



## Preditores da satisfação conjugal feminina quatro anos após a submissão a tratamentos de fertilidade

Joana M. Melo<sup>1</sup> & Mariana V. Martins<sup>1,2</sup>

Copyright © 2017.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 3.0 (CC BY-NC-ND).

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>



Open Access

---

<sup>1</sup> Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, R. Alfredo Allen, 4200-135 Porto, Portugal.

<sup>2</sup> Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

E-mail: [mmartins@fpce.up.pt](mailto:mmartins@fpce.up.pt)

---

**Resumo**

*O presente estudo teve como objetivo avaliar longitudinalmente a mudança na satisfação conjugal feminina, comparando as percepções relatadas aquando dos tratamentos de fertilidade (T0), com aquelas reportadas após o término dos tratamentos (T1), cerca de 4 anos depois. Pretendeu-se também analisar a significância da paridade, de variáveis sociodemográficas e biomédicas (idade, duração da relação e recurso a técnicas de procriação medicamente assistida no passado), da depressão e do apoio social percebido nas possíveis diferenças encontradas nos níveis de satisfação conjugal. A amostra final foi constituída por 88 mulheres que completaram medidas de autorrelato que avaliaram a satisfação conjugal percebida, a percepção do apoio social recebido e a sintomatologia depressiva, bem como um questionário específico que incluía variáveis sociodemográficas e biomédicas em T0. Foi também pedido aos respetivos cônjuges que relatassem os seus níveis de satisfação conjugal percebida. Passados 4 anos, as participantes foram contactadas novamente para relatar os níveis de satisfação conjugal. Os resultados indicaram um aumento significativo dos níveis de satisfação conjugal feminina entre T0 e T1. Foram também encontradas associações significativas entre satisfação conjugal e apoio social em T0, assim como entre satisfação conjugal e depressão nos dois momentos de avaliação. Relativamente aos preditores da satisfação conjugal após o término dos tratamentos, e controlando as variáveis sociodemográficas e biomédicas, - o apoio social, a depressão e a satisfação conjugal inicial do parceiro-, apenas a variável satisfação conjugal feminina durante tratamentos se revelou significativa nos níveis de satisfação avaliados 4 anos depois.*

**Palavras-chave**

Infertilidade, satisfação conjugal, tratamentos de fertilidade, estudo longitudinal.

---

## Introdução

A infertilidade define-se clinicamente como a incapacidade de conseguir engravidar, manter a gravidez ou levá-la a bom termo após 1 ano de relações sexuais regulares desprotegidas (Mascarenhas, Cheung, Mathers, & Stevens, 2012; World Health Organization: WHO, 2009). Em Portugal, um estudo de caracterização da infertilidade desenvolvido junto da comunidade estima que cerca de 9% dos casais enfrentam este problema (Silva-Carvalho & Santos, 2009). Sendo a parentalidade um dos principais objetivos de vida a ser concretizados no seio de uma relação conjugal, seria natural assumir que a vivência de barreiras à fertilidade interfere negativamente com a satisfação conjugal.

No entanto, há evidência controversa no que diz respeito a esta associação. Por um lado, vários estudos sugerem que as mulheres que recorrem à Procriação Medicamente Assistida (PMA) apresentam menores níveis de satisfação conjugal do que mulheres férteis (Bahrainian, Nazemi, & Dadkhah, 2009; Monga, Alexandrescu, Katz, Stein, & Ganiats, 2004; Salvatore et al., 2001). Esta condição encontra-se também negativamente correlacionada com a duração dos tratamentos e os ciclos de PMA falhados (Pepe & Byrne, 1991; Verhaak, 2003; Tao, Coates, & Maycock, 2012; Wang et al., 2007). Por outro lado, vários autores defendem que a vivência da infertilidade pode unir mais o casal e fortalecer a sua relação (Peterson, Pirritano, Block, & Schmidt, 2011; Schmidt, Holstein, Christensen, & Boivin, 2005; Tuzer et al., 2010). Finalmente, há também evidência no sentido de que a infertilidade em nada afeta a satisfação conjugal. Verhaak et al. (2001) revelaram que os níveis de satisfação conjugal em mulheres com diagnóstico de infertilidade, durante o primeiro ciclo de tratamentos, não diferiam das normas estabelecidas para aquelas escalas. Ao mesmo tempo, Sydsjö, Ekholm, Wadsby, Kjellberg e Sydsjö (2005) concluíram que o *stress* associado aos tratamentos não tinha um impacto negativo na avaliação dos casais sobre o seu relacionamento quer durante, quer após o período de tratamento.

Vários fatores podem contribuir para esta disparidade de resultados, sendo dos mais relevantes a ausência de controlo da paridade e de investigações a longo prazo, não permitindo aferir se as diferenças na satisfação conjugal se mantêm após o término dos tratamentos. Acresce ainda a falta de utilização de dados diádicos que permitam ter em conta a interdependência dos dados (Cook & Kenny, 2005) e a importância de incluir variáveis parasitas como a depressão e o apoio social. Nas mulheres que vivenciam barreiras à fertilidade, níveis inferiores de satisfação conjugal estão associados a uma maior sintomatologia depressiva (Peyvandi, Hosseini, Daneshpoor, Mohammadpour, & Nazanin, 2011), que pode aumentar com a duração da infertilidade e o número de tratamentos falhados (Pasch et al., 2012; Verhaak et al., 2007). Já no que concerne ao suporte social, vários estudos têm comprovado o efeito positivo desta variável no *stress* associado à infertilidade (Martins, Peterson, Almeida, & Costa, 2011; Martins, Peterson, Almeida,

Mesquita-Guimarães, & Costa 2014), na depressão (Erdem & Apay, 2014; Lund, Sejbæk, Christensen, & Schmidt, 2009) e na satisfação conjugal (Chi et al., 2011). No que diz respeito a esta última dimensão, Heidari e Latifnejad (2010) revelaram, no seu estudo com mulheres com problemas de fertilidade, que baixos níveis de suporte social percebido estão associados significativamente a níveis de satisfação conjugal mais baixos.

