

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Livia Maria Maulaz Freitas

A TRAJETÓRIA DE UM SONHO: ANSIEDADE E
ENFRENTAMENTO DA INFERTILIDADE POR CASAIS

Vitória

2016

LIVIA MARIA MAULAZ FREITAS

**A TRAJETÓRIA DE UM SONHO: ANSIEDADE E ENFRENTAMENTO DA
INFERTILIDADE POR CASAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, sob orientação da Professora Doutora Ana Cristina Barros da Cunha.

Vitória

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

F866t Freitas, Livia Maria Maulaz, 1991-
A trajetória de um sonho : ansiedade e enfrentamento da infertilidade por casais / Livia Maria Maulaz Freitas. – 2016.
111 f.

Orientador: Ana Cristina Barros da Cunha.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Ansiedade. 2. Stress (Psicologia). 3. Infecundidade. 4. Casais sem filhos. 5. Casais. 6. Coping. I. Cunha, Ana Cristina Barros da. 1970-. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

LIVIA MARIA MAULAZ FREITAS

**A TRAJETÓRIA DE UM SONHO: ANSIEDADE E ENFRENTAMENTO DA
INFERTILIDADE POR CASAIS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Aprovada em 14 de julho de 2016, por:

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. Ana Cristina Barros da Cunha
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Orientadora

Prof.^a. Dr.^a. Fabiana Pinheiro Ramos
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro externo

Prof.^a. Dr.^a. Kely Maria Pereira de Paula
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro interno

AGRADECIMENTOS

“A gratidão é a memória do coração”

(Antístenes)

Deus é o motivo principal pelo qual agradeço. Nada seria possível sem Ele.

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Cristina Barros da Cunha, pelo carinho, suporte, pela paciência e por não duvidar do meu potencial. Por me ouvir nos momentos em que eu precisava e por sempre acreditar neste trabalho junto comigo!

À Professora Doutora Kely de Paula, pela assistência, disponibilidade e preocupação – sempre muito gentil.

A todos os casais que protagonizaram este trabalho, pela disponibilidade, confiança e coragem. Sem vocês, o trabalho não seria possível!

A todas as pessoas que me ajudaram de alguma forma na realização deste trabalho, especialmente à médica Layza Borges, e ao meu amigo Marcelo Zanotti, que sempre se mostrou disponível em todas as minhas dificuldades. Sem esse suporte, tudo teria sido mais complicado. Vocês foram fundamentais!

À FAPES (bolsa de Mestrado), pelo auxílio financeiro que possibilitou a realização da pesquisa.

Aos colegas de mestrado que hoje tenho a honra de chamar de amigos: Carolina Libreros, Lauriston Araújo, Mariana Spelta, Paola Zanotti e Pricila Coloma. Nem tenho palavras suficientes para expressar o quanto vocês foram importantes para que eu pudesse chegar até aqui.

Aos meus amigos Laíssa Sales, Rafael Porto, Diemerson Saquetto, Alice Villefort, Douglas Spencer; pelas gargalhadas, pelos momentos memoráveis e por tornarem alguns momentos mais leves.

À minha amiga Diana Fachetti, a quem chamo de irmã que, mesmo na distância, se fez sempre presente. Pelo abraço, pelo suporte e por me lembrar sempre de como caminhar nos momentos difíceis. E por me dar um cunhado especial: Tarcísio.

Às companheiras de todos os dias, Alayne Madeira e Lara Amaro, com quem divido meu endereço com muito amor.

À minha família: primos, tios e tias, vovó Ana e vovô Eguimar; por todo o carinho que sempre tiveram comigo.

A meu pai Carlos Freitas, tão querido, pelo cuidado que tem comigo e porque sempre acreditou no meu potencial e no meu sucesso. Por sempre me mostrar o quanto se orgulha de mim.

A meu irmão Carlos Henrique, pelo abraço, carinho e apoio.

À minha Tia Maria, por sempre acreditar em mim, pelos conselhos, por ser tia, mãe e avó, de forma tão especial.

Por fim, mas não menos importante, à minha mãe Jovita Maulaz, razão pela qual eu não desisti quando me faltaram forças necessárias para continuar. Inspiração da minha vida e para a realização deste trabalho. Referência de superação e garra!

“A esperança é o sonho do homem acordado.”

Aristóteles

FREITAS, Livia Maria Maulaz (Julho, 2016). *A trajetória de um sonho: ansiedade e enfrentamento da infertilidade por casais*. Dissertação de Mestrado apresentada para Defesa. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES. 109 pp.

RESUMO

O desejo de ter filhos faz parte do planejamento da maioria dos casais e pode ser motivo de grande frustração quando eles se deparam com a infertilidade. A Organização Mundial da Saúde considera um casal infértil quando a gravidez não ocorre após um ano de relação sexual regular e desprotegida. Diante desse problema, o casal procura por tratamento para alcançar seu desejo de engravidar, processo que, às vezes, pode ser longo, doloroso e estressante para o casal. O objetivo deste trabalho foi estudar o enfrentamento da infertilidade por casais, investigando as diferenças entre os membros do casal com base em indicadores de ansiedade, de enfrentamento (estratégias de *coping*¹) e da percepção do estresse relacionado. Para tanto, foi adotado um delineamento descritivo exploratório, de caráter quanti-qualitativo com amostra de conveniência. Participaram da pesquisa 7 casais com diagnóstico de infertilidade de causa feminina e masculina, que declararam relação estável há pelo menos 2 anos. Todos responderam individualmente aos seguintes instrumentos de avaliação psicológica: a) IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado, que avalia indicadores de ansiedade “traço” e “estado”; b) Inventário COPE, que avalia estratégias de enfrentamento diante de situações de estresse; e c) Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF), que avalia a percepção do casal do estresse relacionado à infertilidade. Além desses, todos os participantes responderam a um Protocolo de Caracterização do Perfil Psicossocial, elaborado para essa pesquisa, para a identificação de variáveis sociodemográficas e psicossociais relacionadas ao enfrentamento da

¹ *Coping* – Termo inglês utilizado para enfrentamento.

infertilidade. Todos os dados foram analisados quantitativamente, em termos descritivos para os dados sociodemográficos e do perfil psicossocial dos casais, e em termos comparativos para os dados de ansiedade, enfrentamento e estresse entre mulheres e homens de cada casal. Os dados também foram analisados em termos qualitativos em estudos de caso dos casais, relacionando os dados sociodemográficos e do perfil psicossocial com os indicadores de ansiedade, enfrentamento e estresse. Observou-se que a idade média foi de 31 anos para as mulheres e de 33 anos para os homens, sendo que a média de tempo de união dos casais foi de 8,9 anos. Houve grande variação na renda familiar dos casais, entre os que faziam tratamento particular e os que faziam tratamento pela rede pública de saúde. Para grande parte dos casais, a infertilidade era de causa feminina e de conhecimento dos familiares; somente um casal tinha filhos. Apenas um membro dos casais entrevistados declarou não ter religião. Ansiedade moderada foi apresentada tanto por homens quanto por mulheres, ainda que a média das mulheres tenha sido maior para ambas as dimensões (traço e estado). Sobre o enfrentamento dos casais, a estratégia “*Religiosidade*” foi prevalente. A estratégia de enfrentamento “*Reinterpretação positiva*” também apresentou alta frequência entre homens e mulheres. Relacionado ao estresse percebido diante da infertilidade, enquanto as mulheres apresentaram um valor alto no fator “*Maternidade/paternidade*”, para os homens todos os fatores apresentaram-se moderados, exceto em “*Vida sem filhos*”, com baixo estresse. Pelos estudos de caso, pode-se perceber que variáveis como idade dos casais, ter filhos, praticar alguma religião e tempo de união pareceram se relacionar à ansiedade e ao estresse no processo de enfrentamento da infertilidade para ambas as partes do casal. Discutem-se possíveis diferenças entre os membros do casal, mulheres e homens, em termos das variáveis estudadas – ansiedade, *coping* e a percepção de estresse –, como

forma de compreender o enfrentamento do casal diante dos problemas de infertilidade e o dilema de não conseguir engravidar.

Palavras-chave: *coping*, ansiedade, estresse, infertilidade, casal.

ABSTRACT

Most couples plan in having children; it can be the reason for great frustration when they deal with the infertility. Although there is no scientific consensus on the definition of infertility, the World Health Organization considers an infertile couple when the pregnancy does not occur after one year of regular unprotected sexual intercourse. Facing to the infertility, couples look for treatments to achieve their desire for getting pregnant, which, sometimes, can be very long, painful, and stressful for the couple. The objective of this research was to study how couples face to the infertility, investigating the differences between couples based on anxiety indicators, coping strategies and perception of stress related to infertility. Thus, a descriptive exploratory design of quantitative and qualitative character with a convenience sample was adopted. The participants were 7 couples diagnosed with female and male infertility, who declared to be in a stable relationship at least two years. Of the total 57% of participants were invited to participate in the research during query in assisted reproduction clinic of the University Hospital Cassiano Antonio Moraes (HUCAM) of the State of Espirito Santo; 43% of the participants were indicated and participated from the online collection. All were seeking treatment for infertility and agreed to participate in the study by signing the Term of informed consent. They answered individually to the following instruments of psychological evaluation. a) STAI, State-Trait Anxiety Inventory, which assesses anxiety indicators in terms of “traits of anxiety” and “state of anxiety”; b) COPE Inventory, which evaluates strategies in facing stressful situations; and c) Fertile Problems Inventory (FPI), that evaluates the couple’s perception of stress related to infertility. In addition, all responded to a Protocol for a psychosocial profile, elaborated for the research, to identify social demographic and psychosocial variables related to coping with infertility. The protocol data were processed in terms of frequency of occurrence of the variables and the

psychological evaluation were processed according to the guidance of their own instruments. All data were analyzed quantitatively, in descriptive terms for the sociodemographic data and the psychosocial profile of the couples, and in comparative terms for the anxiety, coping and stress data between women and men of each couple. Data were also analyzed in qualitative terms in case studies of couples, linking sociodemographic and psychosocial data with the indicators of anxiety, coping and stress. It was observed that the average age of woman was 31 years old and the average age of men was 33 years old, the average union of couples was 8.9 years. There was wide variation of family income of the couples; two of them had above R\$5000 income and was doing private treatments. For most couples, infertility had female causes and the family had understanding. Only one couple had children. Only one member of the couples declared not to have a religion. Moderate anxiety was presented by both men and woman, although the average for woman was higher for both anxiety dimensions (trait and state). About the coping of couple, “*Turn to religion*” was more prevalent strategy. Also, the coping strategy “*positive reinterpretation*” showed high frequency for women and men. Regarding the perceived stress related to infertility, while woman had high stress on the factor “*Maternity/paternity*”, all the factors presented moderate stress for men, except the “*Life without children*”, which showed low stress.

From the case studies, we observed that variables such as age of the couples, having children, religion and time of marriage seemed to be related to the anxiety and stress indicators in the couple’s coping process face to the infertility. We discussed about those differences between couples in terms of studied variables, anxiety, coping and perception of stress, in order to understand how couples face to the infertility problems and the dilemma of not getting pregnant.

Key-words: coping, anxiety, infertility, couples.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. <i>Valores de ansiedade para IDATE Traço e Estado, para mulheres, propostos por Baptista, Baptista, & Torres (2006)</i>	42
Tabela 2. <i>Valores de ansiedade para IDATE Traço e Estado, para homens, propostos por Agostini, Sakae e Feldens (2011)</i>	43
Tabela 3. <i>Valores dos quartis calculados pelas médias encontradas entre homens e mulheres no IPF</i>	47
Tabela 4. <i>Dados individuais de caracterização dos participantes</i>	50
Tabela 5. <i>Dados de caracterização do casal participante</i>	51
Tabela 6. <i>Dados comparativos de análise individual e do casal em termos de estresse (IPF), ansiedade traço e estado (IDATE Traço-Estado) e estratégias de enfrentamento (Inventário COPE)</i>	57

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1. *Definição das estratégias de enfrentamento propostas no Inventário COPE, baseadas na Abordagem Disposicional do Coping de C.S Carver e colaboradores (Carver; Scheier; Weintraub, 1989) 44*
- Quadro 2. *Definição dos fatores do Inventário de Problemas de Fertilidade, segundo a versão proposta por Ribeiro (2007) 46*

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. *Médias de ansiedade traço e estado para homens e mulheres obtidas pelo IDATE. Fonte: Elaboração própria* 53
- Figura 2. *Medianas de estratégias de enfrentamento de homens e mulheres obtidas pelo Inventário COPE. Fonte: Elaboração própria* 54
- Figura 3. *Valores dos quartis de estresse de homens e mulheres em relação à infertilidade, obtidos pelo IPF. Fonte: Elaboração própria* 56

LISTA DE ABREVIATURAS

COPE	Inventário de Avaliação de Estratégias de Enfrentamento COPE
EE	Estratégias de enfrentamento
FIV	Fertilização <i>in vitro</i>
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IPF	Inventário de Problemas de Fertilidade

SUMÁRIO

Apresentação	18
Introdução.....	Error! Bookmark not defined.21
Infertilidade e o casal: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais.....	Error! Bookmark not defined.21
Ansiedade: avaliação e suas implicações na vida do casal infértil	Error! Bookmark not defined.5
Coping: o processo de enfrentamento do casal infértil.....	Error! Bookmark not defined.30
Hipótese e objetivos do trabalho.....	Error! Bookmark not defined.5
Método	Error! Bookmark not defined.7
Participantes	Error! Bookmark not defined.38
Local.....	Error! Bookmark not defined.38
Instrumentos	Error! Bookmark not defined.38
Instrumentos para coleta dos dados do perfil psicossocial.....	38
Instrumento de avaliação da ansiedade	39
Instrumento de avaliação do <i>coping</i>	41
Instrumento para avaliação do estresse em relação à infertilidade.....	43
Procedimentos	45
Processamento e análise de dados	46
Avaliação Ética de Riscos e Benefícios.....	47
Resultados	48
Dados de caracterização do perfil psicossocial	48
Dados de análise da ansiedade em termos de traço e de estado	50
Dados de análise em termos das estratégias de enfrentamento (EE).....	51
Dados de análise do estresse diante da infertilidade	Error! Bookmark not defined.53
Dados comparativos de análise individual e do casal em termos de estresse, ansiedade traço e estado e estratégias de enfrentamento.....	Error! Bookmark not defined.5
Dados de análise dos estudos de caso por casal	Error! Bookmark not defined.7
Discussão.....	Error! Bookmark not defined.63
Considerações finais	Error! Bookmark not defined.7
Referências	79
APÊNDICES	88
APÊNDICE A	88
APÊNDICE B	89

APÊNDICE C	93
APÊNDICE D	Error! Bookmark not defined. 6
APÊNDICE E	101
APÊNDICE F	102
APÊNDICE G	Error! Bookmark not defined.
APÊNDICE H	Error! Bookmark not defined.
APÊNDICE I	Error! Bookmark not defined.
APÊNDICE J	Error! Bookmark not defined.

Apresentação

Anos passam e observamos incontáveis mudanças no comportamento, na cultura, no contexto social e nos adventos tecnológicos; entretanto, o projeto de formação de uma família e o desejo de ter um filho permanecem de geração para geração. O sonho da maternidade faz parte da vida de muitos casais, porém esse sonho pode ser frustrado quando o casal encontra dificuldades em sua fertilidade. Define-se um casal infértil como aquele que, após 12 meses de relações sexuais regulares, não tem êxito em engravidar (OMS, 1991). Embora a decisão de ter um filho possa ser um consenso entre o casal, mudanças no cenário feminino, com a participação crescente de mulheres no mercado de trabalho, a exigência de um desempenho profissional e de estabilidade econômica, têm influenciado bastante no tempo de concretização do projeto da parentalidade (Carvalho & Caetano, 2013; Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013). Dessa forma, o olhar sobre a infertilidade do casal não pode ser baseado em uma perspectiva minimalista, devendo-se analisar os inúmeros aspectos que permeiam a vida do casal e que constituem sua subjetividade como indivíduos desejantes.

A infertilidade não é por si um evento a ser considerado como uma possibilidade real pelo casal e, por esse motivo, quando ocorre, provoca uma série de frustrações que geram estresse e ansiedade. Quando real, é percebida como uma falha, desencadeando uma crise, especialmente para as mulheres (Couto, 2011). Estudos indicam que existem diferenças entre homens e mulheres diante dos diversos aspectos envolvidos nos diferentes estágios do processo de enfrentamento da infertilidade, que variam desde a percepção da impossibilidade do exercício da parentalidade até a vivência dos desafios impostos pela infertilidade (Félis & Almeida, 2016; Ferreira, Simões, Gonçalves, Miyazaki, & Pinto, 2014;

Cordeiro & Gomes, 2013; Corrêa, Vizzotto, & Cury, 2007). Essas análises oferecem possibilidades para o processo de enfrentamento da infertilidade e auxiliam na compreensão da função dos profissionais da área de saúde para ajudar os casais inférteis a lidarem com tal situação, especialmente no apoio e acompanhamento psicológicos para essa população (Ferreira, Simões, Gonçalves, Miyazaki, & Pinto, 2014). No entanto, ainda é escassa a literatura sobre esse tema, sobretudo no estudo dos aspectos relacionados ao enfrentamento e aos fatores do casal e suas particularidades, um dos objetivos propostos neste trabalho.

Para propor uma análise que se sustente na compreensão da realidade do casal que vive a infertilidade, é preciso adotar uma perspectiva biopsicossocial e um olhar sensível aos detalhes que essa condição traz, tanto para homens como para mulheres. Aspectos da vida do casal, como a saúde mental, a satisfação com a vida, a realização profissional e as interações sociais dos parceiros, podem ser diretamente afetados pela satisfação conjugal e pelo ajustamento familiar, sendo esses os mais afetados pela infertilidade (Couto, 2011). Embora a infertilidade nem sempre seja reconhecida como uma doença, os casais vivenciam muitas dificuldades durante esse processo de enfrentamento (Gradvohl, Osis, & Makuch, 2013a; 2013b), como, por exemplo, a mudança na rotina de atividade sexual do casal (Perestrelo, 2012) e, em casos de infertilidade de causa feminina, o sofrimento pelos tratamentos invasivos, com mudanças de humor, ganho de peso, dentre outros sintomas decorrentes de medicamentos e cirurgias (Antunes, 2013).

Diante de tal realidade, é fundamental que sejam feitas reflexões acerca do impacto e dos efeitos da infertilidade sobre o casal, seu relacionamento sexual e afetivo, sua dinâmica de convivência e seu relacionamento com outros familiares. Igualmente, se faz necessário observar e analisar os processos individuais do homem e da mulher, com o objetivo de

conhecer como eles têm lidado com esse evento estressor e como isso tem afetado a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, sua saúde mental. Nesse sentido, o interesse pelo tema da infertilidade se iniciou na minha trajetória acadêmico-profissional ainda durante a minha graduação, quando pude me engajar em atividades junto a gestantes e mães jovens em situação de vulnerabilidade social. Nesse mesmo tempo, no âmbito pessoal, uma amiga próxima e seu esposo seguiam para o segundo ano tentando uma gravidez e essa experiência foi um marco para o surgimento do meu interesse sobre o tema da infertilidade. Essas experiências, ainda que em polos opostos da minha vida, me fizeram refletir sobre as implicações da gravidez e da ausência dela na vida da mulher e de um casal, me fazendo questionar o compromisso da Psicologia com a saúde mental de casais que vivenciam a infertilidade. Minha inquietação se direcionou em questionar como eu, uma profissional dessa área citada, poderia auxiliar esses casais no enfrentamento dessa condição de vulnerabilidade física e psíquica, ajudando-os no manejo do estresse decorrente da doença, na melhoria da sua saúde emocional e da qualidade de vida individual e da relação conjugal. Em resposta a essas perguntas, desenvolvi a pesquisa resultado desta Dissertação de Mestrado, com o objetivo de contribuir para as áreas de Psicologia da Saúde e Psicologia Clínica com evidências científicas congruentes com a realidade de casais que vivenciam a trajetória do sonho de serem pais em meio a frustrações e angústias próprias de uma condição como a infertilidade.

Introdução

Infertilidade e o casal: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais

O desejo pela constituição de uma família tem sido um dilema na vida de muitos casais que se deparam com a infertilidade, que tem sido considerada um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1991). Não existe consenso sobre a definição do termo “infertilidade”, que é ambíguo e continua até os dias de hoje pouco definido (Delgado, 2007). Embora a infertilidade possa ser denominada de causa feminina ou masculina, ela é considerada um problema do casal (Delgado, 2007; Faria, Grieco, & Barros, 2012).

Ainda em sua publicação de 1991, a OMS afirma que a infertilidade do casal expõe homens e mulheres a uma variedade de pressões sociais, familiares e pessoais, como, por exemplo, a sensação de fracasso. Tais afirmações puderam ser comprovadas também através de diversos estudos publicados, que indicam a existência de efeitos psicológicos causados pela infertilidade que repercutem no estado físico individual e do casal, retardando ou dificultando o sucesso do tratamento adotado (Badalotti, 2010; Corrêa, Vizzotto, & Cury, 2007; Gradwohl et. Al, 2013a; 2013b; Moreira, Melo, Tomaz, & Azevedo, 2006).

