

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**A INFERTILIDADE E AS QUESTÕES RELACIONADAS AO PREJUÍZO DA
QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES E SEUS PARCEIROS ATENDIDOS EM
UM SERVIÇO PÚBLICO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

Laiza Simone Garcia Quadro

Porto Alegre
2021

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**A INFERTILIDADE E AS QUESTÕES RELACIONADAS AO PREJUÍZO DA
QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES E SEUS PARCEIROS ATENDIDOS EM
UM SERVIÇO PÚBLICO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

Laiza Simone Garcia Quadro

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Paula Barros
Terraciano

Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
no Programa de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia,
Faculdade de Medicina, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 2021

CIP - Catalogação na Publicação

Quadro, Laiza Simone Garcia
A INFERTILIDADE E AS QUESTÕES RELACIONADAS AO
PREJUÍZO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES E SEUS
PARCEIROS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE
REPRODUÇÃO ASSISTIDA / Laiza Simone Garcia Quadro. --
2021.

54 f.

Orientadora: Paula Barros Terraciano.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e
Obstetrícia, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Infertilidade. 2. casal infértil. 3. reprodução
assistida. 4. qualidade de vida. I. Terraciano, Paula
Barros, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Laiza Simone Garcia Quadro

A INFERTILIDADE E AS QUESTÕES RELACIONADAS AO PREJUÍZO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES E SEUS PARCEIROS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Paula Barros Terraciano.

Aprovada em: Porto Alegre, 14 de setembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Paula Barros Terraciano
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a Isabel Cirne Lima de Oliveira
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Obino Cirne Lime
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dr.^a Taiane Alves Vieira
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

AGRADECIMENTOS

“O melhor agradecimento não é pelas palavras, mas sim pelas ações.” (Autor desconhecido). Que eu possa corresponder enquanto profissional e ser humano, todo investimento em mim feito. Muito obrigada de coração ao Dr. Eduardo Passos pela oportunidade, à minha orientadora Dra. Paula Barros Terraciano pelo acolhimento e confiança, aos amigos Suzana Zachia, Estevão Ketzer, Flávia Sarvacinski, Maria de Fátima Francisco e Manoela Maffei por todo apoio e carinho até aqui. À minha amada família Cristiano, Luiza, Jaci, José, Jean e Catarina, por fazerem parte desta trajetória desde sempre.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	6
RESUMO	7
INTRODUÇÃO	8
REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA	10
1. Esquematização dos sites consultados e estratégias de busca	10
2. Mapa conceitual esquemático.....	11
3. Revisão	13
JUSTIFICATIVA	17
HIPÓTESES	18
OBJETIVOS	19
Principal.....	19
Secundários	19
REFERÊNCIAS	20
ARTIGO	28
ABSTRACT	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
PERSPECTIVAS	42
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	43
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO	45
ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA	46
ANEXO B - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE (BAI)	51
ANEXO C – ESCALA DE BEM-ESTAR ESPIRITUAL	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
EBE	Escala de Bem-estar Espiritual
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
QV	Qualidade de Vida
RA	Reprodução Assistida
Scielo	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL-bref	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

RESUMO

Introdução: A impossibilidade de conceber filhos, é um grave problema de saúde pública e ainda que não ameace a vida, pode estar ligada a problemas de ordem mental e social, ocasionando por vezes, prejuízos à qualidade de vida de homens e mulheres acometidos. **Objetivo:** Avaliar se a infertilidade causa prejuízo à qualidade de vida de mulheres e seus parceiros. **Método:** O estudo foi norteado por um delineamento transversal observacional de caráter descritivo. Analisou-se dados de (59 casais), num total de (118 indivíduos), entre 25 e 40 anos de idade, todos inscritos no programa de reprodução assistida do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Os instrumentos utilizados foram: *World Health Organization Quality of Life*, versão *BREF* (WHOQOL-BREF), Inventário da Ansiedade de Beck (BAI), Escala de Bem-estar Espiritual (EBE) e questionário sociodemográfico, mediante assinatura do Termo de consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** A média de idade das mulheres participantes foi de 34,9 anos e dos homens de 34 anos. A escolaridade dos participantes teve maioria com Ensino Médio completo, para 32 mulheres (54,2%) e 24 homens (40,7%). A religião predominante foi a católica com 23 mulheres (39,0%) e 32 homens (54,2%). Mulheres ficaram com uma média de 04 pontos e homens 03 pontos na média ponderada 6 da escala do BAI. As mulheres que não possuem religião apresentaram um desempenho maior no domínio físico do BREF (64,3%). Os homens que moram com outras pessoas e ou familiares além da esposa, apresentam escores melhores de QV nos domínios físico e psicológico. Houve incidência de escores altos de QV no domínio social em homens que não ganham bem. A ansiedade em mulheres, ainda que em níveis considerados baixos, parece interferir no bem-estar existencial e na QV. **Conclusão:** Nossa pesquisa alçou um olhar amplo sobre a infertilidade ao romper, por vezes, com o senso comum. Mostramos assim os múltiplos fatores que compõem esta problemática, cuja frustração esteve presente tanto em homens quanto em mulheres. O trabalho da enfermagem nesta situação mostra-se indispensável para conhecer as demandas desta população.