Neste sentido, e com o objetivo de colmatar as lacunas descritas, o presente estudo propõe avaliar a mudança nos níveis de satisfação conjugal feminina, comparando o momento dos tratamentos, em que o casal experiencia barreiras à fertilidade, com o momento após o término dos tratamentos, intervalados por 4 anos. Para além da parentalidade (biológica ou adoção), nesta análise serão tidos em conta outros fatores que podem contribuir para as possíveis diferenças encontradas nos níveis de satisfação conjugal e deste modo serem variáveis a controlar, nomeadamente: características sociodemográficas e biomédicas (idade, duração da relação e recurso a técnicas de PMA no passado) (Tao et al., 2012), depressão (Jahromi, Zare, Taghizadeganzadeh, & Koshkaki, 2015; Peyvandi et al., 2011) e apoio social percebido (Heidari & Latifnejad, 2010; Yazdani, Kazemi, Fooladi, & Samani, 2015).

## Método

### Participantes

A amostra inicial foi constituída por 142 participantes com diagnóstico de infertilidade. Destas, foram excluídas 54 mulheres pelos seguintes motivos: incontactáveis por falha de registo ou mudança de contacto telefónico ( $n = 16$ ); não atendimento após 6 tentativas ( $n = 26$ ); não aceitação de participação no estudo ( $n = 5$ ); separação/divórcio ( $n = 6$ ) ou ainda em tratamento ( $n = 1$ ). Assim, a amostra final foi composta por 88 mulheres.

### Instrumentos

As variáveis sociodemográficas e biomédicas foram obtidas através de um questionário específico, no qual se incluíam as variáveis: idade, estatuto relacional, tempo de coabitação, habilitações literárias, estatuto socioeconómico, tipo de diagnóstico e recurso a técnicas de PMA no passado.

As medidas de autorrelato utilizadas neste estudo avaliaram a satisfação conjugal percebida, a perceção do apoio social recebido e a sintomatologia depressiva.

*Satisfação Conjugal.* Para avaliar a satisfação conjugal percebida foi utilizado o Inventário de Componentes de Qualidade Relacional Percebida (ICQRP) de Fletcher, Simpson e Thomas (2000), adaptado na versão portuguesa por Crespo (2007). O ICQRP é um instrumento de autorrelato compostos por seis dimensões que acedem à qualidade relacional (Satisfação conjugal, Compromisso, Intimidade, Confiança, Paixão e Amor), podendo ser avaliadas separadamente ou como parte de um constructo de qualidade

relacional de segunda ordem (Fletcher et al., 2000). Os participantes responderam a cada questão através de uma escala do tipo *Likert* que variava entre 1 (“mesmo nada”) e 6 (“extremamente”), sendo que valores mais elevados correspondem a maiores níveis de satisfação conjugal percebida.

Tendo em conta o objetivo do estudo, foi utilizada apenas a componente da satisfação conjugal avaliada por 3 itens (“até que ponto é que está satisfeito com a sua relação?”; “até que ponto é que está contente com a sua relação?” e “até que ponto é que está feliz com a sua relação?”).

No que diz respeito às qualidades psicométricas deste inventário, Fletcher et al. (2000) demonstraram que os coeficientes de fiabilidade para cada subescala foram consistentemente elevados, destacando-se a dimensão da satisfação como um dos mais altos ( $\alpha = .93$ ). Através de nova análise fatorial confirmatória com a população portuguesa, Crespo (2007; Crespo, Davide, Costa, & Fletcher, 2008) chegou a conclusões semelhantes às do estudo original. A consistência interna da escala é excelente ( $\alpha = .96$ , tanto para os homens como para as mulheres). No que concerne especificamente à dimensão da satisfação conjugal, o coeficiente foi de .94 para as mulheres. Para a presente amostra, os valores de consistência interna confirmaram esta tendência elevada, sendo que o coeficiente de alfa de Cronbach situou-se entre .96 e .94 para o tempo 0 e para o tempo 1, respetivamente.

Tendo em conta estes dois momentos de avaliação da satisfação conjugal, procedeu-se à análise da precisão teste re-teste, avaliado pelo coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ), para medir a estabilidade dos resultados obtidos por esta medida (Maroco & Garcia-Marques, 2013). A correlação revelou-se positiva e significativa ( $r = .47$ ;  $p < .001$ ).

*Apoio Social.* A Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (EMASP; Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) mede a perceção do apoio social recebido de três fontes: família (quatro itens; e.g., “eu recebo a ajuda emocional e apoio de que eu preciso da minha família”), amigos (quatro itens; e.g., “eu posso contar com meus amigos quando as coisas correm mal”) e o outro significativo (quatro itens; e.g., “há uma pessoa especial com quem eu posso partilhar alegrias e tristezas”). A pontuação das respostas varia de acordo com a escala ordinal do tipo *Likert* de 6 pontos (1 = discordo fortemente; 6 = concordo fortemente).