O problema da infertilidade foi tema de um relatório da OMS de 1975, que sistematiza dados sobre essa condição em algumas regiões da África. Nessa época, estudos epistemológicos e clínicos sobre o tema ainda eram escassos e continham poucas informações detalhadas sobre o assunto. Assim, naquele relatório, a OMS chamou atenção para a importância de serem realizados mais estudos objetivos com populações de outros países. Desse modo, mesmo que as taxas de 1975 fossem consideradas preocupantes pela OMS, a ausência de estudos dificultava que a infertilidade fosse, naquela ocasião, considerada como um problema de saúde pública e impulsionou que novos estudos fossem

produzidos em todo o mundo, com objetivo de melhor investigar o fenômeno da infertilidade.

Em 1975, a OMS defendeu que uma mulher poderia ser diagnosticada como infértil caso ela não engravidasse em um período de 24 meses. Esse período e essa definição foram alterados 10 anos mais tarde para 12 meses. Assim, essa faixa de tempo passou a ser utilizada para definir casais inférteis em um estudo com 708 casais da Inglaterra com diagnósticos diferenciados (Hull et al., 1985). A mudança do período de diagnóstico da infertilidade se deveu ao fato de que, para a prática clínica, o tratamento adequado deve ser iniciado o mais rápido possível (Larsen, 2005). Atualmente, a OMS também defende o período de 12 meses, pois é um prazo estipulado por estudos clínicos e considerado como prevalente em 85% dos casais férteis que tiveram sucesso em engravidar (OMS, 2007).

A classificação da infertilidade como primária ou secundária foi proposta também pela OMS (1975). No entanto, Hull et al. (1985) discutem sobre os aspectos específicos do diagnóstico da infertilidade, questionando a ausência de trabalhos que apresentem critérios de duração da infertilidade, suas causas (se primária ou secundária) e as terminologias utilizadas. Por outro lado, Larsen (2005) enfatiza a importância das classificações dos tipos de infertilidade propostos pela OMS, que podem auxiliar na assistência clínica ao casal infértil e o alcance de resultados mais consistentes para tratamento.

Entende-se infertilidade primária involuntária como aquela incapacidade da mulher de gerar filhos, enquanto a infertilidade secundária involuntária diz respeito à incapacidade de gerar outro filho após ter gerado pelo menos um (OMS, 2011). A OMS observa ainda que a incidência de infertilidade primária e secundária varia entre países mais pobres e mais ricos, já que a taxa de infertilidade primária é mais baixa do que a secundária em países mais pobres.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2007), um em cada 10 casais são considerados inférteis e as causas da infertilidade conjugal podem ser variadas. A determinação da causa deve se basear na investigação dos dois membros do casal, já que em 30% dos casos, tanto o homem como a mulher contribuem para a causa da infertilidade e para aproximadamente 10% dos casais não é possível estabelecer uma causa única (Direcção Geral da Saúde, 2008). Diversos fatores podem estar relacionados à causa da infertilidade, como doenças infecciosas (DSTs, HIV, outras infecções do aparelho reprodutivo), problemas anatômicos, endócrinos, genéticos e/ou do sistema imunológico, além de procedimentos médicos que implicam em infecção no trato reprodutivo superior da mulher (OMS, 2007). Outro aspecto importante diz respeito à idade dos casais que buscam por tratamento para a infertilidade. Estudos apontam que a idade média de mulheres que procuram por tratamento é superior a 30 anos (Gradwohl et al., 2013b; Lopes & Leal, 2012), pois nessa idade a mulher já enfrenta a diminuição de sua taxa de fertilidade, que pode se agravar após os 40 anos de idade (Abreu et al., 2006; Jumayev et al., 2012; Santos, Martins, Souza, & Batalha, 2009).

A infertilidade tem se constituído como fator importante que desencadeia, por vezes, uma crise que afeta as dimensões física, psíquica, emocional e sociocultural do casal, principalmente quando a decisão pelo exercício da parentalidade representa parte fundamental na vida dos casais (Badalotti, 2010; Menezes & Lopes, 2007). Assim, entende-se que a busca pela gravidez não é um processo fácil para os casais inférteis, sendo necessário apoio psicológico ao casal a fim de auxiliá-los no equilíbrio e na integração de aspectos particulares individuais e da relação conjugal (Borges, 2009). Ainda hoje, o desejo de ter filhos é considerado um projeto de realização pessoal, que inclui aceitação social e religiosa, além de ajustamento psicológico e da identidade sexual. Dessa forma, constituir uma família

pode ser meta comum entre homens e mulheres relacionada diretamente à representação da fertilidade como uma função humana básica (Cunha, Carvalho, Albuquerque, Ludermir, & Novaes, 2008). O alto grau de investimento por parte do casal na busca pela maternidade/paternidade pode ser entendido como um aspecto preocupante para os profissionais de saúde, já que o tratamento, incluindo os meios de fertilização *in vitro*²(FIV), não são garantias de sucesso de gravidez (Samrsla, Nunes, Kalume, Cunha, & Garrafa, 2007; Spotorno, Silva, & Lope, 2008).

Diante da iminência de sofrimento psicológico que a condição de infertilidade gera, o casal pode sofrer seu impacto e comprometer a sua saúde emocional e mental. Para Cunha et al. (2008), existe forte associação entre comportamentos femininos em relação à infertilidade e alguns transtornos mentais como ansiedade, estresse e depressão. Tais transtornos estão intimamente ligados à visão estigmatizante que existe sobre a infertilidade, assim como a representação da maternidade e feminilidade que pode trazer a associação da mulher infértil com a ideia de alguém incompetente para gerar e exercer sua fertilidade (Antunes, 2013). Segundo Antunes (2013), a responsabilidade de se assumir uma mulher infértil é percebida com negatividade, sofrimento e incerteza, gerando ansiedade devido à pressão social e ao estigma relacionado. Quanto aos homens, a ansiedade também existe e aumenta diante dessas questões. Para eles, a infertilidade representa uma interdição à sua masculinidade, sobretudo quando existem dificuldades financeiras para custear o tratamento (Gameiro, Silva, & Canavarro, 2008; Gollemborg et al., 2010).

² Fertilização *in vitro* – processo de retirada do óvulo da mulher, utilizando o espermatozoide, em que é possível realizar a fecundação fora do corpo humano, devolvendo-o ao útero para uma gestação, 2 a 6 dias mais tarde.

Ansiedade: avaliação e suas implicações na vida do casal infértil

A infertilidade pode provocar um desequilíbrio psíquico em ambos os membros do casal, já que seus efeitos negativos afetam tanto a esfera social quanto individual, levando, inclusive, a um decréscimo na qualidade de vida de ambos (Corrêa et al., 2007; Faria et al., 2012). Aspectos como transtornos de humor, estresse e ansiedade são naturalmente observados em indivíduos diagnosticados com infertilidade e em seus parceiros, ainda que a incidência maior de estudos tenha se centrado em mulheres inférteis (Corrêa et al., 2007; Cunha et al., 2008; Delgado, 2007; Faria et al., 2012; Oliveira, Granja, & Sousa, 2013). Nesses casos, a ansiedade, por exemplo, é descrita como um temor ao desconhecido que pode se manifestar no início do processo de busca do diagnóstico e ao longo do tratamento da infertilidade (Faria et al., 2012).

De acordo com a última atualização do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a ansiedade pode ser entendida como uma antecipação de alguma ameaça futura e pode ser associada frequentemente à tensão muscular e vigilância, assim como comportamentos de cautela e esquiva (American Psychiatric Association, 2014).

Segundo Farinati, Rigoni e Müller (2006), a ansiedade é um fenômeno que pode descrever as diferenças individuais relativamente estáveis, como traços de personalidade e/ou um estado emocional de desprazer, que podem representar domínios de análise. O desenvolvimento de escalas de avaliação da ansiedade tem facilitado as medidas dessas dimensões. Entre as escalas mais utilizadas para avaliação de estado de ansiedade e traços de ansiedade está o IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970, in Biaggio, Natalicio, & Spielberger, 1977). A validação do IDATE para o contexto nacional (Biaggio et al, 1977) possibilitou o levantamento de dados de ansiedade traço-estado na população brasileira (Biaggio et al., 1977). Os estudos elaborados para

definição consistente dos padrões psicométricos do IDATE ainda são poucos, mas confirmam as propriedades psicométricas desse instrumento (Fioravanti, Santos, Maissonette, Cruz, & Landeira-Fernandez, 2006). O IDATE é composto por duas escalas que avaliam a ansiedade em aspectos distintos: traço e estado. Traço de ansiedade diz respeito às características individuais relativamente estáveis que irão direcionar o tipo de resposta que um indivíduo apresenta diante de um estímulo de elevado nível de ansiedade; já o estado desse fenômeno se refere a um modo emocional transitório, que o indivíduo experimenta em uma situação específica e que pode variar em intensidade e tempo, de acordo com o estímulo (Biaggio et. al., 1977; Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003). Dessa forma, o IDATE tem sido usado para avaliação da ansiedade percebida pelo indivíduo com base na sua percepção sobre seu estado de ansiedade em relação a algum estressor, assim como com base em suas características de personalidade relacionadas ao traço. Logo, respostas a possíveis estressores dependem, em grande parte, tanto da forma como a pessoa irá perceber o evento que gera ansiedade, como dos traços de personalidade, ou seja, as diferenças individuais duradouras, com certa relatividade e regularidade, que representam tendências particulares de agir e reagir (Fioravanti & Landeira-Fernandez, 2006).

O IDATE vem sendo utilizado na avaliação da ansiedade em diferentes populações, como, por exemplo, mulheres com câncer de mama (Saço, Cunha, Silva & Ferreira, 2012), outras tratadas de carcinoma invasor do colo uterino (Caixeta, 2009), pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise (Valle, Souza & Ribeiro, 2013), mulheres em períodos pós-parto (Dennis, Coghlan, & Vigod, 2013), dentre outros. Grande parte das pesquisas tem constatado que o IDATE se apresenta como um instrumento eficaz e com consistência para avaliação da ansiedade de diferentes populações. Pesquisas sobre infertilidade têm sido conduzidas utilizando o IDATE para avaliação da ansiedade de homens e mulheres inférteis

(Donarelli, Kivlighan Junior, Allegra, & Lo Coco, 2016; Moreira, 2004; Moreira, Lima, Souza, & Azevedo, 2005; Moreira, Melo, Tomaz, & Azevedo, 2006; Reis, Xavier, Coelho, & Montenegro, 2013; Taşkın, Usta, Cüce, Ardali, & Arslan, 2016). Nesses estudos foram observadas diferenças significativas nos tipos de ansiedade, estado e traço, mostrando que as mulheres se apresentam mais ansiosas que os homens em relação à infertilidade, com níveis elevados também quando comparados à grupos de controle.

A infertilidade expõe o casal a um conjunto de emoções negativas, podendo, assim, ser considerada fator gerador de estresse (Morreale, Balon, & Tancer, 2010). O longo período de tratamento e os protocolos para diagnóstico da infertilidade podem ser considerados estressores crônicos, assim como o sucesso do procedimento de FIV pode estar intimamente associado ao aumento de um estado ansioso (Ferreira et al., 2014). Assim como a ansiedade, o estresse vem sendo investigado em relação ao impacto que gera na vida do casal infértil (Chachamovich et al., 2009; Fleury et al., 2015, Montagnini, Blay, Novo, Freitas, & Cedenho, 2009; Rajkhowa, McMconnell, & Thomas, 2006). Pesquisas mostram que elevados níveis de estresse dificultam lidar com procedimentos invasivos e efeitos colaterais do tratamento, porque causam impacto emocional no relacionamento conjugal e resultam em medo sobre a formação fetal e o aborto (Couto, 2011; Domar, Smith, Conboy, Iannone, & Alper, 2010; Gorayeb, Borsari, Gomes, Romão, & Shuhama, 2009). No entanto, o impacto do estresse sobre aspectos biológicos e psicossociais relacionados à infertilidade ainda não é unânime, uma vez que algumas pesquisas revelam que o estresse pode influenciar o funcionamento reprodutivo feminino e masculino, já que, em níveis elevados, ele prejudicaria a fertilidade (Bhongade et al., 2014; Gollemberg et al., 2010; Moreira et al., 2005; Moreira, 2004); porém, outros estudos indicam não haver

associação direta do estresse com a função reprodutiva (Agarwal, Aponte-Mellado, Premkumar, Shaman, & Gupta, 2012; Boivin, Griffiths, & Venetis, 2011).

De todo modo, sabe-se que a infertilidade afeta aspectos específicos da vida do casal, tanto no âmbito psíquico quanto no âmbito social, gerando, assim, dificuldades de ajustamento social, afastamento e isolamento da família e dificuldade na relação conjugal (Jorge, 2015; Oliveira et al., 2013). Diante dessas questões, instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar tais aspectos e discutir possíveis associações entre infertilidade, estresse e desfechos na vivência do casal infértil. Dentre os instrumentos, podemos citar o canadense *Fertility Problem Inventory* (FPI), que mensura o estresse percebido pelo indivíduo em relação a aspectos específicos relacionados à infertilidade (Newton, Sherrard, & Glavac, 1999). O *Fertility Problem Inventory* (FPI) é atualmente o inventário mais utilizado para medidas de estresse em população infértil (Boivin et al, 2011; Gradwohl, 2011). Originalmente desenvolvido por Newton et al. (1999), o teste foi adaptado para o português por Ribeiro (2007), sendo intitulado, então, Inventário de Problemas de Infertilidade (IPF). O IPF tem por objetivo avaliar o estresse do casal infértil, analisando os fatores que são considerados mais influenciados pela presença da infertilidade. Revisão sistemática da literatura sobre o tema realizada por Newton et al. (1999) sustenta que existem aspectos comuns que ficam afetados na vida do casal infértil, tais como a rejeição a um estilo de vida sem crianças, a necessidade de maternidade/paternidade, a preocupação social, a preocupação com relacionamentos e a preocupação sexual. Com base nessa literatura, na proposta do IPF, considera-se que a falta de recursos para o enfrentamento do estressor ameaça importantes papéis sociais do indivíduo (Gradwohl, 2011; Ribeiro, 2007).

Ribeiro (2007), no estudo de adaptação e validação brasileira do IPF, propõe um modelo de análise da percepção da infertilidade como estressor em quatro dimensões: 1)

Relacionamentos sociais; 2) *Vida sem filhos*; 3) *Relacionamento conjugal e sexual*; e 4) *Maternidade/Paternidade*, também usado em outras pesquisas sobre o tema (Ferreira et al., 2014; Gradvohl, 2011; Gradvohl et al., 2013a). Cada aspecto é considerado um importante fator para avaliação do estresse em relação à infertilidade e eles são descritos da seguinte forma: a) o fator 1, “*Relacionamentos sociais*”, refere-se a como a pessoa lida com a relação com familiares e amigos com base no fato de não ter filhos, assim como seu incômodo quando é perguntado sobre o fato de tê-los ou não; b) fator 2, “*Vida sem filhos*”, refere-se à percepção de que não é necessário um filho para ser feliz ou para a felicidade do relacionamento conjugal, ou seja, ter um filho não é o maior objetivo da vida e o fato de não tê-lo pode representar um estilo de vida livre; c) já o fator 3, “*Relacionamento conjugal e sexual*”, refere-se às dificuldades em falar com o parceiro sobre a infertilidade e sobre os problemas do relacionamento conjugal e sexual decorrentes da infertilidade; e d) o fator 4, “*Maternidade/paternidade*”, refere-se à percepção do indivíduo sobre seu desejo de querer ser mãe/pai, suas dificuldades em uma vida sem filhos e a possibilidade de ser feliz mesmo sem tê-los.

Na literatura nacional, é escassa a produção científica utilizando o IPF como medida de estresse em pessoas inférteis, porém os poucos estudos encontrados corroboram a validade do instrumento (Ferreira et al., 2014; Gradvohl, 2011; Gradvohl et al., 2013a). Além disso, esses trabalhos mostram a importância da realização de novas pesquisas voltadas para a investigação do estresse relacionado à infertilidade, assim como da preocupação com a qualidade de vida dos casais que passam por isso. Concluem, ainda, que a maioria dos homens e mulheres inférteis apresentaram alto estresse em aspectos voltados para os domínios dos relacionamentos sociais, conjugal/sexual e também da

maternidade/paternidade (Ferreira et al., 2014; Gradwohl, 2011; Gradwohl et al., 2013a; 2013b).

Fator também importante de ser discutido no contexto do enfrentamento do estresse decorrente da infertilidade é a dificuldade, em alguns casos, do acesso ao tratamento, sendo esse caro e dispendioso. Nesses casos, a indisponibilidade financeira tem sérios impactos psicológicos, já que o casal nem sempre dispõe de situação econômica favorável para arcar com as despesas de um tratamento como, por exemplo, a FIV (Gradwohl et al., 2013b). Além disso, sabe-se que a disponibilidade de tratamento no sistema de saúde pública brasileira ainda é escassa e, muitas vezes, quando existe o recurso, seu acesso é demorado e limitado (Corrêa & Loyola, 2015; Makuch, Petta, Osis & Bahamondes, 2010; Samrslá et al., 2007). Diante do desejo da gravidez e da descoberta da infertilidade, o casal se depara com a necessidade de encontrar estratégias adaptativas para enfrentar a infertilidade e, conseqüentemente, todo o processo de um tratamento invasivo e doloroso, que provoca mudanças na rotina do casal, com repercussões, sobretudo, na vida sexual do casal (Delgado, 2007; Faria et al., 2012).

***Coping*: o processo de enfrentamento do casal infértil**

Classicamente, existem três perspectivas teóricas de definição e compreensão do *coping*, que surgem desde a década de 1960 e definem a forma como estudar esse fenômeno. Sob a perspectiva psicodinâmica, o *coping* é considerado um atributo estável e inconsciente do indivíduo que equivale aos próprios mecanismos de defesa (Vaillant, 1994). Posteriormente, na década de 1980, o *coping* passa a ser compreendido como parte de um processo transacional entre a pessoa e o ambiente e com base em comportamentos de enfrentamento e seus determinantes, quer seja sob a perspectiva cognitiva (Lazarus & Folkman, 1984), ou ainda enfatizando os traços de personalidade sob a perspectiva cognitiva

disposicional (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), referencial teórico e metodológico a ser adotado neste estudo. Por fim, já na década de 1990, nova perspectiva de estudo do *coping* surge considerando-o como um mecanismo de autorregulação diante de um evento estressor que descreve como a pessoa mobiliza, modula, maneja e coordena seu comportamento, sua emoção e sua atenção sob condição de estresse: a Teoria Motivacional do *Coping* de E. Skinner (Skinner, 1999).

Na presente proposta, o *coping* deve ser compreendido como sustenta a Teoria Cognitiva Disposicional do *Coping* de C. S. Carver e colaboradores, que, com base nos pressupostos da abordagem cognitiva, entende que esse fenômeno se refere a um “conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com exigências específicas que culminam em estresse e são avaliadas como sobrecarga aos seus recursos pessoais” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141). Nesse sentido, trata-se de um posicionamento que a pessoa adota em relação às estratégias e aos recursos que a auxiliam a enfrentar as demandas de uma determinada situação (Carver & Connor-Smith, 2010; Carver, & Scheier, 2011). O processo de *coping*, ou enfrentamento, em português, dá-se pela adaptação, superação e a forma como a pessoa lida com os problemas e situações que lhe são impostas e causam estresse. Na proposta da presente pesquisa, a infertilidade foi compreendida como um evento estressor que demandaria do casal a adoção de estratégias de enfrentamento. No caso da infertilidade, supõe-se que estratégias bem adotadas e resolutivas podem impedir que sentimentos de ameaça relacionados ao estressor se prolonguem, podendo, inclusive, reduzir o estresse emocional desenvolvido diante da adversidade.

Na perspectiva cognitiva disposicional, o estresse só é vivido como algo negativo se assim ele for percebido. Sendo assim, cada experiência pessoal diante de um determinado

estressor será diferente e determinada por experiências anteriores. Logo, o impacto de um evento, em um primeiro momento, pode ser visto e percebido de forma diferente do que nos momentos subsequentes e variar de acordo com a história de vida de cada pessoa. Sempre com a função de manejar uma situação estressora, que pode ser percebida e interpretada como um dano, desafio ou ameaça ao *self*, os processos de enfrentamento pressupõem a mobilização intencional de esforços, comportamentais e cognitivos, sempre com um caráter disposicional, pois envolve mecanismos de autorregulação pautados em características de temperamento e personalidade (Carver & Connor-Smith, 2010; Carver, & Scheier, 2011). Desta forma, com objetivo de se autorregular e reduzir as consequências do estresse vivenciado, o foco pode se dar no problema, na emoção ou em ambos os esforços (Carver et al., 1989; Carver & Connor-Smith, 2010). Para Carver e colaboradores, o *coping* com foco na emoção busca minimizar o sofrimento perante o estressor através de ações de suporte e regulação emocional; enquanto o foco no problema direciona os esforços para lidar com o estressor através de atitudes que busquem a solução ou diminuição do seu impacto. Ambas as respostas podem se relacionar e proporcionar um resultado positivo ao sujeito no manejo do impacto do evento estressor.