Palavras-chave: Infertilidade, casal infértil, reprodução assistida, qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

Historicamente, tanto a infertilidade (dificuldade em conceber) e a esterilidade (total impossibilidade de conceber), são motivos de dissabor entre homens e mulheres (ILSKA et al, 2020). O filho biológico é socialmente cercado de muitas expectativas por parte do casal. Este aspecto é tão presente em determinadas culturas a ponto de uma mulher não se sentir completa até que possa ser mãe (SANTOS, 2019; MCCARTHY, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define infertilidade como doença do sistema reprodutivo, traduzida pela incapacidade de obter uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceptivos (LEÃO & LINDÔSO, 2020). São conhecidos 02 tipos de infertilidade, a primária e a secundária. A primeira ocorre quando o casal é incapaz de conceber e no caso da segunda, o casal está impossibilitado de engravidar ou conduzir a gestação até o fim, após ter concebido. A infertilidade resulta da falência do processo reprodutivo, decorrente na maioria das vezes de uma afecção orgânica do sistema reprodutor feminino, masculino ou de ambos (SANTOS et al, 2020).

Presume-se que no mundo todo entre 40 e 80 milhões de casais sejam inférteis. (INHORN & PATRIZIO, 2015). As estatísticas apontam para um percentual de 0,6% a 32,6% da população mundial sofrendo com o problema, variando de acordo com local pesquisado (PASSOS, 2017). Estima-se que 30% dos casos de infertilidade sejam de origem feminina, 30% masculinas, 20-30% devido a causas mistas e em torno de 10-20% de origem desconhecida ou idiopática (AGARWAL et al, 2015). As causas femininas relacionam-se a processos ovulatórios, patologias ginecológicas, como endometriose e doença tubária. Já os fatores masculinos mais comuns são: baixa produção de espermatozóides, obstrução ductal, incapacidade de depositar o esperma na vagina e fatores imunológicos (ZAER et al, 2020; SIRISTATIDIS et al, 2020).

Pelas razões aqui apresentadas enxergamos a infertilidade como parte de uma questão psicossocial, a qual desejamos investigar. Para tanto, dirigimos certos instrumentos a uma população de casais inférteis para conhecer sua qualidade de vida, o World Health Organization Quality of Life WHOQOL-BREF (FLECK et al, 2000), se há presença de níveis significativos de ansiedade, ao utilizarmos o Inventário de

Ansiedade de Beck - BAI (BAPTISTA, CARNEIRO, 2011), como é sua relação com o sentido da vida mais transcendental da vida com a Escala de Bem Estar Espiritual – EBE (MARQUES, SARRIERA, DELL'AGLIO, 2009) e, por fim, conhecer as condições desta população com o Questionário Sócio Demográfico.

REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA

Foi realizada uma busca eletrônica de artigos durante o mês de junho de 2021, indexados em base de dados disponíveis através de busca no Google Scholar. Os descritores utilizados na pesquisa dos artigos foram obtidos na página online dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS, são eles: Infertilidade, Casal Infértil, Reprodução Assistida e Qualidade de Vida em Saúde. Para estratégia de busca foi utilizado o operador booleano “and”.

Ao concluir a busca, a partir da leitura prévia de seus resumos, foram selecionados artigos que: atenderam a temática do estudo; responderam a questão norteadora; estavam disponíveis na íntegra de forma online; fossem resultantes de pesquisas qualitativas, quantitativas, estudo de caso, revisões integrativas e sistemáticas; estivessem disponíveis nos idiomas Português, Espanhol e Inglês. Deu-se preferência para artigos mais recentes, até 10 anos, no entanto, foram avaliados estudos até 20 anos de sua publicação, dada a relevância dos mesmos.

Foram excluídas obras idênticas repetidas em bases de dados diferentes, sendo considerado somente seu primeiro registro. Foram utilizados 60 artigos, assim como 8 livros em meio físico e 1 tese com o objetivo de sustentar a questão de pesquisa.

1. Esquematização dos sites consultados e estratégias de busca

A figura abaixo resume a estratégia de busca das referências bibliográficas nas bases de dados que fundamentam os objetivos do estudo, demonstrando o total de artigos disponíveis e a quantidade de artigos selecionados após o uso dos critérios de inclusão e exclusão, dentro dos últimos 20 anos.

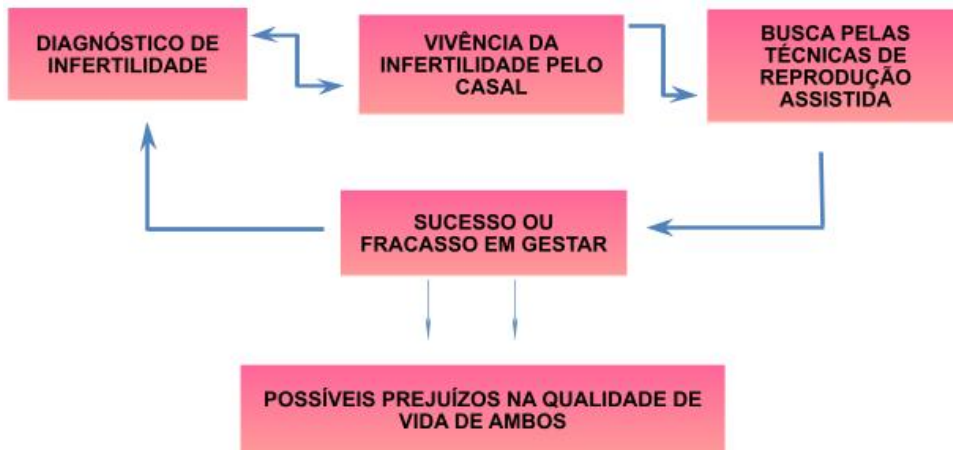
Figura 1 – Estratégia de busca de referências bibliográficas