Este instrumento demonstrou ter boas características psicométricas nos seus estudos originais (Zimet et al., 1988; Zimet, Powell, Farley, Werkman, & Berkoff, 1990) nomeadamente, uma elevada consistência interna com um alfa de Cronbach de .85 a .91 para o valor total da escala. Para este estudo foi utilizada a versão portuguesa adaptada por Martins, Peterson, Almeida e Costa (2012), que também revelou valores de excelente consistência interna ( $\alpha = .93$ , para a família;  $\alpha = .94$ , para os amigos;  $\alpha = .89$ , para o outro significativo;  $\alpha = .91$ , para o valor total da escala).

Os resultados da avaliação da escala total para esta amostra foram semelhantes aos acima descritos, confirmando os níveis elevados de fiabilidade do instrumento ( $\alpha = .92$ ).

*Depressão.* O Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) é constituído por 21 itens, sendo que cada um representa um sintoma depressivo (e.g., tristeza, irritabilidade, perda de interesse). Os participantes devem posicionar-se sobre os itens seleccionando a opção que mais se adequa à intensidade do sintoma. A pontuação varia entre 0 e 4 e esta escala ordinal é específica a cada uma das dimensões (e.g., tristeza, 0 = não me sinto triste; 3 = estou tão triste ou infeliz que já não aguento). A pontuação total do teste resulta da soma dos valores individuais de cada dimensão, sendo que quanto maior for a pontuação mais severa é a sintomatologia depressiva.

Relativamente às qualidades psicométricas do instrumento, Beck, Steer, Ball e Ranieri (1996) confirmam a excelente fiabilidade da escala com um coeficiente de alfa de .91. A versão portuguesa de Martins, Coelho, Ramos e Barros (2000), utilizada neste estudo, demonstrou também uma boa consistência interna ( $\alpha = .89$ ). O padrão elevado manteve-se quando calculado o valor de alfa para a presente amostra ( $\alpha = .92$ ).

### **Procedimentos**

Este estudo de carácter longitudinal contou com dois momentos de avaliação, tendo o momento inicial ocorrido enquanto os casais estavam em tratamento (T0, em tratamento) e 4 anos após T0, sendo que os casais já não se encontravam na fase de tratamento (T1, término dos tratamentos).

Primeiramente, os questionários foram recolhidos no Centro Hospitalar do Porto (na Unidade de Procriação Medicamente Assistida) entre Fevereiro de 2010 e Março de 2011 (informação detalhada em Martins et al., 2011; Martins et al., 2014). Os casais que aceitaram participar tomaram conhecimento dos objetivos e procedimentos do estudo e assinaram um consentimento informado. De seguida, procedeu-se à aplicação dos questionários, tendo cada membro do casal preenchido a respetiva versão (feminina e masculina) simultaneamente e na presença de um investigador, demorando em média 45 minutos. Os participantes foram também informados que seriam contactados posteriormente para um momento de *follow-up*.

O segundo momento de avaliação decorreu entre Maio e Junho de 2015. As participantes foram contactadas via telefone e, inicialmente, foi-lhes fornecida uma breve explicação acerca dos objetivos do *follow-up* e obtido o consentimento informado. Após confirmarem a data de nascimento e as iniciais do nome, as participantes foram indagadas acerca do resultado dos tratamentos de fertilidade a que o casal se submeteu passados esses 4 anos (e.g., “teve um filho resultante de tratamentos”; “teve um filho por gravidez espontânea”; “prosseguiu um estilo de vida sem filhos”; “decidiu adotar”), tendo também reportado novamente os níveis de satisfação conjugal.

Este estudo obteve aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, da Comissão Nacional de Proteção de Dados e da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Porto.

Para o tratamento de dados recorreu-se ao programa de análise estatística *SPSS Statistics*, versão 22 (IBM Corp., 2013). Os valores omissos detetados nos questionários foram substituídos pela média respetiva a cada escala ou dimensão. Todos os testes estatísticos foram realizados para um nível de probabilidade de 0.05. Para avaliar as características psicométricas dos instrumentos, utilizou-se o alfa de Cronbach para medir a consistência interna das escalas e o coeficiente de correlação de Pearson no procedimento teste re-teste, para medir a estabilidade da satisfação conjugal. Para comparar as diferenças entre os níveis de satisfação conjugal nos dois tempos de avaliação, foram utilizados testes *t* de Student para amostras emparelhadas. Através do coeficiente de Pearson, obteve-se o valor das correlações entre cada par de variáveis independentes (satisfação conjugal feminina no T0 e T1, satisfação conjugal masculina no T0, depressão e apoio social da mulher) e avaliou-se a sua força, direção (positiva ou negativa) e significância.

Paralelamente, foi realizada uma regressão múltipla hierárquica, utilizando-se como variável dependente a satisfação conjugal em T1 e como variáveis independentes: idade e tempo de coabitação (bloco 1); recurso a técnicas PMA no passado e paridade avaliada no *follow-up* (T1) (bloco 2); satisfação conjugal inicial, satisfação conjugal inicial do parceiro, apoio social e depressão (bloco 3).

