

AJUSTAMENTO FAMILIAR E PADRÕES DE VINCULAÇÃO DE BEBÉS CONCEBIDOS POR REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA *

Sofia Gameiro **

Maria Cristina Canavarro ***

Isabel Soares ****

RESUMO

O presente estudo teve dois objectivos principais: (1) comparar o ajustamento psicossocial de famílias que recorreram a Reprodução Medicamente Assistida (RMA) com o de famílias com uma concepção espontânea (CE); (2) analisar os efeitos directos e moderadores da sintomatologia psicopatológica, depressão pós parto e qualidade da relação conjugal dos pais nos cuidados por eles prestados à criança e no stress parental experimentado.

Tratou-se de um estudo longitudinal prospectivo, com quatro momentos de avaliação: (M1) às 24 semanas de gravidez, (M2) um mês após o parto, (M3) quatro meses após o parto, e (M4) doze meses após o parto. A amostra incluiu um grupo de

* Este estudo constitui um recorte do projecto de investigação “Transição para a parentalidade em famílias que recorreram a técnicas de Reprodução Medicamente Assistida: Ajustamento individual, conjugal e relação pais-filhos”, integrado na linha de investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde, do Instituto de Psicologia Cognitivo, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra (FEDER/POCTI-SFA -160 -192). Gostaríamos de agradecer a colaboração da Professora Doutora Ana Teresa Almeida Santos, Directora do Serviço de Genética Médica e Reprodução Humana do Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana dos Hospitais da Universidade de Coimbra. De igual forma agradecemos a ajuda do Dra. Isabel Martins, psicóloga clínica no Serviço de Ginecologia / Esterilidade do Centro Hospitalar De Vila Nova De Gaia. Finalmente, gostaríamos de agradecer ainda a todas as famílias que acederam a colaborar neste projecto. Correspondência para Sofia Gameiro (sgameiro@fpce.uc.pt).

** Aluna Doutoramento (FCT-SFRH/BD/21584/2005): Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Psicóloga Clínica: Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP), Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra.

*** Professora: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Psicóloga Clínica: Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP), Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra.

**** Professora: Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Braga.

40 casais (40 mulheres e 36 homens) que recorreram a RMA (FIV e ICSI) e um grupo de 47 casais (47 mulheres e 46 homens) com CE. Todos os pais preencheram questionários de auto resposta destinados a avaliar a sua percepção subjectiva da gravidez, sintomatologia psicopatológica, qualidade da relação conjugal, cuidados parentais e stress parental. Doze meses após o parto foi realizada o procedimento laboratorial da Situação Estranha.

Os resultados demonstraram que, quando comparados com as famílias que conceberam espontaneamente, os pais que conceberam através de RMA reportaram níveis similares de sintomatologia psicopatológica e qualidade da relação conjugal durante a gravidez e no pós parto, bem como de qualidade dos cuidados prestados e stress parental, e as crianças não se diferenciaram no que respeita à qualidade da sua relação de vinculação com a mãe. No entanto, a gravidez foi percebida como mais exigente e de maior risco, mas também mais gratificante pelos pais que conceberam por RMA. Finalmente, a qualidade da relação conjugal mostrou estar associada à prestação de cuidados mais adequada e a menor stress parental.

De forma geral, os resultados do presente estudo realçam a boa adaptação das famílias com crianças concebidas por RMA, ao longo da gravidez e pós-parto. Parece ser de especial importância que os programas de intervenção neste contexto incluam uma forte componente psico-educacional orientada para os aspectos obstétricos e perinatais associados à gravidez após RMA, bem como para as reacções emocionais tipicamente associadas, de forma a normalizar a experiência destes pais.

Palavras-chave: Ajustamento psicossocial. Infertilidade. Reprodução Medicamente Assistida. Transição para a parentalidade. Vinculação.

INTRODUÇÃO

“The fact itself, of causing the existence of a human being, is one of the most responsible actions in the range of human life”.

Mill, 1859

Sendo clinicamente definida como a incapacidade de conceber um filho ou de levar uma gravidez a termo após um ano de relacionamento sexual sem utilização de contraceptivos, a infertilidade é actualmente considerada um problema de saúde global pela Organização Mundial de Saúde (Vayena, Rowe, & Griffin, 2002). De facto, cerca de 9% dos casais em idade fértil, tanto em países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento, sofrem de problemas de fertilidade (Boivin, Bunting, Collins, & Nygren, 2007), estimando-se que menos de 25% destes casais recorrem a técnicas de reprodução medicamente assistida (RMA) de forma a conseguirem realizar o seu projecto de parentalidade (Boivin, Bunting, Collins, & Nygren, 2007).

Em Portugal não existem dados relativos à incidência dos problemas de fertilidade, sendo apenas possível fazer estimativas baseadas nos dados internacionais. Desta forma, a Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução estima que cerca de 500 mil casais portugueses sofram de infertilidade (SPMR – Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, 2009). O acesso e funcionamento das técnicas de RMA foi muito recentemente legislado (Lei nº 32/2006, Julho 2006) e muitas políticas, tal como a comparticipação estatal nos medicamentos de fertilidade, estão ainda a ser definidas. Em 2005, as taxas de sucesso destas técnicas no nosso país foram de 26.9% no caso da fertilização *in vitro* (FIV) e 28.5% no caso da injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI, Andersen, Goossens, Bhattacharya, Ferraretti, Kupka, de Mouzon, et al., 2009).

Se com o aparecimento das técnicas de RMA nos anos 70, as preocupações dos profissionais de saúde foram dirigidas para o seu desenvolvimento, de forma a garantir que os casais inférteis pudessem conceber um filho biológico, com a sua crescente utilização a preocupação destes profissionais voltou-se para o bem estar das famílias que recorrem a estas técnicas para conceber.