Fonte: QUADRO, L.S.G. (2021)

2. Mapa conceitual esquemático

Neste mapa conceitual desenvolvido por nós (QUADRO, 2018) propomos uma sucinta visualização das relações dos casais diante das consequências trazidas pela infertilidade. Observamos o quanto uma má vivência nesta etapa, ou seja, a real possibilidade de infertilidade, pode ocasionar um enorme prejuízo na qualidade de vida dos casais. Este é um dos desafios dos casais que desejam assim não apenas ter filhos, mas também manter seus relacionamentos de forma harmoniosa, mantendo a união que assim desejaram quando decidiram construir um relacionamento mais formalizado naquilo que chamamos de uma família estruturada.

Figura 2 – Mapa conceitual

Fonte: QUADRO, L.S.G., 2018

Figura 3 – Representação do sentimento de um casal que deseja ter filhos

Fonte: Google Imagens

Para nós esta imagem fala muito de um profundo desejo de união. Casais que querem ter filhos estão dando continuidade às suas vidas com a vida de um filho. Estão dando um sentido maior para suas, ainda que não seja evidente quando lhes perguntamos diretamente. Por quê ter um filho? Talvez aqui a ciência objetiva tenha de dar voz ao sentimento de amor e sua particularidade em uma dinâmica própria da constituição de um par amoroso. Será um filho a continuação de um sentimento transcendente ao próprio casal? Inquietações desta natureza nos levam a um lugar mais complexo de nossa pesquisa a qual iremos mensurar com os instrumentos adequados o quanto os casais e o serviço poderão se aproximar e mesmo gerar a resposta mais apropriada para este campo de significados tão entrelaçados.

3. Revisão

O processo de constituição da maternidade inicia-se muito antes da concepção, a partir das primeiras relações e identificações da mulher, passando pelas atividades lúdicas da infância, pela adolescência, pelo desejo de ter um filho até a gravidez propriamente dita. O que se espera de uma menina e de uma mulher dentro da família e na sociedade está ligado diretamente a aspectos culturais e transgeracionais (PICCININI et al, 2008).

Desde as fases iniciais do desenvolvimento humano (COZOLINO, 2006), muitas pessoas constroem um projeto de vida: crescer, encontrar um par amoroso e com ele dar início a uma nova família, e nesse contexto, desejar ter um filho sem sucesso. Esse sentimento acompanha os mamíferos desde tempos ancestrais, como mostrou John Bolwby (1952) em seu extenso relatório para a OMS. Nele fica nítido o quanto o afeto é a base para a construção de um ambiente familiar saudável. Mais do que isto, os estudos subsequentes em neurobiologia iniciados na década de oitenta (LEDOUX, 2002) do século passado, mostraram o quanto aspectos relacionados ao amor de uma família validam nosso comportamento tanto para uma sensação de congruência e adequação sobre nós mesmos, quanto acerca do mundo social. A neurobiologia cerebral demonstrou o quanto a falta de afeto em um ser humano indefeso o torna completamente destituído de sentimentos auto valorativos, de uma capacidade de estender seu eu próprio para uma série de elementos exteriores a ele, contudo extremamente importantes para a criatividade (WINNICOTT, 1975) e indispensáveis a construção de uma identidade saudável (PANKSEPP, 2005) os quais lhe possibilitarão uma maior autonomia para sua construção como ser social. A impossibilidade da construção de uma família produz uma gama de sentimentos complexos, sendo capaz de gerar efeitos devastadores tanto na esfera individual como conjugal. O sujeito padece de uma estabilização emocional essencial para as relações em seu entorno social, podendo ocasionar um decréscimo na sua qualidade de vida, uma experiência traumática caracterizada por conflitos pessoais (CYRULNIK, 2006; KETZER, 2019). Ansiedade e depressão também poderão compor o contexto, incorrendo em prejuízos maiores ainda da qualidade de vida (FARINATI, RIGONI, MÜLLER, 2006).