## Resultados

### *Resultados descritivos: características sociodemográficas*

As participantes apresentaram idades compreendidas entre os 19 e os 40 anos, sendo a idade média de 32.7 (*DP* = 4.59). No que diz respeito ao tempo de vida em conjunto, em média as participantes estavam casadas ou em união de facto há cerca de 7 anos (*DP* = 3.92) no T0. Quanto às habilitações literárias, o nível mais prevalente foi o ciclo de estudos superior (35.2%). No que concerne ao tipo de diagnóstico, mais de um terço das participantes (37.5%) ainda não tinha conhecimento do mesmo no momento inicial, ao passo que 20.5% e 17% das participantes obtiveram um diagnóstico de fator masculino e feminino, respetivamente (Tabela 1).

Em média, o segundo momento de avaliação ocorreu cerca de 4.5 anos após o T0 (*M* = 55 meses; *DP* = 3.10; amplitude 50-66). No que diz respeito ao resultado dos tratamentos de fertilidade em T1, 67% dos casais tiveram um filho, tendo a larga maioria sido concebido através de técnicas de PMA (quer no mesmo centro público ou por posterior recurso a centros privados) e os restantes concebidos espontaneamente. Cerca de um terço das participantes não alcançou ou não levou a bom termo a gravidez (33%). Destas, a maior parte optou por seguir um estilo de vida sem filhos, ou nos casos de infertilidade secundária

optaram por não continuar a perseguir o desejo de ter mais filhos. Apenas uma percentagem reduzida optou pela adoção (5.7%).

**Tabela 1.** Habilitações literárias e dados biomédicos da amostra ( $n = 88$ ).

	N.º de participantes (%)
Habilitações literárias (T0)	
1.º ciclo	4 (4.5)
2.º ciclo	9 (10.2)
3.º ciclo	12 (13.6)
Ensino secundário	28 (31.8)
Licenciatura	4 (4.5)
Mestrado e/ou Doutoramento	31 (35.2)
Diagnóstico: causalidade (T0)	
Masculino	18 (20.5)
Feminino	15 (17)
Misto	15 (17)
Idiopático	4 (4.5)
Sem informação	33 (37.5)
Outro	3 (3.4)
Recurso a técnicas PMA no passado (T0)	
Sim	54 (61.4)
Não	34 (38.6)
Após o término dos tratamentos (T1)	
Gravidez através de PMA	47 (53.4)
Gravidez espontânea	9 (10.2)
Gravidez por tratamentos em clínica privada	3 (3.4)
Estilo de vida sem filhos	8 (9.1)
Desistência do 2º ou + filhos	16 (18.2)
Adoção	5 (5.7)

### *Associações entre satisfação conjugal, apoio social e depressão*

A Tabela 2 apresenta os valores de correlação de Pearson entre as variáveis satisfação conjugal (T0 e T1), satisfação conjugal do parceiro (T0), apoio social e depressão da mulher.

Verificou-se uma associação significativa positiva e moderada entre os níveis de satisfação conjugal na fase de tratamento e os níveis de satisfação conjugal após o término dos tratamentos. A satisfação conjugal em T0 associou-se também significativa e

positivamente com a satisfação conjugal do parceiro em T0, numa correlação de magnitude fraca. Foram observados valores significativos negativos entre satisfação conjugal e depressão, ainda que de magnitude fraca. Verificou-se ainda uma associação significativa positiva e de magnitude fraca entre a satisfação conjugal em T0 e o apoio social percebido. No que concerne à relação entre depressão e apoio social, observaram-se correlações significativas negativas de magnitude fraca.

**Tabela 2.** Correlações de Pearson relativas à satisfação conjugal (T0 e T1), apoio social e depressão.

Variável	1	2	3	4
1. Satisfação conjugal T0	-			
2. Satisfação conjugal do parceiro T0	.247*	-		
3. Satisfação conjugal T1	.463***	.115	-	
4. Apoio social T0	.255*	.113	.165	-
5. Depressão T0	-.324***	-.208*	-.228*	-.286***

\* $p \leq .05$ . \*\*\* $p \leq .001$

### Trajetórias da satisfação conjugal

Conforme evidenciado na tabela 3, a satisfação conjugal foi percebida como mais baixa no T0 do que no T1. No sentido de compreender se este aumento foi significativo foram realizados testes *t*. Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas, ou seja, houve um aumento significativo da satisfação conjugal entre a fase de tratamento e a fase após o término dos tratamentos ( $t(87) = -2.93$ ;  $p = .004$ ).

**Tabela 3.** Médias e Desvios padrão relativos à satisfação conjugal (T0 e T1), apoio social e depressão.

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>
Satisfação conjugal T0	5,35	0,81
Satisfação conjugal do parceiro T0	5,38	0,69
Satisfação conjugal T1	5,59	0,72
Apoio social T0	5,26	0,78
Depressão T0	7,49	7,68

### Preditores da satisfação conjugal feminina após tratamentos de fertilidade

Com o intuito de averiguar a importância da idade, duração de coabitação, realização de técnicas de PMA no passado, paridade após o término dos tratamentos, níveis de satisfação conjugal do sujeito e do parceiro no T0, apoio social e depressão, foi realizada uma análise de regressão múltipla hierárquica para a variável dependente, i.e., satisfação

conjugal feminina após o término dos tratamentos de fertilidade. Os resultados encontram-se na Tabela 4.

**Tabela 4.** Análise de regressão múltipla por blocos da satisfação conjugal após o término dos tratamentos reprodutivos.