Neste contexto, os profissionais de saúde têm-se questionado sobre que aspectos da parentalidade são mais importantes para o desenvolvimento psicossocial da criança (Golombok, 1998). A Teoria da Vinculação oferece um quadro teórico de excelência para abordar esta questão, ao perspectivar a qualidade da relação de vinculação da criança com os seus pais (principais prestadores de cuidados) como central ao seu desenvolvimento e bem estar emocional ao longo da infância e idade adulta (Bowlby, 1969; Sroufe, 2005).

Segundo Golombok (1998), de forma a garantir o “melhor interesse” da criança, deve-se avaliar se as famílias que recorrem a RMA se afastam da família “ideal” num conjunto de aspectos da parentalidade que parecem estar relacionados com o bem estar psicológico da criança, nomeadamente, os cuidados e os estilos parentais, o conflito conjugal e a saúde mental dos pais.

Nesta linha de raciocínio, as preocupações com a possibilidade de o recurso a técnicas de RMA poderem influenciar negativamente os cuidados parentais prestados relacionam-se com a possibilidade de: (1) os pais não terem resolvido os seus conflitos e sentimentos relativos à sua infertilidade, centrando na criança a esperança de que esta seja a cura para a sua “ferida psicológica” (Mushin, Spensley, & Barreda-Hanson, 1985); (2) o longo período de espera para atingir uma parentalidade tão desejada resultarem em expectativas irrealistas em relação à criança e, conseqüentemente, em problemas de separação e sobreprotecção da mesma, não promotores de uma vinculação segura e da autonomia da criança (Hammer-Burns, 1987); (3) a criança ser

considerada como mais frágil e vulnerável, o que também poderá resultar em problemas de sobreprotecção (McMahon, Ungerer, Beaurepaire, Tennant, & Saunders, 1995); e (4) após um longo período de infertilidade, os casais terem dificuldade em se adaptarem às realidades da parentalidade, em oposição a uma parentalidade idealizada (van Balen, 1998). No entanto, van Balen (1998) também argumentou que a experiência de infertilidade pode ter uma influência positiva nos cuidados parentais prestados, uma vez que estes pais estão altamente motivados para a parentalidade e, como tal, deverão ter maior consciência da importância da prestação de cuidados adequados.

Desde o final dos anos 80 que vários estudos têm vindo a ser realizados no sentido de esclarecer esta questão e mais especificamente, estes estudos têm procurado avaliar o bem estar psicossocial dos pais, bem como a qualidade dos cuidados por eles prestados e da relação que estabelecem com a sua criança.

De forma geral, os estudos têm demonstrado que aqueles pais que recorreram a RMA não se diferenciam de pais com uma concepção espontânea (CE) no que diz respeito ao seu ajustamento psicossocial durante a gravidez e pós-parto.

Mais especificamente, durante a gravidez, não se verificaram níveis aumentados de ansiedade e depressão nos casais que recorreram a RMA (Cox & Ndukwe, 2006; Repokari, Punamäki, Poikkeus, Vilska, Unkila-Kallio, Sinkkonen, et al., 2005) e, no geral, estes casais mostraram estar muito satisfeitos com a sua relação conjugal (Fisher, 2008; Hjelmstedt, Widström, Wramsby, & Collins, 2003; Sydsjö, Wadsby, Kjellberg, & Sydsjö, 2002; Ulrich, Gagel, Hemmerling, & Hentenich, 2004). De igual forma, após o nascimento da criança e no período que decorre até esta ter um ano de idade, os estudos mostraram que, no que respeita a ansiedade e depressão, bem como à relação conjugal, não se verificaram diferenças ou, quando se verificaram, favoreciam as famílias que recorreram a RMA (Glazebrook, Cox, Oates, & Ndukwe, 2001; Gibson, Ungerer, McMahon, Leslie, & Saunders, 2000; Hjelmstedt, Widström, Wramsby, & Collins, 2004; Repokari, Punamäki, Unkila-Kallio, Vilska, Poikkeus, Sinkkonen, et al., 2007; Sydsjö, Wadsby, Kjellberg, & Sydsjö, 2002; Ulrich, Gagel, Hemmerling, & Hentenich, 2004).

Estes estudos demonstraram ainda que, no geral, os pais que conceberam através de RMA não apresentaram níveis aumentados de *stress* parental (Gibson, Ungerer, Tennant, & Saunders, 2000; Glazebrook, Cox, Oates, & Ndukwe, 2001; Golombok, Brewaeys, Cook, Giavazzi, Guerra, Mantovani, et al., 1996; Hahn & DiPietro, 2001; Hjelmstedt, Widström, Wramsby, & Collins, 2004) ou cansaço (van Balen, 1996), quando comparados com pais com um filho concebido espontaneamente.

A evidência empírica também não apontou para um efeito negativo das técnicas de RMA na relação pais-criança, na medida em que não foram encontradas diferenças entre aqueles pais que conceberam espontaneamente e através de RMA em questionários de auto-resposta (McMahon, Ungerer, Tennant, & Saunders, 1997), em entrevistas (Raoul-Duval, Bertrand-Servais, & Frydman, 1993) e através da observação do comportamento (e.g., the strange situation, Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978), na qualidade da interacção mãe/pai-criança (Colpin, Demyttenaere, & Vandemeulebroecke, 1995; Gibson, Ungerer, McMahon, Leslie, & Saunders, 2000). Finalmente, não foram encontradas diferenças no que respeita à sensibilidade materna (Gibson, Ungerer, McMahon, Leslie, & Saunders, 2000; McMahon & Gibson, 2002; McMahon, Ungerer, Tennant, & Saunders, 1997; Papaligoura & Trevarthen, 2001).

As únicas diferenças significativas encontradas dizem respeito a níveis mais elevados de ansiedade reportados durante a gravidez por parte dos pais que conceberam através de RMA, acerca da viabilidade da mesma e da saúde do feto (Hjelmstedt, Widström, Wramsby, & Collins, 2003; Hjelmstedt, Widström, Wramsby, Matthiesen, & Collins, 2003; McMahon, Ungerer, Beaurepaire, Tennant, & Saunders, 1997), o que poderá não ser mais do que uma avaliação realista da situação, uma vez que o recurso a RMA está associado a uma maior probabilidade de ocorrência de gravidezes múltiplas, menos semanas de gestação e baixo peso à nascença do bebé e parto por cesariana (Helmerhorst, Perquin, Donker, & Keirse, 2004).