Como explicam Carver & Connor-Smith (2010), da relação entre as capacidades autorregulatórias e as características de temperamento e de personalidade, emergem dois tipos de estilos de *coping*: o *engagement coping* e o *disengagement coping*, ou enfrentamentos engajado e desengajado, respectivamente. Enquanto o primeiro se relaciona a estratégias de enfrentamento eficazes, o segundo envolve estratégias não eficazes ou resolutivas. O *coping* engajado refere-se a um processo onde a pessoa dispõe de medidas eficazes no enfrentamento do estressor, alcançando, assim, resultados favoráveis para a superação do problema. De forma contrária, o desengajado diz respeito às estratégias não

eficazes tomadas pela pessoa, ações que não a direcionam para uma possível resolução do problema e para diminuição do impacto do estressor, que podem ser atitudes de evitação ou negação, por exemplo.

Sob essa perspectiva, desenvolveram-se instrumentos para avaliar as estratégias de enfrentamento adotadas pelas pessoas diante dos eventos estressores, como por exemplo o COPE *Inventory* proposto por Carver et al. (1989). Para uso no contexto nacional, esse instrumento foi validado para a população brasileira por Mazon, Carlotto e Câmara (2008) e recebeu o nome de Inventário COPE. O Inventário COPE possui boas propriedades psicométricas para avaliação de diversas respostas de enfrentamento, com base na proposta teórica anteriormente discutida e brevemente apresentada. Em linhas gerais, é um inventário em forma de escala do tipo Likert cujo objetivo é avaliar o *coping* através da frequência de uso de 15 tipos de estratégias de enfrentamento (EEs).

Pesquisas têm sido conduzidas utilizando o Inventário COPE com diferentes populações, como profissionais de enfermagem (Colossi, Calessio-Moreira & Pizzinato, 2011; Cravinho & Cunha, 2015), jovens adultos universitários (Cabral & Matos, 2010), mulheres em situação de interrupção da gravidez (Grouiou, 2015) e mulheres com diagnóstico pré-natal de cardiopatia congênita (Rychik et al., 2013), por exemplo.

Em revisão da literatura sobre *coping* e infertilidade, alguns estudos abordam a repercussão desse processo de enfrentamento de casais inférteis (Lykeridou et al., 2011; Aflakseir & Zarei, 2013; Ried & Alfred, 2013; Yu et al., 2014; Li, Liu & Li, 2014). De acordo com Li, Liu & Li (2014), a infertilidade é um problema multidisciplinar que requer esforços médicos e sociais, tendo como objetivo o planejamento de políticas para prevenir e oferecer aos pacientes inférteis serviços de diagnóstico, terapêuticos e psicossociais adequados para facilitar o enfrentamento de casais nessa condição. Já para Ried & Alfred

(2013), dois dos poucos pesquisadores que utilizaram o Inventário COPE para estudar o enfrentamento de mulheres inférteis, as estratégias de *coping* se relacionam à qualidade de vida. Para esses autores, o enfrentamento da infertilidade se caracterizou por constante busca de apoio positivo, com uso de estratégias como “*Coping ativo*” e “*Planejamento*” e baixo uso de “*Religiosidade*”. Nos demais estudos (Lykeridou et al., 2011; Aflakseir & Zarei, 2013; Yu et al., 2013), as pesquisas revelaram que as estratégias podem se diferenciar em termos de escolaridade e de idade das mulheres, sendo que as com maior escolaridade estariam mais propensas a usar estratégias mais adequadas de enfrentamento. Além disso, é reforçada a importância do apoio psicológico às mulheres inférteis, alegando diferenças significativas no enfrentamento quando esse apoio está presente. É importante ressaltar que pesquisas com homens inférteis para análise de *coping* são escassas.

No contexto nacional, não foram encontrados trabalhos que utilizaram, com casais inférteis, a versão adaptada para a realidade brasileira do Inventário COPE, o que justifica e confere relevância científica ao presente trabalho, que utilizou esse instrumento para o estudo do enfrentamento da infertilidade de homens e mulheres. Ressalta-se, assim, a importância da presente investigação, que considera o processo de enfrentamento da infertilidade como intimamente ligado ao bem-estar psíquico e físico do casal que fica comprometido pela vivência do dilema de não conseguir engravidar.

Hipótese e objetivos do trabalho

Partindo do pressuposto de que a vivência da infertilidade é diferente para o homem e a mulher, principalmente no que se refere à forma como eles respondem a esse evento estressor (Corrêa, et. al, 2007), ressalta-se como importante propor reflexões acerca da vivência feminina e da masculina que proporcionem uma melhor compreensão do processo de enfrentamento da infertilidade. Dessa forma e diante do que já foi exposto, considera-se como **hipótese principal** deste estudo que existem diferenças em termos de aspectos emocionais (ansiedade e estresse) e de comportamento que repercutem na adoção de estilos de enfrentamento (engajado ou desengajado) para lidar com a infertilidade.

Com base nessa hipótese, foi formulado como **objetivo** geral estudar o enfrentamento da infertilidade por casais, investigando as diferenças com base em indicadores de ansiedade, de enfrentamento (estratégias de *coping*) e da percepção do estresse relacionado a essa condição. Para alcançar o objetivo proposto, foram definidas as seguintes **perguntas de pesquisa**:

- a) *“Como se caracteriza o enfrentamento do estresse decorrente da infertilidade pelo casal, diante da frustração de não engravidar e todas as expectativas decorrentes?”*;
- b) *“Quais são as variáveis, psicossociais e emocionais, envolvidas no enfrentamento da infertilidade que facilitam ou dificultam passar por essa situação psicologicamente dolorosa e frustrante, juntamente com um tratamento físico invasivo e doloroso?”*;
- c) *“Existem diferenças em termos de aspectos como estresse, ansiedade e formas de enfrentamento entre a vivência de mulheres e homens impedidos do exercício da maternidade/paternidade por conta da infertilidade?”*

Como destacado por Morreale et al. (2010), a infertilidade do casal constitui importante estressor que resulta em variadas emoções negativas. Isso sustenta a importância

de estudar como casais vivenciam a infertilidade e quais estratégias de enfrentamento eles utilizam nesse processo, assim como as diferenças entre homens e mulheres na vivência desse problema.

Método

Para testar a hipótese e alcançar o objetivo proposto, a pesquisa seguiu um delineamento exploratório descritivo, de caráter quanti-qualitativo com amostra de conveniência (Meltzof, 2001). Desse modo, a pesquisa buscou relacionar dados quantitativos individuais de cada membro do casal, coletados por instrumentos psicométricos, com dados qualitativos provenientes de estudos de casos de cada casal participante. Tais dados foram analisados de forma conjunta, buscando-se relações de interpretação entre os indicadores de ansiedade, de estresse e as estratégias de homens e mulheres no enfrentamento da infertilidade. Nesta proposta de análise, todas essas variáveis foram tratadas como indissociáveis para compreensão do fenômeno principal, que é o enfrentamento do estresse resultante da infertilidade. Assim, a análise do fenômeno infertilidade foi pautada tanto na interpretação qualitativa, elemento básico do processo desse tipo de pesquisa, quanto no caráter quantitativo das informações em termos de dados numéricos (Silva & Menezes, 2005). Conforme consideram Silva & Menezes (2005), no complexo mundo das investigações científicas não é possível o uso de apenas uma linha de raciocínio metodológico quando é necessário ampliar as possibilidades de análise e de obtenção de respostas para um objetivo de pesquisa. Logo, adotou-se o tipo de delineamento mencionado para o presente estudo porque se acredita que, para as finalidades propostas, é necessária uma investigação multimetodológica e multidimensional a fim de captar os diversos aspectos, individuais e do casal, que permeiam a vivência de fenômeno tão complexo como a infertilidade.

Participantes

Utilizando o método de amostragem por indicação, os participantes que se dispuseram a participar da pesquisa precisaram atender aos seguintes critérios de inclusão:

- a) Ter idade igual ou maior a 18 anos;
- b) Participação do casal, não sendo possível coleta com apenas um membro;
- c) Assinar e estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- d) Estar à procura de tratamento para infertilidade.

Atendendo a esses critérios, participaram 7 casais inférteis, sendo quatro casais usuários do Ambulatório de Reprodução Assistida do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) do Estado do Espírito Santo, e três participantes que foram selecionados por indicação de terceiros.

Local

A coleta de dados ocorreu nas dependências do Ambulatório de Reprodução Assistida do HUCAM durante espera para consulta médica para o tratamento da infertilidade. Para os casais em tratamento particular, a coleta de dados ocorreu de forma *online*.

Instrumentos

Para coleta de dados, foram utilizados os instrumentos que serão devidamente descritos a seguir.

Instrumentos para coleta dos dados do perfil psicossocial

Para coleta dos dados de perfil psicossocial, foi usado um Protocolo de Caracterização do Perfil Psicossocial (APÊNDICE A), elaborado especialmente para a pesquisa, com a

finalidade de levantar dados como idade, estado civil, tempo de união, escolaridade, motivo do tratamento, número de filhos, religião, quantas pessoas possuem conhecimento da infertilidade do casal e causa da infertilidade (feminina ou masculina).

Instrumento de avaliação da ansiedade

Para avaliar os indicadores de ansiedade, foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (APÊNDICE B). O IDATE foi originalmente proposto por Spielberger, Gorsuch, & Lushene (1970, in Biaggio et al., 1977) e validado para a população brasileira por Biaggio et al. (1977). É um inventário que inclui um questionário autoaplicável composto por duas subescalas que distintamente avaliam duas dimensões de ansiedade: 1) subescala ansiedade-estado (IDATE-E), com 20 itens que avaliam como o indivíduo sente-se em um momento particular no tempo; e 2) subescala ansiedade-traço (IDATE-T), com 20 itens que avaliam como geralmente o indivíduo se sente, de modo não transitório. As duas subescalas são pontuadas separadamente de 1 a 4, de acordo com uma escala tipo Likert da seguinte forma: para a subescala de ansiedade-traço, a) 1 corresponde a “*quase nunca*”, b) 2 corresponde a “*às vezes*”, c) 3 corresponde a “*frequentemente*”, e d) 4 corresponde a “*quase sempre*”; para a subescala de Ansiedade-Estado, a) 1 corresponde a “*absolutamente não*”, b) 2 corresponde a “*um pouco*”, c) 3 corresponde a “*bastante*”, e d) 4 corresponde a “*muitíssimo*”. Para a interpretação, atribui-se uma pontuação para cada uma das respostas. Para ambas as escalas, os escores possíveis variam de 20 a 80 pontos. Os valores para as perguntas de caráter positivo são invertidos quando atribui-se o valor 1 se a resposta for 4; atribui-se valor 2 se a resposta for 3; atribui-se valor 3 se a resposta for 2; e valor 4 se a resposta for 1. No IDATE-E, as perguntas negativas são: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; e as positivas: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Para o IDATE-T, as perguntas negativas são: 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20; e as positivas, 1, 6, 7, 10, 16, 19. Os pontos são

totalizados em um escore bruto, não permitindo a comparação entre os indivíduos, já que são convertidos com base em uma escala de acordo com as normas que o teste apresenta. O escore normalizado possibilita comparar o nível de ansiedade do indivíduo com a população média.

Para análise dos dados do IDATE, foi adotada a proposta dos valores encontrados entre mulheres proposto por Baptista, Baptista, & Torres (2006). Dessa forma, serão usados para classificação dos dados do IDATE para as participantes mulheres os pontos de corte apresentados na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1

Valores de ansiedade para o IDATE, Traço e Estado, para mulheres, proposto por Baptista, Baptista, & Torres (2006)

Classificação da ansiedade	Mulheres	
	Traço	Estado
Baixa ansiedade	Até 33	Até 33
Ansiedade moderada	34-54	34-54
Alta ansiedade	Acima de 55	Acima de 55

Para os homens, foram empregados os valores utilizados por Agostini, Sakae, & Feldens (2011), em um estudo que investigou sintomas ansiosos em uma amostra mista, cujos valores de ponto de corte estão apresentados na Tabela 2, que segue.

Tabela 2

Valores de ansiedade para o IDATE, Traço e Estado, para homens, proposto por Agostini, Sakae, & Feldens (2011)

Classificação da ansiedade	Homens	
	Traço	Estado
Baixa ansiedade	Até 33	Até 33
Ansiedade moderada	34-49	34-49
Alta ansiedade	Acima de 50	Acima de 50

Os valores distintos entre homens e mulheres adotados neste trabalho podem ser explicados por Lopes & Leal (2012), que afirmam que mulheres tendem a apresentar níveis de ansiedade maior que homens. Essa diferença foi igualmente observada desde a primeira versão adaptada para a realidade brasileira (Biaggio et al., 1977), confirmado por diferentes pesquisas sobre ansiedade com uso do IDATE (Fioravanti et al., 2006; Gama, Moura, Araújo & Teixeira-Silva, 2008; Soares & Martins, 2010). Além disso, essa diferença deve ser considerada neste estudo pois pressupõe-se existir diferença do impacto da infertilidade entre homens e mulheres.

Instrumento de avaliação do coping

Para identificar as estratégias de enfrentamento adotadas pelos participantes, foi usada a versão validada para a população brasileira do Inventário COPE - Escala de Avaliação de Estratégias de Enfrentamento, por Mazon et al. (2008) (APÊNDICE C). Esse inventário, proposto originalmente por Carver et al. (1989), é uma escala autoaplicável tipo Likert que totaliza 60 itens com sistema de pontuação de 1 a 4, onde 1 corresponde a “não costumo fazer isso nunca”, 2 corresponde a “costumo fazer isso um pouco”, 3 corresponde a “costumo

fazer isso várias vezes” e 4 “costumo fazer isso muito”. A escala total se subdivide em 15 dimensões de estratégias de enfrentamento (EE) representadas pelas seguintes subescalas: 1) *coping ativo*; 2) *planejamento*; 3) *supressão de atividades concomitantes*; 4) *coping moderado*; 5) *busca de suporte social por razões instrumentais*; 6) *busca de suporte social por razões emocionais*; 7) *reinterpretação positiva*; 8) *aceitação*; 9) *religiosidade*; 10) *foco na expressão de emoções*; 11) *negação*; 12) *desligamento comportamental*; 13) *desligamento mental*; 14) *humor*; e 15) *uso de substâncias*. A definição de cada uma dessas EEs propostas para análise por meio do Inventário COPE se encontra no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1

Definição das estratégias de enfrentamento propostas pelo Inventário COPE, baseada na Abordagem Disposicional do Coping de C.S Carver e colaboradores (Carver et al., 1989).

Estratégias de Enfrentamento pelo Inventário COPE	Definição
1) <i>Coping ativo</i>	Refere-se ao processo de estabelecer passos sucessivos para remover, atenuar ou melhorar os efeitos do estressor em questão;
2) Planejamento	Refere-se à atividade de pensar sobre alternativas para lidar com o estressor por meio de estratégias de ação;
3) Supressão de atividades concomitantes	Caracteriza-se pela extinção de atividades que distraiam o sujeito do foco representado pelo estressor;
4) <i>Coping moderado</i>	Opera como a espera de uma oportunidade apropriada para agir, restringindo a impulsividade;
5) Busca de suporte social por razões instrumentais	Configura-se pela procura por conselho, auxílio ou informações relativas ao estressor;
6) Busca de suporte social por razões emocionais	Indica a busca por apoio moral, compaixão ou entendimento;

7) Foco na expressão de emoções	Refere-se à tendência em focalizar a experiência de estresse, ventilando sentimentos negativos;
8) Desligamento comportamental	Caracteriza-se pelo abandono das tentativas para atingir metas nas quais o estressor interfira;
9) Desligamento mental	Refere-se à utilização de atividades alternativas para afastar o problema da mente;
10) Reinterpretação positiva	Consiste em reinterpretar uma situação negativa ou tensa em termos positivos;
11) Negação	Opera pela recusa em acreditar na existência do estressor, ou agir como se ele não fosse real;
12) Aceitação	Corresponde, em um primeiro momento, à percepção do estressor como real e, em um segundo momento, à aceitação do estressor como um fenômeno natural;
13) Religiosidade	Refere-se à tendência em voltar-se para a religião como forma de aliviar a tensão;
14) Humor	Configura-se como a estratégia de achar engraçada a situação estressora;
15) Uso de substâncias	Consiste em se desviar do problema pelo uso de substâncias psicoativas que interfiram na capacidade de avaliação das situações.

A pontuação em cada uma das subescalas irá indicar a frequência de uso das mesmas, sendo: a) até 4 pontos para NUNCA; b) de 5 a 8 pontos para POUCAS VEZES; c) de 9 a 11 pontos para uso MODERADO; d) de 12 a 15 pontos para MUITAS VEZES; e e) a partir de 16 pontos para SEMPRE.

Instrumento para avaliação do estresse em relação à infertilidade

Para avaliar o estresse percebido pelos participantes em relação à infertilidade, foi usada a versão adaptada para o português por Ribeiro (2007) do Inventário de Problemas de

Fertilidade (IPF) (APÊNDICE D), que é um instrumento de avaliação do estresse relacionado aos problemas decorrentes da fertilidade, proposto originalmente por Newton et. al. (1999). O IPF é uma escala autoaplicável do tipo Likert, que totaliza 46 itens com sistema de pontuação de 1 a 6, em que 1 corresponde a “discordo muito”, 2 a “discordo”; 3, “discordo um pouco”; 4 refere-se a “concordo um pouco”; 5 a “concordo”; e 6, “concordo muito”. O IPF avalia o estresse diante da infertilidade com base em quatro fatores: 1) *Relacionamentos sociais*; 2) *Vida sem filhos*; 3) *Relacionamento conjugal e sexual*; 4) *Maternidade/paternidade*. As definições encontram-se no Quadro 2, abaixo.

Quadro 2

Definição dos fatores do Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) segundo a versão proposta por Ribeiro (2007).

Fatores do IPF	Aspectos
1) Relacionamentos Sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Relação com familiares e/ou amigos - Como a pessoa lida com esses por não ter filhos - Incômodo quando perguntam sobre
2) Vida sem Filhos	<ul style="list-style-type: none"> - Liberdade em não ter filhos - Aceitação de uma vida sem eles - Não são necessários para a felicidade/ o relacionamento - Ter filho não é o maior objetivo da vida
3) Relacionamento conjugal e sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas no relacionamento conjugal - Dificuldade de falar com o parceiro sobre a infertilidade - Dificuldades sexuais por causa da infertilidade
4) Maternidade/Paternidade	<ul style="list-style-type: none"> - Sempre haver desejo de ser pai/mãe - Dificuldade de ter uma vida sem filhos - Possibilidade de ser feliz mesmo sem um filho - Ter filho não é o maior objetivo da vida

Diferente do IDATE e do Inventário COPE, no IPF a classificação do estresse é feita de acordo com os valores de cálculo de quartis, conforme apresentados no Tabela 3 a seguir. Como proposto por Gradwohl (2011), esses valores foram calculados com base nos resultados dos próprios participantes da pesquisa. As pontuações abaixo do 1º quartil serão consideradas como “baixo estresse”; entre o 1º e o 2º quartil, “estresse moderado”; e as obtidas a partir do 2º quartil como “alto estresse”. Ressalta-se que unicamente para o fator “*Vida sem filhos*”, a interpretação do escore é realizada de forma invertida, ou seja, as pontuações abaixo do 1º quartil foram consideradas como “alto estresse”, pontuações entre os 1º e 2º quartis foram consideradas como “estresse moderado”, e, por fim, pontuações acima do 2º quartil como “baixo estresse”.

Tabela 3

Valores dos quartis calculados pelas médias encontradas entre homens e mulheres no IPF.

Fatores do IPF	1º Quartil	2º Quartil
Relacionamentos Sociais	2,35	2,8
Vida sem Filhos	2,5	3,13
Relacionamento Conjugal e Sexual	4,31	4,64
Maternidade/Paternidade	2,9	3,54

Procedimentos

Para início da realização da pesquisa, o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, tendo sido aprovado conforme consta no APÊNDICE E. A coleta de dados, que durou cerca de 3 a 4 meses, se iniciou com o contato inicial da médica responsável pelo tratamento de infertilidade no Ambulatório de Reprodução Assistida do HUCAM para agendar a aplicação dos instrumentos com os casais

que procuravam tratamento no hospital. Os casais eram abordados após a consulta com a médica responsável, quando eram convidados a participar da pesquisa. Os que aceitavam participar da pesquisa assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F) e, em seguida, respondiam, individualmente, aos instrumentos de coleta de dados. Devido à baixa adesão dos casais em tratamento no HUCAM, foram adotados outros meios de captação de participantes através de divulgação em mídias sociais e cartazes, assim como por indicação, ou seja, a nomeação de sujeitos que atendam aos critérios de inclusão já abordados pela pesquisa. Além disso, também foi utilizado como recurso de coleta um formulário *online* elaborado com uso da plataforma Google, ferramenta gratuita disponível na internet, o que possibilitou reunir em um único formulário de resposta todos os instrumentos de coleta de dados, incluindo o TCLE.