Preditores	Satisfação conjugal após o término dos tratamentos			
	$\Delta R^2$	Índice de mudança do $R^2$	$B$	$\beta$
Modelo 1	.009	.009		
Idade			-.009	-.055
Duração coabitação			.019	.103
Modelo 2	.025	.015		
Técnicas PMA			-.204	-.139
Paridade (T1)			-.062	-.080
Modelo 3	.246***	.221		
Satisfação conjugal (T0)			.372	.421***
Satisfação conjugal do parceiro (T0)			.022	.021
Apoio Social			.002	.002
Depressão			-.011	-.115
$n$	88			

Nota:  $\Delta R^2$ , Coeficiente de determinação,  $\beta$ , Beta. \* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

O modelo 1 (idade e duração de coabitação) explicou 0.9% da variância total da satisfação conjugal feminina após tratamentos de fertilidade, contribuindo individualmente com 0.9% da variância do modelo (mudança do  $R^2 = .009$ ). O modelo 2 (técnicas PMA e paridade em T1) explicou 2.5% da variância total neste modelo, apresentando um contributo individual de 1.5% (mudança do  $R^2 = .015$ ). Já o modelo 3 (satisfação conjugal em T0, apoio social e depressão), explicou aproximadamente 25% da variância total, contribuindo individualmente com aproximadamente 22% (mudança do  $R^2 = .221$ ) e tendo-se revelado significativo ( $p = .007$ ). Neste modelo, apenas a satisfação conjugal em T0 predisse significativamente a variável dependente ( $\beta = .42$ ;  $t = 3.87$ ;  $p < .001$ ).

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar longitudinalmente a mudança na satisfação conjugal das mulheres que experienciaram infertilidade, comparando as percepções relatadas aquando do momento dos tratamentos com aquelas reportadas após o

término dos tratamentos de fertilidade, cerca de 4 anos depois. Nesta investigação pretendeu-se também analisar a significância da paridade, de variáveis sociodemográficas e biomédicas (idade, duração da relação e recurso a técnicas de PMA no passado) e de variáveis de ajustamento psicológico durante a fase de tratamento (depressão, apoio social percebido, satisfação conjugal das participantes e dos parceiros) nos níveis de satisfação conjugal percebidos após o término dos tratamentos. Segundo o conhecimento dos autores, apenas um estudo anterior teve em conta a paridade como possível preditor da satisfação conjugal após tratamentos de fertilidade (Schanz et al., 2011), tendo a presente investigação sido a primeira a introduzir a depressão e o apoio social como variáveis parasitas e a inclusão da percepção de satisfação conjugal do parceiro.

Os resultados indicaram um aumento significativo entre os níveis de satisfação conjugal reportados na fase de tratamento (T0) e após o término dos tratamentos (T1). Estes dados confirmam os resultados obtidos em estudos anteriores, que revelam que a satisfação conjugal é mais afetada durante o tratamento (Pepe & Byrne, 1991; Holter, Anderheim, Bergh, & Möller, 2006) sendo esta fase associada a um maior *stress* e reatividade emocional, especialmente nas mulheres (Chiaffarino et al., 2011; El Kissi et al., 2013). Simultaneamente, hipotetiza-se que as possíveis dificuldades de comunicação e os conflitos que surgem na fase dos tratamentos podem traduzir a vulnerabilidade do momento no casal e contribuir para a percepção de uma menor satisfação conjugal nas mulheres (Gameiro, Boivin, Peronace, & Verhaak, 2012; Pasch & Sullivan, 2014). É de notar ainda que a maioria das participantes (61.4%) já tinha recorrido a técnicas de PMA no passado, o que pressupõe que a experiência dos tratamentos não era nova para o casal. Investigações anteriores revelaram associações negativas entre relações conjugais menos estáveis e a duração ou insucesso dos tratamentos (Pepe & Byrne, 1991; Verhaak, 2003; Wang et al., 2007). Assim, menores níveis de satisfação conjugal feminina no T0 poderão também ser justificados pela repetição dos tratamentos.

Adicionalmente, verificaram-se associações positivas significativas entre os níveis de satisfação conjugal feminina na fase de tratamento e após o término dos tratamentos. No que diz respeito à depressão e ao apoio social, verificaram-se também associações significativas negativas, indicando que maiores níveis de depressão estarão associados a um menor apoio social percebido, ou vice-versa. Foi também corroborada a forte associação negativa entre o apoio social e a sintomatologia depressiva presente em pacientes inférteis, já comprovada em outras investigações (Erdem & Apay, 2014; Lund et al., 2009; Pereira, 2011). Foi encontrada não só uma associação significativa positiva entre o apoio social e a satisfação conjugal em tratamento, como também associações significativas negativas entre os níveis depressivos e a satisfação conjugal em tratamento e após o término dos tratamentos. Estes resultados são corroborados pela literatura, quer no que diz respeito à associação com o apoio social (Heidari & Latifnejad, 2010; Yazdani et al., 2015), quer nas associações entre depressão e satisfação conjugal (Jahromi et al., 2015; Peyvandi et al.,

2011). Considerando a fase dos tratamentos como um momento de alguma fragilidade psicológica, as oscilações de humor poderão estar na génese de uma percepção mais baixa da satisfação conjugal, sendo o humor deprimido responsável por uma perspetiva mais negativa da realidade (Ogawa, Takamatsu, & Horiguchi, 2011; Wichman, Ehlers, Wichman, Weaver, & Coddington 2011). Neste sentido - e traduzindo esta relação para a prática -, a associação entre satisfação conjugal durante os tratamentos e a depressão (também avaliada nesse tempo) apresentou maior valor de significância e magnitude, comparando com os valores de associação entre a depressão em tratamento e a satisfação conjugal após o término dos tratamentos.