O presente estudo apresentou dois objectivos principais. O primeiro foi comparar o ajustamento psicossocial de famílias que recorreram a RMA com o de famílias com uma CE. Mais especificamente, investigaram-se as diferenças entre os dois grupos (1) na gravidez (24 semanas), no que respeita à percepção subjectiva da gravidez, sintomatologia psicopatológica e à relação conjugal; (2) um mês após o parto, no que respeita à depressão pós parto, apenas nas mulheres; (3) quatro meses após o parto, no que respeita à sintomatologia psicopatológica, relação conjugal, cuidados parentais prestados e stress parental; e finalmente (4) doze meses após o parto, no que respeita aos padrões de vinculação do bebé. O segundo objectivo deste estudo foi analisar os efeitos directos e moderadores da sintomatologia psicopatológica e da relação conjugal, avaliadas durante a gravidez, e da depressão pós parto, avaliada um mês após o parto, nos cuidados parentais prestados e stress parental, avaliados quatro meses após o parto.

MÉTODO

Amostra e procedimentos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). A amostra incluiu um grupo de 40 casais (40 mulheres e 36 homens) que recorreram a RMA (FIV e ICSI) e um grupo de 47 casais (47 mulheres e 46 homens) com CE. Os participantes foram consecutivamente recrutados enquanto aguardavam a Consulta de Obstetrícia, o grupo de casais que recorreu a RMA no Serviço de Genética e Reprodução Humana e o grupo de casais com uma CE na Maternidade Dr. Daniel de Matos, HUC. Todos assinaram um consentimento informado, tendo previamente sido explicados os objectivos da investigação, o papel dos participantes e as obrigações dos investigadores. Os critérios de inclusão foram a maioridade e um nível de literacia suficiente para o preenchimento dos questionários.

As características da amostra encontram-se descritas no Quadro I.

Quadro I
Características sócio-demográficas e clínicas da amostra (N=169)

		RMA		CE		χ^2/t	p
		n=76	%	n=93	%		
Características sócio-demográficas							
Gênero	Feminino	40	52.6	47	50.5	.073	.877
	Masculino	36	47.4	46	49.5		
Idade	Mulheres	M=33.92;	DP=3.29	M=25.86;	DP=4.53	9.169	.000
	Homens	M=35.29;	DP=3.81	M=28.66;	DP=4.69	6.347	.000
Anos duração da relação	Mulheres	M=7.55;	DP=2.86	M=2.99;	DP=1.82	7.860	.000
	Homens	M=7.54;	DP=2.59	M=2.99;	DP=1.85	7.979	.000
Educação	6 anos	9	11.8	12	12.9	8.609	.035
	9 anos	9	11.8	21	22.6		
	Secundário	23	30.3	28	30.1		
	Superior	33	43.4	20	21.5		
NSE	Baixo	17	22.4	38	40.9	1.788	.003
	Médio	39	51.3	35	37.6		
	Elevado	18	23.7	8	8.6		
		M=5.35;		DP=2.79			
Características clínicas							
Anos duração infertilidade	Menos que 5 anos	43	56.6				
	5 anos ou mais	33	43.4				
Número de tratamentos	Um	21	27.6				
	Mais do que um	51	67.1				
Causa infertilidade	Feminina	31	40.8				
	Masculina	15	19.7				
	Combinada	20	26.3				
	Idiopática	8	10.5				

Legenda: RMA: Concepção através de técnicas de reprodução medicamente assistida; CE: Concepção espontânea; M: média; DP: desvio padrão.

O grupo de pais que conceberam através de RMA apresentou um nível socio-económico (NSE) ($\chi^2=1.788$; $p=.003$) e um grau de educação ($\chi^2=8.609$; $p=.035$) mais elevados quando comparados com os pais que conceberam espontaneamente. Tanto as mães como os pais que conceberam através de RMA eram mais velhos (33.92 *versus* 25.86; $t=9.169$; $p<.001$; 35.29 *versus* 28.66; $t=6.347$; $p<.001$) e estavam numa relação com o seu/sua parceiro/a há mais tempo (7.55 *versus* 2.99; $t=7.860$; $p<.001$; 7.54 *versus* 2.99; $t=7.979$; $p<.001$) do que as mães e pais que conceberam espontaneamente.

A maioria dos pais que conceberam por RMA apresentavam problemas de fertilidade há menos de 5 anos (56.6%), tendo realizado mais do que um tratamento de RMA (67.1%). A infertilidade foi atribuída a causas femininas em 40.8% dos casos, a factor masculino em 26.3%, a factores de ambos os cônjuges em 26.3% e era inexplicada ou idiopática em 10.5%”.

Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo longitudinal prospectivo, com quatro momentos de avaliação: (M1) as 24 semanas de gravidez, (M2) um mês após o parto, (M3) quatro meses após o parto, e (M4) doze meses após o parto.

No M1, foram entregues questionários de auto-resposta aos participantes quando estes aguardavam a consulta obstétrica que antecedia as 24 semanas de gravidez, sendo-lhes pedido que os preenchessem em separado e os trouxessem para a consulta seguinte. Os dados dos M2 e M3 foram recolhidos através de envio dos questionário de auto-resposta por correio, com um envelope já selado para que pudessem ser devolvidos após o seu preenchimento. Finalmente, no M4, realizou-se o procedimento da Situação Estranha, tal como indicado por Ainsworth et al. (1978).

No Quadro II apresenta-se o número de sujeitos que participaram no estudo nos diferentes momentos de avaliação.