O comportamento humano é resultante de processos de socialização, vivência de emoções e abstração cognitiva (SCHORE, 2016). Portanto, esta rede de relações

intrincadas e ao mesmo tempo espontâneas tornam o ser humano um ser cultural (DAMÁSIO, 1994; ZACHIA, 2006), cujo lugar das relações o envolve para além do que ele consegue controlar ou compreender sobre si mesmo. Estudos apontam que a cada ano aumentam de 5% a 10% entre a população casada que terá de recorrer a tecnologias de reprodução assistida, segundo aponta relatório da ONU (UNITED NATIONS, 2019). Nos EUA este índice aumenta para casais com a faixa etária 15 e 44 anos de 35% em 1976 para 47% em 2010 (JOHNSON, 2016). No Brasil esta tendência é mais forte, aonde 42,8% dos casais entre 25 e 34 anos decidiram não ter filhos (BRANDALISE, 2014). Segundo o IBGE (2016), a percentagem total de casais sem filhos em 2015 foi de 20,0%. A concretização da parentalidade é uma meta para a maioria dos homens e mulheres, constituindo-se em critério para a real, aceitação social, realização pessoal, filiação religiosa, identidade sexual e ajustamento psicológico. Deste modo a fertilidade configura-se de certo modo em necessidade humana básica e a parentalidade um marco no desenvolvimento humano (CUNHA et al., 2008).

Ao longo das últimas décadas, a maioria dos países industrializados avançou grandemente no tratamento da infertilidade, tanto masculina quanto feminina. Ainda que muitos casais inférteis tenham concebido, as novas tecnologias reprodutivas permanecem controversas. Isso se deve em grande parte ao fato delas terem desafiado as noções de família, proximidade e parentesco, especialmente em relação ao parentesco biológico e social, alterando também as percepções das funções físicas e dos limites do corpo, em particular do corpo das mulheres (HELMAN, 2009). A autora traz ainda o quanto a fertilidade é uma preocupação humana universal, pois a consequência é a geração de uma angústia quando a infertilidade se torna uma evidência, não importando a sua causa. Quando a mulher não consegue engravidar, uma variedade de explicações culturais entra em jogo para justificar sua infertilidade. As explicações leigas para o infortúnio colocam a culpa no comportamento do indivíduo, no mundo natural, na malevolência de outras pessoas ou até mesmo em forças sobrenaturais e divinas, de uma forma muito semelhante da que é vista em mulheres grávidas (MATOS, 2019).

A infertilidade por sua vez é uma condição mundialmente prevalente e tem estado associada a inúmeras repercussões psicossociais. A decisão postergada de ter filhos nos países desenvolvidos e a grande ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis em locais em desenvolvimento tem contribuído para a prevalência do

problema em todo mundo. Este fato acaba por provocar dificuldades no relacionamento marital, na satisfação sexual e no bem-estar psicológico, bem como ocasionando sintomas psíquicos tais como o estresse (CHACHAMOVICH, 2009; GRADVHL, OSIS, MAKUCH, 2013).

Instabilidade emocional e conjugal, divórcio, perda do status social, abuso, pobreza e estigmatização são aspectos da experiência da falta de filhos involuntária. Ainda que homens não estejam imunes ao sofrimento associado à condição, as mulheres parecem carregar o fardo principal, pois são frequentemente acusadas de não conceberem, tornando-se mais vulneráveis a consequências econômicas e sociais negativas (DYER et al, 2005). Os prejuízos pessoais e sociais ocasionados pelo problema representam um impacto negativo na qualidade de vida vivenciado pelas mulheres e seus parceiros (BAYBORDI, 2019; CRAIG, PECK, JANITZ, 2019; GALIC et al, 2021). Qualidade de vida (QV) é uma noção humana abrangente que reflete valores, experiências e conceitos de indivíduos e coletivos. Estes aspectos estão relacionados ao momento histórico, à classe social e à cultura em que estão inseridos os indivíduos (DANTAS, SAWADA, MALERBO, 2003; JANITZ, PECK, CRAIG, 2019; PERSILY, STAIR, NAJARI, 2020; NJAGI et al, 2020; CASTRO, TAPIA, 2021).

De acordo com a autora, a expressão “Qualidade de vida ligada à saúde”, tradução da expressão inglesa *Healthrelated Quality of life*, é utilizada para se distinguir da QV numa significância mais ampla. No contingente clínico, o interesse se dá por aqueles aspectos da QV que influenciam a ocorrência e ou tratamento de doenças e traumas, configurando-se em tema de pesquisa bastante relevante, já que seus resultados contribuem para aprovar e definir tratamentos e avaliar custo benefício do cuidado prestado. Apesar de não haver definição consensual, existe concordância entre os pesquisadores acerca das características do constructo QV: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade.

Qualidade de vida (QV), está ainda, ligada, à percepção de um indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto cultura e no sistema de valores onde se insere e incorpora saúde física, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos e crenças que remetem a uma avaliação subjetiva. Pode ser interpretada de 03 (três) maneiras. A primeira definição centra-se no bem-estar e tranquilidade, a segunda nas questões que envolvem aspectos econômicos, sociais e físicos e terceira centrada na

deficiência e na doença (DIREKVAND-MOGHADAM, DELPISHEH, DIREKVAND-MOGHADAM, 2014).

A falta de filhos involuntária, de acordo com alguns estudos sequer seria aparente se o casal não tivesse tentado conceber. Seu impacto só pode ser totalmente compreendido dentro de um contexto sociocultural. Em uma cultura que valoriza o nascimento de filhos, é difícil impedir que a infertilidade involuntária se torne uma fonte de sofrimento, uma condição altamente angustiante em nível pessoal. As mulheres que optam pela realização de tratamentos de reprodução assistida, concentrar-se no que poderia contribuir para a resiliência, utilizando estratégias de normalização em oposição a apenas tentar aliviar o sofrimento inerente à situação, pode ser um caminho promissor (YAEL, GOZLAN, WEISSMAN, 2017).