Muito embora se tenha encontrado significância em várias associações entre as variáveis deste estudo, quando estas são introduzidas na mesma equação (e controlando outras variáveis de interesse), a sua relevância para a satisfação conjugal feminina em T1 parece diluir-se, pois apenas a satisfação conjugal durante a fase de tratamentos influencia diretamente a satisfação conjugal avaliada após o término dos tratamentos.

Não obstante o carácter longitudinal e inovador deste estudo, são de salientar algumas limitações do mesmo. Um dos pontos fracos é o tamanho da amostra, salientando-se a falta de equilíbrio entre grupos amostrais no que diz respeito à paridade (67% casais alcançaram gravidez *versus* 33% casais não alcançaram gravidez). No entanto, sabe-se que a grande maioria dos casais que enfrenta barreiras à fertilidade acaba por conseguir alcançar o objetivo de parentalidade quando aderem aos tratamentos (Balasch & Gratacós, 2011). Aponta-se também a mortalidade da amostra como uma limitação, tendo havido uma redução substancial do número inicial de participantes (142) para a amostra final (88) devido, em grande parte, às consequências do contacto via telefone (e.g., incontactáveis por falha de registo, mudança de contacto telefónico ou não atendimento). Ainda como possível consequência deste método de recolha, poderá estar a desejabilidade social nas respostas das participantes. O contacto telefónico torna-se um confronto mais direto com o indivíduo e as suas percepções, quando comparado com o preenchimento individual de um questionário (método de recolha no T0), pelo que as respostas podem ter sido mais desejáveis e menos realistas, correndo o risco de enviesamento dos valores da satisfação conjugal no T1. Pode também identificar-se como limitação, a presença de diagnósticos diferenciais nesta amostra (infertilidade primária *versus* infertilidade secundária). Neste sentido, é possível que existam diferenças ao nível da satisfação conjugal entre as mulheres que já transitaram para a parentalidade, e que recorrem ao tratamento para conseguir um segundo filho, e as mulheres diagnosticadas com infertilidade primária, que nunca passaram pela experiência parental. Do mesmo modo, o facto de a satisfação conjugal feminina ter sido avaliada em T0 em diferentes fases do tratamento de fertilidade e de não sabermos há quanto tempo foram terminados os tratamentos aquando da avaliação em T1 pode limitar as conclusões deste estudo, bem como a restrição da amostra a mulheres que procuraram

tratamento para a infertilidade no contexto hospitalar, não se podendo por isso generalizar os resultados para a população infértil. Identifica-se também como ponto fraco a magnitude moderada encontrada ao nível da estabilidade temporal da satisfação conjugal, medida pelo procedimento teste re-teste, embora a correlação se tenha demonstrado positiva e significativa. Contudo, é possível justificar este resultado a partir do grande intervalo de tempo (4.5 anos) que separa os dois momentos de avaliação, acabando por se revelar inadequado ao próprio teste, que costuma ser utilizado maioritariamente em períodos mais curtos.

Sugere-se que estas limitações sejam abordadas em futuras investigações, de modo a tornar possível avaliar a satisfação conjugal ao longo de todo o processo de tratamentos de PMA, já que a literatura tem vindo a sugerir que todas as fases (antes, durante e após) têm as suas particularidades relacionais. Investigações que incluam trajetórias avaliadas em diferentes momentos do plano reprodutivo do casal elucidarão sobre a hipótese de deterioração da relação na sequência do diagnóstico de infertilidade. Estudos futuros poderão avaliar a relação conjugal através de medidas multidimensionais que permitam diferenciar processos dentro da satisfação conjugal. Simultaneamente, considera-se pertinente a inclusão de outras variáveis que têm demonstrado influenciar a satisfação conjugal na experiência da infertilidade e seus tratamentos, nomeadamente estratégias de *coping* (Peterson et al., 2011; Tuzer et al., 2010), competências de comunicação conjugal (Pasch, Dunkel-Schetter, & Christensen, 2002; Peterson, Newton, & Rosen, 2003) e outras relacionadas com o diagnóstico e com a PMA, como a duração dos tratamentos e/ou da infertilidade e o número de ciclos falhados (Tao et al., 2012). Será também importante diferenciar a variável paridade permitindo a inclusão de variáveis respeitantes ao resultado dos tratamentos de fertilidade, à gravidez espontânea e à infertilidade secundária.

Em suma, e tendo em conta os presentes resultados, pode-se afirmar que: a) os níveis de satisfação conjugal das mulheres com problemas de fertilidade aumentam significativamente após o término dos tratamentos; e b) tendo em conta variáveis sociodemográficas (idade, duração de coabitação), biomédicas (realização de técnicas de PMA, resultado dos tratamentos de fertilidade) e de ajustamento psicológico (satisfação conjugal durante os tratamentos de fertilidade quer do sujeito quer do parceiro, apoio social e depressão), apenas a satisfação conjugal em tratamento se revela como preditor significativo da satisfação conjugal feminina após o término dos tratamentos.

Como já corroborado em estudos anteriores, os procedimentos médicos associados à PMA e todas as questões psicológicas, emocionais e sociais que advém deste processo, emergem nesta fase, muitas vezes de forma desajustada e desequilibrada, causando um impacto negativo na vida do casal (Mahajan et al., 2009; Verhaak et al., 2007). Estas conclusões refletem a importância de investir na preparação psicológica do casal para a

realização dos tratamentos de PMA, não só enquanto díade, mas também individualmente, pois as diferenças de género enaltecem as idiosincrasias de cada elemento.