Quadro II

Número de participantes ao longo dos diferentes momentos de avaliação do estudo

	Gravidez	1 mês após o parto	4 meses após o parto	12 meses após o parto
RMA	80 36 ♂ 40 ♀	68 32 ♂ 36 ♀	49 22 ♂ 27 ♀	18 9 ♂ 9 ♀ 9 ☺
CE	93 46 ♂ 47 ♀	66 31 ♂ 35 ♀	41 20 ♂ 21 ♀	20 10 ♂ 10 ♀ 10 ☺

Legenda: RMA: Concepção através de técnicas de reprodução medicamente assistida; CE: Concepção espontânea; ♀: Mulheres; ♂: Homens; ☺: Crianças.

Instrumentos

O protocolo de avaliação incluiu, no M1 (24 semanas de gravidez), para além de fichas de dados socio-demográficos, os seguintes instrumentos:

- Sintomatologia psicopatológica: *Brief Symptom Inventory* – BSI (Derogatis, 1993, Versão portuguesa: Canavarro, 2007) – versão curta do SCL-90, com 53 itens. A versão portuguesa desta escala apresenta bons níveis de consistência interna nas suas nove escalas (.62 to .80), coeficientes teste-reteste (.63 to .81) e validade de constructo e discriminante. Neste estudo apenas as subescalas de ansiedade, depressão e somatização e o índice geral de sintomas (IGS) foram usados.
- Percepção subjectiva da gravidez: Quatro itens singulares desenvolvidos pelos autores que avaliam a percepção subjectiva de risco, complicações, exigência e gratificação associados à gravidez. Estes itens apresentavam um *continuum* de adjectivos ou julgamentos de entre os quais os participantes deviam seleccionar, de 1 a 5, aquele que melhor descrevia a sua experiência. Um exemplo corresponde à percepção subjectiva de risco: “Comparativamente à maioria das mulheres, considera que a sua gravidez está a ser:”, sendo permitidas as seguintes opções de resposta: 1 – De muito baixo risco, 2 – De baixo risco, 3 – Normal, 4 – De alto risco, e 5 – De muito alto risco.
- Relação Conjugal: *ENRICH marital inventory* (Olson, Fournier, & Druckman, 1983, Versão portuguesa: Lourenço, 2006) – escala de Likert com 109 itens que avalia a relação conjugal segundo 11 dimensões distintas. A versão portuguesa da escala apresenta índices de consistência interna para as 11 subescalas que variam desde .64 a .84. Neste estudo foram utilizadas as escalas Satisfação com a relação conjugal, Comunicação, Satisfação com a resolução de conflitos e Relação Sexual.

No M2 (um mês após o parto) o protocolo de avaliação incluiu:

- Depressão pós-parto: *Edinburgh Postnatal Depression Scale* – EPDS (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987, Versão portuguesa: Augusto, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, & Figueiredo, 1996) – escala de fácil e rápido preenchimento, composta por 10 itens, cada um dos quais se organiza em três pontos. Uma pontuação superior a 13 evidencia depressão pós-parto. Na nossa amostra a escala apresentou um *alpha* de Cronbach de .83.

No M3 (quatro meses após o parto), para além dos instrumentos para avaliação da sintomatologia psicopatológica e da relação conjugal já referidos, foram ainda incluídos os seguintes instrumentos:

- Cuidados parentais: Escala de Investimento Parental na Criança – EIPC (Bradley, Whiteside-Mansell, & Brisby, 1997, Versão portuguesa: Gameiro, Martinho, Canavarro, & Moura-Ramos, 2008) – escala de auto-resposta, constituída por 19 itens, numa escala de tipo likert, de 4 pontos, desde 1 (concordo fortemente) a 4 (discordo fortemente), destinada a avaliar o investimento socioemocional dos pais em relação aos seus filhos. Apresenta três factores distintos, nomeadamente (1) aceitação do papel parental, (2) prazer que os pais experimentam com a criança e (3) conhecimento e sensibilidade perante as suas necessidades. A versão portuguesa da escala apresenta índices de consistência interna que variam entre .65 e .68.
- Stress parental: *Parental Stress Index* – PSI (Abidin, 1990, Versão portuguesa: Santos, 2008) – medida da intensidade do stress que ocorre no sistema pais-criança. A versão portuguesa da escala apresenta bons índices de validade e fiabilidade, sendo o seu índice de consistência interna de .94.

No M4 (12 meses após o parto) foi realizado o procedimento laboratorial da Situação Estranha (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978): procedimento laboratorial estandardizado, com a duração aproximada de 20 minutos e que envolve uma sequência fixa de oito episódios, que activam progressivamente o sistema de vinculação – a entrada num ambiente não familiar, a chegada de uma pessoa estranha, duas breves separações da figura de vinculação, e duas subseqüentes reuniões com ela. A análise dos episódios possibilita a classificação dos bebés nos diferentes padrões de vinculação definidos (A: inseguro evitante, B: seguro, C: inseguro ansioso). Todos os casos foram cotados por dois juizes independentes e em caso de discordância na classificação o caso era cotado por um terceiro juiz. Houve acordo entre juizes em 84.21% dos casos cotados.

Análises estatísticas

Para a caracterização sócio-demográfica da amostra recorreremos à estatística descritiva (frequências relativas, médias, desvios-padrão). De forma a investigar a existência de diferenças entre os dois grupos de pais, realizámos testes Chi-quadrado e *t* de *student*.

Para avaliar a existência de diferenças entre os dois grupos de pais no que respeita ao seu ajustamento individual e relacional, cuidados e stress parental foram realizadas ANCOVAS e MANCOVAS. Para avaliar a existência de diferenças nos padrões de vinculação das crianças concebidas espontaneamente e por RMA recorreremos aos testes V de *Crammer* e Chi-quadrado.

Finalmente, foram realizadas várias ANCOVAS para a análise dos efeitos directos e moderadores da sintomatologia psicopatológica, da relação conjugal e da depressão pós parto nos cuidados e stress parental. Numa primeira fase, as VIs

(sintomatologia psicopatológica [IGS], satisfação com a relação, satisfação com a resolução de conflitos e depressão pós parto) foram transformadas em variáveis categoriais, usando o valor da mediana como ponto de corte e considerando as categorias “baixo” e “alto”. Seguidamente, para cada VD considerada (aceitação do papel parental, prazer e conhecimento e sensibilidade) foram realizadas 4 ANCOVAS considerando como factores entre-sujeitos o método de concepção (RMA *versus* CE) e, respectivamente, cada uma das VIS atrás indicada.

