratamentos e dos serviços disponíveis para os casais, encontra-se comprometida pela duração do tratamento. Possivelmente por não conseguirem exteriorizar os sentimentos remanescentes das tentativas, dos tratamentos e do desgaste físico e psicológico que estes representam, os casais, constituintes da amostra, parecem ter tendência a transferir estas emoções para um objecto que lhe confere apesar de tudo um certo apoio incondicional, que é a clínica e/ou equipa médica. Esta catarse emocional permite aos casais lidar com esta condição a longo prazo evitando a implosão do próprio núcleo conjugal.

VI-2) LINHAS FUTURAS DE INVESTIGAÇÃO

Esta investigação pretende dar o seu contributo na compreensão da infertilidade e mais especificamente nas suas consequências na qualidade de vida e satisfação sexual do casal em tratamento prolongado.

As principais análises estatísticas permitem confirmar a influência da satisfação sexual na percepção da qualidade de vida do casal, e explicar o impacto de algumas condições clínicas da infertilidade, como sejam, o número de tratamentos efectuados, o tempo em tratamento, a duração do relacionamento e o tempo de infertilidade, na qualidade de vida e satisfação sexual do casal infértil.

Contudo, os resultados apresentados não podem ser generalizados para o conjunto da população infértil na medida em que o tamanho da amostra ficou aquém do esperado. No que diz respeito aos instrumentos de avaliação utilizados, por vezes os questionários e escalas podem conduzir a respostas defensivas por parte dos inquiridos, em que se procura responder de acordo com o socialmente desejável ou até de acordo, neste caso, com o(a) parceiro(a).

Apesar destas limitações acredita-se que se contribuiu para a continuidade do estudo das questões formuladas, já que as investigações científicas orientadas para as áreas da Psicologia e da Infertilidade nunca espelham uma resposta irrevogável aos problemas apresentados.

Fica a sugestão para a realização de futuros projectos: o estudo longitudinal desta temática, incorporando as várias fases de tratamento (antes, durante e depois). A investigação ao longo do tempo e do processo de tratamento seria interessante na medida em que dependendo das fases de tratamento as reacções emocionais oscilam (Verhaak, et al., 2007), podendo modificar as percepções de qualidade de vida e de satisfação sexual.

Tendo em conta os aspectos apresentados, e no sentido de estimular novas direcções de pensamento e de actividades, propõem-se algumas reflexões acerca do que as instituições de ajuda aos casais inférteis e as entidades clínicas poderiam promover: (1) Alertar a equipa médica sobre a importância da satisfação sexual na qualidade de vida dos

casais inférteis; (2) Disponibilizar consultas de sexologia ou de aconselhamento para os casais; (3) Promover o contacto com outros casais inférteis em tratamento prolongado no intuito de fomentar a partilha de experiência, de emoções e a interacção e identificação com um grupo.

Neste sentido o papel do psicólogo revela-se essencial no que concerne à ajuda da identificação e correcção das crenças erróneas e disfuncionais, desmistificando-as através da reestruturação cognitiva das mesmas. Ademais o psicólogo deverá recorrer a técnicas de comunicação com o intuito de fomentar uma boa comunicação entre o casal, quer ao nível sexual como nos outros domínios. O encorajamento da partilha, da expressão dos afectos, da identificação e resolução dos conflitos deverão ser factores preponderantes no contexto da consulta e/ou aconselhamento do casal.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Abby, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1992). Infertility and subjective well-being: the mediating roles of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 408-417.
- Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchange. In: Berkowitz, L. (Ed.), *Advances in Experimental Psychology*, pp. 267–299, New York: Academic Press.
- Amnistia Internacional (2008, Outubro, 5). Dados estatísticos sobre crimes contra a liberdade e a autodeterminação sexual. Consultado em http://www.amnistia-internacional.pt/dmdocuments/Dados_crimes_contra_LAS.pdf
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. New York: Plenum Press.
- Antonov, V. (2008). *Sexology*. Create Space Publisher. Editora online.
- Altman, D. (2001). *Global Sex*. Chicago: University of Chicago.
- Apostolidis, T., Antypa, J., & Paicheler, H. (1992, July). *Impression, formation and social representations of love and sexuality*. EASEP/SESR Joint Meeting, Louvan-La-Neuve, Belgium.
- Argyle, M., & Henderson, M. (1985). *The anatomy of Relationships*. London: Penguin.
- Arrington, R., Cofrancesco, J., & Wu, A. W. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of life Research*, 13(10), 1643-1658.
- Arthaud-Day, M.L., Rode, J.C., Mooney, C.H., & Near, J.P. (2005). The subjective well-being construct: a test of its convergent, discriminant, and Factorial validity. *Social Indicators Research*, 74, 445–476.
- Bayley, T. M., Slade, P., & Lashen, H. (2009). Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction*, 24(11), 2827-37.
- Berlim, M. T., & Fleck, M. P. (2003). Quality of life. A brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 249-252.

- Bhasin, S. (2004). Approach to the infertile man. *Journal clinical endocrinology & metabolism*, 92, 1995-2004.
- Bhatti, L. I., Fikree, F. F., & Khan, A. (1999). The quest of infertile women in squatter settlements of Karachi, Pakistan: a qualitative study. *Social Science Medicine*, 49(5), 637-649.
- Bradburn, N. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M., & Link, K. E. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 646-653.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57, 2325-2341.
- Boivin, J., & Schmidt, L. (2005). Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome one year later. *Fertility and Sterility*, 83 (6), 1745-1752.
- Boivin, J., Takefman, J. E. (1995). Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and non-pregnant women. *Fertility Sterility*, 64, 802-10.
- Boivin, J., Takefman, J., & Braverman, A. (2011). The Fertility Quality of Life (FertiQoL) Tool: Development and general psychometric properties. *Fertility and Sterility*. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.02.046
- Boswell, J. (1980). *Christianity, social tolerance, and homosexuality: gay people in Western Europe from the beginning of the Christian era to the fourteenth century*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bozon, M. (2001). Sexuality, gender and the couple: A socio-historical perspective. *Annual Review of Sex Research*, 32, 1–32.
- Brody, L. (1994). *The entertaining survival guide: A handbook for hesitant hosts*. New York: W. Morrow.
- Buccheri, G. F., Ferrigno, D., Curcio, A., Vola, F., & Rosso, A. (1989). Continuation of chemotherapy versus supportive care alone in patients with inoperable non-small cell

lung cancer and stable disease after two or three cycles of MACC. Results of a randomized prospective study. *Journal of Cancer*, 1(63), 428-32.

- Bugental, J.F.T. (1964). The Third Force in Psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 4(1), 19-25.
- Buunk, B. P., & Mutsaers, W. (1999). Equity Perceptions and Marital Satisfaction in Former and Current Marriage: A Study among the Remarried. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16(1), 123-132
- Byers, S. E. (1999). The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction: Implications for Sex Therapy with Couples. *Canadian Journal of Counseling*, 33(2), 95-111.
- Byers, E. S., & Demmons, S. (1999). Sexual satisfaction and sexual self-disclosure within dating relationships. *The Journal of Sex Research*, 36, 180-189.
- Byers, E. S. & MacNeil, S. (2006). Further validation of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32, 53-69.
- Byers, E. S., & Wang, A. (2004). Understanding sexuality in close relationships from the social exchange perspective. In J. H. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (eds), *The Handbook of Sexuality in Close Relationships*, (pp.203-234). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundation.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Chachamovich, J. (2009). Qualidade de Vida em Infertilidade: Revisão Sistemática dos Achados da Literatura e Avanços na Investigação de Homens e Casais Inférteis. Tese de doutoramento não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

- Chachamovich, J., Chachamovich, E., Fleck, M. P., Cordova, F. P., Knauth, D., & Passos, E. (2009). Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. *Human Reproduction*, 24 (9), 2151-2157.
- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Zachia, S., Knauth, D., & Passos, E. P. (2007). What variables predict generic and health-related quality of life in a sample of Brazilian women experiencing infertility? *Human Reproduction*, 22, 1946-52.
- Chang, S. N., & Mu, P. F. (2008). Infertile couples' experience of family stress while women are hospitalized for ovarian hyperstimulation syndrome during infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 531-8.
- Christie, G. L. (1998). Some socio-cultural and psychological aspects of infertility. *Human Reproduction*, 13(1), 232-241.
- Coates, A., Gebiski, V., Bishop, J. F., Jeal, P. N., Woods, R. L., Snyder, R., Tattersall, M. H., Byrne, M., Harvey, V., & Gill, G. (1987). Improving the quality of life during chemotherapy for advanced breast cancer. A comparison of intermittent and continuous treatment strategies. *The New England Journal of Medicine*, 10, 1490-5.
- Coeffin-Driol, C., & Giami, A. (2004). The impact of infertility and its treatment on sexual life and marital relationships: review of the literature. *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité*, 32, 624-637.
- Connolly, K.J., Edelman, R.J., & Cooke, I.D. (1987). Distress and marital problems associated with infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 5, 49.
- Corten, Ph. (1998). Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne. *L'Information Psychiatrique*, 9, 922-932.
- Costanza, R. (2000). Visions of alternative (unpredictable) futures and their use in policy analysis. *Conservation Ecology*, 4 (1), 5.
- Costanza, R. (2009). A New Development Model for a 'Full' World. *Development*, 52(3), 369-376.
- Costanza, R., Cumberland, J.C., Daly, H.E., Goodland, R., Norgaard, R. (1997). *An Introduction to Ecological Economics*. Boca Raton: St. Lucie Press.

- Costanza, R., Fisher, B., Ali, C., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., Danigelis, N. L., Dickinson, J., Elliott, C., Farley, J., Gayer, D. E., Glenn, L., Hudspeth, T., Mahoney, D., McCahill, L., McIntosh, B., Reed, B., Rizvi, S. A. T., Rizzo, D. M., Simpatico, T., & Snapp, R. (2008). An integrative approach to quality of life measurement, research, and policy. *Surveys and Perspectives Integrating Environment and Society*, 1,1-5.
- Cramer, D. (1998). *Close relationships: The study of love and friendship*. London: Arnolds.
- Crawford, K. (2007). *European Sexualities, 1400-1800*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cronbach, L. J. & Meehl, P. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52, 4, 281-302.
- Cummins, R., & Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: the role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 37-69.
- Cupach, W. R., & Comstock, J. (1990). Satisfaction with sexual communication in marriage: Links to sexual satisfaction and dyadic adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 179-186.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *The psychology of optimal experience*. New York: Harper and Row.
- D'Emilio, J., & Freedman, E. B. (1988). *Intimate matters: A history of sexuality in America*. New York: Harper & Row.
- Daniluk, J. C. (1988). Infertility, Intrapersonal and interpersonal Impact. *Fertility and Sterility*, 49, 982-990.
- Daniluk, J.C. (1997). Gender and infertility. In: S. R. Leiblum (ed). *Infertility: Psychological Issues and Counseling Strategies*. New York: John Wiley & Sons, 103–25.
- Davidson, J., Darling, C., & Norton, L. (1995). Religiosity and the sexuality of women: Sexual behavior and sexual satisfaction revisited. *The Journal of Sex Research*, 32(3), 235-243.