Os prestadores de cuidados em saúde, de acordo com o autor devem estar cientes destes aspectos e encorajar as mulheres e seus parceiros, mas principalmente as primeiras, a manterem-se engajadas em uma ampla gama de objetivos de vida, realizando atividades de lazer, impondo limites a comparações sociais negativas, concentrando-se em manter equilíbrio entre a suas vidas e o problema. Outorgar aspecto central à infertilidade e aos tratamentos de reprodução assistida estão associados com maior sofrimento e menor bem-estar, reduzindo significativamente a qualidade de vida nesta população.

JUSTIFICATIVA

A infertilidade é um problema de saúde que acomete milhões de pessoas no mundo todo e está associada a inúmeras repercussões psicossociais. Frente a este contexto, o trabalho proposto assume grande relevância, uma vez que se propõe constatar se infertilidade feminina causa prejuízos à (QV) de mulheres e seus parceiros atendidos no Ambulatório de Reprodução Assistida do HCPA. Através de uma minuciosa avaliação da clientela atendida e suas necessidades primeiras, tornar-se-á possível propor alternativas terapêuticas que contemplem positivamente a população estudada.

HIPÓTESES

HIPÓTESE ALTERNATIVA

A infertilidade causa prejuízos à (QV) de mulheres e seus parceiros.

HIPÓTESE NULA

A infertilidade não causa prejuízos à (QV) de mulheres e seus parceiros.

OBJETIVOS

Principal

Avaliar se a infertilidade causa prejuízo à qualidade de vida de mulheres e seus parceiros.

Secundários

Identificar se os níveis de ansiedade estão relacionados a maior ou menor qualidade de vida dos parceiros; verificar se o bem-estar espiritual corrobora para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos quanto à vivência da infertilidade; comparar os resultados obtidos estratificando os dados por sexo; propor alternativas terapêuticas complementares ao serviço prestado, a partir dos achados desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- AGARWAL, A. et al. A unique view on male infertility around the globe. **Reproductive biology and endocrinology**, vol. 13, n. 37, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12958-015-0032-1>. Acesso em: 22 jun. 2018.
- ASAZAWA, K. et al. Quality-of-life predictors for men undergoing infertility treatment in Japan. **Japan Journal of Nursing Science**, v. 16, 329–341. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jjns.12248>. Acesso em: 22 jun. 2018.
- AVELAR, C. C.; ARAÚJO, C. Terapias Complementares. In: AVELAR, C. C. & CAETANO, J. P. J. **Psicologia em Reprodução Humana**. São Paulo: SBRH, 2018.
- BABAKHANZADEH, E. et al. Some of the Factors Involved in Male Infertility: A Prospective Review. **Int J Gen Med.**, vol, 13, p.29-41, 5 fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IJGM.S241099>. Acesso: 1 jun. 2021.
- BAKHTITAR, K.; BEIRANVAND, R.; ARDALAN, A. An investigation of the effects of infertility on Women's quality of life: a case-control study. **BMC Women's Health**, v. 19, p. 114, 2019. Disponível em: <https://10.1186/s12905-019-0805-3>. Acesso: 1 jun. 2021.
- BAPTISTA, M. N.; CARNEIRO, A. M. Validade da escala de depressão: relação com ansiedade e stress laboral. **Estudos de Psicologia**, v. 28, n. 3, p.345-352, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000300006>. Acesso: 1 jun. 2021.
- BATNIC, B.; LAZAREVIC, J.; DIKIC, S.D. Correlation between selfefcacy and well-being, and distress in women with unexplained infertility. **J Eurpsy**, v. 4, n. 1, p.89, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso: 08 jun. 2021.
- BRENNAN, D.P.; NEWTON, C. R.; FEINGOLD, T. Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment, **Fertility and Sterility**, v.88, n. 4, 2007, p. 911-914. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.12.023>. Acesso: 1 jun. 2021.
- CARTER, R.; STEVENS, B. Genetics and Genetic Counseling in Perinatal Palliative Care. IN: DENNEY-KOELSCH, E. M., & COTÉ-ARSENAULT, D. (Eds.). **Perinatal Palliative Care**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-34751-2>. Acesso: 1 jun. 2021.
- CERAN, M. U. et al. Engin-Ustun. Psychological domain of quality of life, depression and anxiety levels in in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycles of women with endometriosis: a prospective study, **Journal of Psychosomatic**

Obstetrics & Gynecology, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1787978>. Acesso: 1 jun. 2021.

CHACHAMOVICH, J. L. R. Qualidade de vida em infertilidade: revisão sistemática dos achados da literatura e avanços na investigação de homens e casais inférteis. 2009. 180 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/15920>. Acesso em: 21 jun. 2018.

CHOI, C.-Y. et al. A case report of successful pregnancy and delivery after peritoneal dialysis in a patient misdiagnosed with primary infertility. **Medicine**, v.97, n.26, p.11148, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000011148>. Acesso em: 21 jun. 2018.

CLARK, N.A. et al. A systematic review of the evidence for complementary and alternative medicine in infertility. **Int J Gynaecol Obstet**, 2013, v.122, n.3 p. 202-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.03.032>. Acesso: 1 jun. 2021.