Nas análises de variância foram sempre controladas as variáveis NSE e educação. Não controlámos a idade e a duração da relação uma vez que estes aspectos são característicos dos casais que recorrem a RMA. Foi considerando um nível de significação inferior a .05.

Utilizámos a versão 15.0 do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*.

RESULTADOS

Ajustamento individual e relacional durante a gravidez dos pais que conceberam através de RMA e espontaneamente

Como se pode observar no Quadro III, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupo de pais que conceberam através de RMA e espontaneamente no que respeita à sintomatologia psicopatológica (Pillai=.010; $F(4,145)=0.351$; $p=.838$) e relação conjugal (Pillai=.045; $F(4,141)=1.649$; $p=.165$). No entanto, foram encontradas diferenças no que respeita à experiência subjectiva da gravidez (Pillai=.290; $F(4,129)=13.180$; $p<.001$), sendo que os pais que conceberam através de RMA perceberam a sua gravidez como sendo de maior risco ($F(1,132)=33.131$; $p<.001$) e mais exigente ($F(1,132)=21.471$; $p<.001$), mas também mais gratificante ($F(1,132)=13.436$; $p<.001$).

Depressão pós parto

De igual forma não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de depressão pós parto das mães que conceberam através de RMA ($M=6.47$; $DP=4.31$) e espontaneamente ($M=6.97$; $DP=4.11$; $F(1,70)=.338$; $p=.563$).

Ajustamento individual e relacional e cuidados e stress parentais quatro meses após o parto dos pais que conceberam através de RMA e espontaneamente

Conforme apresentado no Quadro IV, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupo de pais que conceberam através de

RMA e espontaneamente no que respeita à sintomatologia psicopatológica (Pillai=.049; $F(4,88)=1.126$; $p=.350$), relação conjugal (Pillai=.040; $F(4,87)=.909$; $p=.462$), cuidados parentais (Pillai=.044; $F(3,82)=1.268$; $p=.291$) e stress parental ($F(1,84)=.018$; $p=.893$).

Quadro III

Ajustamento individual e relacional dos participantes durante a gravidez (N= 173)

	RMA (n=80)	CE (n=93)	F	p
Sintomatologia psicopatológica		Pillai's Trace=.010;	$F4,145=0.351$;	$p=.838$
Somatização	0.426 (0.480)	0.493 (0.518)		
Depressão	0.484 (0.582)	0.526 (0.532)		
Ansiedade	0.554 (0.527)	0.619 (0.502)		
IGS	0.544 (0.407)	0.609 (0.427)		
Experiência da gravidez		Pillai's Trace=.290;	$F4,129=13.180$;	$p=.000$
Problemas	2.90 (0.875)	2.78 (0.863)	1.371	.244
Exigências	3.65 (0.790)	3.13 (0.488)	21.471	.000
Risco	3.68 (0.688)	3.03 (0.563)	33.131	.000
Gratificação	3.99 (0.702)	3.50 (0.735)	13.436	.000
Relação conjugal		Pillai's Trace=.045;	$F4,141=1.649$;	$p=.165$
Satisfação	3.920 (0.469)	3.885 (0.451)		
Comunicação	3.929 (0.538)	3.734 (0.506)		
Resolução de conflitos	3.654 (0.522)	3.573 (0.501)		
Relação Sexual	3.891 (0.609)	3.934 (0.482)		

Legenda: RMA: Concepção através de técnicas de reprodução medicamente assistida; CE: Concepção espontânea; M: média; DP: desvio padrão.

Quadro IV

Ajustamento individual e relacional, cuidados parentais e stress parental dos participantes, quatro meses após o parto (N= 90)

	RMA (n=49)	CE (n=41)	F	p
Sintomatologia psicopatológica		Pillai's Trace=.049;	$F4,88=1.126$;	$p=.350$
Somatização	0.463 (0.534)	0.321 (0.393)		
Depressão	0.460 (0.548)	0.482 (0.584)		
Ansiedade	0.568 (0.608)	0.437 (0.476)		
IGS	0.586 (0.468)	0.501 (0.447)		
Relação conjugal		Pillai's Trace=.040;	$F4,87=.909$;	$p=.462$
Satisfação	3.764 (0.563)	3.936 (0.931)		
Comunicação	3.746 (0.596)	3.734 (0.543)		
Resolução de conflitos	3.500 (0.591)	3.605 (0.495)		
Relação Sexual	3.623 (0.670)	3.762 (0.519)		
Cuidados parentais		Pillai's Trace=.044;	$F3,82=1.268$;	$p=.291$
Aceitação Papel Parental	18.178 (2.741)	18.465 (2.218)		
Prazer	22.289 (3.286)	22.535 (2.604)		
Conhecimento/Sensibilidade	15.511 (3.079)	14.512 (2.120)		
Stress parental	225.723 (31.165)	227.682 (27.122)	.018	.893

Legenda: RMA: Concepção através de técnicas de reprodução medicamente assistida; CE: Concepção espontânea.

Padrões de vinculação das crianças concebidas por RMA e espontaneamente

A análise da distribuição das crianças concebidas por RMA e espontaneamente pelos padrões de vinculação mostrou que não se encontraram diferenças entre os dois grupos quando se consideraram as categorias A, B e C ($\chi^2(5,19)=1.638$; $p=.441$) e apenas Seguro *versus* Inseguro ($\chi^2(3,19)=1.351$; $p=.370$).