- Davies, S., Katz, J., & Jackson, J. L. (1999). Sexual desire discrepancies: Effects on sexual and relationship satisfaction in heterosexual dating couples. *Archives of Sexual Behavior*, 28, 553–567.
- DeLamater, J. (1991). Emotions and sexuality. In K. McKinney & S. Sprecher (Eds.), *Sexuality in close relationships* (pp. 49-70). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- DeLamater, J., & Hyde, J. S. (2004). Conceptual and Theoretical Issues in Studying Sexuality in Close Relationship. In J. H. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), *The Handbook of Sexuality in Close Relationship*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Delgado, C. M. J. (2007). O desejo de ter um filho ... as vivências do casal infértil. Tese de mestrado não publicada. Universidade Aberta, Lisboa.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 3, 542-575.
- Diener, E. (2003). What is positive about positive psychology: The curmudgeon and Pollyanna. *Psychological Inquiry*, 14, 115-120.
- Diener, E. (2009). Positive Psychology: Past, Present, and Future. In C.R. Snyder & Shane J. Lopez (Eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2000). New directions in subjective well-being research: The cutting edge. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 27, 21-33.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness, unlocking the mysteries of Psychological Wealth*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Diener, E., & Emmons, R. A. (1985). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

- Diener, E., Lucas, R. E., Oishi, S., & Suh, E. M. (2002). Looking up and looking down: Weighting good and bad information in life satisfaction judgments. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 437-445.
- Diener, E., Lucas, R., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61, 305-314.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406.
- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2004). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. In P. T. Costa & I. C. Siegler (Eds.), *Advances in cell aging and gerontology*, (187-220). Amsterdam: Elsevier.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Domar, A., Zuttermeister, P., & Friedman, R. (1999). Distress and Conception in Infertile Women: A complementary approach. *Journal of the American Medical Women's Association*, 54(4).
- Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. In: A. L. Stanton & C. A. Dunkel-Schetter (Eds.). *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum.
- Dunn, K., Croft, P., & Hackett, G. (2000). Satisfaction in the sex life of a general population sample. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 141-151.
- Drosdzol, A., Skrzypulec, V. (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *European Journal Contraception Reproductive Health Care*, 13(3), 271-81.
- Dyers, S. J., Abrahams, N. A., Hoffman, M., & Van der Spuy, Z. M. (2002). Infertility in South Africa: Women's reproductive health knowledge and treatment-seeking behavior for involuntary childlessness. *Human Reproduction*, 17(6), 1657-1662.

- Dzuka, J., & Dalbert, C. (2000). Well-being as a psychological indicator of health in old age: A research agenda. *Studia Psychologica*, 42, 61-70.
- Ehrlich, P. R., & Kennedy, D. (2005). Millennium assessment of human behavior: a challenge to scientists. *Science*, 309, 562–563.
- El Messidi, A., Al Fozan, H., Lin Tan, S., Farag, R., & Tulandi, T. (2004). Effects of repeated treatment failure on the quality of life of couples with infertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(4), 333-336.
- Elia, J., Delfino, M., Imbrogno, N., & Mazzilli, F. J. (2010). The impact of a diagnosis of couple subfertility on male sexual function. *Endocrinological Investigation*, 33(2), 74-6.
- Everaerd, W., Laan, E., & Spiering, M. (2000). Male sexuality. In: L. T. Szuchman, & F. Muscarella (Eds.), *The psychological science of human sexuality* (pp. 60-100). New York: Wiley.
- Everaerd, W., Laan, E., Both, S., van der Velde, J. (2000). Female Sexuality. In: L. T. Szuchman, F. Muscarella (Eds), *Psychological Perspectives on Human Sexuality*. (101-146). New York: Wiley.
- Fairclough, D. (2010). *Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials*. 2nd Edition. New York: Chapman & Hall.
- Faria, M. C. (2001). Aspectos psicológicos da infertilidade. In: M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (189-209). Coimbra: Quarteto
- Farinati, D. M., Rigoni, M. S., & Muller, M. C. (2006). Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia*, 23 (4), 433-439.
- Fassino, S., Piero, A., Boggio, S., Piccioni, V., & Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: A controlled study. *Human Reproduction*, 17, 2986-2992.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). *Quality of life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcome*. 2nd Ed. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.

- Fekkes, M., Buitendijk, S. E., Verrips, G. H. W., Braa, D. D. M., Brewaeys, A. M. A., Dolfing, J. G., Krotman, M., Leerentveld, R. A., & Macklon, N. S. (2003). Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction*, 18, 1536–1543.
- Foa, U. G., & Foa, U. B. (1980). Resource theory: Interpersonal Behavior as Exchange. In K. Gergen, M. Greenberg, & R. Willis (eds), *Social Exchange: Advances in theory and research*. 143-168. New York: Plenum.
- Fortin, N., & Thériault, J. (1995). Intimité et Satisfaction sexuelle. *Revue Sexologique*, 3(1), 37-58.
- Foucault, M. (1978). *The History of Sexuality*. (Hurley, R. Trans.). New York: Pantheon Books. (livro original publicado em 1976).
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. NY: Pocket Books.
- Freud, S. (1961). Female sexuality. *International Journal of Psychoanalysis*, 13, 281-97.
- Freud, S. (2005). Society and its discontents. In J. Strachey. *Civilizations and its discontents*. London: Penguin Books.
- Frisch, M.B. (1998). Quality of life therapy and assessment in health care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 19–40.
- Fruhstuck, S. (2003). *Colonizing Sex: Sexology and Social Control in Modern Japan*. Berkeley: University of California Press.
- Gameiro, S., Silva, S., Canavarro, M. C. (2008). A experiência masculina da Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (2), 253 - 270.
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*, 272, 619-26.

- Girard-Strohbach, M. (2007). La sexualité des couples infertiles et sa representation par les spécialistes de l'infertilité. Tese para obtenção do “certificat de formation continue en sexologie clinique” não publicada. Université de Genève, Suisse.
- Glover, L., Abel, P. D., Gannon, K. (1998). Male subfertility: Is pregnancy the only issue? Psychological responses matter too – and are different in men. *BMJ* , 316,405–6.
- Goldin, P. R. (2002). *The Culture of Sex in Ancient China*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- Gomez, G. R., Flores, J., & Jiménez, E. (1996). *Metodologia de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Gonçalves, M., Simões, M. R., Almeida, L. S., & Machado, C. (2006). *Avaliação psicológica* (2º Ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gordon, S. B. (2002). *The Mormon Question: Polygamy and constitutional conflict in nineteenth century America*. Chapel Hill: University of North Carolina.
- Gottman, J. M. (1993). The roles of conflict engagement, escalation, and avoidance in marital interaction: A longitudinal view of five types of couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 6-15.
- Greenwald, H. P., & McCorkle, R. (2008). Sexuality and Sexual Function in Long-Term Survivors of Cervical Cancer. *Journal of Women's Health* 17(6), 955-963.
- Greil, A. (1997). Infertility and psychological distress. A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 679-1704.
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The Experience of Infertility: a review of recent literature. *Sociology, Health & Illness*, 32(1), 140-162.
- Gulik, R. H. V. (2003). *Sexual Life in Ancient China: A Preliminary Survey of Chinese Sex and Society from ca. 1500 B.C. till 1644 A.D.* Boston: Brill.
- Haavio-Manila, E., & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 399–419.

- Hahn, E. A., Cella, D., Chassany, O., Fairclough, D. L., Wong, G. Y., & Hays, R.D. (2007). Precision of health-related quality-of-life data compared with other clinical measures. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(10), 1244-54.
- Halama, P. (2000) Dimensions of life meaning as factors of coping. *Studia Psychologica*, 42,4, 339-350.
- Haning, V. R., O'Keefe, S. L., Randall, E. J., Kommor, M. J., Baker, E., & Wilson, R. (2007). Intimacy, Orgasm Likelihood, and Conflict Predict Sexual Satisfaction in Heterosexual Male and Female Respondents. *Journal of sex and marital therapy*, 33(2), 93-113.
- Hatfield, E., Berscheid, E., & Walster, G. W. (1973). New directions in equity research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25, 151-176.
- Hatfield, E., Greenberger, D., Traupman, J., & Lambert, P. (1982). Equity and Sexual satisfaction in recently married couples. *Journal of Sex Research*, 18, 18-31.
- Haynes, J., & Miller, J. (2003). *Inconceivable Conceptions: Psychological aspects of Infertility and Reproductive Technology*. New-York: Brunner-Routledge.
- Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 731-739.
- Heine, S. J., Proulx, T., & Vohs, K. D. (2006). The meaning maintenance model: On the coherence of human motivations. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 88-110.
- Heller, D., Watson, D., & Hies, R. (2004). The role of person versus situation in life satisfaction: A critical examination. *Psychological Bulletin*, 130, 574-600.
- Higginson, I. J., & Carr, A. J. (2001). Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*, 322, 1297-1300.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo.

- Hudson, W. (1998). Index of sexual satisfaction. In C. Davis, W. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 512-513). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Hudson, W., Harrison, D., & Crosscup, P. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *The Journal of Sex Research*, 17(2), 157-174.
- Hunt, M. (1974). *Sexual behaviour in the 1970s*. Illinois: Playboy Press.
- Hunt, S. M. (1997). The problem of quality of life. *Quality of life Research*, 6, 205-12.
- Hunt, S.M., & McKenna, S.P. (1992). The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy*, 22(3), 307-19.
- Hurlbert, D. F., Apt, C., Wilson, N. E., & Murphy, Y. (1994). Sexual narcissism: A validation study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20, 24-34.
- Hyde, J. S., (2002). *Biological Substrates of Human Sexuality*. Washington DC: American Psychological Association.
- Inhorn, M. C. (2003). Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: Illustrations from Egypt. *Social Science Medicine*, 56, 1837-51.
- Jankowiak, W. R. (2008). *Intimacies: Love and Sex Across Cultures*. New York: Columbia University Press.
- Jiménez, O. R. R. (2010). Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. *Pensamiento Psicológico*, 7 (14), 41-52.
- Johansson, M., Adolfsson, A., Berg, M., Francis, J., Hogström, L., Janson, P. O., Sogn, J., & Hellström, A. L. (2010). Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4-5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 89(5), 683-91.
- Jonhson, L. B. (1964). *Great Society*. Discurso proferido na Universidade de Michigan, Estados Unidos da América, maio, 22.
- Justo, J. M. R. M., Pais Vieira, C. F. S., & Veiga Costa, E. (2010). Stigma consciousness and self-efficacy in infertile couples: correlation and gender differences.