Por fim, o aumento dos níveis de satisfação conjugal feminina após o término dos tratamentos sugere a importância de transmitir esperança ao casal que está a vivenciar a infertilidade e, conseqüentemente, o processo dos tratamentos. Este resultado reforça ainda a ideia de que é possível enfrentar esta crise, que muitas vezes tem repercussões no casamento, e restaurar o bem-estar conjugal, independentemente de conseguirem ou não alcançar o objetivo da parentalidade.

### Agradecimentos

Investigação apoiada por fundos europeus (FEDER/COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade) e nacionais (FCT- Fundação Ciência e Tecnologia), através dos projetos PTDC/MHC-PSC/4195/2012 e SFRH/BPD/85789/2012.

### Referências

- Bahrainian, S. A., Nazemi, F., & Dadkhah, A. (2009). The comparison of marital satisfaction between fertile and infertile women. *Iranian Rehabilitation Journal*, 7, 11-16.
- Balasz, J., & Gratacós, E. (2011). Delayed childbearing: Effects on fertility and the outcome of pregnancy. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 29, 263-273. doi: 10.1097/GCO.0b013e3283517908
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597.
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Chi, P., Tsang, S. K., Chan, K. S., Xiang, X., Yip, P. S., Cheung, Y. T., & Zhang, X. (2011). Marital satisfaction of Chinese under stress: Moderating effects of personal control and social support. *Asian Journal of Social Psychology*, 14, 15-25. doi: 10.1111/j.1467-839X.2010.01322.x
- Chiaffarino, F., Baldini, M. P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., D’Orsi, C., & Ragni, G. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 158, 235-241. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.04.032
- Crespo, C. (2007). *Rituais familiares e o casal: Paisagens inter-sistémicas*. Dissertação de Doutoramento. Repositório Universidade de Lisboa, Portugal.
- Crespo, C., Davide, I. N., Costa, M. E., & Fletcher, G. J. (2008). Family rituals in married couples: Links with attachment, relationship quality, and closeness. *Personal Relationships*, 15, 191-203. doi: 10.1111/j.1475-6811.2008.00193.x
- Cook, W. L., & Kenny, D. A. (2005). The actor-partner interdependence model: A model of bidirectional effects in developmental studies. *International Journal of Behavioral Development*, 29, 101-109. doi: 10.1080/01650250444000405
- El Kissi, Y., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Idrissi, K. A., Khairi, H., & Ali, B. B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: A comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 167, 185-189. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.12.014
- Erdem, K., & Apay, S. E. (2014). A sectional study: The relationship between perceived social support and depression in Turkish infertile women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 8, 303-314.
- Fletcher, G., Simpson, J., & Thomas, G. (2000). The measurement of perceived relationship quality components: A confirmatory Factor Analytic Approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 340-354.
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update*, 18, 652-669. doi: 10.1093/humupd/dms031

- Heidari, P., & Latifnejad, R. (2010). Relationship between psychosocial factors and marital satisfaction in infertile women. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences, 14*, 26-32.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006). First IVF treatment — Short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction, 21*, 3295-3302. doi: 10.1093/humrep/del288
- IBM Corp. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jahromi, M. K., Zare, A., Taghizadeganzadeh, M., & Koshkaki, A. R. (2015). A Study of Marital Satisfaction Among Non-Depressed and Depressed Mothers After Childbirth in Jahrom, Iran, 2014. *Global Journal of Health Science, 7*, 140-146. doi: 10.5539/gjhs.v7n3p140
- Lund, R., Sejbæk, C. S., Christensen, U., & Schmidt, L. (2009). The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Human Reproduction, 24*, 2810-2820. doi: 10.1093/humrep/dep257
- Mahajan, N. N., Turnbull, D. A., Davies, M. J., Jindal, U. N., Briggs, N. E., & Taplin, J. E. (2009). Adjustment to infertility: The role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Human Reproduction, 24*, 906-912. doi: 10.1093/humrep/den462
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2013). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia, 4*, 65-90.
- Martins, A., Coelho, R., Ramos, E., & Barros, H. (2000). Administração do BDI-II a adolescentes portugueses: Resultados preliminares. *Revista Portuguesa Psicossomática, 2*, 123-132.
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on womens infertility-related stress. *Human Reproduction, 26*, 2113-2121. doi: 10.1093/humrep/der157
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2012). Measuring perceived social support in Portuguese adults trying to conceive: Adaptation and psychometric evaluation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Peritia, 13*, 5-14.
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., Mesquita-Guimarães, J., & Costa, M. E. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction, 29*, 83-89. doi: 10.1093/humrep/det403
- Mascarenhas, M. N., Cheung, H., Mathers, C. D., & Stevens, G. A. (2012). Measuring infertility in populations: Constructing a standard definition for use with demographic and reproductive health surveys. *Population Health Metrics, 10*, 1-11. doi: 10.1186/1478-7954-10-17
- 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*, 126-130.
- Ogawa, M., Takamatsu, K., & Horiguchi, F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *BioPsychoSocial Medicine, 5*, 1-5. doi: 10.1186/1751-0759-5-15
- Pasch, L. A., Dunkel-Schetter, C., & Christensen, A. (2002). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility, 77*, 1241-1247.
- Pasch, L. A., Gregorich, S. E., Katz, P. K., Millstein, S. G., Nachtigall, R. D., Bleil, M. E., & Adler, N. E. (2012). Psychological distress and in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility, 98*, 459-464. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.05.023
- Pasch, L. A., & Sullivan, K. T. (2014). Stress And Coping In Couples Facing Infertility. *Current Opinion in Psychology, 13*, 131-135. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.07.004
- Pepe, M. V., & Byrne, T. J. (1991). Women's perceptions of immediate and long-term effects of failed infertility treatment on marital and sexual satisfaction. *Family Relations, 40*, 303-309.
- Pereira, A. E. (2011). *Depressão e apoio social percebido em homens e mulheres com diagnóstico de infertilidade*. Dissertação de Mestrado. Repositório Aberto da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H. (2003). Examining Congruence Between Partners' Perceived Infertility-Related Stress and Its Relationship to Marital Adjustment and Depression in Infertile Couples. *Family Process, 42*, 59-70.
- 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 and Sterility, 95*, 1759-1763. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.01.125
- Peyvandi, S., Hosseini, S. H., Daneshpoor, S. M. M., Mohammadpour, R. A., & Nazanin, Q. (2011). The prevalence of depression, anxiety and marital satisfaction and related factors in infertile women referred to infertility clinics of Sari city in 2008. *Journal of Mazandaran University of Medical Science, 20*, 25-32.
- Salvatore, P., Gariboldi, S., Offidani, A., Coppola, F., Amore, M., & Maggini, C. (2001). Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertility and Sterility, 75*, 1119-1125.
- Schanz, S., Reimer, T., Eichner, M., Hautzinger, M., Häfner, H. M., & Fierlbeck, G. (2011). Long-term life and partnership satisfaction in infertile patients: A 5-year longitudinal study. *Fertility and Sterility, 96*, 416-421. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.05.064
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit?: An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient education and counseling, 59*, 244-251. doi: 10.1016/j.pec.2005.07.015