Quadro V
Padrões de vinculação das crianças, doze meses após o parto (N=19)

		RMA (n=9)	CE (n=10)	χ^2
Padrão de Vinculação	Evitante – A	2	5	1.638 ^a ; $p=.441$
	Seguro – B	6	4	
	Ambivalente – C	1	1	1.351; $p=.370$
	Seguro	6	4	
	Inseguro	3	6	

Legenda: RMA: Concepção através de técnicas de reprodução medicamente assistida; CE: Concepção espontânea; ^ateste V de Crammer. Acordo entre juizes: 84.2%.

Efeitos directos e moderadores da sintomatologia psicopatológica, da relação conjugal e da depressão pós parto nos cuidados e stress parentais

Para todos os pais, independentemente do método de concepção, a satisfação com a relação conjugal e com a resolução de conflitos avaliadas durante a gravidez mostraram estar associadas ao stress parental experimentado quatro meses após o parto. Aqueles pais menos satisfeitos com a sua relação apresentaram maior stress parental do que os mais satisfeitos (232.75 *versus* 220.67; $F(1,83)=4.688$; $p=.033$). Aqueles casais menos satisfeitos com a forma como resolviam os seus conflitos apresentaram também maior stress parental do que os mais satisfeitos (232.14 *versus* 217.38; $F(1,84)=5.621$; $p=.020$).

De igual forma, também a depressão pós parto, avaliada um mês após o parto, mostrou estar associada ao stress parental experimentado quatro meses após o parto, sendo que as mães mais deprimidas reportaram maior stress parental do que as menos deprimidas (246.40 *versus* 216.45; $F(1,40)=10.466$; $p=.002$).

A satisfação com a resolução conjugal, avaliada durante a gravidez, mostrou moderar a relação entre o método de concepção e o conhecimento e sensibilidade dos pais em relação às necessidades da sua criança, avaliado quatro meses após o parto ($F(1,87)=12.823$; $p=.001$). Enquanto que no grupo de pais que conceberam através de RMA, aqueles pais que reportaram maior satisfação com a relação conjugal apresentaram maior conhecimento e sensibilidade do que os que reportaram menor satisfação (16.31 *versus* 14.30; $t=2.498$; $p=.016$), o mesmo não se verificou no grupo de pais que conceberam espontaneamente (14.17 *versus* 15.05; $t=1.394$; $p=.170$).

Em relação às dimensões de aceitação do papel parental e prazer, não foram encontrados quaisquer efeitos directos ou moderadores das VIs analisadas.

DISCUSSÃO

O nosso estudo demonstrou que as famílias cujas crianças foram concebidas por RMA revelaram uma boa adaptação na transição para a parentalidade. Os resultados obtidos demonstraram claramente que, quando comparados com pais que conceberam espontaneamente, os pais que conceberam através de RMA reportaram níveis similares de sintomatologia psicopatológica e qualidade da relação conjugal durante a gravidez e no pós parto, bem como de qualidade dos cuidados parentais prestados e stress parental. Também as crianças concebidas por RMA não se diferenciaram das concebidas espontaneamente no que respeita à qualidade da sua relação de vinculação com a mãe. Este último resultado, no entanto, deve ser considerado com precaução devido ao tamanho reduzido da amostra considerada (9 díades mãe criança com crianças concebidas através de RMA e 10 com crianças concebidas espontaneamente).

De forma coerente com a literatura da área, os nossos resultados mostraram, no entanto, que a experiência da gravidez daqueles pais que conceberam através de RMA foi distinta, tendo a gravidez sido percebida como mais exigente e de maior risco, mas também mais gratificante. Como já referimos, estes resultados parecem traduzir apenas uma apreciação realista da realidade, na medida em que estes pais são confrontados com uma gravidez vivida num clima de maior alarmismo devido à maior probabilidade de ocorrência de gravidezes múltiplas, menos semanas de gestação e baixo peso à nascença do bebé e parto por cesariana (Helmerhorst, Perquin, Donker, & Keirse, 2004). Numa perspectiva mais positiva, o facto da gravidez ser vivida ainda com alguma incerteza no que se refere à sua viabilidade parece reflectir-se também no facto de ser considerada mais gratificante.

Parece-nos importante anotar que esta percepção da gravidez pode ser adaptativa no sentido em que se poderá reflectir não só numa maior atenção aos sinais de alarme de possíveis complicações obstétricas, possibilitando uma intervenção mais precoce, mas também numa maior adopção de comportamento preventivos ou evitamento de comportamentos de risco. Esta hipótese, no entanto, não foi até ao momento explorada empiricamente.

Os resultados do presente estudo apontam ainda para o importante papel que a relação conjugal desempenha no período da transição para a parentalidade. Para ambos os grupos de pais que conceberam através de RMA e

espontaneamente, a satisfação com a relação conjugal e com a resolução de conflitos mostraram estar negativamente associada ao stress parental experimentado. Este é um dado importante que vai de encontro à literatura científica da área e que realça o papel da relação conjugal enquanto promotora de cuidados parentais adequados (Grych, 2002).

No nosso estudo observámos ainda que a satisfação com relação conjugal moderou a relação entre o método de concepção e o conhecimento e sensibilidade dos pais em relação às necessidades da sua criança, tendo-se verificado que aqueles pais que conceberam através de RMA e que estavam mais satisfeitos com a sua relação conjugal também reportaram maior conhecimento e sensibilidade. Esta associação não se verificou no grupo de pais que conceberam espontaneamente, donde se pode concluir que a satisfação com a relação conjugal funcionou com um factor protector dos cuidados parentais prestados no contexto da transição para a parentalidade após o recurso a RMA.

Estes resultados são especialmente asseguradores se tivermos em conta que a investigação empírica têm revelado que os casais inférteis que recorrem a RMA percebem a sua relação conjugal como sendo tão boa ou melhor que os casais que concebem espontaneamente. Alguns estudos revelaram mesmo que a experiência de infertilidade e recurso a técnicas de RMA podem fortalecer a relação e intimidade do casal (Schmidt, Holstein, Christensen, & Boivin, 2005; Sydsjö, Ekholm, Wadsby, Kjellberg, & Sydsjö, 2005).