CONNELL, R. W.; MESSERCHMIDT, J. W. Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. **Gender & Society**, 2005, 19(6), 829–859. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0891243205278639>. Acesso: 1 jun. 2021.

CUNHA, M. C. V. et al. Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 201-10, set-dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000400009. Acesso: 02 jun. 2021.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: Revisão da produção científica das Universidades Públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p.532-8, jul-ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a17>. Acesso: 27 jun. 2018.

DENNEY-KOELSCH, E. M.; COTÉ-ARSENAULT, D. (Eds.). Perinatal **Palliative Care**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-34751-2>. Acesso: 02 jun. 2021.

DIREKVAND-MOGHADAM, A.; DELPISHEH, A. Effect of Infertility on the Quality of Life, A Cross Sectional Study. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 8, n. 10, p. 13-5, out. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4558643>. Acesso: 28 jun. 2018.

DUTNEY, A. Religion, infertility and assisted reproductive technology. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, 21, 169–180, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.09.007>. Acesso: 02 jun. 2021.

DYER, S.J. et al. Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. **Human Reproduction**, v. 20, n. 7, p. 1938-

43, jul. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humrep/deh845>. Acesso em: 22 jun. 2018.

FARINATI, D. M.; RIGONI, M. S.; MÜLLER, M. C. Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 433-9, out-dez. 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395336256011>. Acesso em: 27 jun. 2018.

FARIA, D. M. P.; GRIECO, S. C.; BARROS, S. M. O. Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 794-801, 2012.

FLECK, M. P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". **Revista de Saúde Pública**, 2000, v. 34, n. 2, pp. 178-183. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>. Acesso: 02 mai. 2021.

GRUNBERG, P; MINER, S.; ZELKOWITZ, P. Infertility and perceived stress: the role of identity concern in treatment-seeking men and women, **Human Fertility**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14647273.2019.1709667>. Acesso: 02 jun. 2021.

HAMZEHGARDESHI, Z. et al. Investigating the mental health status of infertile women. **Int J Reprod BioMed**, vol. 17, 2019, p.: 293–294. Disponível em: <https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i4.4556>. Acesso: 02 jun. 2021.

HASSON, J. et al. Quality of life of immigrant and non-immigrant infertile patients in a publicly funded invitro fertilisation program: a cross-sectional study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v.124, p.1841–1847, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14709>. Acesso: 02 jun. 2021.

HELMAN, C. G. Cultura, saúde e doença. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HOWE, S. et al. The social and cultural meanings of infertility for men and women in Zambia: legacy, family and divine intervention. **Facts Views Vis Obgyn**, v.12, n.3, p.185-193, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7580265/>. Acesso: 08 jun. 2021.

HUBENS, K.; ARONS, A. M. M.; KROL, M. Measurement and evaluation of quality of life and well-being in individuals having or having had fertility problems: a systematic review, **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1539161>. Acesso: 02 jun. 2021.

ILSKA, M.; BRANDT-SALMERI, A.; KOLODZIEJ-ZALESKA, A. Effect of prenatal distress on subjective happiness in pregnant women: The role of prenatal attitudes towards maternity and ego-resiliency, **Personality and Individual Differences**, v. 163, p.110098, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110098>. Acesso: 02 jun. 2021.

INHORN, M.C.; PATRIZIO, P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. **Human Reproduction Update**, v. 21, n.4, pp. 411–426, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv016>. Acesso: 02 jun. 2021.

IRELAND, S. et al. Perspectives of time: a qualitative study of the experiences of parents of critically ill newborns in the neonatal nursery in North Queensland interviewed several years after the admission. **BMJ Open**, v. 9, p.026344, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/>. Acesso: 01 jun. 2021.

JAMILIAN, H.; JAMILIAN, M.; SOLTANY, S. The Comparison of Quality of Life and Social Support among Fertile and Infertile Women. **Patient Saf Qual Improv.** V.5, n.2, p.521-525, 2017.

KARABULUT, A. et al. Assessing factors associated with infertility using a couple-based approach. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v.137, 96–98, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12101>. Acesso: 02 jun. 2021.

KARABULUT, A.; OZKAN, S.; OGUZ, N. Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: Analysis of confounding factors. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v.170, p.193–197, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.06.029>. Acesso: 01 jun. 2021.

KARACA, N. et al. Effect of IVF failure on quality of life and emotional status in infertile couples. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v.206, 158–163, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.09.017>. Acesso: 15 jun. 2021.

KERAMAT, A. et al. Quality of life and its related factors in infertile couples. **Journal of Research in Health Sciences**, v.14, p.57–64, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/ESTEVAN/Downloads/2013PubMedQualityofLife.pdf>. Acesso: 02 jun. 2021.

KHALID, A.; DAWOOD, S. Social support, self-efficacy, cognitive coping and psychological distress in infertile women. **Archives of Gynecology and Obstetrics**. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05614-2>. Acesso: 15 jun. 2021.

KIM, Y. M.; NHO, J-H. Factors influencing infertility-related quality of life in infertile women. **Korean J Women Health Nurs**, v.26, n.1 p.49-60, 19 mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2020.03.08>. Acesso: 19 mar. 2020.