Processamento e análise de dados

Os dados coletados pelos instrumentos de avaliação psicológica – o IDATE, o Inventário COPE e o IPF – foram processados de acordo com a orientação dos próprios instrumentos e analisados em termos de médias para o IDATE, medianas por fator para o Inventário COPE e cálculo de quartis para o IPF. Tais dados foram organizados em planilhas do *software* Microsoft Excel para análise estatística descritiva, com cálculos dos dados obtidos em cada instrumento.

As informações dos casais em relação a ansiedade, *coping* e estresse ligados à infertilidade obtidas pelos instrumentos citados também foram analisadas qualitativamente, e foi possível relacioná-las com os seguintes dados de perfil psicossocial dos casais: sexo, idade, tempo de união conjugal atual, renda familiar, religião, ter filhos e quais pessoas sabiam da dificuldade de engravidar.

Avaliação Ética de Riscos e Benefícios

O Conselho Nacional da Saúde propõe a Resolução Nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, com a finalidade de estabelecer normas para a realização de pesquisas com seres humanos no Brasil. Dessa forma, a presente pesquisa foi executada apenas após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo. Com base na Resolução, prestou-se a todos os casais participantes a apresentação dos objetivos da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi devidamente assinado por cada membro do casal. Como princípio ético, também foram prestados aos casais esclarecimentos sobre sigilo e propósito da pesquisa, assim como sobre a liberdade do participante de desistir em participar da pesquisa em qualquer momento da entrevista e de que essa desistência não implicaria em quaisquer danos para o seu atendimento no hospital. Sobre os riscos da pesquisa aos participantes, os procedimentos realizados não apresentavam riscos físicos ou psíquicos, além dos já existentes na vida dos participantes, sendo considerados mínimos, de acordo com as regras firmadas naquela Resolução.

Resultados

Os dados obtidos por meio dos diferentes instrumentos de coleta utilizados estão apresentados a seguir, sob forma de tabelas e figuras que ilustram os resultados alcançados.

Dados de caracterização do perfil psicossocial

Os dados do Protocolo de Caracterização do Perfil Psicossocial estão apresentados nas Tabelas 4 e 5. Na Tabela 4 podem ser observados os dados individuais dos homens e mulheres de cada casal, enquanto na Tabela 5 estão apresentados os dados do casal acerca de suas características maritais e econômicas, além de fatores relacionados à condição de infertilidade do casal.

Tabela 4

Dados individuais de caracterização dos participantes

	Mulheres	Homens
Idade (Média)	31.4	33.7
Escolaridade	3 Ensino Médio 1 Superior Incompleto 3 Superior	4 Ensino Médio 1 Superior Incompleto 2 Superior
Religião praticada	3 Católica 2 Evangélica 2 Protestante	2 Católica 2 Evangélica 2 Protestante 1 Nenhum
Trabalho	5 Trabalham 2 Não trabalham	7 Trabalham
Se já realizou algum tratamento para fertilidade anteriormente	5 Sim 2 Não	2 Sim 5 Não

Tabela 5

Dados de caracterização do casal participante

	Casal
Tempo de união (Média)	8,9
Renda per capita	1 declarou renda entre 1 e 2 salários mínimos 2 declararam renda entre 2 e 3 salários mínimos 2 declararam renda entre 3 e 4 salários mínimos 1 declarou renda entre 6 e 7 salários mínimos 1 declarou renda superior a 30 salários mínimos
Origem da infertilidade	5 Feminina 1 Masculina 1 Inconclusivo
Pessoas que sabem sobre a situação do casal	4 Apenas familiares 1 Apenas amigos 2 Família e amigos
Tratamento	5 Público 2 Particular

No total, 14 pessoas participaram da pesquisa, compondo 7 casais. A idade média das mulheres foi de 31,4 anos, enquanto a dos homens foi de 33,7 anos de idade. Das mulheres, 3 concluíram o ensino médio, 1 disse estar cursando o ensino superior e 3 disseram ter ensino superior completo. Já os homens, 2 disseram ter concluído o ensino superior, 1 disse estar cursando o ensino superior e 4 homens disseram ter concluído o ensino médio. Sobre religião, 3 mulheres se declararam católicas, 2 protestantes e 2 evangélicas; em relação aos homens, 2 se declararam católicos, 2 protestantes, 2 evangélicos e um declarou não praticar nenhuma religião. Com relação à ocupação laboral, todos os homens declararam exercer algum trabalho remunerado e apenas 5 mulheres declararam trabalhar.

Como pode ser observado na Tabela 5, o tempo médio de união dos casais foi de 8,9 anos. Com relação à renda do casal, 1 declarou renda entre 1 e 2 salários mínimos, 2 declararam renda entre 2 e 3 salários mínimos, 2 declararam entre 3 e 4 salários mínimos, 1 casal declarou receber entre 6 e 7 salários mínimos e 1 casal disse ter renda superior a 30 salários mínimos. Para 5 casais, a infertilidade apareceu como sendo de origem feminina, para 1 casal a infertilidade era de causa masculina e em apenas 1 caso a infertilidade ainda não tinha origem definida. Quando questionados sobre quais pessoas sabiam sobre a situação de infertilidade do casal e sobre a busca pelo tratamento, 4 disseram que apenas a família sabia, 1 casal relatou que apenas amigos sabiam e 2 casais expuseram que tanto a família como amigos sabiam sobre a situação deles.

Dados de análise da ansiedade em termos de traço e de estado

Os dados de ansiedade em termos de média dos escores no IDATE obtidos pelas mulheres e homens para ansiedade-traço e ansiedade-estado estão apresentados na Figura 1. De modo geral, os escores variaram entre 29 e 52 pontos para o total da amostra, sendo que para os homens os escores variaram entre 29 e 47, e para mulheres a variação foi entre 29 e 52. Os dados individuais de ansiedade dos participantes, obtidos através do Inventário IDATE Traço-Estado, encontram-se no Apêndice H.

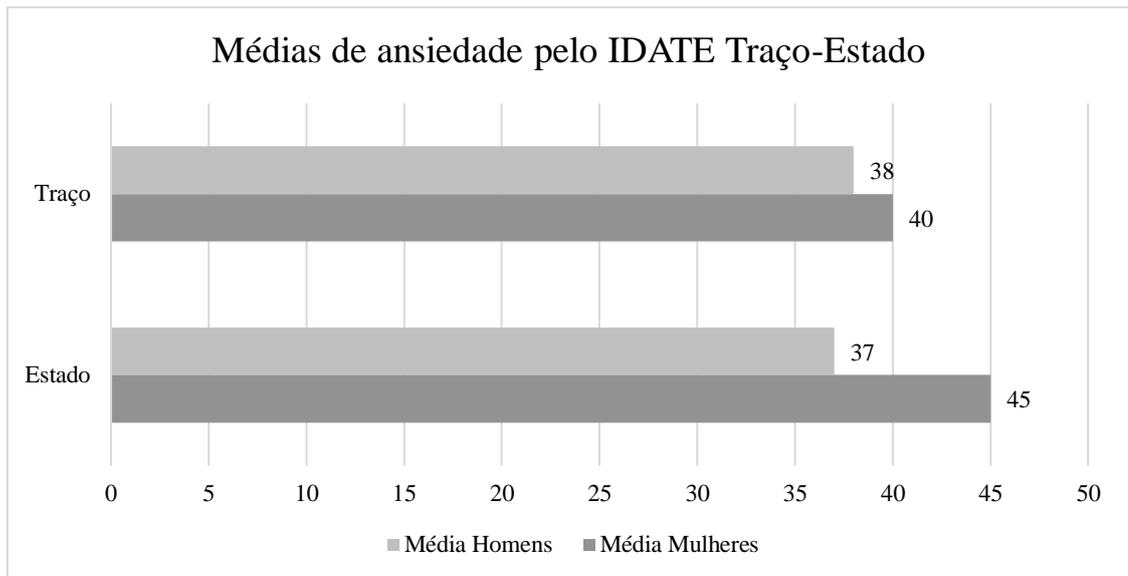


Figura 1.

Médias de ansiedade traço e estado para homens e mulheres obtidas pelo IDATE.

Fonte: Elaboração própria.

Como pode ser observado na Figura 1, as médias dos escores de ansiedade de homens foram menores do que das mulheres, tanto para ansiedade-traço como para ansiedade-estado. Enquanto mulheres apresentaram média 40 para ansiedade-traço e 45 para ansiedade-estado, as médias para os homens foram 38 para traço de ansiedade e 37 para estado. Mulheres e homens apresentaram ansiedade moderada em ambas as subescalas (traço e estado), segundo os valores de ponto de corte do IDATE apresentados anteriormente.

Dados de análise em termos das estratégias de enfrentamento (EE)

Na Figura 2 estão apresentados os dados de análise das estratégias de enfrentamento mais frequentemente utilizadas pelo homem e pela mulher em relação ao estresse decorrente da infertilidade, obtidas pelo Inventário COPE.

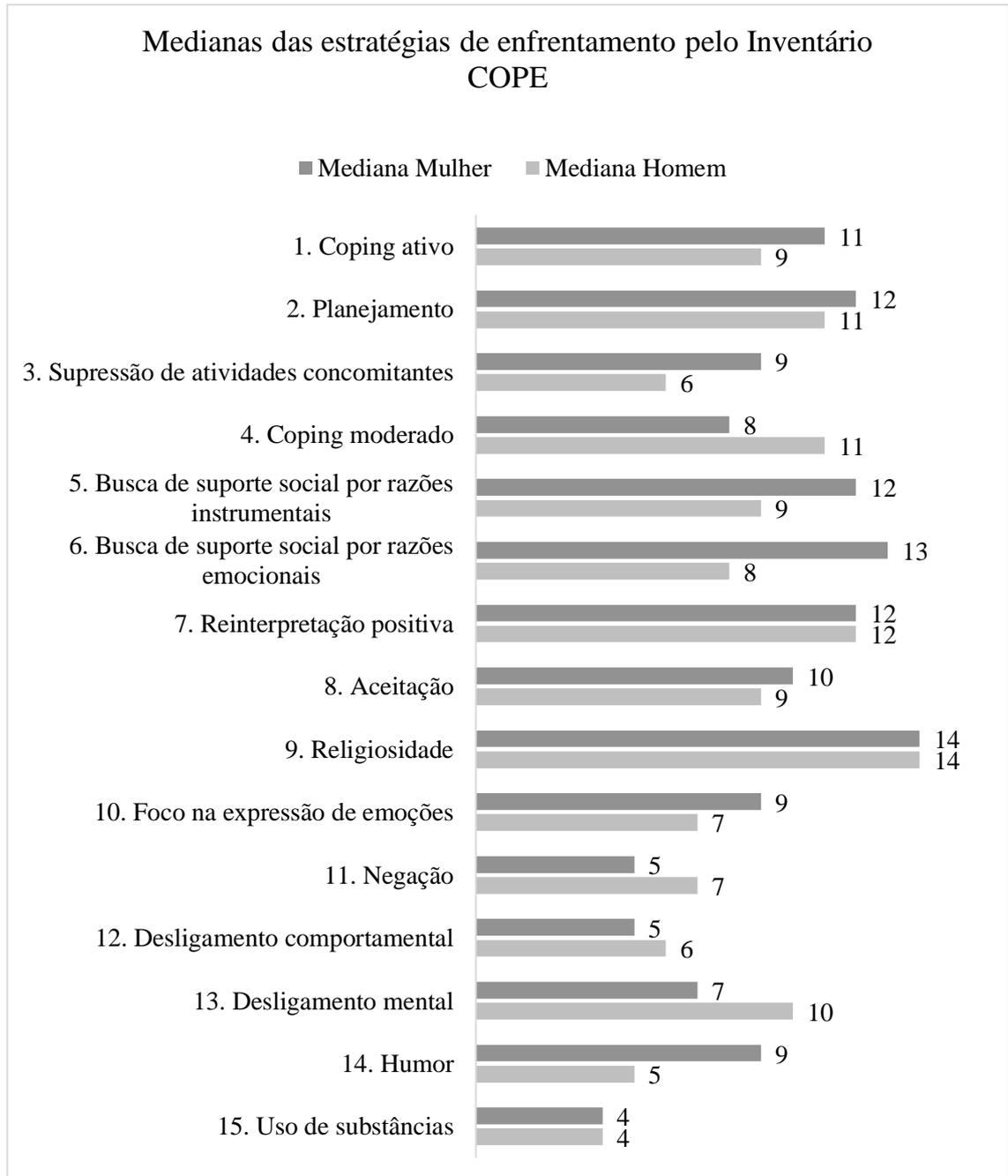


Figura 2.

Medianas das estratégias de enfrentamento de homens e mulheres, obtidas pelo Inventário COPE. Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que a estratégia de enfrentamento (EE) mais frequente para homens e mulheres foi a *Religiosidade*, com medianas iguais para ambos (Md = 14). A segunda EE

mais frequente foi *Reinterpretação Positiva*, também com medianas iguais para homens e mulheres (Md = 12).

As demais EEs apresentaram frequências diferentes para homens e mulheres. Para as mulheres, as EEs mais frequentes foram *Busca de suporte por razões emocionais* (Md = 13), seguida de *Busca de suporte social por razões instrumentais* (Md = 12) e *Planejamento* (Md = 12). Para os homens, as EEs mais frequentes foram *Coping moderado* (Md = 11) e *Planejamento* (Md = 11). Já as EEs menos frequentes foram *Uso de substâncias* (Md = 4) para ambos os gêneros, seguida da EE *Humor*, menos utilizada por homens (Md = 5) do que por mulheres (Md = 9). Ao contrário, ainda com menor frequência, porém mais utilizadas por homens do que por mulheres, apareceram as EEs *Desligamento comportamental* (Md = 7 para mulheres e Md = 10 para homens) e *Negação* (Md = 5 para mulheres e Md = 7 para os homens). Os dados individuais das EEs dos participantes obtidos pelo Inventário COPE estão apresentados no Apêndice I.

Dados de análise do estresse diante da infertilidade

Os dados de estresse diante da infertilidade percebido por homens e mulheres do casal em termos de medianas dos quartis obtidos pelo Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) estão apresentados na Figura 3.

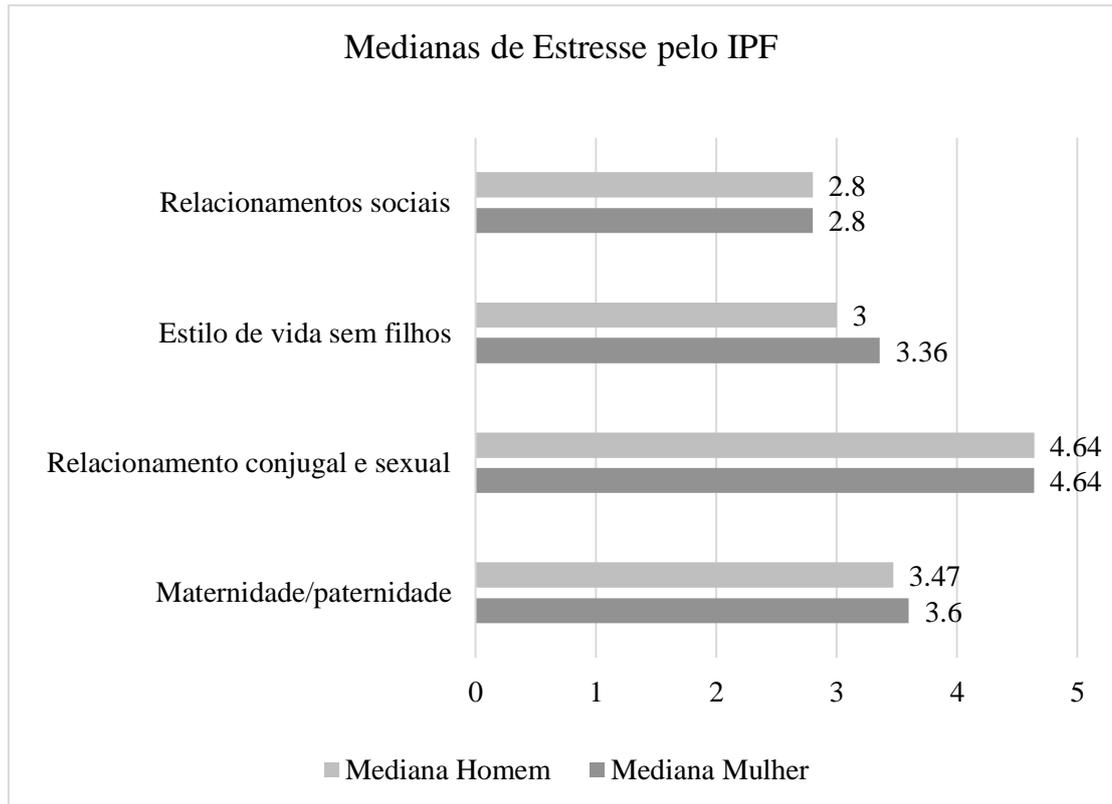


Figura 3.

Medianas de estresse de homens e mulheres em relação à infertilidade, obtidas pelo IPF.

Fonte: Elaboração própria.

Observando a Figura 3, percebe-se que o estresse foi maior no *Fator 3* (*Relacionamento conjugal e sexual*), em que tanto o homem como a mulher apresentaram valores de quartis iguais ($Q = 4,64$), o que representa que ambos percebiam a infertilidade nesse domínio específico como “moderadamente estressante”. O segundo domínio mais estressante foi o *Fator 4* (*Maternidade/paternidade*), que teve valores de quartil diferentes para homens e mulheres; enquanto para as mulheres $Q = 3,6$ indicou “estresse alto”, para os homens $Q = 3,47$ representou “estresse moderado”. O Fator “*Vida sem filhos*” (*Fator 2*) foi o terceiro percebido como mais estressante, sendo que mulheres apresentaram quartil mais elevado do que os homens; enquanto mulheres apresentaram “estresse baixo” ($Q = 3,36$), os

homens apresentaram “estresse moderado” (Q = 3). Por fim, no *Fator 1 (Relacionamentos sociais)* os quartis foram iguais para ambos os sexos (Q = 2,8), indicando “estresse moderado”. Os dados individuais do estresse percebido pelo casal diante da infertilidade obtidos através do IPF estão apresentados no Apêndice J.

Dados comparativos de análise individual e do casal em termos de estresse, ansiedade traço e estado, e estratégias de enfrentamento.

A Tabela 6 apresenta os resultados individuais de cada participante da pesquisa, ao lado dos dados de seu respectivo parceiro, para as variáveis principais do estudo, quer sejam os fatores do IPF que apresentaram “alto estresse”, o escore individual de ansiedade-traço e estado obtidos pelo IDATE e as estratégias de enfrentamento pelo Inventário COPE que apresentaram frequência “*sempre*” ou “*muitas vezes*” de uso.

Tabela 6

Dados comparativos de análise individual e do casal em termos de estresse (IPF), ansiedade traço e estado (IDATE Traço-Estado) e estratégias de enfrentamento (Inventário COPE).

		Estresse (IPF)	Ansiedade (IDATE)	Estratégias de Enfrentamento (Inventário COPE)
CASAL 1	MULHER	Maternidade/paternidade	Traço: 43 Estado: 46	Religiosidade
	HOMEM	Relacionamentos sociais; Relacionamento conjugal/sexual	Traço: 43 Estado: 45	<i>Coping</i> Moderado; Religiosidade
CASAL 2	MULHER	Relacionamento conjugal/sexual	Traço: 29 Estado: 42	Busca de suporte social por razões instrumentais; Busca de suporte social por razões emocionais; Religiosidade

	HOMEM	Relacionamentos Sociais; Vida sem filhos; Maternidade/paternidade	Traço: 35 Estado: 34	Religiosidade; Reinterpretação positiva
CASAL 3	MULHER	Maternidade/paternidade	Traço: 39 Estado: 42	Religiosidade; Busca de suporte social por razões instrumentais
	HOMEM	Relacionamento conjugal/sexual; Maternidade/Paternidade	Traço: 43 Estado: 34	Religiosidade; Reinterpretação Positiva
CASAL 4	MULHER	Estresse moderado ou baixo em todos os fatores	Traço: 46 Estado: 43	Religiosidade
	HOMEM	Relacionamentos Sociais	Traço: 41 Estado: 38	Religiosidade
CASAL 5	MULHER	Relacionamento conjugal/Sexual	Traço: 41 Estado: 41	Religiosidade
	HOMEM	Estresse moderado ou baixo em todos os fatores	Traço: 34 Estado: 29	Religiosidade
CASAL 6	MULHER	Relacionamentos Sociais; Vida sem filhos; Relacionamento conjugal/Sexual; Maternidade/paternidade	Traço: 42 Estado: 52	Religiosidade
	HOMEM	Relacionamento conjugal/Sexual; Maternidade/Paternidade	Traço: 31 Estado: 31	Reinterpretação positiva; Desligamento mental
CASAL 7	MULHER	Relacionamentos Sociais; Maternidade/paternidade	Traço: 40 Estado: 48	Busca de suporte social por razões instrumentais; Busca de suporte social por razões emocionais
	HOMEM	Estresse moderado ou baixo em todos os fatores	Traço: 38 Estado: 47	Religiosidade

Observa-se que 71% (n = 5) dos casais apresentaram diferenças entre os parceiros em pelo uma das variáveis estudadas; somente um casal (CASAL 1) apresentou escores semelhantes em termos de ansiedade-traço e de estratégias de enfrentamento mais

frequentes, mas não em termos de estresse percebido medido pelo IPF. A seguir serão feitas análises de estudo de caso por casal com base no perfil psicossocial e nos dados apresentados na Tabela 6.