Finalmente, observou-se ainda uma associação positiva entre a depressão pós parto e o stress parental experimentado por ambos os grupos de mães que conceberam através de RMA e espontaneamente, resultados que estão em consonância com um conjunto de estudo que apontam para o facto de a depressão pós parto ser factor de risco para a prestação de cuidados parentais menos adequados (e.g., Carter, Garrity-Rokous, Chazan-Cohen, Little, & Briggs-Gowan, 2001; Jameson, Gelfand, Kulcsar, & Teti, 1997).

Este foi um estudo prospectivo, com recurso a um grupo de controlo de famílias com crianças concebidas espontaneamente, com múltiplos momentos de avaliação em que foram avaliadas diferentes dimensões de ajustamento psicossocial e baseado em informação proveniente de múltiplos informadores (pais, mães e criança). Desta forma os dados apresentados parecem-nos fiáveis, principalmente se tivermos ainda em consideração o facto de que o grupo de pais que conceberam por RMA apresentou características sócio-demográficas que se aproximam das amostras dos estudos internacionais realizados (e.g., maior nível sócio-económico, idade e duração da relação conjugal). No entanto, este é um projecto de investigação ainda em curso e este facto reflectiu-se naquela que consideramos ser a principal limitação do estudo, que se prende

com o reduzido tamanho da amostra nos dois últimos momentos de avaliação (4 e 12 meses após o parto).

De forma geral, os resultados do presente estudo realçam a boa adaptação das famílias com crianças concebidas através de RMA ao longo da gravidez e pós-parto. O período da transição para a parentalidade é, no entanto, um período exigente para todos os pais, em que múltiplas mudanças no sistema familiar e novos desafios têm de ser enfrentados (Cowan & Cowan, 1995). É assim importante que os profissionais de saúde mental estejam disponíveis para acompanhar todos os casais ao longo deste período de transição, independentemente do método de concepção. No caso específico da transição para a parentalidade após RMA, parece-nos ainda ser de especial importância que os programas de prevenção e intervenção tenham uma forte valência psico-educacional orientada para os aspectos obstétricos e perinatais associados à gravidez após RMA, bem como para as reacções emocionais tipicamente associadas, de forma a normalizar a experiência dos pais que recorrem a estas técnicas.

BIBLIOGRAFIA

- Abidin, R.R. (1990). *Parenting Stress Index – Manual* (3rd ed.). Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Andersen, A.N., Goossens, V., Bhattacharya, S., Ferraretti, A.P., Kupka, M.S., de Mouzon, J., et al. (2009). Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: Results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 1(1), 1-21.
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J.M., Matos, E., & Figueiredo, B. (1996). Postnatal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26, 135-141.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A., & Nygren, K.G. (2007). New debate. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506-1512.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. London: Hogarth Press.
- Bradley, R.H., Whiteside-Mansell, L., & Brisby, J.A. (1997). Parents' Socioemotional Investment in Children. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 77-90.
- Canavarro, M.C. (2007). Inventários de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M.R. Simões, C. Machado, G. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carter, A.S., Garrity-Rokous, F.E., Chazan-Cohen, R., Little, C., & Briggs-Gowan, M.J. (2001). Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security, and

- toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 18-26.
- Colpin, H., Demyttenaere, K., & Vandemeulebroecke, L. (1995). New reproductive technology and the family: The parent-child relationship following in vitro fertilization. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 36, 1429-1441.
- Cowan, C.P., & Cowan, P.A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: Why are they needed and what they can do. *Family Relations*, 44(4), 412-423.
- Cox, S.J., & Ndukwe, G. (2006). Maternal self-esteem after successful treatment for infertility. *Fertility and Sterility*, 85(1), 84-89.
- Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Derogatis, L.R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Fisher, J.R.W., Hammarberg, K., & Baker, G.H.W. (2008). Antenatal mood and fetal attachment after assisted conception. *Fertility and Sterility*, 89(5), 1103-1112.
- Gameiro, S., Martinho, B., Canavarro, M.C., & Moura-Ramos, M. (2008). Estudos psicométricos da Escala de Investimento Parental na Criança. *Psychologica*, 48, 77-99.
- Gibson, F., Ungerer, J., Tennant, C., & Saunders, D. (2000). Parental adjustment and attitudes to parenting after in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 73(3), 565-574.
- Gibson, F., Ungerer, J., McMahon, C., Leslie, G., & Saunders, D. (2000). The mother-child relationship following in vitro fertilization: Infant attachment, responsivity and maternal sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 1015-1023.
- Glazebrook, C., Cox, S., Oates, M., & Ndukwe, G. (2001). Psychological adjustment during pregnancy and the postpartum period in single and multiple in vitro fertilization births: A review and preliminary findings from an ongoing study. *Reproductive Technologies*, 10, 112.
- Golombok, S. (1998). Debate. New families, old values: Considerations regarding the welfare of the child. *Human Reproduction*, 13(9), 2339-2355.
- Golombok, S., Brewaeys, A., Cook, R., Giavazzi, M.T., Guerra, D., Mantovani, A., et al. (1996). The European study of assisted reproduction families: Family functioning and child development. *Human Reproduction*, 11(10), 2324-2331.
- Grych, J. (2002). Marital relationships and parenting. In M. Bornstein (Eds.), *Handbook of parenting. Vol. 4: Social conditions and applied parenting* (2nd. ed., pp. 203-225). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Hahn, C., & DiPietro, J.A. (2001). In vitro fertilization and the family: Quality of parenting, family functioning, and child psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 37(1), 37-48.
- Hammer-Burns, L. (1987). Infertility as boundary ambiguity: One theoretical perspective. *Family Process*, 26, 359-372.
- Harf-Kashdai, M.A., & Kaitz, M. (2007). Antenatal moods regarding self, baby, and spouse among women who conceived by in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 87(6), 1306-1313.
- Helmerhorst, F.M., Perquin, D.A.M., Donker, D., & Keirse, M.J.N.C. (2004). Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: A systematic review of controlled studies. *British Medical Journal*, 328, 261-265.