KOERT, E.; TAKEFMAN, J.; BOIVIN, J. Fertility quality of life tool: update on research and practice considerations, **Human Fertility**, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14647273.2019.1648887>. Acesso: 19 mar. 2020.

LEÃO, J.A.C.K.; LINDÔSO, Z.C.L. Infertilidade feminina: aspectos multidimensionais e a percepção da mulher. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro. v.4, n.6, p.985-1003, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto34235>. Acesso: 15 jun. 2021.

LI, J. et al. Case report of a pituitary thyrotropin-secreting macroadenoma with Hashimoto thyroiditis and infertility. **Medicine**, v.97, n.1, p.9546, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000009546>. Acesso: 15 jun. 2021.

LLOUD, C. B. (1991). The Contribution of the World Fertility Surveys to an Understanding of The Relationship Between Women's Work and Fertility. **Studies in Family Planning**, 22(3), 144. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/1966642>. Acesso: 15 jun. 2021.

LYKERIDOU, K. et al. The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. **J Reprod Infant Psychol**, v.27, p.223–237, 2009.

MARQUES, L. F.; SARRIERA, J. C.; DELL'AGLIO, D. D. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE): Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS). **Aval. psicol.**, v.8, n.2, p.179-186, ago. 2009. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 jun. 2021.

MASSAROTTI, C. et al. Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization. **Gynecological Endocrinology**, v.35, n.6, p.485-489, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1540575>. Acesso: 15 jun. 2021.

MCCARTHY, H. *Double Lives: A History of Working Motherhood*. London: Bloomsbury Publishing, 2020.

MILLER, J. Mourning the never born and the loss of the Angel. In: HAYNES, J.; MILLER, J. (Org.). *Inconceivable Conceptions: Psychological aspects of infertility and reproductive technology*. New York: Brunner-Routledge, 2003.

MILNER, S.A. et al. Masculinity, Mental Health, and Desire for Social Support Among Male Cancer and Infertility Patients. **Am J Mens Health**. V.13, n.1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1557988318820396>. Acesso: 15 jun. 2021.

MONGA, M. et al. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. **Urology**, v.1, p.126-130, 2004.

NAMAYAR, J.B. et al. Quality of life and its influencing factors of couples referred to an infertility center in Shiraz, Iran. **International Journal of Fertility & Sterility**, v.11, p.293–297, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22074/ijfs.2018.5123>. Acesso: 15 jun. 2021.

NAMDAR, A. et al. Quality of life and general health of infertile women. **Health and Quality of Life Outcomes**, 2017, v.15, n.1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0712-y>. Acesso: 15 jun. 2021.

OTI-BOADI, M.; OPPONG ASANTE, K. Psychological health and religious coping of Ghanaian women with infertility. **BioPsychoSocial Med**, v.11, n.20, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13030-017-0105-9>. Acesso: 15 jun. 2021.

PARGAMENT, K.; FEUILLE, M.; BURDZU, D.; The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. **Religions**, v.2, n.1, p.51–76, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/rel2010051>. Acesso: 15 jun. 2021.

PASSOS, E. Infertilidade. In: FREITAS, F. **Rotinas em ginecologia**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, mar. 2008. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?scribpt=sci_arttext&pid=S1413-73722008000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2018.

RAMEZANZADEH, F. et al. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. **BMC Women's Health**, vol. 4, n. 1, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-9>. Acesso: 15 jun. 2021.

RZONCA, E. et al. Determinants of Quality of Life and Satisfaction with Life in Women with Polycystic Ovary Syndrome. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 15(2), 376, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph15020376>. Acesso: 15 jun. 2021.

SANTORO, N. et al. Fertility-related quality of life from two RCT cohorts with infertility: Unexplained infertility and polycystic ovary syndrome. **Human Reproduction**, 31, 2268–2279, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humrep/dew175>. Acesso: 15 jun. 2021.

SANTOS B. et al. As medidas utilizadas para avaliar o nível emocional da família perante a infertilidade: uma scoping review. Vol. 8 N.º 1 (2020): Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/issue/view/1028>. Acesso em 02 abr. 2021.

SANTOS, T. A Maternidade, a Mulher e a História. **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, v.16, n.1, 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/271/269>. Acesso: 02 mai. 2021.

SCHWEIGER, U.; SCHWEIGER, J.U.; SCHWEIGER, J.I. Mental Disorders and Female Infertility. **Archives of Psychology**, v. 2, n. 6, 2018. ISSN 2573-7902. Disponível em: <https://archivesofpsychology.org/index.php/aop/article/view/73>. Acesso em: 14 jun. 2021.

SHAHRAKI, Z.; GHAJARZADEH, M.; GANJALI, M. Depression, Anxiety, Quality of Life and Sexual Dysfunction in Zabol Women with Infertility MAEDICA. **Journal of Clinical Medicine**, v.14, n.2, p.131-134, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26574/maedica.2019.14.2.131>. Acesso: 15 jun. 2021.

SIRISTATIDIS, C.; POULIAKIS, A.; SERGENTANIS, T.N. Special characteristics, reproductive, and clinical profile of women with unexplained infertility versus other causes of infertility: a comparative study. **J Assist Reprod Genet**, V. 37, n. 8, p. 1923-1930, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10815-020-01845-z>. Acesso: 15 jun. 2021.