International Journal of Developmental and Educational Psychology, XXII, 1(2), 17-24.

- Kalmijn, W. M., Arends, L. R., & Veenhoven, R. (2010). Happiness Scale Interval Study. *Social Indicators Research*, 5, 63-89.
- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5, 139-145.
- Kasser, T. (2003). *The high price of Materialism*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Kinsey, A., Pomeroy, W. B., & Martin C. E. (1948). *Sexual behavior in the Human Male*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kirkendall, L. A., & Libby, R. W. (1966). Interpersonal relationships: Crux of the sexual renaissance, *Journal of social issues*, 22(2), 45-59.
- Kon, I., & Riordan, J. (1993). *Sex and Russian Society*. Bloomington: Indiana University Press.
- Kováč, D. (1995). Man's quality of life: a cliché or a scientific category? *Studia psychologica* 37, 47-56.
- Kováč, D. (2004). Quality of Life: A Megaconcept of coming époque. *Psychology Science*, 46(1), 167-186.
- Kowalcek, I., Wihstutz, N., Buhrow, G., & Diedrich, K. (2001). Subjective well-being in infertile couples. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(3), 143-148.
- Kraaij, V., Garnefski, N., Schroevers, M. J. (2009). Coping, goal adjustment, and positive and negative affect in definitive infertility. *Journal Health Psychology*, 14(1), 18-26.
- Kraus, T., Rodrigues, M., Dixie, M. (2009). Meaning of life, health and human development. *Referência*, 10, 77, 88.
- Kübler-Ross, E. (2005). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. London: Simon & Schuster Ltd.

- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (1985). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas.
- Lalos, A., Lalos, O., Jacobsson, L., & Von Schoultz, B. (1985). The psychosocial impact of infertility two years after completed surgical treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 64, 599 - 604.
- Lampic, C., Svanberg, A. S., Karlström, P., Tydén, T. (2006). Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Human Reproduction*, 21(2), 558-64.
- Lau, J., Wang, Q., Cheng, Y., Kim, J., Yang, X., & Tsui, H. (2008). Infertility-related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural Chinese infertile couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 124-35.
- Laumann, E., Gagnon, J.H., Michael, R.T., & Michaels, S. (1994). *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lawrance, K., & Byers, E.S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Personal Relationships*, 2, 267-285.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In R. P. Abeles (Ed.). *The concept and management of quality of life in the frail elderly*. NY: Academic Press.
- Leal, C.M.S. (2008). Reavaliar o conceito de qualidade de vida. Obtido em 22 de Outubro de 2010 de <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>.
- Lowyck, B., Luyten, P., Corveleyn, J., D'Hooghe, T., & Demyttenaere, K. (2009). Personality and intrapersonal and interpersonal functioning of women starting their first IVF treatment. *Human Reproduction*, 24, 524-529.
- Leiblum S. (1997). *Infertility Psychological Issues and Counseling Strategies*. New Jersey: John Wiley & Son, inc.

- Leiblum, S. R., Aviv, A., Hamer, R. (1998). Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Human Reproduction*, 13(12), 3569-74.
- Lucas, R.E., Clark, A.E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2004). Unemployment alters the set point for life satisfaction. *Psychological Science*, 15, 8–13.
- MacNeil, S., & Byers, E. S. (2005). Dyadic assessment of sexual self-disclosure and sexual satisfaction in heterosexual dating couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, 169-181.
- Maia, L. A. C. R., & Pessoa, P. (2009). *Estudo exploratório acerca da satisfação sexual em pessoas de meia-idade, da cidade da Covilhã – Portugal*. Artigo consultado em 22 de Outubro de 2010, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0500.pdf>
- Maillet, M. H. (2002). Infertility and marital adjustment; the influence of perception of social support, privacy preference and level of depression. Dissertação de Doutoramento não publicada. Louisiana State University, Estados Unidos da América.
- Mariansky, A., & Turner, J. (1992). *The Social Cage: Human Nature and the Evolution of Society*. Stanford: Stanford University Press.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Loherty, W. (1992). Terapia familiar medica con parejas enfrentadas a la infertilidad. *The American Journal of Therapy*, 20 (2), 101-122.
- McLaren, A. (1990). *A History of Contraception: From Antiquity to the Present Day*. Oxford: Blackwell.
- Melo, V., Faria, C., & Leal, I. (2006). Depressão, ansiedade e stress em sujeitos inférteis. Artigo apresentado no VI Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 2-4 Fevereiro 2006.
- Metts, S., & Cupach, W. R. (1989). The role of communication in human sexuality. In K. McKinney & S. Sprecher (eds), *Human sexuality: The societal and interpersonal context* (pp.139-161). Norwood NJ: Ablex.
- Miall, C. E. (1994). Community constructs of involuntary childlessness: Sympathy, stigma, and social support. *Canadian Review of Sociology*, 31(4), 392–421.

- Mikulincer, M., Horesh, N., Levy-Shiff, R., & Manovich, R. (1998). The contribution of adult attachment style to adjustment to infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 265-280.
- Möller, A. (2001). Infertility and Sexuality an overview of the literature and clinical practice. *Scandinavian Journal of sexology*, 4(2), 75-85.
- Möller, A., Fällström, K. (1991). Psychological consequences of infertility: a longitudinal study. *Journal Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 12, 27-44.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63(1), 126-30.
- Nye, F. I. (1982). Family mini theories as special instances of choice and exchange theories. In. F. I. Nye (Ed.), *Family Relationships: Rewards and Costs* (pp.171-183). Beverly Hills, CA: Sage.
- Ohl, J., Reder, F., Fernandez, A., Bettahar-Lebugle, K., Rongièrès, C., & Nisand, I. (2009). Impact of infertility and assisted reproductive techniques on sexuality. *Gynecology Obstetric Fertility*. 7(1), 25-32.
- Oksuz, E., & Mahlan, S. (2006). *Compendium of Health Related Quality of Life*. Ankara: Baskent University Publication.
- Palacios, E. B., Jadresic, E. M., Palacios, F. B., Miranda, C. V., & Domínguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista Chilena de obstetricia e ginecologia*, 67(1).
- Parish, W. L., Luo, Y., Stolzenberg, R., Laumann, E. O., Farrer, G., & Pan, P. (2007). Sexual practices and sexual satisfaction: A population based study of urban Chinese adults. *Archives of Sexual Behavior* 36, 5-20.
- Paulson, R. J., & Sauer, M. V. (1991). Counseling the infertile couple: When enough is enough. *Obstetric Gynecology*, 78, 462-464.
- Payer, P. (1993). *The Bridling of Desire: Views of Sex in the Later Middle Ages*. Toronto: University Toronto Press.

- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 137-152.
- Pechorro, P. F. S. (2006). Funcionamento sexual e ciclo de vida em mulheres portuguesas. Dissertação de mestrado em psicopatologia e psicologia clínica. Tese não publicada. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Pechorro, P., Diniz, A., & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 1(XXVII), 99-108.
- Pechorro, P., Diniz, A., & Vieira, R. (2010). Funcionamento sexual e ciclo de vida em mulheres portuguesas. *Análise Psicológica*, 4(XXVIII), 665-681.
- Perlman, S., & Abramson, P. (1982). Sexual satisfaction among married and cohabiting individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 458-60.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). The relationship between in men and women referred for in vitro fertilization. *Fertility Sterility*, 85(3), 802-804.
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Block, J. M., & Schmidt, L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility Sterility*, 95(5), 1759-63.
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J., & Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human reproduction*, 24(7), 1656-1664.
- Petok, W. D. (2006). The Psychology of Gender-Specific Infertility Diagnoses. In S. N. Convington, & L. H. Burns. *Infertility Counseling, a comprehensive handbook for clinicians*. 2nd Ed. New York: Cambridge University Press.
- Piché, L. (1998). La détermination du degré de relation entre l'estime de soi et la sexualité humaine. Tese de doutoramento não publicada, Université du Québec a Montreal, Montreal, Québec, Canada.

- Pinney, E., Gerrard, M., & Denney, N. (1987). The Pinney Sexual Satisfaction Inventory. *The Journal of Sex Research*, 23, 233-51.
- Preedy, V. R., & Watson, R.R. (2009). *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. New York: Springer.
- Ragni, G., Mosconi, P., Baldini, M. P., Somigliana, E., Vegetti, W., Caliani, I., & Nicolosi, A. E. (2005). Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. *Human Reproduction*, 20 (5), 1286-1291.
- Ramezanzadeh, F., Malek, M. A., Jafarabadi, M., & Zayeri, F. (2006). Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 85 (1), 139-143.
- Ramezanzadeh, F., Malek, M. A., 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), 1-7.
- Raphael-Leff, J. (2005). *Psychological Processes of Child Bearing*. 2nd ed. London: Anna Freud Centre.
- Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N., & Ashrafi, M. (2008). Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Services Ressource*, 19, 8:186.
- Regan, P. C., & Sprecher, S. (1995). Gender Differences in the values of contributions to the intimate relationships: Egalitarian relationships are not always perceived to be equitable. *Sex Roles*, 33, 221-238.
- Repokari, L., Punamäki, R. L., Poikkeus, P., Vilska, S., Unkila-Kallio, L., Sinkkonen, J., Almqvist, F., Tiitinen, A., & Tulppala, M. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22 (5), 1481-1491.
- Rios, G. L. C., Flores, E. J., Perea, X., Pizarro, M., & Aracena, A. (1993). *La sexualidade en la terceira edad e su relación com el bienestar subjetivo*. Estudo

apresentado no Congresso Simposio viejos e viejas participación, Ciudadanía, e Inclusión Social – Congresso Internacional de Americanistas – Santiago do Chile.