- Hjelmstedt, A., Widström, A., Wramsby, H., & Collins, A. (2003). Patterns of emotional responses to pregnancy, experience of pregnancy and attitudes to parenthood among IVF couples: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24, 153-162.
- Hjelmstedt, A., Widström, A., Wramsby, H., & Collins, A. (2004). Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 81, 1254-1264.
- Hjelmstedt, A., Widström, A., Wramsby, H., Matthiesen, A., & Collins, A. (2003). Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: A comparative study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 152-161.
- Jameson, P.B., Gelfand, D.M., Kulcsar, E., & Teti, D.M. (1997). Mother-todler interaction patterns associated with maternal depression. *Development and Psychopathology*, 9, 537-550.
- Lourenço, M.M. (2006). *Casal: Conjugalidade e ciclo evolutivo*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- McMahon, C., & Gibson, F. (2002). A special path to parenthood: Parent-child relationships in families giving birth to singleton infants through IVF. *Reproductive BioMedicine Online*, 5(2), 179-186.
- McMahon, C., Ungerer, J., Tennant, C., & Saunders, D. (1997). Psychosocial adjustment and the quality of mother-child relationship at 4 months postpartum after conception by in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 68, 492-500.
- McMahon, C., Ungerer, J., Beaurepaire, J., Tennant, C., & Saunders, D. (1995). Psychosocial outcomes for parents and children after in vitro fertilization: A review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 13, 1-16.
- McMahon, C., Ungerer, J., Beaurepaire, J., Tennant, C., & Saunders, D. (1997). Anxiety during pregnancy and fetal attachment after IVF conception. *Human Reproduction*, 12, 176-182.
- Mushin, D., Spensley, J., & Barreda-Hanson, M. (1985). Children of IVF. *Clinics in Obstetrics and Gynaecology*, 12, 865-876.
- Olson, D.H., Fournier, D.G., & Druckman, J.M. (1983). *PREPARE/ENRICH Counselor's Manual*. Minneapolis: PREPARE/ENRICH, Inc.
- Papaligoura, Z., Trevarthen, C. (2001). Mother-infant communication can be enhanced after conception by in-vitro fertilization. *Infant Mental Health Journal*, 22(6), 591-610.
- Raoul-Duval, A., Bertrand-Servais, M., & Frydman, R. (1993). Comparative prospective study of the psychological development of children born by in vitro fertilization and their mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 14, 117-126.
- Repokari, L., Punamäki, R.L., Poikkeus, P., Vilska, S., Unkila-Kallio, L., Sinkkonen, J., et al. (2005). The impact of successful assisted reproduction treatment on female and male mental health during the transition to parenthood: A prospective controlled study. *Human Reproduction*, 20(1), 3238-3247.
- Repokari, L., Punamäki, R.L., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., et al. (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.
- Santos, S.V. (2008). Índice de Stress Parental. In L. Almeida, M.R. Simões, C. Machado, & M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação Psicológica* (pp. 115-126). Coimbra: Quarteto Editora.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & Boivin J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in infertility treatment. *Patient Education and Counselling*, 59, 244-251.

- SPMR. Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. (2009). [cited 2009 13th May]; Available from: <http://www.spmr.pt/>
- Sroufe, L.A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7(4), 349-367.
- Sydsjö, G., Wadsby, M., Kjellberg, S., & Sydsjö, A. (2002). Relationship and parenthood in couples after assisted reproduction and in spontaneous primiparous couples. A prospective long-term follow-up study. *Human Reproduction*, 17, 3241-3250.
- Sydsjö, G., Ekholm, K., Wadsby, M., Kjellberg, S., & Sydsjö, A. (2005). Relationship in couples after failed IVF treatment: A prospective follow-up study. *Human Reproduction*, 20, 1952-1957.
- Ulrich, D., Gagel, D.E., Hemmerling, V.S., & Hertenich, H. (2004). Couples becoming parents: Something special after IVF? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25, 99-113.
- van Balen, F. (1996). Child-rearing following in vitro fertilization. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(6), 687-693.
- van Balen, F. (1998). Development of IVF Children. *Developmental Review*, 18, 30-46.
- Vayena, E., Rowe, P.J., & Griffin, P.D. (2002). *Medical, ethical and social aspects of assisted reproduction*. Current practices and controversies in Assisted Reproduction: Report of the WHO meeting, 2001. Geneva: World Health Organization.

ABSTRACT

The present study had two main goals (1) to compare the psychosocial adjustment of families that used Assisted Reproductive Technologies (ART) to conceive with families with a spontaneous conception (SC); (2) to analyse direct and moderator effects of psychopathological symptoms, postpartum depression and the quality of the marital relationship on parental care and stress.

This was a prospective study with four assessment times: (T1) 24th pregnancy week; (T2) one month postpartum; (T3) four months postpartum; (T4) twelve months postpartum. Sample included 40 couples (40 women and 36 men) that conceived through ART and 47 couples (47 women and 46 men) that conceived spontaneously. All parents filled self report questionnaires of subjective perception of pregnancy, psychopathological symptoms, postpartum depression, marital relationship quality, parental care and parental stress. Twelve months after the partum the Strange Situation was conducted.

Results showed that, when compared with families with a SC, parents that conceived through ART reported similar levels of psychopathological symptoms, postpartum depression, marital relationship quality, parental care and stress. However, they perceived their pregnancy as being of higher risk, more demanding, but also more rewarding. The marital relationship proved to be positively associated with adequate parental care and negatively with parental stress.

In general, results highlight the good psychosocial adjustment of families with a children conceived by ART throughout pregnancy and the early postpartum period. It is important for prevention and intervention programmes to have a strong psycho-educational component, directed to the obstetrical and peri-natal issues associated with pregnancy after ART, as well as typical associated emotional reactions, as to normalize these parents experience.

Key words: Assisted Reproductive Technologies. Attachment. Infertility. Psychosocial adjustment. Transition to parenthood.