- Sydsjö, G., Ekholm, K., Wadsby, M., Kjellberg, S., & Sydsjö, A. (2005). Relationships in couples after failed IVF treatment: A prospective follow-up study. *Human Reproduction*, *20*, 1952-1957. doi: 10.1093/humrep/deh882
- Silva-Carvalho, J. L., & Santos, A. T. (2009). *Estudo Afrodite: Caracterização da infertilidade em Portugal: Vol I. Estudo na Comunidade [Aphrodite Study - Characterization of infertility in Portugal: Vol. 1. Community study]*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Tao, P., Coates, R., & Maycock, B. (2012). Investigating marital relationship in infertility: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Reproduction & Infertility*, *13*, 71-80.
- Tuzer, V., Tuncel, A., Göka, S., Bulut, D., Yüksel, F., Atan, A., & Göka, E. (2010). Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: Gender differences. *Turkish Journal of Medical Sciences*, *40*, 229-237.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Eugster, A., Van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaijmaat, F. W. (2001). Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility*, *76*, 525-531. doi: 10.1016/S0015-0282(01)01931-8
- Verhaak, C. M. (2003). *Emotional impact of unsuccessful fertility treatment in women*. Wageningen: Ponsen & Looyen BV.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J., Evers, A., Kremer, J., Kraaijmaat, F., & Braat, D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, *13*, 27-36. doi: 10.1093/humupd/dml040
- Wang, K., Li, J., Zhang, J. X., Zhang, L., Yu, J., & Jiang, P. (2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and Sterility*, *87*, 792-798. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.07.1534
- Wichman, C. L., Ehlers, S. L., Wichman, S. E., Weaver, A. L., & Coddington, C. (2011). Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, *95*, 717-721. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.09.043
- World Health Organization: WHO. (2009). Sexual and reproductive health: Infertility definitions and terminology. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>
- Yazdani, F., Kazemi, A., Fooladi, M. M., & Samani, H. R. (2015). The relations between marital quality, social support, social acceptance and coping strategies among the infertile Iranian couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *200*, 58-62. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.02.034
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *52*, 30-41.
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *55*, 610-617.

---

## Predictors of marital satisfaction in women four years after fertility treatments

### Abstract

*This longitudinal study aimed to assess change in marital satisfaction of women who have experienced infertility, comparing the reported perceptions when seeking treatment (T0) with those reported after the reproductive outcome, about four years later (T1). The aim was also to analyze the influence of parity, socio-demographic and biomedical variables (age, relationship's duration and having used assisted reproduction techniques in the past), depression and perceived social support in the possible differences found in the satisfaction levels. The final sample included 88 women who completed a self-report questionnaire assessing marital satisfaction, social support and depression, as well as a specific questionnaire including socio-demographic and biomedical variables. Their spouses were also asked to report their levels of perceived marital satisfaction. Four years later, these women were contacted again to report marital satisfaction levels. Results showed a significant increase in female satisfaction levels between T0 and T1. Meaningful correlations have been found, between marital satisfaction at baseline and social support, as well as between marital satisfaction in both times of evaluation and depression. We determined the influence of significant predictors of marital satisfaction on the reproductive outcome, controlling for socio-demographic and biomedical variables, social support, depression, and the partner's initial marital satisfaction. We found that only female marital satisfaction at baseline proved significant on levels evaluated four years later.*

### Keywords

Infertility, marital satisfaction, fertility treatments, longitudinal study.

*Received: 30.05.2017*

*Revision received: 15.12.2017*

*Accepted: 26.12.2017*