- Robinson, W. C., & Ross, J. A. (2007). *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, DC: World Bank.
- Ryan, C., & Jethá, C. (2010). *Sex and the Dawn – The prehistoric origins of modern sexuality*. Australia: HarperCollins e-books.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1–28.
- Safilios-Rothschild, C. (1977). *Love, sex and sex roles*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Schanz, S., Sifeddine, B. I. T., Braeunlich, C., Collins, S. E., Batra, A., Gebert, S., Hautzinger, M., Fierlbeck, G. (2005). A new quality-of-life measure for men experiencing involuntary childlessness. *Human Reproduction*, 20(10), 2858-2865.
- Schmid, J., Kirchengast, S., Vytiska-Binstorfer, E., Huber, J. (2004). Psychosocial and sociocultural aspects of infertility - a comparison between Austrian women and immigrant women. *Anthropologischer Anzeiger*, 62(3), 301-9.
- Schmidt, L. (1998). Infertile couples' assessment of infertility treatment. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 77, 649–653
- Schmidt L. (2006). Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. *Danish Medical Bulletin*, 53, 390-417.
- Schimmack, U., Schupp, J., & Wagner, G. G. (2008). The influence of environment and personality on the affective and cognitive component of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 89, 41-60.
- Schover, L. R., Collins, R. L., & Richards, S. (1992). Psychological aspects of donor insemination: evaluation and follow-up of recipient couples. *Fertility Sterility*, 57(3), 583-90.
- Severy, L. J., Robinson, J., Findley-Klein, C., & McNulty, J. (2006). Acceptability of a home monitor used to aid in conception: Psychological factors and couple dynamics. *Contraception*, 73, 65-71.

- Shaw, T. M. (1998). *The burden of the flesh: Fasting and sexuality in early Christianity*. Minneapolis: Fortress Press.
- Shindel, A. W., Nelson, C. J., Naughton, C. K., & Mulhall, J. P. (2008). Premature ejaculation in infertile couples: prevalence and correlates. *Journal Sexual Medicine*, 5(2), 485-91.
- Silva, S., & Machado, H. (2008). The diagnosis of infertility: Patient's classification processes and feelings. *Medical Sociology Online*, 3 (1), 4-14.
- Singh, A. J. (1996). Support for infertile couples. *World Health Forum*, 17:176-77.
- Skinner, M. (2005). *Sexuality in Greek and Roman Culture*. Oxford: Blackwell
- Spilker, B. (1990). *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press.
- Sprecher, S. (1998). Social exchange theories and sexuality. *The journal of Sex Research*, 35, 32-43.
- Stanton, A. L. (1991). Cognitive appraisals, coping processes and adjustment. In: A. L. Stanton, & C. A. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research*, 87-108. New York: Plenum Press.
- Stearns, P. N. (2009). *Sexuality in World History*. New York: Routledge.
- Steger, M. F., & Frazier, P. (2005). Meaning in life: One link in the chain from religion to well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 574-582.
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., & Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality*, 76, 199-228.
- Stephenson, K. R., & Sullivan, K. T. (2009). Social norms and general sexual satisfaction: The cost of misperceived descriptive norms. *The Canadian journal of Human Sexuality*, 18(3), 89-105.
- Strack, F., Martin, L. L., and Schwarz, N. (1988). Priming and communication: Social determinants of information use in judgments of life satisfaction. *Journal of Social Psychology*, 18, 429-42.

- Sultan, S. (2009). Psychological aspects of infertility. Tese de doutoramento não publicada. Bahauddin Zakariya University, Multan, Pakistão.
- Swenson, C. (1973). *Introduction to interpersonal relations*. Glenview IL: Scott, Foresman.
- Terry, D. J., & Hynes, G. J. (1998). Adjustment to a low-control situation: Re-examining the role of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1078–1092.
- Thibaut, J. W., & Kelley, H. H. (1959). *The Social psychology of Groups*. New York: Wiley.
- Thomsen, D. G., & Gilbert, D. G. (1998). Factors characterizing marital conflict states and traits: Physiological, affective, behavioral and neurotic variable contributions to marital conflict and satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 25, 833–855.
- Traupman, J., Hatfield, E., & Wexler, P. (1983). Equity and sexual satisfaction in dating couples. *British Journal of Social Psychology*, 22, 33-40.
- Ubillos, S., & Bariantos, J. (2002). Relaciones interpersonales, atracción y amor. In: J. F. Morales, D. Páez, A. Kornblit, & D. Asún (eds), *Psicología Social*, 201-222. Buenos Aires: Prentice Hall.
- Ullman, S. (1997). *Sex Seen: The Emergence of Modern Sexuality in America*. Berkeley: University of California.
- Utne, M. K., Hatfield, E., Traupman, J., & Greenberger, D. (1984). Equity, marital satisfaction, and stability. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1, 323-32.
- Valderas, J. M., & Alonso, J. (2008). Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. *Quality of Life Research*, 17(9), 1125-35.
- Van Balen, F., & Trimbos-Kemper, T. C. M. (1995). Involuntary childless couples. Their desire to have children and their motives. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology*, 16, 137-144.

- Veenhoven, R. (1989). Is happiness relative? In: J.P. Fargas & J.M. Innes (eds.). *Recent advances in social psychology: an inter-national perspective*. Amsterdam: Elsevier Science, 235-247.
- Veenhoven, R. (1994). Is Happiness a Trait? Tests of the theory that a better society does not make people any happier. *Social Indicators Research*, 32, 101-160.
- Veenhoven, R. (1996). Happy life-expectancy. A comprehensive measure of quality-of-life in nations. *Social Indicators Research*, 39, 1-58.
- Veenhoven, R. (1997). Advances in understanding happiness. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 29-74.
- Veenhoven, R. (1999). Quality-of-life in Individualistic Society. *Social Indicators Research*, 48, 157-186.
- Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal Of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Veenhoven, R. (2001). Preface. *Journal of Happiness Studies*, 2(2), 93-94.
- Veenhoven, R. (2002). Why Social Policy Needs Subjective Indicators. *Social Indicators Research*, 58, 33-45.
- Veenhoven, R. (2005). Return of Inequality in Modern Society? Test by Dispersion of Life-Satisfaction across Time and Nations. *Journal of Happiness Studies*, 6(4), 457-487.
- Veenhoven, R. (2006). *How do we assess how happy we are? Tenets, implications and tenability of three theories*. Artigo apresentado na conferência ‘New Directions in the Study of Happiness: United States and International Perspectives’, University of Notre Dame, Estados Unidos da América, October, 22-24.
- Veenhoven, R. (2009). Well-Being in Nations and Well-Being of Nations. Is there a conflict between individual and society? *Social Indicators Research*, 91, 5-21.
- Veenhoven, R. (2010). Greater Happiness for a Greater Number. *Journal of Happiness Studies*, 11(5), 605-629.

- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaijmaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2007). *Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. Human Reproduction Update*, 13, 27 – 36.
- Waite, L. J., & Joyner, K. (2001). Emotional Satisfaction and Physical Pleasure in Sexual Unions: Time Horizon, Sexual Investment, and Sexual Exclusivity. *Journal of Marriage and the Family*, 63(1), 247-264.
- Waller, W. (1937). The rating and dating complex. *American Sociological Review*, 2, 727-734.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Webb, R. E., & Daniluk, J. C. (1999). The end of the line: Infertile Men's Experiences of Being Unable to Produce a Child. *Men and Masculinities*, 2(1), 6-25.
- Weeks, J. (1990). *Sexuality and its Discontents: Meanings, Myths and Modern Sexualities*. London: Routledge.
- Wiklund, I. (2004). Assessment of patient-reported outcomes in clinical trials: the example of health-related quality of life. *Fundamental & Clinical Pharmacology*, 18, 351-363.
- Wischmann, T., Scherg, H., Strowitzki, T., Verres, R. (2009). Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. *Human Reproduction*, 24(2), 378-85.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. *Human Reproduction*, 16(8), 1753-1761.
- Wirtberg, I., Möller, A., Hogstrom, L., Tronstad, S-E., & Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22(2), 598-604.
- Whiteford, L. M., & Gonzalez, L. (1995). Stigma: The hidden burden of infertility. *Social Science and Medicine*, 40, 27-36.

- Woods, N. F., Olshansky, E., & Draye, M. A. (1991). Infertility: women's experiences. *Health Care Women International journal*, 12(2), 179-90.
- World Health Organization (1997). Programme on Mental Health – WHOQOL Measuring Quality of Life. Consultado em http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- Yela, C. (2000). Predictors and factors related to loving and sexual satisfaction for men and women. *European Review of Applied Psychology*, 49, 235–242.
- Young, M., Denny, G., Young, T., Luquis, R. (2000). Sexual satisfaction among married women. *American Journal of Health Studies*, 16, 73-84.
- Zikmund, V. (2000). Quality of life and health: Levels, dimensions, interactions. *Homeostasis in Health and Disease*, 40(3-4), 109-113.

ANEXOS

ANEXO A

METODOLOGIA – INSTRUMENTOS

❖ ISS – Índice de Satisfação Sexual – (Hudson, 1974; Cardoso & Soares, 1994)

Instrução

«Este questionário não é um teste, pelo que não existem respostas certas ou erradas. Responda a cada afirmação da forma mais atenta e correcta que lhe for possível, colocando à frente de cada frase o número que melhor corresponder à sua resposta: 1- raramente ou nunca; 2- Poucas vezes; 3- Algumas vezes; 4- Bastantes vezes; 5- Habitualmente ou sempre» (Cardoso & Soares, 1994).

Tempo de aplicação

O tempo de realização deste questionário de auto-preenchimento é de aproximadamente 5-10 minutos.

Cotação

De entre os 25 itens que constituem o questionário, 19 itens dizem respeito a aspectos da qualidade da relação sexual com o(a) parceiro(a), enquanto os restantes 6 referem-se às consequências positivas ou negativas desta mesma relação.

Aos itens de cotação negativa (4, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 18, 20, 24 e 25) serão atribuídos os valores dados pelos participantes, enquanto aos itens de cotação positiva (1, 2, 3, 9, 10, 12, 16, 17, 19, 21, 22 e 23) atribui-se a pontuação inversa.

Após a soma de todas as pontuações, subtrai-se o valor constante de 25, obtendo-se desta forma uma pontuação final, compreendida entre os 0 e 100 pontos. Assim, quanto mais baixo o resultado obtido, maior será o grau de satisfação sexual (Cardoso, 1996).

O valor de corte clínico é de 30 pontos, determinando a presença ou ausência de problemáticas sexuais. Ademais, pontuações próximas deste valor, compreendidas num intervalo de entre 25 a 35 pontos, devem ser encaradas como pertencente à uma zona de ambiguidade.

❖ **FertiQol International (Boivin, Takefman & Braverman, 2008)**

O FertiQoL foi desenvolvido por Jacky Boivin, Janet Takefman and Andrea Braverman e com o patrocínio da *European Society of Human Reproduction & Embryology* (ESHRE), da *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM) e da *Merck-Serono S.A.*

População-Alvo

O FertiQol é adequado para todas as pessoas que se encontram em contexto de problemas de fertilidade. Quem não possui parceiro, pode deixar em branco os itens relativos à relação marital /conjugal. O *fertiQol Treatment* representa um módulo opcional, podendo ser administrado a pessoas que frequentam ou frequentaram qualquer serviço médico referentes à fertilidade.