Dados de análise dos estudos de caso por casal

Com base nos dados individuais e do casal, tanto das variáveis de ansiedade, *coping* e estresse, quanto das variáveis sociodemográficas e psicossociais, serão feitos estudos de casos por casal, comparando-se e analisando-se as diferenças e semelhanças entre os parceiros de cada casal no enfrentamento da infertilidade.

CASAL 1 – CARLA E CARLOS³

Carla e Carlos faziam tratamento para infertilidade de causa feminina no HUCAM e estavam juntos por união estável há 10 anos. Dessa união, eles tinham um filho de 3 anos de idade, mas desejavam engravidar novamente e, por isso, após tentativas sem sucesso, procuraram por ajuda médica. A renda da família girava em torno de R\$1.500 reais, obtidos pelo trabalho de Carlos como motorista. Familiares, amigos e conhecidos conheciam a condição de infertilidade do casal e seu desejo pela gravidez. Sobre religião, Carla afirmou ser evangélica e Carlos declarou não ser praticante de nenhuma religião.

Quanto às análises das variáveis estudadas – ansiedade, estratégias de enfrentamento e estresse percebido em relação à infertilidade-, o CASAL 1 apresentou escores semelhantes para ansiedade, indicando “ansiedade moderada” tanto em termos de ansiedade-traço como de ansiedade-estado. As estratégias de enfrentamento mais frequentes foi a *Religiosidade* para ambos. No estresse percebido avaliado pelo IPF, Carla apresentou “alto estresse” em

³ Os nomes usados são fictícios, a fim de manter o sigilo ético e preservar a identidade dos participantes.

“*Maternidade\paternidade*”, enquanto Carlos se mostrou mais estressado nos fatores “*Relacionamentos Sociais*” e “*Relacionamento Conjugal\Sexual*”.

CASAL 2 – RAFAEL E RAFAELA

O casal foi entrevistado após indicação e fazia tratamento em clínica particular na cidade de Vitória, ES. Rafael e Rafaela estavam juntos há 5 anos e, naquele momento, no início do tratamento da infertilidade de causa masculina. A queixa principal se relacionou à demora entre um procedimento médico e outro, e descreveram o processo como “*angustiante*”. A renda familiar do casal era de R\$5.550 reais, proveniente do trabalho de ambos. Todas as pessoas que fazem parte do ambiente social de Rafael e Rafaela, entre familiares e amigos, sabiam do problema de fertilidade e do desejo de gravidez. Sobre religião, ambos se declararam-se católicos.

Quanto à variável ansiedade, pôde-se perceber diferenças entre os escores de ansiedade traço e estado do casal, já que Rafaela apresentou níveis mais elevados de ansiedade traço e estado do que Rafael. Com relação ao *coping*, ambos apresentaram a EE “*Religiosidade*” em comum. Já para o estresse percebido em relação à infertilidade, houve discrepância em todos os resultados obtidos pelo IPF entre o CASAL 2, porque tanto Rafaela como Rafael apresentaram resultados diferentes em todos os fatores avaliados e ele apresentou alto estresse em três (*Relacionamentos sociais, Vida sem filhos e Maternidade/paternidade*) dos quatro fatores avaliados, enquanto ela apresentou alto estresse somente em um fator (*Relacionamento conjugal e sexual*).

CASAL 3 – PAULO E PAULA

Paulo e Paula faziam tratamento para infertilidade de causa feminina no HUCAM e estavam juntos há 12 anos, mas nunca tiveram um filho. Passaram por clínicas particulares

de tratamento, onde os dois realizaram exames e procedimentos médicos sem sucesso. Como última alternativa, resolveram tentar o serviço público de saúde. No momento da pesquisa, Paula estava desempregada e Paulo trabalhava como motorista. O casal vivia com uma renda mensal de R\$3.000 reais. Ambos se declararam católicos e relataram que apenas a família sabe sobre sua infertilidade e as tentativas de ter um filho.

Em termos de ansiedade, dados do casal apontaram para níveis de ansiedade moderados e ambos os membros se apresentavam “ansiosos”, sendo que Paulo apresentou escore de ansiedade-estado maior que Paula, e para ansiedade-traço aconteceu o contrário. Como estratégia de enfrentamento, “*Religiosidade*” apareceu como estratégia de maior uso para ambos; porém, Paulo adotava tal estratégia com menor frequência do que Paula. Quando observados os resultados de estresse pelo IPF, ambos apresentaram alto estresse no fator “*Maternidade/paternidade*”.

CASAL 4 – FERNANDO E FERNANDA

Residentes na zona rural, Fernando e Fernanda eram casados há 12 anos e faziam tratamento para infertilidade de causa feminina no HUCAM. O casal possuía renda mensal de R\$1.200 reais. Ambos já haviam feito exames e tratamentos anteriores para engravidarem, mas sem sucesso. Relataram ainda que haviam feito por 10 meses tratamento para infertilidade oferecido por uma igreja católica em uma cidade vizinha à sua. Nesse tratamento, eram utilizadas ervas medicinais e a orientação de não consumir carne vermelha, o que possibilitou a perda de peso de Fernanda de cerca de 10 quilos. Ambos se declararam protestantes e relataram que todas as pessoas de seu ambiente social sabiam sobre a infertilidade e o desejo pela gravidez.

Na variável ansiedade, foi possível observar que tanto Fernanda como seu marido apresentaram nível moderado de ansiedade, que caracterizou a ambos como “ansiosos” tanto para ansiedade-traço como estado. A EE “*Religiosidade*” também apareceu aqui como a estratégia de *coping* mais utilizada pelo casal. Diferente dos demais, a EE “*Humor*” teve destaque com resultados elevados para Fernanda, que não apresentou “alto estresse” em nenhum dos fatores avaliados pelo IPF; enquanto para Fernando, observou-se “alto estresse” apenas no fator “*Relacionamentos sociais*”.

CASAL 5 – BRUNO E BRUNA

Casados há 4 anos, Bruno e Bruna faziam tratamento para infertilidade de causa feminina no HUCAM. Ambos trabalham na mesma empresa, da qual são proprietários, e sua renda mensal declarada foi de R\$2.500 reais. Bruno tem um filho de 7 anos de outra relação. Ambos se declararam protestantes. Após tentativas frustradas de engravidar espontaneamente, resolveram procurar ajuda médica pela primeira vez. Segundo eles, apenas os pais sabiam da dificuldade do casal.

O casal apresentou diferenças em termos de resultados de ansiedade: enquanto Bruno apresentou “baixa ansiedade” tanto em termos de traço como estado de ansiedade, Bruna apresentou “ansiedade moderada” em ambas as dimensões. Em relação às estratégias de enfrentamento avaliadas pelo Inventário COPE, Bruno apresentou uso “poucas vezes” e até “nunca” de grande parte das 15 EEs avaliadas pelo inventário, o que não ocorreu com nenhum outro participante desta pesquisa. Porém, entre esses 15 fatores, “*Religiosidade*” apareceu como EE mais adotada por Bruno e também por Bruna. Em termos de estresse percebido, Bruno e Bruna apresentaram “alto estresse” em “*Relacionamento conjugal e sexual*”.

CASAL 6 – JÚLIO E JÚLIA

Júlia e Júlio participaram da coleta *online* da pesquisa. Segundo os dados obtidos, Júlia tem 31 anos e Júlio tem 33 e estão juntos há dois anos. A renda familiar do casal era de R\$2.000 reais e apenas Júlio trabalhava. Ambos declararam ainda não ter feito nenhum tratamento específico para a infertilidade, cujo diagnóstico ainda era inconclusivo. Declararam que apenas os pais sabiam da dificuldade do casal. Quanto à religião, Júlia declarou-se evangélica e Júlio, católico.

Sobre os dados de ansiedade, tanto estado quanto traço, Júlio apresentou “baixa ansiedade”, enquanto Júlia apresentou “ansiedade moderada”, com índices mais altos no resultado para ansiedade estado. O casal apresentou, mesmo que com baixa frequência, o uso da EE “*Religiosidade*”. O estresse percebido diante da infertilidade sinaliza questões importantes entre o casal, já que Júlia apresentou “alto estresse” em todos os fatores do IPF (“*Relacionamentos sociais*”, “*Vida sem filhos*”, “*Relacionamento conjugal e sexual*”, e “*Maternidade/paternidade*”), enquanto Júlio, apresentou “alto estresse” somente em dois fatores (“*Relacionamento conjugal e sexual*” e “*Maternidade/paternidade*”).

CASAL 7 – MARIA E MÁRIO

O casal participou da coleta *online* da pesquisa. Pelos dados obtidos, Maria tem 32 anos de idade e Mário tem 35, e estão juntos há 9 anos. Ambos trabalham e a renda mensal do casal é de mais de R\$30.000 reais. Ambos se declararam católicos. Faziam tratamento particular para tratamento da infertilidade, que era de causa feminina. Eles declararam que apenas amigos sabiam da dificuldade do casal para engravidar.

Em termos de ansiedade traço-estado, ambos apresentaram “ansiedade moderada” com escores elevados de ansiedade-estado. A EE “*Religiosidade*” também apareceu como

mais frequente para o casal, tendo Mário maior frequência de uso dessa estratégia de enfrentamento que Maria. Ela adotava mais frequentemente também a EE “*Busca de suporte social por razões instrumentais*” e “*Busca por suporte social por razões emocionais*”. Sobre o estresse em relação à infertilidade, Mario apresentou “baixo estresse” pelo IPF em quase todos os fatores, sendo o estresse em nível “moderado” apenas no fator “*Relacionamentos sociais*”. Já Maria apresentou “alto estresse” em fatores como “*Relacionamentos sociais*” e “*Maternidade/paternidade*”.

Discussão

Considerando a infertilidade como um importante evento estressor para este estudo do enfrentamento de casais inférteis, esta pesquisa buscou conhecer os aspectos individuais de cada parceiro do casal e as características da dinâmica deles no enfrentamento da infertilidade, comparando indicadores de ansiedade, as estratégias de enfrentamento mais adotadas e o estresse percebido diante do problema. Dessa forma, buscou-se investigar essas variáveis (ansiedade, *coping* e estresse) tanto em termos de diferenças entre homem e mulher de cada casal, como dos aspectos singulares da dinâmica do casal no enfrentamento da infertilidade. Logo, além do interesse em conhecer as singularidades de cada indivíduo, considerou-se também investigar possíveis relações entre as variáveis estudadas na configuração conjugal do próprio casal. Para tal, adotou-se uma proposta multimetodológica, tanto de amostragem como de coleta de dados, a fim de se obter resultados que pudessem confirmar ou refutar a hipótese inicialmente elaborada.

Assim como em outros estudos sobre infertilidade, nesta pesquisa também foram encontradas dificuldades de acesso aos casais inférteis (Lopes & Leal, 2012; Sampaio, 2007). Os métodos de amostragem empregados, sendo eles a indicação e a abordagem direta aos participantes durante atendimento para tratamento de casais inférteis em hospital público, não se mostraram completamente eficazes para o alcance do número amostral inicialmente pretendido. No projeto inicial havia sido previsto um total mínimo de 30 participantes, número considerado razoável para a análise quantitativa dos dados que havia sido previamente planejada. O método de “amostragem por indicação” e a coleta com formulário *online* possibilitaram ampliar o acesso aos casais, permitindo que a pesquisa fosse realizada.

Cabe destacar que o contato com os casais acontecia após a consulta médica para tratamento da infertilidade e houve resistência à participação na pesquisa, pois muitos se recusaram ou simplesmente não aguardaram a pesquisadora para a coleta de dados. Essas dificuldades fizeram com que fossem adotados outros recursos para aumentar o número de casais participantes, como, por exemplo, a divulgação *online* da pesquisa entre os grupos sobre infertilidade existentes nas mídias sociais, como Facebook, por exemplo. Com essa estratégia, acreditava-se que os casais se sentiriam mais confortáveis para participar, pois teriam mais liberdade e privacidade para responder aos instrumentos de coleta de dados. Entretanto, esse modo também não surtiu o efeito esperado, o que pode ser explicado pelo fato de que os casais resistem quando são solicitados a tratar sobre assuntos voltados para sua infertilidade por considerar um assunto aversivo que evoca sentimentos de desprazer (Sampaio, 2007). Como afirmam Lopes & Leal (2012), homens e mulheres tendem a apresentar respostas de evitação e de afastamento quando são solicitados a falar abertamente sobre sua infertilidade devido ao estresse provocado pelo estigma que esse problema traz. Literatura considera que a infertilidade está intimamente relacionada à representação de maternidade e feminilidade, e quando a mulher é infértil, sente-se incompetente no exercício dessas que seriam duas condições básicas do gênero feminino (Antunes, 2013). Dessa forma, a infertilidade é percebida como um evento extremamente negativo que causa sofrimento e gera incertezas para a mulher. Igualmente para os homens, existe o estigma de que infertilidade representa a interdição da sua própria masculinidade (Gameiro et. al, 2008; Gollemberg et al., 2010).

Considerando a importância e a necessidade de mais estudos sobre o tema infertilidade, a presente pesquisa adotou como objetivo principal estudar os aspectos envolvidos na busca pela realização da gravidez de casais que enfrentam a infertilidade. Para

tal, buscou-se conhecer a realidade dessas pessoas com base na investigação de indicadores de ansiedade, assim como do estresse percebido por eles em dimensões específicas da relação conjugal afetadas pela infertilidade. Como observado nos dados individuais e nas análises dos estudos de caso dos casais, cada membro pode adotar recursos distintos para reagir e lidar de forma singular com os problemas decorrentes da infertilidade, ainda que estejam vivenciando um problema comum. Assim, com base na hipótese de que existem diferenças entre homens e mulheres inférteis no enfrentamento da infertilidade, procurou-se observar os aspectos similares e diferentes nesse processo. Para tal, foram analisadas as estratégias adotadas por eles, bem como a ansiedade e o estresse experimentados, relacionando esses dados com variáveis psicossociais, pessoais e específicas da condição de infertilidade, como, por exemplo, a causa desse problema. Desse modo, acredita-se que foi possível discutir sobre os principais fatores relacionados ao processo de enfrentamento, considerados importantes para compreensão de como casais inférteis lidam com o dilema de não conseguir engravidar.

Pela análise do perfil psicossocial dos participantes, observou-se que a amostra foi composta por casais inférteis majoritariamente de causa feminina, sendo apenas um casal de causa masculina e um casal com diagnóstico inconclusivo. Como mostra a literatura, a infertilidade feminina é a causa mais recorrente da dificuldade de engravidar entre os casais, estando presente em 30-40% dos casos (Whitman-Elia & Baxley, 2001). A ausência de filhos biológicos é outro fator prevalente na configuração dos casais inférteis, o que também foi observado entre a maioria dos casais participantes, já que apenas um dos casais tinha um filho biológico. No entanto, cabe discutir que não foi possível, nesta pesquisa, identificar que a infertilidade dos casais era de origem primária ou secundária, ou seja, se a dificuldade de engravidar se relacionava à incapacidade da mulher de gerar filhos ou de ter uma segunda

gravidez. Segundo a OMS (2011), a causa da infertilidade, se primária ou secundária, varia entre países mais pobres e mais ricos, ainda que a primária seja mais baixa do que a secundária em países mais pobres. A inexistência de estudos brasileiros sobre o assunto impossibilita que esse dado seja discutido em termos de prevalência de infertilidade primária no Brasil.

Outro dado importante a ser discutido diz respeito à média de idade dos participantes, que foi de 33.7 anos para homens e 31.3 anos para mulheres, mesma média de idade observada em outras pesquisas para a prevalência de infertilidade (Abreu et al., 2006; Gradwohl et al., 2013b; Lopes & Leal, 2012; Montagnini et al., 2009). Após os 30 anos de idade, existe um declínio natural na fertilidade da mulher (Abreu et al., 2006; Jumayev et al., 2012; Santos et al., 2009), o que pode também explicar a dificuldade em engravidar encontrada pelos casais desta pesquisa e o índice elevado de causa feminina. Há estudo que observa também certa tendência à parentalidade tardia, em que casais estão adiando cada vez mais a decisão pela gravidez, principalmente em países em desenvolvimento (Silva & Surita, 2009). É importante observar quais aspectos permeiam esse comportamento de postergar a maternidade/paternidade, visto que quanto mais tardio o diagnóstico da infertilidade for feito, menores são as chances de reverter o problema, principalmente em mulheres acima de 35 anos, que passam a constituir gestantes de risco (Caetano & Netto, 2011; Gonçalves & Monteiro, 2012; Utting & Bewley, 2011).

Em relação à escolaridade, houve homogeneidade no grupo estudado, uma vez que, dos casais entrevistados, todos possuíam ensino médio completo e alguns já possuíam, inclusive, ensino superior, o que constitui fator facilitador na compreensão e na resposta aos instrumentos propostos. Por outro lado, não foi possível estabelecer uma média salarial entre os 7 casais participantes, visto que eles declararam rendas familiares muito discrepantes, que

variaram de R\$1.200,00 a R\$30.000,00. No entanto, para os casais que procuravam tratamento para infertilidade nos serviços públicos de saúde, foi possível observar que a renda familiar não era muito discrepante, variando entre R\$1.500,00 a R\$3.000,00, ainda assim bem inferiores aos salários dos dois casais que recorreram ao tratamento particular, que tinham a maior renda (R\$5.500,00 e R\$30.000,00). Esse dado confirma que o acesso ao tratamento no âmbito privado é restrito e limitado pelo alto custo financeiro dos métodos e procedimentos médicos para tratamento da infertilidade (Gradvohl et al., 2013b). Casais que não dispõem de recursos financeiros para custear um tratamento particular recorrem ao serviço público de saúde (Gradvohl et al., 2013b; Pantoja et al., 2012; Samrsla et al., 2007). Ressalta-se que métodos de tratamento como a FIV são extremamente caros e nem sempre resultam em êxito em engravidar (Samrsla et. al., 2007; Spotorno, Silva, & Lopes, 2008).

É importante, também, discutir a média de tempo de união dos casais desta pesquisa, que foi de 8,9 anos, variando entre casais com 2 e até 12 anos de relacionamento. Sabe-se que o tempo de união do casal pode afetar significativamente a dinâmica conjugal relacionada à infertilidade, associando-se a níveis elevados de ansiedade (Mohamed & Gomaa, 2015). Isso foi confirmado na presente pesquisa pois pudemos notar, por exemplo, que o casal com menos tempo de união (CASAL 6) apresentou níveis mais elevados de ansiedade e estresse do que o casal participante com mais tempo de união (CASAL 12).

Para o CASAL 6, Júlia e Júlio, pode-se supor que os níveis elevados de ansiedade e estresse do casal são reflexos da própria condição do tratamento da infertilidade no momento da pesquisa, em que o diagnóstico ainda era inconclusivo. Esse foi o casal que mais apresentou estresse nos diferentes fatores avaliados pelo IPF. Junto ao motivo já citado, o pouco tempo de tratamento – sem que se tenham sido estabelecidas as causas, a origem e o método de tratamento que resolveria sua dificuldade de engravidar – pode ter relação com

os níveis elevados de ansiedade e estresse, além de outros fatores como o pouco tempo de união, a idade deles – acima de 30 anos – e a ausência de um diagnóstico clínico específico que explicasse a infertilidade do casal. Os níveis de Júlia eram mais altos do que os de seu parceiro, Júlio. Essa diferença entre o casal pode ser explicada pelo impacto diferenciado que tem a infertilidade na vida da mulher (Corrêa et al., 2007; Cunha et al., 2008; Delgado, 2007; Faria et al., 2012; Oliveira, Granja, & Sousa, 2013).

No geral, tanto as mulheres quanto os homens apresentaram níveis moderados de ansiedade, tanto para estado quanto para traço, mesmo que a média dos homens tenha sido menor do que a das mulheres (Homens: $M = 37/38$; Mulheres: $M = 45/40$). De acordo com a literatura, homens e mulheres tendem a ser ansiosos quando em condição de infertilidade; porém, mulheres tendem a ser mais ansiosas que homens (Antunes, 2013; Boivin et al., 2011; Cordeiro & Gomes, 2013; Cunha et al., 2008). Não foi possível confirmar diferenças significativas entre homens e mulheres devido à quantidade de participantes, que inviabilizou análises de associações e correlações estatísticas. Entretanto, quando os dados dos participantes são analisados qualitativamente, os resultados das variáveis estudadas apresentam mais informações, como visto nos estudos de caso e discutido adiante.

O enfrentamento dos participantes avaliados pelo Inventário COPE sugere o uso mais frequente da EE “*Religiosidade*”, seguido da EE “*Reinterpretação positiva*”, pelo casal. Grande parte dos casais declarou ser praticante de alguma religião. A religiosidade é usada como base para diversos estudos relacionados ao enfrentamento em contextos diversos de saúde (Mesquita et al., 2013; Veit & Castro, 2013; Bonomo, Gragefe, Gerbasi, Carvalho & Fontes, 2015; Brito, Seidl & Costa-Neto, 2016; Jönsson & Lencastre, 2016; Pilger, 2016). Porém, o uso da religiosidade como EE da infertilidade precisaria ser melhor investigada neste estudo, principalmente sobre seus efeitos nos domínios individual e do casal. É

importante destacar que, segundo Carver e colaboradores, a EE “*Religiosidade*” por si só não se configura como uma estratégia de enfrentamento característica de um estilo de *coping* desengajado (Carver et al., 1989). A interpretação do uso da religiosidade como um estilo engajado ou desengajado se relacionaria à própria interpretação que o indivíduo faria da situação de estresse. A religiosidade pode representar ora conforto, bem-estar e consolo (*coping* religioso positivo), ora uma punição divina que justifique o não envolvimento no enfrentamento da situação (*coping* religioso negativo), caracterizando, assim, um enfrentamento engajado e outro desengajado, respectivamente. Crenças religiosas podem ser utilizadas para atribuir sentido positivo ou negativo às experiências existenciais (Pargament, 1997; Panzini, 2007) e caracterizar um dos estilos de *coping* citados anteriormente, tal como propõe a Abordagem Disposicional do *Coping* adotada neste estudo (Carver et. al, 1989; Carver & Connor-Smith, 2010; Carver & Scheier, 2011). Somente a frequência de uso da EE “*Religiosidade*” seria uma avaliação incompleta da resolutividade que essa estratégia configuraria no enfrentamento daqueles casais.

Diferentemente, quando Ried e Alfred (2013) usaram o Inventário COPE para estudar o enfrentamento de mulheres australianas inférteis, não confirmaram ser a “*Religiosidade*” uma das estratégias mais utilizadas. Ao contrário, no estudo feito, estes autores encontraram evidência de que a EE “*Coping ativo*” e “*Planejamento*” seriam as mais utilizadas no enfrentamento da infertilidade naquele grupo, o que pode ser explicado por diferenças e variações culturais entre os países. Por sua vez, Gradwohl et al. (2013a), em estudo com homens e mulheres inférteis brasileiros, observou que a religião foi utilizada como instrumento importante para lidar com a infertilidade. De fato, sabemos que a EE “*Religiosidade*” é igualmente importante e utilizada por diferentes amostras em situações de estresse variadas, mostrando em seus resultados impacto positivo no enfrentamento

(Mesquita et al., 2013; Santos, Giacomini, Pereira & Firmo, 2013; Bonomo et al., 2015; Brito et al., 2016; Pilger, 2016).

Nas demais EEs, houve grande variação no uso de estratégias de enfrentamento entre homens e mulheres. De todo modo, as EEs mais frequentemente usadas por ambos os sexos caracterizaram um estilo de *coping* engajado, como a “*Reinterpretação positiva*” e o “*Planejamento*”, assim como “*Busca de suporte por razões instrumentais*” para as mulheres e “*Coping ativo*” para os homens. Ainda que todas estas EEs sejam representativas de um estilo engajado, vale reafirmar o que estudos já apontaram: de que mulheres e homens vivenciam a condição de infertilidade de maneiras diferentes (Gradwohl et al., 2013a). De toda forma, os resultados deste estudo caminham para observação e análise mais apurada dos resultados acerca do impacto da EE “*Religiosidade*” em casais inférteis. Vale ressaltar também que, até a presente pesquisa, não foram encontrados trabalhos científicos que explorem resultados sobre o impacto da religiosidade no enfrentamento da condição de infertilidade por casais e também entre homens e mulheres, o que fica como sugestão para futuros estudos.

Sobre o estresse percebido diante da infertilidade, os quatro fatores do IPF podem ser considerados aspectos importantes que afetam a vida do casal infértil, devendo ser discutidos a seguir. As diferenças foram evidentes entre homens e mulheres nos fatores “*Maternidade/paternidade*” e “*Vida sem filhos*”. Nos demais fatores, “*Relacionamentos sociais*” e “*Relacionamento conjugal e sexual*”, ambos, homens e mulheres, apresentaram estresse moderado. Para “*Vida sem filhos*”, a diferença entre os sexos se deu por homens apresentarem nível de estresse maior do que das mulheres, o que contradiz outros estudos sobre o tema. Literatura na área indica que mulheres tendem a ser mais estressadas do que os homens nesse fator, devido a questões socioculturais relacionadas à importância social de

se ter filhos (Gradvohl, et al., 2013a). Quanto ao fator “*Maternidade/paternidade*”, mulheres apresentaram alto estresse, enquanto homens apresentaram estresse moderado, resultado semelhante ao que foi encontrado em outras pesquisas na área (Gradvohl, et al., 2013a; Ferreira, et al., 2014). Tal dado pode ser explicado pelo fato de que as mulheres podem estar sujeitas ao estigma social relacionado à infertilidade, que encerra uma interdição ao exercício de sua maternidade e de seu papel social como mulher e mãe (Gradvohl et al., 2013a; Gabirro, 2015). Além desses resultados, é importante destacar que homens e mulheres apresentaram “alto estresse” no fator “*Relacionamento conjugal e sexual*”, resultado semelhante encontrado por Ferreira et al. (2014). Estudos consideram que essa esfera da dinâmica conjugal de um casal infértil fica muito comprometida, porque diante da descoberta da infertilidade, o casal necessitará investir em um processo de tratamento longo, invasivo, doloroso e que repercute em mudanças na rotina conjugal e sexual do casal (Delgado, 2007; Faria et al., 2012).

Considera-se que uma das questões mais relevantes deste trabalho foi a possibilidade de observar os casais em suas características individuais relativas à sua dinâmica conjugal. Esse olhar possibilitou compreender os aspectos fundamentais de análise do enfrentamento da infertilidade pelos casais, o que já foi brevemente discutido e será agora mais explorado. Nos estudos de caso por casal, foi possível relacionar e analisar qualitativamente os aspectos similares, assim como os diferentes, de homens e mulheres de cada casal. Para tal, foi feita uma análise qualitativa de cada casal buscando relações entre os indicadores de ansiedade, as estratégias de *coping* e o estresse percebido, possibilitando, assim, ampliar a compreensão acerca do enfrentamento da infertilidade.

O CASAL 1 desta pesquisa, por exemplo, apresentou “ansiedade moderada”, assim como outros casais que ainda não tinham filhos. Para lidar com isso, esse casal, semelhante

a outros casais, adotou a estratégia “*Religiosidade*” para lidar com a infertilidade, ainda que o marido não tenha se declarado praticante de nenhuma religião. Outro fator que pode estar relacionado à ansiedade e ao estresse nos casais pode ser o local de tratamento, uma vez que a literatura afirma que casais que fazem tratamento em sistema público de saúde são mais ansiosos do que casais que dispõem de assistência particular, já que os primeiros precisam aguardar mais tempo para ter acesso aos tratamentos que são muito onerosos (Gradvohl et al., 2013b).

Diferentemente, nesta pesquisa os únicos casais que faziam tratamento particular para infertilidade, o CASAL 2 e o CASAL 7, apresentaram níveis consideráveis de ansiedade e de estresse. Talvez para o primeiro casal os altos níveis de ansiedade e estresse possam ser explicados pelo fato de que a infertilidade representava para eles um processo “*angustiante*”, devido à demora entre um procedimento médico e outro, ou mesmo porque todos de sua rede social sabiam do seu problema de infertilidade. Para esses casais, os níveis de ansiedade e estresse diante da dificuldade em engravidar podem estar relacionados a cobrança e expectativas do casal por conta da pressão social e a condição estigmatizante de sua condição de inférteis (Antunes, 2013). Também para o CASAL 7, o de maior renda e mais ansioso que o CASAL 2, a infertilidade era percebida como um evento de alto estresse em fatores como “*Relacionamentos sociais*” e “*Maternidade/paternidade*” para a mulher. Para lidar com isso, Maria adotava com maior frequência “*Busca por suporte social por razões instrumentais e emocionais*”. Considerando que esse casal não compartilhou com a família suas tentativas de engravidar, pode-se supor que aquelas estratégias revelariam uma real necessidade da mulher em buscar o suporte instrumental e, particularmente, o emocional devido ao fato de o casal se encontrar sozinho no enfrentamento da infertilidade. Logo, nesse caso, diferente do anterior, é possível supor que a rede de apoio de amigos e familiares

representaria um recurso eficiente no enfrentamento. Dessa forma, reforça-se a necessidade de realização de uma análise particular de cada caso, já que para alguns casais o conhecimento das pessoas sobre sua condição pode gerar conforto e apoio e não constituir uma pressão social. Considerando que este CASAL 7 era o que tinha renda familiar muito superior aos demais e que dispunha de possibilidade maiores para arcar com o ônus dos caros tratamentos para infertilidade, o estresse e ansiedade altos do casal nos faz supor que, no enfrentamento da infertilidade, nem sempre o fato de ter condições financeiras para custear o tratamento é um fator que minimiza a ansiedade e o estresse vivenciados durante o processo.

Merece destaque o CASAL 5, cujos níveis de estresse percebido não corresponderam aos encontrados entre homens e mulheres deste estudo. Com estresse moderado em todos os fatores avaliados pelo IPF e como o único homem que já possuía um filho, Bruno apresentou “baixa ansiedade” tanto em termos de traço como de estado de ansiedade, assim como não apresentou alta frequência de EEs de todas as 15 estratégias avaliadas pelo Inventário COPE, dado que não foi observado por nenhum outro participante desta pesquisa, quer seja homem ou mulher. Ao contrário, o “alto estresse” apresentado pela esposa Bruna no fator “*Relacionamento conjugal e sexual*”, associado à classificação “ansiedade moderada” tanto em termos de ansiedade traço como estado, confirmam que o casal poderia estar em sofrimento devido ao impacto da infertilidade, uma vez que esse fator representa as dificuldades do casal em dialogar sobre questões conjugais, como baixa autoestima sexual e suas dificuldades de engravidar. Por outro lado, o “baixo estresse” apresentado por Bruna em relação aos fatores “*Maternidade/paternidade*” e “*Vida sem filhos*” pode ser explicado por uma possível ligação afetiva que ela tenha desenvolvido com o filho do seu parceiro ou

por não se exigir satisfazer o parceiro dando-lhe um primeiro filho, tal como a literatura discute (Gradvohl, 2011; Gradvohl et al., 2013a; 2013b).

Júlio e Júlia (CASAL 6) e Paulo e Paula (CASAL 3) apresentaram igualmente “alto estresse” no fator “*Maternidade/paternidade*”. No entanto, não foi possível observar tal semelhança entre homens e mulheres dos demais casais. Além disso, apenas outra similaridade foi observada entre os homens desses dois casais, Júlio e Paulo, porque ambos adotavam a EE “*Reinterpretação positiva*” como mais frequente. Essa estratégia se caracteriza pela busca de uma ressignificação positiva de uma situação negativa e pode repercutir favoravelmente nos níveis de ansiedade-estado encontrados nos dois casais. Outro dado que merece destaque diz respeito ao CASAL 4, Fernando e Fernanda, em que a mulher se apresentou moderadamente estressada em todos os fatores avaliados pelo IPF, ao lado de seu parceiro, Fernando, que apresentou alto estresse em “*Relacionamentos sociais*”. Esse estresse moderado da mulher pode ser resultado do uso da EE “*Humor*”, adotado com frequência por ela e não observada em nenhum outro participante da pesquisa. Característica de um estilo de enfrentamento desengajado, a EE “*Humor*” representa uma atitude de ignorar o estressor sob uma perspectiva fantasiosa, de ilusão ou até negação, em que a pessoa inibe reações comportamentais e emocionais tentando dar um caráter engraçado e de pouca seriedade à situação a ser enfrentada, podendo, inclusive, acarretar mais problemas (Carver & Connor-Smith, 2010). Igualmente, o alto estresse percebido por Fernando no fator “*Relacionamentos sociais*” contradiz as pesquisas que usaram o IPF, que afirmam ser a mulher mais estressada nesse aspecto da vida conjugal do casal infértil (Gradvohl et al., 2013a). Considerando que esse fator diz respeito à sensibilidade que o casal pode apresentar diante das questões sociais (questionamentos da família, sentimentos de isolamento social,

etc.), pode-se supor que a infertilidade para aquele casal residente na zona rural teria implicações importantes para sua inserção social.

Em grande parte da literatura encontrada, salienta-se a importância do apoio profissional nas demandas psicológicas decorrentes do processo de tratamento da infertilidade e o enfrentamento dos casais inférteis (Gradhvol, 2010; 2013a; 2013b; Li, Liu, & Li, 2014). Isso por si só implica em investigar os fatores relacionados ao enfrentar da infertilidade, a fim de se propor ações que ajudem casais a lidar com os eventos estressantes e com a ansiedade gerada pela impossibilidade de engravidar (Mohamed & Gomaa, 2015; Montagnini et al., 2009). Tais estratégias podem ter como propósito ajudar o casal a encontrar maneiras de enfrentamento mais resilientes para amenizar comportamentos ansiosos e melhorar a autoestima de homens e mulheres inférteis (Mendonça, Arruda, & Amaral, 2014). Facilitar o acesso aos atendimentos de casais inférteis, viabilizar tratamentos mais caros a casais de baixa renda e estabelecer uma conduta de responsabilidade do Estado no acolhimento destes casais também têm sido recomendações consideradas na literatura estudada (Medeiros & Verdi, 2010; Makuch, Simônia, Petta, Osis, & Bahamondes, 2011). Igualmente, propostas de prevenção da infertilidade com educação sexual e orientações sobre planejamento familiar conduzidas por profissionais capacitados têm sido sugeridas como estratégia a ser estudada em estudos futuros (Utting & Bewley, 2011).

Por fim, cabe questionar: *“Na ausência ou não do apoio psicológico, como esses casais têm lidado com a infertilidade e quais variáveis se relacionam a esse enfrentamento?”*. Nessa perspectiva, para a proposição de medidas de intervenção psicológica e para a compreensão do processo de enfrentamento da infertilidade, é fundamental estudar os indicadores de *coping* e de ansiedade relacionados à essa situação, assim como o estresse percebido pelo casal acerca dos problemas resultantes dessa condição.

Com esse objetivo, o presente estudo, através do conhecimento da vivência dos casais participantes, pode oferecer subsídios científicos para o apoio clínico necessário nesses casos e, assim, constituir ferramenta importante na promoção da saúde e do bem-estar do casal infértil, tanto os de causa masculina como feminina.

Considerações finais

Como confirmado em muitos dos referenciais adotados neste trabalho, a atenção integral à saúde física e mental do casal infértil é de extrema importância desde o início do diagnóstico e do tratamento (Montagnini et al., 2009; Faria et al., 2012). Dessa forma, deve-se pensar em uma linha de cuidado que se baseie em um trabalho conjunto de atuação multiprofissional, com vistas à promoção de estratégias mais resilientes de enfrentamento da infertilidade, com adoção de medidas que diminuam o impacto do estresse e da ansiedade decorrentes. Sendo assim, é fundamental que os profissionais de saúde sejam providos de informações que auxiliem sua atuação profissional junto a um casal infértil, para que possam prestar um atendimento de qualidade voltado às necessidades individuais e do casal no enfrentamento da infertilidade.

Mais do que resultados conclusivos, esse trabalho proporcionou ampliar o olhar sobre o enfrentamento da infertilidade considerando-o como um processo multidimensional e particular de cada casal, mas que também encerra características comuns próprias das diferenças entre homens e mulheres para lidar com um mesmo problema. É possível, ainda, questionar os motivos dessas semelhanças e diferenças no enfrentamento da infertilidade adotando-se um olhar clínico atento às características singulares de cada casal, assim como às particularidades individuais de cada membro do casal, ou seja, os desejos, sonhos e as expectativas sociais e pessoais inerentes às crenças que mulheres e homens criam sobre a maternidade e paternidade. Tais aspectos certamente podem revelar muito sobre a dinâmica de enfrentamento da infertilidade pelo casal, assim como as causas e os desdobramentos do estresse e da ansiedade presentes nesse processo.

É válido ressaltar que, ainda que com as limitações amostrais que tentaram ser superadas por uma análise qualitativa com estudos de casos por casal, o presente estudo pôde ampliar a reflexão acerca das necessidades inerentes à experiência de todo casal infértil. Conclui-se, assim, que é fundamental o oferecimento ao casal de um suporte psicológico desde os estágios iniciais do diagnóstico e tratamento da infertilidade, a fim de proporcionar a eles meios eficazes de enfrentamento da situação. Assim, considera-se de suma importância que o profissional de saúde tenha acesso a tal conhecimento a fim de que o mesmo possa subsidiar sua prática de cuidado e assistência às demandas, tanto físicas quanto psicológicas, do casal infértil, que seja facilitadora do enfrentamento de todas as etapas da trajetória de um sonho por vezes irrealizável.

Referências

- Abreu, L. G. D., Santana, L. F., Navarro, P. A. D. A. S., Reis, R. M. D., Ferriani, R. A., & Moura, M. D. D. (2006). A taxa de gestação em mulheres submetidas a técnicas de reprodução assistida é menor a partir dos 30 anos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(1), 32-37.
- Aflakseir, A., & Zarei, M. (2013). Association between coping strategies and infertility stress among a group of women with fertility problem in Shiraz, Iran. *Journal of reproduction & infertility*, 14(4), 202.
- Agarwal, A., Aponte-Mellado, A., Premkumar, B. J., Shaman, A., & Gupta, S. (2012). The effects of oxidative stress on female reproduction: a review. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 10(1), 49.
- Agostini, P., Sakae, T. M., & Feldens, V. P. (2011). Prevalência de sintomas ansiosos em pacientes em consultório de anestesia de Tubarão. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 40(1).
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5* (5a ed.). Porto Alegre: American Psychiatric Association.
- Antunes, R. N. A. (2013). *A imagem corporal na infertilidade: a infertilidade no feminino*. (Dissertação de Mestrado). Psicologia e Clínica da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Lisboa, Portugal.
- Badalotti, M. (2010). Aspectos bioéticos da reprodução assistida no tratamento da infertilidade conjugal. *Revista da AMRIGS*, 54(4), 478-485.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic: revista da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.
- Bhongade, M. B., Prasad, S., Jiloha, R. C., Ray, P. C., Mohapatra, S., & Koner, B. C. (2015). Effect of psychological stress on fertility hormones and seminal quality in male partners of infertile couples. *Andrologia*, 47(3), 336-342.
- Biaggio, A. M. B., Natalício, L., & Spielberger, C. D. (1977). Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, 29(3), 31-44.
- Boivin, J., Griffiths, E., & Venetis, C. A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ*, 2011, 342:d223.
- Bonomo, A. A., Gragefe, C. K., Gerbasi, A. R. V., Carvalho, M. D. D. B., & Fontes, K. B. (2015). Religious/spiritual coping in cancer patients under treatment. *Journal of Nursing UFPE on line*, 9(3), 7539-7546.

- Borges, S. (2009). A parentalidade nos casais em situação de infertilidade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 427-434.
- Brito, H. L., Seidl, E. M. F., & Costa-Neto, S. B. (2016). Coping religioso de pessoas em psicoterapia: um estudo preliminar. *Contextos Clínicos*, 9(2), 202-215.
- Cabral, J., & Matos, P. M. (2014). Cope-Inventory: Teste da estrutura factorial com uma amostra de jovens adultos universitários. *Psicologia*, 24(1), 49-71.
- Caetano, L. C., & Netto, L. (2011). Gravidez depois dos 35 anos: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15(4), 579-587.
- Carvalho, J., & Caetano, A. B. (2011). Ser Pai e Mãe depois dos 30 anos: Motivações parentais. In *ESEP - Saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir* (pp. 39-45). Porto: UNIESEP.
- Caixeta, G. A. (2009). *Qualidade de vida e saúde mental de mulheres tratadas de carcinoma invasor do colo uterino*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Medicina: Saúde da Mulher, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- Carver, C.S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Psychol. Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2011). *Handbook of Self-regulation: research, theory and applications* (2nd ed). New York: The Guilford Press.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*, 56(2), 267-283.
- Chachamovich, J., Chachamovich, E., Fleck, M. P., Cordova, F. P., Knauth, D., & Passos, E. (2009). Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. *Human reproduction*, 24(9), 2151-2157.
- Colossi, E. G., Calesso-Moreira, M., & Pizzinato, A. (2011). Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem de um CTI adulto perante situações de estresse. *Ciência & Saúde*, 4(1), 14-21.
- Cordeiro, M. F., & Gomes, J. C. (2013). Ansiedade e relacionamento conjugal em mulheres com infertilidade: o impacto da terapia de grupo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, 7-13.
- Corrêa, K. R. F. D., Vizzotto, M. M., & Cury, A. F. (2007). Avaliação da eficácia adaptativa de mulheres e homens inseridos num programa de fertilização *in vitro*. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 363-370.
- Corrêa, M. C., & Loyola, M. A. (2015). Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(3), 753-777.