Tempo de aplicação

O tempo necessário para responder ao questionário é de aproximadamente 15 minutos.

Instrução

As instruções do FertiQol são as seguintes: «Para cada pergunta, assinale por favor (com um √) a resposta que melhor reflecte a forma como pensa e sente. Responda com base no

que pensa e no que sente actualmente. Algumas perguntas podem dizer respeito à sua vida privada, mas são necessárias para avaliar adequadamente todos os aspectos da sua vida. Preencha por favor os itens assinalados com um asterisco (*) apenas se tiver um(a) companheiro(a)» (Boivin et al., 2008).

Estrutura do questionário

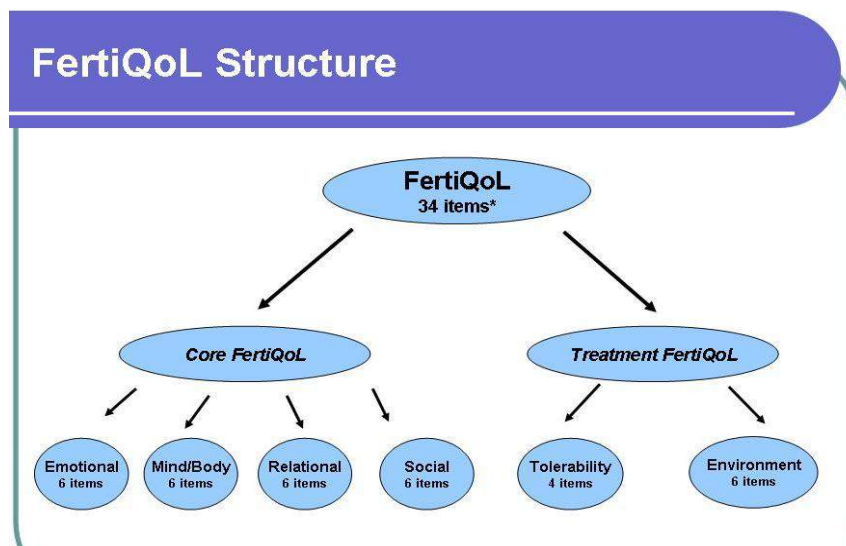


ILUSTRAÇÃO 5: Esquema explicativa da estrutura do instrumento FertiQoL International (Boivin et al., 2008)

Propriedades psicométricas**TABELA 31: Propriedades psicométricas do FertiQoL (de acordo com Boivin et al. 2008)**

Escala	Alfa de Cronbach	Média (SD) pontuação das escalas N=1230* Max range 0-100
Subescala		
Emocional	.90	45.11 (23.2)
Corpo-Mente	.85	51.25 (21.5)
Relacional	.80	68.70 (19.2)
Social	.75	52.74 (18.6)
Tolerância no tratamento	.72	61.5 (19.6)
Contexto do Tratamento	.84	58.80 (20.6)
FertiQoL Core (base)	.92	53.7 (17.2)
FertiQoL Treatment	.80	60.0 (16.2)

NB: Tamanho da Amostra N=1050; SD= Desvio-Padrão

Cotação**TABELA 31: Categorias e escalas de cotação. Tradução da tabela de Boivin et al. (2008)**

Avaliação	Avaliação	Frequência	Intensidade	Capacidade
Muito má (0)	Muito insatisfeito (0)	Sempre (0)	Muitíssimo (0)	Completamente (0)
Má (1)	Insatisfeito (1)	Muitas vezes (1)	Muito (1)	Muito (1)
Nem boa nem má (2)	Nem satisfeito nem insatisfeito (2)	As vezes (2)	Mais ou menos (2)	Mais ou menos (2)
Boa (3)	Satisfeito (3)	Raramente (3)	Pouco (3)	Pouco (3)
Muito Boa (4)	Muito Satisfeito (4)	Nunca (4)	Nada (4)	Nada (4)

Subescalas e itens

Item	Core FertiQoL				Treatment FertiQoL	
	<i>Emotional</i>	<i>Mind/Body</i>	<i>Relational</i>	<i>Social</i>	<i>Environment</i>	<i>Tolerability</i>
	Q4R	Q1	Q6	Q5	T2R	T1
	Q7	Q2	Q11R	Q10	T5R	T3
	Q8	Q3	Q15R	Q13	T7	T4
	Q9	Q12	Q19	Q14R	T8	T6
	Q16	Q18	Q20	Q17	T9	
	Q23	Q24	Q21R	Q22	T10	

Note. Item number refers to item number on FertiQoL questionnaire. Items marked with an R need to be reversed before summing. For these items use the reverse of the response scale (4 to 0, instead of 0 to 4) so that higher scores reflect higher quality of life.

Ilustração: Listagem dos itens pertencentes a cada subescala (Boivin, et al., 2008)

Obtenção da pontuação total

O processo de pontuação inscreve-se dentro de 3 etapas:

- 1) Inverter os itens necessários (itens marcados com um 'R' devem ser pontuados no inverso)
- 2) Calcular as pontuações, somando todos os itens pertencentes a cada subescala. Para o FertiQol Core ou base, somar todos os 24 itens. Para o FertiQol Treatment somar os 10 itens. Para um FertiQol total, somar as duas partes do questionário (34 itens).
- 3) Para avaliar as pontuações, total e das subescalas, multiplicar a pontuação por 25/k, onde k representa o número de itens presentes nas escalas. Desta forma os valores variam de 0 a 100.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- 1) GÉNERO: Masculino () Feminino ()
- 2) IDADE: _____Anos
- 3) CIDADE ONDE VIVE: _____
- 4) HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:
4º Classe () 9º Ano () 12º Ano () Licenciatura ()
Mestrado () Doutoramento () Outros _____
- 5) PRATICA ALGUMA RELIGIÃO? Sim () Não ()
- 6) TEMPO DE RELACIONAMENTO COM O PARCEIRO ACTUAL:
_____(anos)
- 7) TEMPO DE INFERTILIDADE (anos; *quando é que lhe foi diagnosticado pela primeira vez?*) _____
- 8) TEMPO EM TRATAMENTO (anos):

- 9) NÚMERO DE TRATAMENTOS EFECTUADOS:

- 10) DENTRO DO CASAL, QUEM POSSUI O PROBLEMA MÉDICO DA INFERTILIDADE?
Homem () Mulher () Ambos () Causa Desconhecida () Não sei ()
- 11) DESDE O MOMENTO EM QUE LHE FOI DIAGNÓSTICADO INFERTILIDADE,,
 - 12.1 ...A COMUNICAÇÃO COM O SEU PARCEIRO É:
Igual () Melhor () Pior ()
 - 12.2....A SUA RELAÇÃO É:
Igual () Melhor () Pior ()

FertiQoL International

Questionário sobre Fertilidade e Qualidade de Vida (2008)

Para cada pergunta, assinale por favor (com um ✓) a resposta que melhor reflecte a forma como pensa e se sente. Responda com base no que pensa e no que sente actualmente.

Algumas perguntas podem dizer respeito à sua vida privada, mas são necessárias para avaliar adequadamente todos os aspectos da sua vida.

Preencha por favor os itens assinalados com um asterisco (*) apenas se tiver um(a) companheiro(a).

Para cada pergunta, assinale a resposta que mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
A	Como avaliaria a sua saúde?	☐	☐	☐	☐	☐
Para cada pergunta, assinale a resposta que mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisf. nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
B	Está satisfeito(a) com a sua qualidade de vida?	☐	☐	☐	☐	☐
Assinale com um visto (✓) a resposta que melhor define o que pensa e sente actualmente		Completa-mente	Muito	Mais ou menos	Pouco	Nada
Q1	A sua atenção e concentração são prejudicadas por pensamentos de infertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐
Q2	Acha que não consegue avançar com outros objectivos e planos de vida por causa dos problemas de fertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐
Q3	Sente-se esgotado(a) ou exausto(a) por causa dos problemas de fertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐
Q4	Sente que é capaz de lidar com os seus problemas de fertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐
Para cada pergunta, assinale a resposta que mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisf. nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
Q5	Está satisfeito(a) com o apoio que recebe de amigos relativamente aos seus problemas de fertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q6	Está satisfeito(a) com a sua vida sexual, apesar de ter problemas de fertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐
Para cada pergunta, assinale a resposta que mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
Q7	Os seus problemas de fertilidade dão origem a sentimentos de ciúme e rancor?	☐	☐	☐	☐	☐
Q8	Costuma ter sentimentos de angústia e/ou de perda por não conseguir ter um filho (ou mais filhos)?	☐	☐	☐	☐	☐
Q9	Sente que oscila entre a esperança e o desespero por causa dos problemas de fertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐
Q10	Encontra-se socialmente isolado(a) por causa dos problemas de fertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q11	É afectuoso(a) com o(a) seu(sua) companheiro(a) e ele(ela) consigo apesar dos seus problemas de fertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐
Q12	Os seus problemas de fertilidade interferem com o seu trabalho ou as suas obrigações do dia-a-dia?	☐	☐	☐	☐	☐
Q13	Sente-se desconfortável ao participar em situações sociais, tais como férias e festas, por causa dos seus problemas de fertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐
Q14	Sente que a sua família consegue compreender aquilo por que está a passar?	☐	☐	☐	☐	☐
Para cada pergunta, assinale a resposta que mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Muitíssimo	Muito	Mais ou menos	Pouco	Nada
*Q15	O facto de ter problemas de fertilidade fortaleceu a sua dedicação ao seu companheiro(a)?	☐	☐	☐	☐	☐
Q16	Sente-se triste e deprimido(a) em relação aos seus problemas de fertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐
Q17	Os seus problemas de fertilidade tornam-no inferior às pessoas com filhos?	☐	☐	☐	☐	☐
Q18	Sente-se fatigado(a) devido a problemas de fertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q19	Os problemas de fertilidade tiveram um impacto negativo na sua relação?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q20	Sente dificuldade em falar com o(a) seu(sua) companheiro(a) sobre o que sente relativamente à infertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q21	Está satisfeito(a) com a sua relação, apesar de ter problemas de fertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐
Q22	Sente pressão social para ter (ou ter mais) filhos?	☐	☐	☐	☐	☐
Q23	Os seus problemas de fertilidade deixam-no irritado?	☐	☐	☐	☐	☐
Q24	Sente dor e desconforto físico por causa dos seus problemas de fertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐

FertiQoL International

Iniciou algum tratamento de fertilidade (incluindo qualquer consulta ou intervenção médicas)? Se sim, responda por favor às seguintes perguntas. Para cada pergunta, assinale (com um ✓) a resposta que melhor reflecte a forma como pensa e se sente. Responda com base no que pensa e sente actualmente. Algumas perguntas podem dizer respeito à sua vida privada, mas são necessárias para avaliar adequadamente todos os aspectos da sua vida

Para cada pergunta, assinale a resposta que mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
T1	O tratamento de infertilidade afecta negativamente o seu humor?	☐	☐	☐	☐	☐
T2	Dispõe dos serviços médicos de fertilidade que deseja?	☐	☐	☐	☐	☐

Para cada pergunta, assinale a resposta que mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Muitíssimo	Muito	Bastante	Um pouco	Nada
T3	Até que ponto é complicado lidar com os procedimentos e/ou administração de medicação para o(s) seu(s) tratamento(s) de infertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐
T4	O efeito do tratamento incomoda-o(a) nas suas actividades do dia-a-dia ou de trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
T5	Sente que o pessoal dos serviços de fertilidade compreende aquilo porque está a passar?	☐	☐	☐	☐	☐
T6	Os efeitos secundários físicos da medicação e do tratamento para a infertilidade incomodam-no(a)?	☐	☐	☐	☐	☐

Para cada pergunta, assinale a resposta que mais se aproxima dos seus pensamentos e sentimentos actuais		Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
T7	Está satisfeito(a) com a qualidade dos serviços disponíveis para a abordagem das suas necessidades emocionais?	☐	☐	☐	☐	☐
T8	Como avaliaria a cirurgia e/ou o(s) tratamento(s) médico(s) a que foi submetido?	☐	☐	☐	☐	☐
T9	Como avaliaria a qualidade da informação que recebeu sobre a medicação, a cirurgia e/ou o tratamento médico?	☐	☐	☐	☐	☐
T10	Está satisfeito(a) com as suas relações com o pessoal médico dos serviços de fertilidade?	☐	☐	☐	☐	☐

I.S.S.

Walter W. Hudson, 1974. Versão Portuguesa J. Cardoso & C. Soares (1994)

Este questionário não é um teste, pelo que não existem respostas certas ou erradas. Responda a cada afirmação da forma mais atenta e correcta que lhe for possível, colocando à frente de cada frase o número que melhor corresponder à sua resposta:

1 – Raramente ou nunca

2 – Poucas vezes

3 – Algumas vezes

4 – Bastantes vezes

5 – Habitualmente ou sempre

1. Sinto que a minha parceira sexual aprecia a nossa vida sexual	
2. A minha vida sexual é muito excitante	
3. Para a minha parceira e para mim o sexo é divertido	
4. Sinto que a minha parceira vê pouco em mim, excepto pelas relações sexuais que lhe posso proporcionar	
5. Sinto que o sexo é sujo e nojento	
6. A minha vida sexual é monótona	
7. Quando temos relações sexuais estas são demasiado precipitadas e apressadamente terminadas	
8. A minha vida sexual tem falta de qualidade	
9. A minha parceira é sexualmente muito excitante	
10. Aprecio as técnicas sexuais que a minha parceira gosta ou utiliza	
11. Sinto que a minha parceira quer demasiado sexo de mim	
12. Penso que o sexo é maravilhoso	
13. A minha parceira pensa muito em sexo	
14. Sinto que o sexo é algo que tem de ser suportado na nossa relação	
15. A minha parceira é demasiado violenta ou brutal quando temos relações sexuais	
16. A minha parceira cumpre uma boa higiene pessoal	

17. Sinto que o sexo é uma função normal da nossa relação	
18. A minha parceira não quer ter relações sexuais quando eu quero	
19. Sinto que a nossa vida sexual realmente contribui bastante para o nosso relacionamento	
20. Gostaria de ter contacto sexual com alguém que não a minha parceira	
21. É fácil para mim ficar sexualmente excitado pela minha parceira	
22. Sinto que a minha parceira está sexualmente satisfeita comigo	
23. A minha parceira é muito sensível às minhas necessidades e desejos sexuais	
24. Sinto que deveria ter relações sexuais mais frequentemente	
25. Sinto que a minha vida sexual é enfadonha	

ANEXO B – OUTPUTS SPSS

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

a) Participantes *online*

Sexo					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Maculino	18	20,9	20,9	20,9
	Feminino	68	79,1	79,1	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Idade

Idade

Sexo	Mean	N	Std. Deviation
Maculino	36,28	18	5,665
Feminino	33,68	68	4,376
Total	34,22	86	4,759

Habilitação Literária * Sexo Crosstabulation

Count

		Sexo		Total
		Maculino	Feminino	
Habilitação Literária	4º Classe	0	1	1
	9º Ano	3	5	8
	12º Ano	5	22	27
	Licenciatura	9	33	42
	Mestrado	1	5	6
	Doutoramento	0	1	1
	Outros	0	1	1
Total		18	68	86

Cidade onde vive

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Norte	19	22,1	22,1	22,1
	Centro	61	70,9	70,9	93,0
	Sul	6	7,0	7,0	100,0
Total		86	100,0	100,0	

Religião

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	38	44,2	44,2	44,2
	Não	48	55,8	55,8	100,0
Total		86	100,0	100,0	

Tempo relacionamento Parceiro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 Anos	13	15,1	15,1	15,1
	6-10 Anos	32	37,2	37,2	52,3
	11-15 Anos	22	25,6	25,6	77,9
	16-20 Anos	16	18,6	18,6	96,5
	21-25 Anos	3	3,5	3,5	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Comunicação com o parceiro é

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Igual	52	60,5	60,5	60,5
	melhor	26	30,2	30,2	90,7
	Pior	8	9,3	9,3	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Relação é

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Igual	48	55,8	55,8	55,8
	Melhor	21	24,4	24,4	80,2
	Pior	17	19,8	19,8	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Tempo Infertilidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 Anos	49	57,0	57,0	57,0
	6-10 Anos	29	33,7	33,7	90,7
	11-15 Anos	7	8,1	8,1	98,8
	16-20 Anos	1	1,2	1,2	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Tempo Tratamento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 Anos	68	79,1	79,1	79,1
	6-10 Anos	16	18,6	18,6	97,7
	11-15 Anos	2	2,3	2,3	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Número Tratamentos Efectuados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5	64	74,4	74,4	74,4
	6-10	14	16,3	16,3	90,7
	11-15	5	5,8	5,8	96,5
	21-25	3	3,5	3,5	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Quem possui problema Infertilidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Homem	20	23,3	23,3	23,3
	Mulher	34	39,5	39,5	62,8
	Ambos	20	23,3	23,3	86,0
	Causa desconhecida	11	12,8	12,8	98,8
	Não sei	1	1,2	1,2	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

b) Amostra casais

Idade

Idade

Sexo	Mean	N	Std. Deviation
Masculino	35,08	13	5,251
Feminino	35,15	13	4,059
Total	35,12	26	4,598

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	13	50,0	50,0	50,0
	Feminino	13	50,0	50,0	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Habilitação Literária

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9º Ano	5	19,2	19,2	19,2
	12º Ano	7	26,9	26,9	46,2
	Licenciatura	11	42,3	42,3	88,5
	Mestrado	3	11,5	11,5	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Cidade onde vive

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Norte	4	15,4	15,4	15,4
	Centro	20	76,9	76,9	92,3
	Sul	2	7,7	7,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Religião

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	53,8	53,8	53,8
	Não	12	46,2	46,2	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tempo relacionamento Parceiro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6-10 Anos	6	23,1	23,1	23,1
	11-15 Anos	10	38,5	38,5	61,5
	16-20 Anos	8	30,8	30,8	92,3
	21-25 Anos	2	7,7	7,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Comunicação com o parceiro é

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Igual	18	69,2	69,2	69,2
	melhor	5	19,2	19,2	88,5
	Pior	3	11,5	11,5	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Relação é

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Igual	15	57,7	57,7	57,7
	Melhor	4	15,4	15,4	73,1
	Pior	7	26,9	26,9	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tempo Infertilidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 Anos	10	38,5	38,5	38,5
	6-10 Anos	12	46,2	46,2	84,6
	11-15 Anos	4	15,4	15,4	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tempo Tratamento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 Anos	16	61,5	61,5	61,5
	6-10 Anos	8	30,8	30,8	92,3
	11-15 Anos	2	7,7	7,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Número Tratamentos Efectuados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5	10	38,5	38,5	38,5
	6-10	10	38,5	38,5	76,9
	11-15	4	15,4	15,4	92,3
	21-25	2	7,7	7,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Quem possui problema Infertilidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Homem	8	30,8	30,8	30,8
	Mulher	12	46,2	46,2	76,9
	Ambos	4	15,4	15,4	92,3
	Causa desconhecida	2	7,7	7,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS

a) Participantes online

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
ISSTOTAL	86	56,00	,00	56,00	29,1047	15,07474	227,248
Valid N (listwise)	86						

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
FERTIQOLEMO	86	83,33	16,67	100,00	46,9961	17,34703	300,920
FERTIQOLMINDBODY	86	91,67	8,33	100,00	50,1453	21,22136	450,346
FERTIQOLRELATIONAL	86	75,00	25,00	100,00	68,4109	18,56213	344,553
FERTIQOLSOCIAL	86	91,67	8,33	100,00	58,7694	18,64518	347,643
FERTIQOLTRATAMENTO	86	85,00	15,00	100,00	58,1105	15,86216	251,608
FERTIQOLTOTALSEMTRAT	86	69,79	29,17	98,96	56,0804	14,10260	198,883
FERTIQOLTOTAL	86	67,65	31,62	99,26	56,6775	12,90496	166,538
Valid N (listwise)	86						

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
Tratamentoenvironment	86	4,17	100,00	58,2849	19,84925	393,993
Tratamentotolerability	86	12,50	100,00	57,8488	19,62858	385,281
Valid N (listwise)	86					

b) Amostra casal

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
ISSTotal	26	43,00	13,00	56,00	40,3462	12,96747	168,155
Valid N (listwise)	26						

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
FERTIQOLEMO	26	66,67	33,33	100,00	54,4872	17,55638	308,226
FERTIQOLMINDBODY	26	70,83	29,17	100,00	54,8077	20,12780	405,128
FERTIQOLRELATIONAL	26	62,50	33,33	95,83	57,6923	17,78312	316,239
FERTIQOLSOCIAL	26	66,67	33,33	100,00	56,8910	16,07026	258,253
FERTIQOLTRATAMENTO	26	45,00	30,00	75,00	52,3077	11,20096	125,462
Valid N (listwise)	26						