- Couto, F. R. D. (2011). *A influência da infertilidade na satisfação conjugal e no ajustamento familiar*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Cravinho, C. R. M., & Cunha, A. C. B. (2015). Enfrentamento da morte fetal pela enfermagem na abordagem disposicional e na Teoria Motivacional do Coping. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 307–317.
- Cunha, M. C. V., Carvalho, J. A., Albuquerque, R. M., Ludermir, A. B., & Novaes, M. (2008). Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. *Revista de Psiquiatria*, 30(3), 201-210.
- Delgado, M. J. C. (2007). *O desejo de ter um filho... As vivências do casal infértil*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Dennis, C. L., Coghlan, M., & Vigod, S. (2013). Can we identify mothers at-risk for postpartum anxiety in the immediate postpartum period using the State-Trait Anxiety Inventory? *Journal of affective disorders*, 150(3), 1217-1220.
- Direcção Geral da Saúde Reprodutiva. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Domar, A. D., Smith, K., Conboy, L., Iannone, M., & Alper, M. (2010). A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. *Fertility and sterility*, 94(4), 1457-1459.
- Donarelli, Z., Kivlighan, D. M., Allegra, A., & Coco, G. L. (2016). How do individual attachment patterns of both members of couples affect their perceived infertility stress? An actor-partner interdependence analysis. *Personality and Individual Differences*, 92, 63-68.
- Faria, D. E. P., Grieco, S. C., & Barros, S. M. O. (2012). The effects of infertility on the spouses' relationship. *Rev Esc Enferm USP*, 46(4), 794-801.
- Farinati, D. M., Rigoni, M. S., & Müller, M. C. (2006). Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia*, 23(4), 433-439.
- Félis, K. C., & de Almeida, R. J. (2016). Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. *Reprodução & Climatério*, 31(2), 105-111.
- Ferreira, L. A. P., Junior, L. R. S., Gonçalves, L. C. S., Miyazaki, M. C. O., & Pinto, M. J. C. (2014). Estresse em casais inférteis. *Reprodução & Climatério*, 29(3), 88-92.
- Fioravanti, A. C. M., & Landeira-Fernandez, J. L. (2006). *Propriedades psicométricas do inventário de ansiedade traço-estado IDATE*. (Dissertação de mestrado), Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio, Rio de Janeiro, Brasil.

- Fioravanti, A. C. M., Santos, L. D. F., Maissonette, S., Cruz, A. P. D. M., & Landeira-Fernandez, J. (2006). Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. *Avaliação Psicológica*, 5(2), 217-224.
- Fleury, E. B., Barbosa, M. A., Approbato, M. S., Maia, M., Ramos, M. S., & Silveira, I. A. (2015). Musicoterapia em mulheres em uma Unidade de Serviço Público de Reprodução Humana na região Centro-Oeste brasileira. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 1, 480-483.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Gabirro, A. A. V. (2015). *Satisfação conjugal e desejo sexual em casais em tratamento da infertilidade: caracterização e diferenças de gênero*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Gama, M. M. A., Moura, G. S., Araújo, R. F., & Teixeira-Silva, F. (2008). Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju (SE). *Revista de Psiquiatria do RS*, 30(1), 19-24.
- Gameiro, S.; Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). A experiência masculina de infertilidade e de reprodução medicamente assistida. *Psic., Saúde e Doenças*, 9(2), 253-270.
- Gollemberg, A. L., Liu, F., Brazil, C., Drobnis, E. Z., Guzick, D., Overstreet, J. W., Redman, J. B., Sparks, A., Wang, C., & Swan, S. H. (2010). Semen quality in fertile men in relation to psychosocial stress. *Fertil Steril*, 93(4), 1104-1111.
- Gonçalves, Z. R., & Monteiro, D. L. M. (2012). Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *Femina*, 40(5), 275-279.
- Gorayeb, R., Borsari, A. C. D. T., Gomes, A. C. R., Romão, A. P. M. S., & Shuhama, R. (2009). Caracterização clínica e psicossocial da clientela de um ambulatório de esterilidade. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(3), 287-296.
- Gradvohl, S. M. O. (2011). *Estresse em casais inférteis que buscam tratamento*. (Dissertação de Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Gradvohl, S. M. O., Osis, M. J. D., & Makuch, M. Y. (2013a). Características de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade em serviço público de saúde. *Reprodução & Climatério*, 28(1), 18-23.
- Gradvohl, S. M. O., Osis, M. J. D., & Makuch, M. Y. (2013b). Estresse de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(6), 255-61.
- Grouiou, T. G. (2015). *Dilemas da vida: trajetórias de enfrentamento diante da interrupção voluntária e involuntária da gestação*. (Dissertação de Mestrado)

apresentado para Defesa. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

- Hull, M. G., Glazener, C. M., Kelly, N. J., Conway, D. I., Foster, P. A., Hinton, R. A., ... & Desai, K. M. (1985). Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 291(6510), 1693-1697.
- Jönsson, C., & Lencastre, L. (2016). Trauma e religião: um modelo de adaptação psicológica baseado no coping religioso. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(1), 32-38.
- Jorge, M. S. F. (2015). *A influência do gênero na vivência da problemática da infertilidade*. (Dissertação de Mestrado), Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Jumayev, I., Harun-Or-Rashid, M., Rustamov, O., Zakirova, N., Kasuya, H., & Sakamoto, J. (2012). Social correlates of female infertility in Uzbekistan. *Nagoya journal of medical science*, 74(3-4), 273-283.
- Larsen, U. (2005). Research on infertility: which definition should we use?. *Fertility and sterility*, 83(4), 846-852.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Li, J., Liu, B., & Li, M. (2014). Coping with infertility: a transcultural perspective. *Curr Opin Psychiatry*, 27(5), 320-325.
- Lopes, V. & Leal, I. (2012). *Ajustamento emocional na infertilidade*. (1a ed). Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Sarantaki, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G., & Deltsidou, A. (2011). Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1971-1980.
- Makuch, M. Y., de Padua, K. S., Petta, C. A., Osis, M. J. D., & Bahamondes, L. (2011). Inequitable access to assisted reproductive technology for the low-income Brazilian population: a qualitative study. *Human reproduction*, 26(8), 2054-2060.
- Makuch, M. Y., Petta, C. A., Osis, M. J. D., & Bahamondes, L. (2009). Low priority level for infertility services within the public health sector: a Brazilian case study. *Human reproduction*, 25(2), 430-435.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação de estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria*, 25(1), 65-74.
- Mazon, V., Carlotto, M. S., & Câmara, S. (2008). Síndrome de Burnout e estratégias de enfrentamento em professores. *Arq Bras Psicol*, 60(1), 55-66.

- Medeiros, L. S., & Verdi, M. I. M. (2010). Direito de acesso ao serviço de reprodução humana assistida: discussões bioéticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 3129-3138.
- Mendonça, C. R. D., Arruda, J. T., & Amaral, W. N. D. (2014). Função sexual de mulheres submetidas à reprodução assistida. *Rev. bras. ginecol. obstet*, 36(11), 484-488.
- Menezes, C. C., & Lopes, R. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, 12(1), 83-93.
- Mesquita, A. C., Chaves, É. D. C. L., Avelino, C. C. V., Nogueira, D. A., Panzini, R. G., & Carvalho, E. C. D. (2013). The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(2), 539-545.
- Ministério da Saúde (2009). *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Mohamed, N. S., & Gomaa, S. M. (2015). Study Level of Anxiety among infertile Egyptian and Sudanese women. *European Journal of Academic Essays*, 2(11), 60-65.
- Montagnini, H. M. L., Blay, S. L., Novo, N. F., Freitas, V., & Cedenho, A. P. (2009). Estados emocionais de casais submetidos à fertilização in vitro. *Estudos de Psicologia*, 26(4), 475-481.
- Moreira, S. N. T. (2004). *Abordagem dos aspectos psicológicos da mulher infértil: um estudo quali-quantitativo*. (Dissertação de Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.
- Moreira, S. N. T., Lima, J. G., Sousa, M. B. C., & Azevedo, G. D. (2005). Estresse e função reprodutiva feminina. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*, 5(1), 119-125.
- Moreira, S. N. T., Melo, C. O. M., Tomaz, G., & Azevedo, G. D. (2006). Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(6), 358-64.
- Morreale, M., Balon, R., Tancer, M., & Diamond, M. (2010). The impact of stress and psychosocial interventions on assisted reproductive technology outcome. *Journal of sex & marital therapy*, 37(1), 56-69.
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54-62.
- Oliveira, A., Granja, B., & Sousa, M. (2013). A percepção da mulher face às implicações da infertilidade na sua vida. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, (3), 5-19.

- Organização Mundial da Saúde (2007). *Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde*. Estados Unidos: Organização Mundial da Saúde, Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de psiquiatria clínica. São Paulo. Vol. 34, supl1 (2007), p. 126-135.*
- Pargament, K. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: theory, research, practice*. New York: The Guilford Press.
- Perestrelo, J. M. F. (2012). *Avaliação do Impacto da Infertilidade sobre a função sexual em casais Portugueses*. (Dissertação de Mestrado) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Pilger, C. (2016). Estudo correlacional entre bem-estar espiritual, religiosidade, enfrentamento religioso e espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico. *Horizonte, 14(41), 201-205.*
- Rajkhowa, M., McConnell, A., & Thomas, G. E. (2006). Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Human reproduction, 21(2), 358-363.*
- Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., & Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 171(1), 61-66.*
- Ribeiro, A. C. (2007). *Adaptação do Inventário de Problemas de Fertilidade para homens e mulheres inférteis*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – USP, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Ried, K., & Alfred, A. (2013). Quality of life, coping strategies and support needs of women seeking Traditional Chinese Medicine for infertility and viable pregnancy in Australia: a mixed methods approach. *BMC Women's Health, 13(17), 1472-6874.*
- Rychik, J., Donaghue, D. D., Levy, S., Fajardo, C., Combs, J.; Zhang, X., Szwast, A., & Diamond, G. S. (2013). Maternal Psychological Stress after prenatal diagnosis of congenital heart disease. *The Journal of Pediatrics, 162(2), 302-307.*
- Saço, L. F., Cunha, C. F. B., da Silva, R. A., & Ferreira, E. L. (2014). Ansiedade em mulheres com câncer de mama e sua relação com a atividade física. *HU Revista, 38 (3-4).*
- Sampaio, D. R. (2007) *Infertilidade: vivências, expectativas e impactos emocionais na vida conjugal*. (Trabalho de Conclusão de Curso) Pró-Reitoria de Graduação, Universidade Católica de Brasília, Brasília, Goiás, Brasil.
- Samrslá, M., Nunes, J. C. Kalume, C., Cunha, A. C. R., & Garrafa, V. (2007). Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital Público do DF – estudo bioético. *Revista Associação Medicina Brasileira, 53(1), 47-52.*

- Santos, G. H. N. D., Martins, M. D. G., Sousa, M. D. S., & Batalha, S. D. J. C. (2009). Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(7), 326-334.
- Santos, W. J., Giacomini, K. C., Pereira, J. K., Firmo, J. O. A. (2013). Coping with functional disability among the elderly by means of religious beliefs. *Ciênc. Saúde coletiva*, 18(8), 2319-2328.
- Silva, E. L., & Menezes, E. M. (2005). *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação* (4a ed.). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.
- Silva, J. L. D. C. P., & Surita, F. G. D. C. (2009). Idade materna: resultados perinatais e via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(7), 321-325.
- Skinner, E. A. (1999). Action regulation, coping, and development. In J. B. Brandtstädter & R. M. Lerner (Eds.). *Action & self-development: Theory and research through the life span*. (pp. 465-504). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd.
- Soares, A. B., & Martins, J. S. R. (2010). Ansiedade dos estudantes diante da expectativa do exame vestibular. *Paidéia*, 20(45), 57-62.
- Spotorno, P. M., Silva, I. M., & Lope, R. S. (2008). Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. *Aletheia*, 28, 104-118.
- Taşkın, M. İ., Usta, A., Cüce, C., Adalı, E., & Arslan, M. (2016). İnfertil Kadınlarda Anksiyete, Depresyon ve İlişkili Faktörler. *Eur J Health Sci*, 2(3), 79-84.
- Travassos-Rodriguez, F., & Féres-Carneiro, T. (2013). Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. *Tempo psicanalítico*, 45(1), 111-121.
- Utting, D., & Bewley, S. (2011). Family planning and age-related reproductive risk. *The Obstetrician & Gynecologist*, 13(1), 35-41.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50.
- Valle, L. D. S., Souza, V. F. D., & Ribeiro, A. M. (2013). Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(1), 131-138.
- Veit, c. M., & Castro, E. K. D. (2013). Coping religioso/espiritual e câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia, saúde & doenças*, 14(1), 1-22.
- Whitman-Elia, G. F., & Baxley, E. G. (2001). A primary care approach to the infertile couple. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 14(1), 33-45.
- World Health Organization. Programme of Maternal and Child Health and Family Planning Unit. (1991). *Infertility: a tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/iris/handle/10665/59769>

- World Health Organization. Technical Report Series. (1975). *Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals*. Geneva: World Health Organization.
Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38247/1/WHO_TRS_572_eng.pdf
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry research*, 215(2), 401-405.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Protocolo de Caracterização do Perfil Psicossocial

1. Nome:
2. Idade:
3. Escolaridade:
4. Religião praticada:
5. Trabalho:
6. Tempo da união: _____ anos.
7. Tem filhos? Se sim, quantos?
8. Renda familiar média:
9. Origem da infertilidade:
() Masculina () Feminina () Indefinida
10. Alguém sabe sobre a infertilidade do casal? Quem (familiares, amigos, outros)?
11. Onde faz o tratamento:
() Público () Particular
12. Já realizou algum tratamento para infertilidade anteriormente?

APÊNDICE B

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE-TRAÇO\ANSIEDADE-ESTADO – IDATE

SUBESCALA DE ANSIEDADE-TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita que melhor indique como você realmente se sente.

Não gaste muito tempo em uma única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

Avaliação

Quase nunca..... 1 Frequentemente.....3

Às vezes2 Quase sempre.....4

1	Sinto-me bem.	1	2	3	4
2	Canso-me facilmente.	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar.	1	2	3	4
4	Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser.	1	2	3	4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões facilmente.	1	2	3	4
6	Sinto-me descansado.	1	2	3	4
7	Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.	1	2	3	4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver.	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com coisa sem importância.	1	2	3	4
10	Sou feliz.	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas.	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesmo.	1	2	3	4
13	Sinto-me seguro.	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas.	1	2	3	4

15	Sinto-me deprimido.	1	2	3	4
16	Estou satisfeito.	1	2	3	4
17	Às vezes, ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando.	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça.	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável.	1	2	3	4
20	Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento.	1	2	3	4

APENDICE B (continuação)

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE-TRAÇO\ANSIEDADE-ESTADO – IDATE

SUBESCALA DE ANSIEDADE-ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita que melhor indique como você realmente se sente.

Não gaste muito tempo em uma única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

Avaliação

Absolutamente não1 Bastante3
Um pouco2 MUITÍSSIMO 4

1	Sinto-me calmo.	1	2	3	4
2	Sinto-me seguro.	1	2	3	4
3	Estou tenso.	1	2	3	4
4	Estou arrependido.	1	2	3	4
5	Sinto-me à vontade.	1	2	3	4
6	Sinto-me perturbado.	1	2	3	4
7	Estou preocupado com possíveis problemas.	1	2	3	4
8	Sinto-me descansado.	1	2	3	4
9	Sinto-me ansioso.	1	2	3	4
10	Sinto-me em casa.	1	2	3	4
11	Sinto-me confiante.	1	2	3	4
12	Sinto-me nervoso.	1	2	3	4
13	Estou agitado.	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos.	1	2	3	4
15	Estou descontraído.	1	2	3	4
16	Sinto-me satisfeito.	1	2	3	4

17	Estou preocupado.	1	2	3	4
18	Sinto-me superagitado e confuso.	1	2	3	4
19	Sinto-me alegre.	1	2	3	4
20	Sinto-me bem.	1	2	3	4

APÊNDICE C

INVENTÁRIO COPE

(Carver, Scheier, & Weintraub, 1989)

Versão adaptada de Mazon, Carlotto, & Câmara (2008)

Estamos interessados na forma como as pessoas agem quando têm que fazer em relação a acontecimentos difíceis ou estressantes. Existem muitas formas de tentar manejar situações estressantes.

Nas questões abaixo, você deve indicar o que geralmente faz quando experimenta uma situação de estresse. Responda a cada um dos itens marcando o número que corresponda às opções de resposta indicadas. Escolha suas respostas cuidadosamente, da forma mais sincera possível. Não existem respostas certas ou incorretas. Escolha a que mais se adapta ao que **VOCÊ** pensa, e não no que a maioria das pessoas responderia.

Por favor, responda todos os itens.

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você faz diante da situação de estresse relacionada à sua condição de **INFERTILIDADE**.

- 1 – não costumo fazer isso nunca
- 2 – costumo fazer isso um pouco
- 3 – costumo fazer isso várias vezes
- 4 – costumo fazer isso muito

1	Tento crescer como pessoa aproveitando o resultado para minha experiência.	1	2	3	4
2	Concentro-me em outras atividades para afastar o problema da minha mente.	1	2	3	4
3	Sinto-me angustiado e deixo aflorar minhas emoções.	1	2	3	4
4	Procuro conselhos de outras pessoas a respeito do que fazer.	1	2	3	4
5	Concentro meus esforços em fazer algo sobre a situação.	1	2	3	4
6	Digo a mim mesmo: "isto não é real".	1	2	3	4
7	Ponho minha fé em Deus.	1	2	3	4

8	Rio da situação.	1	2	3	4
9	Admito para mim mesmo que não posso lidar com a situação e deixo de tentar.	1	2	3	4
10	Tento dissuadir-me de fazer algo de forma apressada.	1	2	3	4
11	Falo dos meus sentimentos com alguém.	1	2	3	4
12	Consumo álcool ou drogas (ou medicação) para sentir-me melhor.	1	2	3	4
13	Acostumo-me com a ideia de que a situação aconteceu.	1	2	3	4
14	Falo com alguém para saber mais sobre a situação.	1	2	3	4
15	Evito distrair-me com outros pensamentos ou atividades.	1	2	3	4
16	Sonho acordado com outras coisas diferentes da situação.	1	2	3	4
17	Fico angustiado e consciente da situação.	1	2	3	4
18	Peço a ajuda de Deus.	1	2	3	4
19	Faço um plano de ação.	1	2	3	4
20	Faço piadas sobre a situação.	1	2	3	4
21	Aceito que a situação aconteceu e que isso não pode ser mudado.	1	2	3	4
22	Demoro em fazer algo sobre o assunto até que a situação permita.	1	2	3	4
23	Tento conseguir apoio emocional de amigos ou familiares.	1	2	3	4
24	Simplesmente abandono a tentativa de alcançar meu objetivo.	1	2	3	4
25	Tomo medidas adicionais para tentar livrar-me do problema.	1	2	3	4
26	Tento fugir da situação bebendo álcool ou tomando drogas (ou medicação).	1	2	3	4
27	Recuso-me a acreditar que a situação tenha acontecido.	1	2	3	4
28	Deixo aflorar meus sentimentos.	1	2	3	4
29	Tento ver a situação de uma forma diferente para fazê-la parecer mais positiva.	1	2	3	4
30	Falo com alguém que poderia fazer algo concreto sobre o problema.	1	2	3	4
31	Durmo mais que o habitual.	1	2	3	4
32	Tento encontrar uma estratégia sobre o que fazer.	1	2	3	4
33	Concentro-me em lidar com o problema, e se for necessário, afasto outros temas da minha mente.	1	2	3	4
34	Consigo a simpatia e a compreensão de alguém.	1	2	3	4
35	Bebo álcool ou tomo drogas (ou medicação) para pensar menos na situação.	1	2	3	4
36	Brinco sobre a situação.	1	2	3	4
37	Desisto de tentar conseguir o que quero.	1	2	3	4

38	Busco algo positivo no que está acontecendo.	1	2	3	4
39	Penso sobre como poderia lidar melhor com o problema.	1	2	3	4
40	Ajo realmente como se o problema não tivesse acontecido.	1	2	3	4
41	Asseguro-me de não piorar as coisas por agir apressadamente.	1	2	3	4
42	Tento evitar que outras coisas interfiram nos meus esforços para lidar com a situação.	1	2	3	4
43	Vou ao cinema ou vejo televisão para pensar menos na situação.	1	2	3	4
44	Aceito a realidade do fato de que a situação aconteceu.	1	2	3	4
45	Pergunto a pessoas que tiveram experiências parecidas à minha o que elas fizeram.	1	2	3	4
46	Sinto um grande mal-estar emocional e me vejo expressando muito meus sentimentos.	1	2	3	4
47	Realizo uma ação direta em torno do problema.	1	2	3	4
48	Tento encontrar conforto na religião.	1	2	3	4
49	Obrigo-me a esperar o momento adequado para fazer algo.	1	2	3	4
50	Faço graça da situação.	1	2	3	4
51	Reduzo a quantidade de esforço que dedico para resolver o problema.	1	2	3	4
52	Falo com alguém sobre como me sinto.	1	2	3	4
53	Utilizo álcool ou drogas (ou medicação) para ajudar-me a superar o problema.	1	2	3	4
54	Aprendo a viver com a situação.	1	2	3	4
55	Deixo de lado outras atividades para concentrar-me no problema.	1	2	3	4
56	Penso profundamente sobre quais passos devo tomar.	1	2	3	4
57	Ajo como se nunca tivesse acontecido.	1	2	3	4
58	Faço passo a passo o que tem que ser feito.	1	2	3	4
59	Aprendo algo com a experiência.	1	2	3	4
60	Rezo mais que o habitual.	1	2	3	4

APÊNDICE D**INVENTÁRIO DE PROBLEMAS DE FERTILIDADE - IPF**

(Newton, Sherrard, & Glavac, 1999)

Versão adaptada de Ribeiro (2007)

Nome: _____

As seguintes afirmações expressam diferentes opiniões sobre o problema de fertilidade. Por favor, coloque um número na linha à esquerda de cada afirmação para mostrar o quanto você concorda ou discorda delas. Se você tem um filho, responda como você se sente exatamente agora, depois de tê-lo.