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
FERTIQOLTRATAMENTO	26	30,00	75,00	52,3077	11,20096	125,462
Tratamentocontexto	26	29,17	70,83	51,6026	11,24703	126,496
Tratamentotolerabilidade	26	18,75	81,25	53,3654	13,83279	191,346
Valid N (listwise)	26					

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
FERTIQOLTRATAMENTO	26	30,00	75,00	52,3077	11,20096	125,462
FERTIQOLTOTAL	26	41,18	87,50	54,8925	12,58697	158,432
FERTIQOLTOTALSEMTRAT	26	36,46	92,71	55,9696	14,39931	207,340
Valid N (listwise)	26					

CORRELAÇÕES DE SPEARMAN

a) Participantes *online*

			Correlations							
			ISSTOTAL	FERTIQOLEM O	FERTIQOLMI NDBODY	FERTIQOLRE LATIONAL	FERTIQOLSO CIAL	Tratamientoen vironmient	Tratamiento tolerability	FERTIQOLTO TAL
Spearman's rho	ISSTOTAL	Correlation Coefficient	1,000	-,019	-,037	-,730	-,174	-,124	-,233	-,413
		Sig. (2-tailed)	.	,832	,539	,000	,000	,002	,031	,000
		N	85	85	85	85	85	85	85	85
	FERTIQOLEMO	Correlation Coefficient	-,019	1,000	,393	,035	,594	,144	,337	,328
		Sig. (2-tailed)	,832	.	,000	,552	,000	,163	,002	,000
		N	85	85	85	85	85	85	85	85
	FERTIQOLMINDBODY	Correlation Coefficient	-,037	,393	1,000	,145	,488	,123	,453	,793
		Sig. (2-tailed)	,539	,000	.	,180	,000	,235	,000	,000
		N	85	85	85	85	85	85	85	85
	FERTIQOLRELATIONAL	Correlation Coefficient	-,730	,035	,145	1,000	,355	,395	,297	,520
		Sig. (2-tailed)	,000	,552	,180	.	,001	,004	,050	,000
		N	85	85	85	85	85	85	85	85
	FERTIQOLSOCIAL	Correlation Coefficient	-,174	,594	,488	,355	1,000	,333	,357	,795
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001	.	,002	,001	,000
		N	85	85	85	85	85	85	85	85
	Tratamientoen vironmient	Correlation Coefficient	-,124	,144	,123	,395	,333	1,000	,229	,534
		Sig. (2-tailed)	,002	,163	,235	,004	,002	.	,034	,000
		N	85	85	85	85	85	85	85	85
	Tratamiento tolerability	Correlation Coefficient	-,233	,337	,453	,297	,357	,229	1,000	,589
		Sig. (2-tailed)	,031	,002	,000	,053	,001	,034	.	,000
		N	85	85	85	85	85	85	85	85
	FERTIQOLTOTAL	Correlation Coefficient	-,413	,328	,793	,520	,795	,534	,589	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	
		N	85	85	85	85	85	85	85	85

Table Caption

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

			Correlations				
			ISSTOTAL	Tempo Infertilidade	Número Tratamientos Efectuados	Tempo Tratamiento	Tempo relacionamiento Parcial
Spearman's rho	ISSTOTAL	Correlation Coefficient	1,000	,215	,318	,435	,180
		Sig. (2-tailed)	.	,044	,003	,000	,098
		N	85	85	85	85	85
	Tempo Infertilidade	Correlation Coefficient	,215*	1,000	,192	,559**	,492**
		Sig. (2-tailed)	,044	.	,343	,000	,000
		N	85	85	85	85	85
	Número Tratamientos Efectuados	Correlation Coefficient	,318*	,192	1,000	,232	,193
		Sig. (2-tailed)	,003	,343	.	,032	,074
		N	85	85	85	85	85
	Tempo Tratamiento	Correlation Coefficient	,435*	,559**	,232	1,000	,338
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,032	.	,001
		N	85	85	85	85	85
	Tempo relacionamiento Parcial	Correlation Coefficient	,180	,492**	,193	,338	1,000
		Sig. (2-tailed)	,098	,000	,074	,001	.
		N	85	85	85	85	85

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Qualidade de vida e Satisfação Sexual do casal infértil em tratamento prolongado

		Correlations											
			FERTIQOLEM O	FERTIQOLMI NDBODY	FERTIQOLREL ATIONAL	FERTIQOLSOC IAL	Tratamentointensivom aximo	Tratamentointensivotol erabilidad	FERTIQOLT OTAL	Tempo infertilidad	Número Tratamientos Efectuados	Tempo Tratamiento	Tempo relacionamiento Paroairu
Spearman's rho	FERTIQOLEMO	Correlation Coefficient	1,000	,993**	,915**	,904**	,144	,137**	,923**	,935	-,181	-,093	-,145
		Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,188	,002	,000	,095	,979	,184	
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
	FERTIQOLMINDBODY	Correlation Coefficient	,993**	1,000	-,143	-,488**	-,120	-,498**	-,793**	-,913	-,177	-,043	-,110
		Sig. (2-tailed)	,000		,180	,000	,235	,000	,000	,090	,104	,982	,313
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
	FERTIQOLRELATIONAL	Correlation Coefficient	,915**	-,143	1,000	,355**	,305**	,297	,520**	-,121	-,251*	-,223*	-,087
		Sig. (2-tailed)	,000	,180		,001	,004	,059	,000	,268	,015	,039	,379
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
	FERTIQOLSOCIAL	Correlation Coefficient	,904**	-,488**	,355**	1,000	,333**	,357**	,785**	-,081	-,324**	-,153	-,118
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001		,002	,001	,000	,481	,002	,131	,278
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
	Tratamentointensivomaximo	Correlation Coefficient	,144	,120	,305**	,333**	1,000	,220	,534**	-,264	-,237	-,315**	-,020
		Sig. (2-tailed)	,188	,235	,004	,002		,034	,000	,014	,028	,003	,864
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
	Tratamentointensivotolerabilidad	Correlation Coefficient	,137**	-,498**	,297	,357**	,220	1,000	,589**	-,138	-,247*	-,152	-,113
		Sig. (2-tailed)	,002	,000	,059	,001	,034		,000	,205	,022	,137	,298
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
	FERTIQOLTOTAL	Correlation Coefficient	,923**	,793**	,520**	,785**	,534**	,589**	1,000	-,131	-,352**	-,217	,098
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,230	,001	,045	,531
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
	Tempo infertilidade	Correlation Coefficient	,935	1,000	-,121	-,081	-,264	-,138	-,131	1,000	,102	,559**	,492*
		Sig. (2-tailed)	,000		,180	,218	,014	,209	,210		,348	,000	,000
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
	Número Tratamientos Efectuados	Correlation Coefficient	-,181	-,177	-,251*	-,324**	-,247*	-,352**	-,102	1,000	,232*	,032	,074
		Sig. (2-tailed)	,095	,104	,015	,002	,028	,002	,001		,048	,032	,074
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
	Tempo Tratamiento	Correlation Coefficient	,093	-,043	-,223*	-,153	-,315**	-,152	-,217*	,559**	,232*	1,000	,338**
		Sig. (2-tailed)	,979	,982	,039	,151	,003	,137	,045	,000	,032		,001
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
	Tempo relacionamiento Paroairu	Correlation Coefficient	,145	,110	-,087	,118	,020	-,113	,098	,492*	,193	,338**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,184	,313	,379	,278	,854	,298	,531	,009	,074	,001	
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

b) Amostra casais

Correlations										
			ISSTotal	FERTIQOLEMO	FERTIQOLMINDBODY	FERTIQOLRELATIONAL	FERTIQOLSOCIAL	Tratamentointensivomaximo	Tratamentointensivotolerabilidade	FERTIQOLTOTAL
Spearman's rho	ISSTotal	Correlation Coefficient	1,000	-,260	-,441*	-,457*	-,790**	-,722**	-,377	-,871**
		Sig. (2-tailed)		,189	,024	,019	,000	,000	,058	,000
		N	26	26	26	26	26	26	26	26
	FERTIQOLEMO	Correlation Coefficient	-,260	1,000	,280	,440*	,403*	,220	,282	,519**
		Sig. (2-tailed)	,189		,150	,025	,041	,281	,163	,007
		N	26	26	26	26	26	26	26	26
	FERTIQOLMINDBODY	Correlation Coefficient	-,441*	,280	1,000	,415*	,391*	,272	,595**	,638**
		Sig. (2-tailed)	,024	,150		,034	,048	,179	,001	,000
		N	26	26	26	26	26	26	26	26
	FERTIQOLRELATIONAL	Correlation Coefficient	-,457*	,440*	,415*	1,000	,385	,493*	,405*	,711**
		Sig. (2-tailed)	,019	,025	,034		,052	,010	,040	,000
		N	26	26	26	26	26	26	26	26
	FERTIQOLSOCIAL	Correlation Coefficient	-,790**	,403*	,391*	,385	1,000	,562**	,345	,707**
		Sig. (2-tailed)	,000	,041	,048	,052		,003	,084	,000
		N	26	26	26	26	26	26	26	26
	Tratamentointensivomaximo	Correlation Coefficient	-,722**	,220	,272	,493*	,562**	1,000	,385	,648**
		Sig. (2-tailed)	,000	,281	,179	,010	,003		,052	,000
		N	26	26	26	26	26	26	26	26
	Tratamentointensivotolerabilidade	Correlation Coefficient	-,377	,282	,595**	,405*	,345	,385	1,000	,888**
		Sig. (2-tailed)	,058	,163	,001	,040	,084	,052		,000
		N	26	26	26	26	26	26	26	26
	FERTIQOLTOTAL	Correlation Coefficient	-,871**	,519**	,638**	,711**	,707**	,648**	,888**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,007	,000	,000	,000	,000	,000	
		N	26	26	26	26	26	26	26	26

*, Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**, Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Qualidade de vida e Satisfação Sexual do casal infértil em tratamento prolongado

Correlations

			ISSTotal	Tempo Infertilidade	Número Tratamientos Efectuados	Tempo Tratamiento	Tempo relacionamiento Parcial
Spearman's rho	ISSTotal	Correlation Coefficient	1,000	-,059	,317	,517**	-,204
		Sig. (2-tailed)		,775	,115	,007	,317
		N	26	26	26	26	26
	Tempo Infertilidade	Correlation Coefficient	-,059	1,000	,051	,574**	,687**
		Sig. (2-tailed)	,775		,806	,002	,000
		N	26	26	26	26	26
	Número Tratamientos Efectuados	Correlation Coefficient	,317	,051	1,000	,386	,084
		Sig. (2-tailed)	,115	,806		,051	,682
		N	26	26	26	26	26
	Tempo Tratamiento	Correlation Coefficient	,517**	,574**	,386	1,000	,240
		Sig. (2-tailed)	,007	,002	,051		,239
		N	26	26	26	26	26
	Tempo relacionamiento Parcial	Correlation Coefficient	-,204	,687**	,084	,240	1,000
		Sig. (2-tailed)	,317	,000	,682	,239	
		N	26	26	26	26	26

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

			FERTIQOLEMO	FERTIQOLMINDBODY	FERTIQOLRELACIONAL	FERTIQOLSOCIAL	Tratamientos recibidos	Tratamientos tolerabilidad	FERTIQOLTOTAL	Tempo Infertilidade	Número Tratamientos Efectuados	Tempo Tratamiento	Tempo relacionamiento Parcial
Spearman's rho	FERTIQOLEMO	Correlation Coefficient	1,000	,280	,440	,403	,220	,262	,519**	,277	-,551**	,093	-,151
		Sig. (2-tailed)		,150	,025	,041	,281	,153	,007	,171	,003	,690	,433
		N	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
	FERTIQOLMINDBODY	Correlation Coefficient	,280	1,000	,410*	,391*	,472	,589**	,536**	-,158	-,377	-,091	,053
		Sig. (2-tailed)	,150		,034	,048	,170	,001	,000	,442	,058	,690	,785
		N	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
	FERTIQOLRELACIONAL	Correlation Coefficient	,440*	,410*	1,000	,365	,493*	,495*	,711**	,262	-,161	-,030	,541**
		Sig. (2-tailed)	,025	,034		,052	,010	,040	,000	,153	,377	,889	,094
		N	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
	FERTIQOLSOCIAL	Correlation Coefficient	,403	,391*	,365	1,000	,532**	,345	,702**	,147	-,433*	-,268	,100
		Sig. (2-tailed)	,041	,048	,052		,003	,084	,000	,475	,017	,153	,928
		N	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
	Tratamientos recibidos	Correlation Coefficient	,220	,272	,493*	,532**	1,000	,385	,548**	,029	-,158	-,443*	,328
		Sig. (2-tailed)	,281	,170	,010	,003		,052	,000	,621	,440	,022	,102
		N	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
	Tratamientos tolerabilidad	Correlation Coefficient	,262	,589**	,495*	,345	,385	1,000	,589**	,144	-,289	-,298	,205
		Sig. (2-tailed)	,153	,001	,040	,052	,052		,000	,484	,157	,189	,314
		N	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
	FERTIQOLTOTAL	Correlation Coefficient	,519**	,538**	,711**	,702**	,548**	,589**	1,000	,322	-,347	-,133	,495
		Sig. (2-tailed)	,007	,000	,000	,000	,000	,000		,198	,062	,518	,040
		N	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
	Tempo Infertilidade	Correlation Coefficient	,277	,158	,262	,147	,020	,144	,322	1,000	,951	,574**	,687**
		Sig. (2-tailed)	,171	,442	,153	,475	,921	,484	,198		,899	,002	,000
		N	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
	Número Tratamientos Efectuados	Correlation Coefficient	-,551**	-,377	-,161	-,433*	-,158	-,289	-,347	,951	1,000	,386	,084
		Sig. (2-tailed)	,003	,058	,377	,017	,440	,157	,062	,803		,051	,682
		N	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
	Tempo Tratamiento	Correlation Coefficient	,093	-,091	-,030	-,268	-,443*	-,258	-,133	,574**	,386	1,000	,240
		Sig. (2-tailed)	,690	,690	,889	,153	,022	,189	,518	,002	,051		,239
		N	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
	Tempo relacionamiento Parcial	Correlation Coefficient	,151	,053	,541**	,100	,328	,205	,495	,687**	,084	,240	1,000
		Sig. (2-tailed)	,433	,785	,094	,928	,102	,314	,040	,000	,382	,239	
		N	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

REGRESSÃO LINEAR**a) Objectivo 1 – participantes online e casais****Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,746 ^a	,556	,523	10,41398

a. Predictors: (Constant), FERTIQOLTOTAL, FERTIQOLRELATIONAL, Tratamentoenvironment, Tratamentotolerability, FERTIQOLSOCIAL, FERTIQOLEMO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	10748,427	6	1791,404	16,518	,000 ^a
	Residual	8567,631	79	108,451		
	Total	19316,058	85			

a. Predictors: (Constant), FERTIQOLTOTAL, FERTIQOLRELATIONAL, Tratamentoenvironment, Tratamentotolerability, FERTIQOLSOCIAL, FERTIQOLEMO

b. Dependent Variable: ISSTOTAL

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	73,845	5,569		13,260	,000
FERTIQOLEMO	,004	,153	,004	,025	,980
FERTIQOLRELATIONAL	-,606	,104	-,747	-5,815	,000
FERTIQOLSOCIAL	-,214	,121	-,264	-1,767	,081
Tratamentoenvironment	-,131	,097	-,173	-1,353	,180
Tratamentotolerability	-,115	,098	-,150	-1,171	,245
FERTIQOLTOTAL	,413	,450	,354	,919	,361

a. Dependent Variable: ISSTOTAL

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,922 ^a	,851	,793	5,90039

a. Predictors: (Constant), FERTIQOLTOTAL, Tratamentotolerabilidade, Tratamentocontexto, FERTIQOLSOCIAL, FERTIQOLEMO, FERTIQOLRELATIONAL, FERTIQOLMINDBODY

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3577,221	7	511,032	14,679	,000 ^a
	Residual	626,663	18	34,815		
	Total	4203,885	25			

a. Predictors: (Constant), FERTIQOLTOTAL, Tratamentotolerabilidade, Tratamentocontexto, FERTIQOLSOCIAL, FERTIQOLEMO, FERTIQOLRELATIONAL, FERTIQOLMINDBODY

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3577,221	7	511,032	14,679	,000 ^a
	Residual	626,663	18	34,815		
	Total	4203,885	25			

a. Predictors: (Constant), FERTIQOLTOTAL, Tratamentotolerabilidade, Tratamentocontexto, FERTIQOLSOCIAL, FERTIQOLEMO, FERTIQOLRELATIONAL, FERTIQOLMINDBODY

b. Dependent Variable: ISSTotal

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	89,427	6,453		13,858	,000
	FERTIQOLEMO	,680	,306	,921	2,222	,039
	FERTIQOLMINDBODY	,492	,291	,764	1,693	,108
	FERTIQOLRELATIONAL	,404	,242	,554	1,671	,112
	FERTIQOLSOCIAL	,236	,268	,292	,881	,390
	Tratamentocontexto	,339	,330	,294	1,027	,318
	Tratamentotolerabilidade	,327	,160	,349	2,041	,056
	FERTIQOLTOTAL	-3,366	1,426	-3,267	-2,361	,030

a. Dependent Variable: ISSTotal

b) Objectivo 2 – participantes online + casais

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,447 ^a	,200	,160	13,81315

a. Predictors: (Constant), Tempo relacionamento Parceiro, Número Tratamentos Efectuados, Tempo Infertilidade, Tempo Tratamento

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3860,999	4	965,250	5,059	,001 ^a
	Residual	15455,059	81	190,803		
	Total	19316,058	85			

a. Predictors: (Constant), Tempo relacionamento Parceiro, Número Tratamentos Efectuados, Tempo Infertilidade, Tempo Tratamento

b. Dependent Variable: ISSTOTAL

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	11,701	4,876		2,399	,019
	Tempo Infertilidade	-1,555	2,737	-,072	-,568	,572
	Número Tratamentos Efectuados	1,542	1,913	,091	,806	,423
	Tempo Tratamento	13,130	4,056	,416	3,237	,002
	Tempo relacionamento Parceiro	,550	1,649	,039	,333	,740

a. Dependent Variable: ISSTOTAL

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,690 ^a	,477	,377	10,23665

a. Predictors: (Constant), Tempo relacionamento Parceiro, Número Tratamentos Efectuados, Tempo Tratamento, Tempo Infertilidade

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2003,314	4	500,828	4,779	,007 ^a
	Residual	2200,571	21	104,789		
	Total	4203,885	25			

a. Predictors: (Constant), Tempo relacionamento Parceiro, Número Tratamentos Efectuados, Tempo Tratamento, Tempo Infertilidade

b. Dependent Variable: ISSTotal

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	39,296	8,565		4,588	,000
	Tempo Infertilidade	-7,911	5,370	-,433	-1,473	,156
	Número Tratamentos Efectuados	,490	2,462	,043	,199	,844
	Tempo Tratamento	15,050	5,396	,751	2,789	,011
	Tempo relacionamento Parceiro	-2,455	3,444	-,172	-,713	,484

a. Dependent Variable: ISSTotal

c) Objectivo 3 – participantes online + casais

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,329 ^a	,108	,064	12,48587

a. Predictors: (Constant), Tempo relacionamento Parceiro, Número Tratamentos Efectuados, Tempo Infertilidade, Tempo Tratamento

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1528,073	4	382,018	2,450	,053 ^a
	Residual	12627,652	81	155,897		
	Total	14155,726	85			

a. Predictors: (Constant), Tempo relacionamento Parceiro, Número Tratamentos Efectuados, Tempo Infertilidade, Tempo Tratamento

b. Dependent Variable: FERTIQOLTOTAL

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	61,715	4,408		14,001	,000
Tempo Infertilidade	-2,301	2,474	-,124	-,930	,355
Número Tratamentos Efectuados	-3,076	1,729	-,212	-1,779	,079
Tempo Tratamento	-3,334	3,666	-,123	-,909	,366
Tempo relacionamento Parceiro	2,699	1,491	,223	1,811	,074

a. Dependent Variable: FERTIQOLTOTAL

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,547 ^a	,300	,166	11,49427

a. Predictors: (Constant), Tempo relacionamento Parceiro, Número Tratamentos Efectuados, Tempo Tratamento, Tempo Infertilidade

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1186,310	4	296,577	2,245	,099 ^a
	Residual	2774,484	21	132,118		
	Total	3960,794	25			

a. Predictors: (Constant), Tempo relacionamento Parceiro, Número Tratamentos Efectuados, Tempo Tratamento, Tempo Infertilidade

b. Dependent Variable: FERTIQOLTOTAL

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	49,490	9,617		5,146	,000
	Tempo Infertilidade	3,566	6,030	,201	,591	,561
	Número Tratamentos Efectuados	-3,325	2,765	-,299	-1,203	,242
	Tempo Tratamento	-4,838	6,059	-,249	-,799	,434
	Tempo relacionamento Parceiro	3,967	3,867	,286	1,026	,317

a. Dependent Variable: FERTIQOLTOTAL