Por favor, marque todos os itens. Use as categorias a seguir:

6 = concordo muito

5 = concordo

4 = concordo um pouco

3 = discordo um pouco

2 = discordo

1 = discordo muito

1 _____ Casais sem filhos são tão felizes quanto os que têm filhos.

2 _____ A gravidez e o parto são os dois eventos mais importantes no relacionamento de um casal.

APÊNDICE D (continuação)

6 = concordo muito

5 = concordo

4 = concordo um pouco

3 = discordo um pouco

2 = discordo

1 = discordo muito

3 ____ Eu percebi que o sexo deixou de ser prazeroso para mim por causa do problema da fertilidade.

4 ____ Eu me sinto tão atraente para meu(minha) parceiro(a) como antes.

5 ____ Para mim, ser mãe/pai é um objetivo mais importante do que ter uma carreira satisfatória.

6 ____ Meu casamento precisa de um filho (ou outro filho).

7 ____ Eu não me sinto diferente das outras pessoas do meu sexo.

8 ____ É difícil se sentir como adulto de verdade até que se tenha um filho.

9 ____ Eu não me incomodo quando me fazem perguntas sobre crianças.

10 ____ Um futuro sem um filho (ou outro filho) me assustaria.

11 ____ Eu não posso mostrar como me sinto ao(à) meu(minha) parceiro(a) porque ele/ela poderá ficar chateado.

12 ____ Parece que a família nos trata de maneira diferente.

13 ____ Eu me sinto como se eu tivesse falhado sexualmente.

APÊNDICE D (continuação)

6 = concordo muito

5 = concordo

4 = concordo um pouco

3 = discordo um pouco

2 = discordo

1 = discordo muito

14 _____ Os feriados são especialmente difíceis para mim.

15 _____ Eu vejo algumas vantagens se nós não tivermos um filho (ou outro filho).

16 _____ Meu(minha) parceiro(a) não entende a maneira como o problema da fertilidade me afeta.

17 _____ Durante o sexo, eu só penso o quanto quero um filho (ou outro filho).

18 _____ Meu(minha) parceiro(a) e eu lidamos bem com questões sobre nossa infertilidade.

19 _____ Eu me sinto vazio(a) por causa do nosso problema de fertilidade.

20 _____ Eu poderia visualizar uma vida feliz juntos, sem um filho (ou outro filho).

21 _____ Incomoda-me que meu(minha) parceiro(a) reaja diferentemente ao problema.

22 _____ É difícil fazer sexo, porque eu não quero outra decepção.

23 _____ Ter um filho (ou outro filho) não é o maior objetivo da minha vida.

24 _____ Meu(minha) parceiro(a) está bastante desapontado comigo.

25 _____ Às vezes me questiono seriamente se eu quero um filho (ou outro filho).

APÊNDICE D (continuação)

6 = concordo muito

5 = concordo

4 = concordo um pouco

3 = discordo um pouco

2 = discordo

1 = discordo muito

26 ____ Meu(minha) parceiro(a) e eu poderíamos falar mais abertamente um com o outro sobre nosso problema de fertilidade.

27 ____ Reuniões familiares são especialmente difíceis para mim.

28 ____ Não ter um filho (ou outro filho) me permitiria ter tempo para fazer outras coisas que me satisfazem.

29 ____ Eu sempre senti que eu nasci para ser mãe/pai.

30 ____ Não consigo deixar de me comparar com amigos que têm filhos.

31 ____ Ter um filho (ou outro filho) não é necessário para minha felicidade.

32 ____ Se nós perdemos um dia apropriado para fazer sexo, eu posso sentir muita raiva.

33 ____ Eu jamais poderia imaginar a gente se separando por causa disso.

34 ____ Desde que eu me lembro, eu desejei ser mãe/pai.

35 ____ Eu ainda tenho muito em comum com meus amigos que têm filhos.

36 ____ Quando nós tentamos falar sobre o nosso problema de fertilidade, isso parece provocar uma discussão.

APÊNDICE D (continuação)

6 = concordo muito

5 = concordo

4 = concordo um pouco

3 = discordo um pouco

2 = discordo

1 = discordo muito

37 ____ Algumas vezes, eu me sinto tão pressionado(a), que fica difícil fazer sexo.

38 ____ Nós poderíamos ter um relacionamento longo e feliz sem um filho (ou outro filho).

39 ____ Eu acho difícil conviver com amigos que têm filhos pequenos.

40 ____ Quando eu vejo famílias com filhos, eu me sinto excluído(a).

41 ____ Há uma certa liberdade em não ter filhos que me atrai.

42 ____ Eu vou fazer de tudo para ter um filho (ou outro filho).

43 ____ Eu me sinto como se amigos ou familiares estivessem nos deixando para trás.

44 ____ Eu não me incomodo quando os outros falam sobre seus filhos.

45 ____ Por causa da infertilidade, eu me preocupo se meu(minha) parceiro(a) e eu estamos
nos distanciando.

46 ____ Quando nós falamos sobre nosso problema de fertilidade, meus comentários
parecem confortar meu(minha) parceiro(a).

APÊNDICE E

Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFES

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA																																																																																							
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 70%;"> <p>DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: A trajetória de um sonho: ansiedade e enfrentamento de casais inférteis Pesquisador Responsável: LIVIA MARIA MAULAZ FREITAS Área Temática: Versão: 2 CAAE: 48071515.0.0000.5542 Submetido em: 26/10/2015 Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo Situação da Versão do Projeto: Aprovado Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p> </div> <div style="width: 25%; text-align: center;">  </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_477373 </div>																																																																																							
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> <p>DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 2 <ul style="list-style-type: none"> ↳ Pendência Documental (PO) - Versão 2 <ul style="list-style-type: none"> ↳ Currículo dos Assistentes ↳ Documentos do Projeto <ul style="list-style-type: none"> ↳ Comprovante de Recepção - Submissão ↳ Folha de Rosto - Submissão 3 ↳ Informações Básicas do Projeto - Subm ↳ Outros - Submissão 3 ↳ Projeto Detalhado / Brochura Investigaç ↳ TCLE / Termos de Assentimento / Justif ↳ Apreciação 3 - UFES - Universidade Feder ↳ Projeto Completo </div> <div style="width: 55%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Tipo de Documento</th> <th style="width: 15%;">Situação</th> <th style="width: 15%;">Arquivo</th> <th style="width: 15%;">Postagem</th> <th style="width: 25%;">Ações</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> </div> </div>								Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações																																																																											
Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações																																																																																			
<p>LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Apreciação</th> <th style="width: 15%;">Pesquisador Responsável</th> <th style="width: 5%;">Versão</th> <th style="width: 10%;">Submissão</th> <th style="width: 10%;">Modificação</th> <th style="width: 10%;">Situação</th> <th style="width: 10%;">Exclusiva do Centro Coord.</th> <th style="width: 20%;">Ações</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PO</td> <td>LIVIA MARIA MAULAZ FREITAS</td> <td>2</td> <td>26/10/2015</td> <td>16/11/2015</td> <td>Aprovado</td> <td>Não</td> <td style="text-align: center;">     </td> </tr> </tbody> </table>								Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações	PO	LIVIA MARIA MAULAZ FREITAS	2	26/10/2015	16/11/2015	Aprovado	Não	   																																																																
Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações																																																																																
PO	LIVIA MARIA MAULAZ FREITAS	2	26/10/2015	16/11/2015	Aprovado	Não	   																																																																																
<p>HISTÓRICO DE TRÂMITES</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Apreciação</th> <th style="width: 10%;">Data/Hora</th> <th style="width: 15%;">Tipo Trâmite</th> <th style="width: 5%;">Versão</th> <th style="width: 5%;">Perfil</th> <th style="width: 20%;">Origem</th> <th style="width: 20%;">Destino</th> <th style="width: 25%;">Informações</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PO</td> <td>16/11/2015 12:58:12</td> <td>Parecer liberado</td> <td>2</td> <td>Coordenador</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td>PESQUISADOR</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PO</td> <td>16/11/2015 12:57:49</td> <td>Parecer do Colegiado Editado</td> <td>2</td> <td>Coordenador</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PO</td> <td>16/11/2015 12:13:10</td> <td>Parecer do colegiado emitido</td> <td>2</td> <td>Coordenador</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PO</td> <td>10/11/2015 17:33:54</td> <td>Parecer do relator emitido</td> <td>2</td> <td>Coordenador</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PO</td> <td>10/11/2015 17:24:53</td> <td>Aceitação de Elaboração de Relatoria</td> <td>2</td> <td>Coordenador</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PO</td> <td>03/11/2015 13:53:36</td> <td>Confirmação de Indicação de Relatoria</td> <td>2</td> <td>Coordenador</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PO</td> <td>26/10/2015 17:44:34</td> <td>Indicação de Relatoria</td> <td>2</td> <td>Secretária</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PO</td> <td>26/10/2015 17:44:01</td> <td>Aceitação do PP</td> <td>2</td> <td>Secretária</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PO</td> <td>26/10/2015 16:14:10</td> <td>Submetido para avaliação do CEP</td> <td>2</td> <td>Pesquisador Principal</td> <td>PESQUISADOR</td> <td>Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>								Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações	PO	16/11/2015 12:58:12	Parecer liberado	2	Coordenador	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	PESQUISADOR		PO	16/11/2015 12:57:49	Parecer do Colegiado Editado	2	Coordenador	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira		PO	16/11/2015 12:13:10	Parecer do colegiado emitido	2	Coordenador	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira		PO	10/11/2015 17:33:54	Parecer do relator emitido	2	Coordenador	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira		PO	10/11/2015 17:24:53	Aceitação de Elaboração de Relatoria	2	Coordenador	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira		PO	03/11/2015 13:53:36	Confirmação de Indicação de Relatoria	2	Coordenador	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira		PO	26/10/2015 17:44:34	Indicação de Relatoria	2	Secretária	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira		PO	26/10/2015 17:44:01	Aceitação do PP	2	Secretária	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira		PO	26/10/2015 16:14:10	Submetido para avaliação do CEP	2	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	
Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações																																																																																
PO	16/11/2015 12:58:12	Parecer liberado	2	Coordenador	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	PESQUISADOR																																																																																	
PO	16/11/2015 12:57:49	Parecer do Colegiado Editado	2	Coordenador	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira																																																																																	
PO	16/11/2015 12:13:10	Parecer do colegiado emitido	2	Coordenador	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira																																																																																	
PO	10/11/2015 17:33:54	Parecer do relator emitido	2	Coordenador	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira																																																																																	
PO	10/11/2015 17:24:53	Aceitação de Elaboração de Relatoria	2	Coordenador	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira																																																																																	
PO	03/11/2015 13:53:36	Confirmação de Indicação de Relatoria	2	Coordenador	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira																																																																																	
PO	26/10/2015 17:44:34	Indicação de Relatoria	2	Secretária	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira																																																																																	
PO	26/10/2015 17:44:01	Aceitação do PP	2	Secretária	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira																																																																																	
PO	26/10/2015 16:14:10	Submetido para avaliação do CEP	2	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Campus Goiabeira																																																																																	
«« « Ocorrência 1 a 10 de 21 registro(s) » » »»																																																																																							

APÊNDICE F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I. Dados sobre a pesquisa científica

Título do Projeto: A trajetória de um sonho: ansiedade e enfrentamento de casais inférteis.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Barros da Cunha (Docente do PPGP/UFES);

Pesquisadora: Livia Maria Maulaz Freitas (Mestranda do PPGP/UFES);

II. Informações sobre o projeto

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo (UFES);

Objetivo: Estudar o processo de enfrentamento da infertilidade em casais, investigando as diferenças de gênero com base em indicadores de ansiedade e *coping* e a percepção do casal acerca da infertilidade;

Justificativa: A presente pesquisa visa produzir conhecimentos técnicos e científicos para a área da Psicologia e Saúde que subsidiem a proposição de práticas assistenciais de atenção aos casais inférteis, visando à sua saúde e ao bem-estar físico e psíquico.

Síntese dos Procedimentos: A pesquisa será realizada em duas fases: 1) apresentação do projeto à direção do hospital, após aprovação do Comitê de Ética; contato inicial com os participantes; 2) Aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: a) Inventário COPE; b) Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE); e c) Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF).

Riscos e Benefícios: A presente pesquisa é de risco mínimo, contando que os procedimentos a serem realizados não apresentarão riscos físicos ou psíquicos para os participantes, além dos já existentes na vida cotidiana dos mesmos e daqueles com que já estão tendo que lidar em virtude de sua condição de vulnerabilidade, ou seja, a infertilidade. Com os resultados obtidos, será possível uma visão mais ampla e detalhada sobre a vivência da infertilidade pelos casais, possibilitando que outros profissionais da saúde e psicólogos tenham acesso a conteúdos científicos propícios para a formação de conhecimento e desenvolvimento de práticas mais adequadas ao atendimento desses casais.

Esclarecimentos:

- a) o participante terá direito a quaisquer esclarecimentos em relação à pesquisa em qualquer momento da sua execução;
- b) a participação na pesquisa é voluntária e o participante não receberá e nem pagará nada para participar da pesquisa;
- c) o participante tem liberdade de se recusar a participar da pesquisa e poderá se desligar em qualquer etapa, sem constrangimentos ou prejuízos de qualquer ordem, inclusive do seu atendimento no HUCAM;
- d) os dados obtidos com os instrumentos ficarão em poder do pesquisador por 5 anos, e serão mantidos o sigilo, o caráter confidencial de todas as informações obtidas e a identificação dos participantes; qualquer informação não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho;
- e) Avalia-se que os procedimentos metodológicos que serão utilizados nesta pesquisa apresentam riscos mínimos para os participantes. Se for constatado algum risco ou dano, a participação será encerrada e, caso os incômodos sejam relevantes, a pesquisadora prestará apoio psicológico ou encaminhará os participantes para as redes de assistência à saúde ou a clínicas-escola como a da UFES.
- f) quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES pelo telefone (27) 3335-2501 ou ao Comitê de Ética da UFES - CEP/Goiabeiras: Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário (Prédio Administrativo do CCHN) - Bairro: Goiabeiras - Município: VITORIA - UF: ES - CEP: 29.075-910 - Telefone: 3145-9820 - E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com

Consentimento:

Eu, _____,

abaixo assinado, em pleno uso e gozo de minhas faculdades mentais, declaro que aceito participar da pesquisa acima referida sem qualquer ônus financeiro, pessoal ou moral. Tenho conhecimento de que os resultados deste estudo poderão ser apresentados em reuniões e publicações de cunho científico; entretanto, recebi garantias de que serão mantidos absoluto sigilo e respeito sobre minha identidade. Declaro ainda que tenho plena liberdade para me retirar deste estudo a qualquer momento que decidir, sem que haja qualquer tipo de perda ou constrangimento. Considero plenamente satisfatórias as

informações prestadas, bem como as respostas às dúvidas por mim suscitadas e responsabilizando-me pela veracidade das informações por mim fornecidas. Assim, aceito assinar o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RG ou Carteira Profissional do participante: _____ Órgão Emissor: _____ - ____
Vitória, ES, __ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante

Livia Maria Maulaz Freitas - Mestranda do PPGP/UFES

Prof^ª. Dr^ª. Ana Cristina Barros da Cunha – Orientadora – Docente do PPGP\UFES

APÊNDICE G

Tabela 7.

Dados individuais de caracterização do perfil psicossocial dos homens e mulheres dos casais participantes

	Nome ¹	Idade	Escolaridade	Tempo de união	Filhos	Renda mensal	Trabalho	Origem da infertilidade	Tipo de tratamento	Religião	Quem sabe sobre a condição de infertilidade
CASAL 1	Carla	28	Ens. Médio	10	1	R\$2700,00	Não	Feminina	Público	Evangélica	Família e Amigos
	Carlos	28	Ens. Médio				Sim			Nenhuma	
CASAL 2	Rafaela	31	Super.	5	0	R\$5500,00	Sim	Masculina	Particular	Católica	Família
	Rafael	33	Super.		0		Sim			Católica	
CASAL 3	Paula	40	Super.	12	0	R\$3000,00	Não	Feminina	Público	Católica	Família
	Paulo	42	Ens. Médio		0		Sim			Católica	
CASAL 4	Fernanda	32	Ens. Médio	12	0	R\$1200,00	Sim	Feminina	Público	Protestante	Amigos
	Fernando	38	Ens. Médio		0		Sim			Protestante	
CASAL 5	Bruna	26	Ens. Médio	4	0	R\$2550,00	Sim	Feminina	Público	Protestante	Família e Amigos
	Bruno	27	Ens. Médio		1		Sim			Protestante	
CASAL 6	Júlia	31	Sup. Incom.	2	0	R\$2000,00	Não	Inconclusivo	Público	Evangélica	Família
	Júlio	33	Sup. Incom.		0		Sim			Católica	
CASAL 7	Maria	32	Super.	9	0	R\$30000,00	Sim	Feminina	Particular	Católica	Família

	Mário	35	Super.		0		Sim			Católica	
--	-------	----	--------	--	---	--	-----	--	--	----------	--

APÊNDICE H

Tabela 8.

Dados individuais em termos de escores de ansiedade, traço e estado, obtidos pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) por homens e mulheres dos casais

	Nome¹	Traço	Estado
CASAL 1	Carla	43	46
	Carlos	43	45
CASAL 2	Rafaela	29	42
	Rafael	35	34
CASAL 3	Paula	39	42
	Paulo	43	34
CASAL 4	Fernanda	46	43
	Fernando	41	38
CASAL 5	Bruna	41	41
	Bruno	34	29
CASAL 6	Júlia	42	52
	Júlio	31	31
CASAL 7	Maria	40	48
	Mário	38	47

APÊNDICE I

Tabela 9.

Dados individuais em termos de medianas das estratégias de enfrentamento obtidos pelo Inventário COPE por homens e mulheres dos casais

		Ativo	Planej	Atv concom	Moderado	Sp social inst	Sp social emoc	Reint positiva	Aceitação	Religiosidade	Expre de emoc	Negação	Deslgn compto	Deslig mental	Humor	Substâncias
CASAL 1	Carla	11	11	9	13	12	13	8	9	14	8	5	6	7	9	4
	Carlos	11	11	9	15	12	12	8	9	14	8	5	7	7	9	4
CASAL 2	Rafaela	11	14	5	7	16	15	12	11	15	9	4	4	7	4	4
	Rafael	12	13	6	11	14	14	15	10	15	12	7	6	10	15	4
CASAL 3	Paula	12	12	10	11	14	13	12	11	15	12	9	6	8	9	5
	Paulo	12	11	6	9	9	10	13	11	13	8	8	6	5	4	4
CASAL 4	Fernanda	9	8	9	7	10	11	11	11	13	10	5	7	7	12	4
	Fernando	9	12	11	11	9	7	12	9	15	6	8	11	11	9	4
CASAL 5	Bruna	9	9	6	9	8	9	12	10	13	8	7	5	7	9	4
	Bruno	7	6	5	4	6	7	9	8	10	5	7	5	5	5	4
CASAL 6	Júlia	7	12	8	7	12	9	12	6	13	7	6	5	10	5	4
	Júlio	7	9	11	7	4	5	12	4	11	4	4	4	12	4	4
CASAL 7	Maria	13	14	9	8	15	15	12	10	14	11	4	4	10	4	4
	Mário	7	6	4	12	7	8	11	10	16	7	8	5	10	4	4

APÊNDICE J

Tabela 10.

Dados individuais em termos de quartis do estresse obtidos pelo Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) por homens e mulheres dos casais

		Relacionamentos Sociais	Vida sem filhos	Relacionamento conjugal e sexual	Maternidade/paternidade
CASAL 1	Carla	2,5	2,5	4,5	4,13
	Carlos	2,9	2,5	4,79	3,47
CASAL 2	Rafaela	2,2	3,63	5,21	2,8
	Rafael	2,9	1,88	4,14	4,2
CASAL 3	Paula	2,8	4,38	4,64	3,6
	Paulo	1,9	2,88	4,79	3,93
CASAL 4	Fernanda	2,8	2,75	4,5	3,4
	Fernando	3,6	3,25	2,71	3,27
CASAL 5	Bruna	2,2	3,63	5,29	2,8
	Bruno	2,8	3	4,64	2,93
CASAL 6	Júlia	2,9	2,38	4,71	4,07
	Júlio	2,7	3,25	5,21	3,8
CASAL 7	Maria	4,4	3,36	4,36	3,73
	Mário	2,4	3,25	4	2,33