STEUBER, K.R.; HIGH, A. Disclosure strategies, social support, and quality of life in infertile women. **Human Reproduction**, v.30, p.1635–1642, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humrep/dev093>. Acesso: 15 jun. 2021.

TURNER, K. et al. Stress and Anxiety Scores in First and Repeat IVF Cycles: A Pilot Study. **PLoS ONE**, v. 8, n.5, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063743>. Acesso: 15 jun. 2021.

TYUVINA, N.A.; NIKOLAEVSKAYA, A.O. Infertility and mental disorders in women. Communication 1. **Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics**, vol. 11, n. 4, 2019, p.117-124. Disponível em: <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-4-117-124>. Acesso: 15 jun. 2021.

VASQUEZ, G. G. H. Imperfeições no papel: a infertilidade nas páginas da revista Pais & Filhos. **Rev. Estud. Fem.**, v.26 n.1, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n144155>. Acesso: 01 jun. 2021.

YAEL, B.; GOZLAN, M.; WEISSMAN, A. Normalization as a Strategy for Maintaining Quality of Life While Coping with Infertility in a Pronatalist Culture. **International Journal of Behavioral Medicine**, v. 24, n. 6, p. 871-9, dez. 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12529-017-9656-1>. Acesso em: 15 jun. 2018.

WANG, R. et al. Large randomized controlled trials in infertility. **Fertility and Sterility**, v.113, n. 6, p. 1093–1099, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.04.037>. Acesso: 15 jun. 2021.

WAX, J. W.; D'ANGIO, C. T.; CHAFERY, M. C. Perinatal Ethics. IN: DENNEY-KOELSCH, E. M., & COTÉ-ARSENAULT, D. (Eds.). **Perinatal Palliative Care**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-34751-2>. Acesso: 15 jun. 2021.

ZACHIA, S. A. A visão dos profissionais da saúde na abordagem de questões de reprodução assistida: uma perspectiva transcultural. 2006. 79 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6375/000529103.pdf>. Acesso: 01 jun. 2021.

ZAER, S. J. et al. Association of Estrogen Receptor Alpha gene SNPs Arg157Ter C>T and Val364Glu with Female Infertility, **British Journal of Biomedical Science**, vol. 78 n.2, p. 98-100, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09674845.2020.1759993>. Acesso: 15 jun. 2021.

ZEREN, F.; GÜRSOY, E.; ÇOLAK, E. The Quality of Life and Dyadic Adjustment of Couples Receiving Infertility Treatment. **African Journal of Reproductive Health**, v.23, n.1, p.117, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.29063/ajrh2019/v23i1.12>. Acesso: 15 jun. 2021.

ARTIGO

**INFERTILITY AND ISSUES RELATED TO QUALITY OF LIFE IN WOMEN AND
THEIR PARTNERS SERVED IN A PUBLIC ASSISTED REPRODUCTION
PROGRAM**

QUADRO LSG ^{1 2 *}, BEHENCK AS ², ZACHIA AS, SARVACINSKI F ³, KUHL CP ³,
BERGER M ², PASSOS EP ³, TERRACIANO PB ².

¹ Posgraduate Program in Gynecology and Obstetrics, School of Medicine,
Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil.

² Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brazil.

³ School of Medicine, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto
Alegre, RS, Brazil.

Full names: Laiza Simone Garcia Quadro; Andressa da Silva Behenck; Suzana de
Azevedo Zachia; Flávia Sarvacinski; Cristiana Palma Kuhl; Markus Berger; Eduardo
Pandolfi Passos; Paula Barros Terraciano.

***Corresponding author:** Laiza Simone Garcia Quadro address: Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, Department of Gynaecology and Obstetrics - Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos, 2350, 90035-903, Porto Alegre, RS,
Brazil.

Phone: +55 51 981772235

E-mail addresses: laizaquadro@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: The inability to conceive children is a serious public health problem and although it is not a life-threatening, it can be linked to mental and social problems, sometimes causing damage to the quality of life of affected men and women. **Objective:** To assess whether infertility impairs the quality of life of women and their partners. **Method:** The study was guided by a descriptive cross-sectional observational design. Data from 59 couples were analyzed, in a total of 118 individuals, between 25 and 40 years of age, all enrolled in the assisted reproduction program of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA). The instruments used were: World Health Organization Quality of Life, BREF version (WHOQOL-BREF), Beck Anxiety Inventory (BAI), Spiritual Well-Being Scale (EBE) and socio-demographic questionnaire, by signing the Free and Informed Consent Term Enlightened. **Results:** The average age of participating women was 34.9 years old and 34 years old for men. Regarding education, for 32 women (54.2%) and 24 men (40.7%) completed high school. The predominant religion was Catholic with 23 women (39.0%) and 32 men (54.2%). Women got an average of 04 points and men 03 points in the weighted average of 6 on the BAI scale. Women who do not have a religion performed better in the physical domain of the BREF (64.3%). Men who live with other people and/or family members besides their wives have better QoL scores in the physical and psychological domains. There was an incidence of high QoL scores in the social domain in men who do not earn well. Anxiety in women, even at levels considered low, seems to interfere with existential well-being and QoL. **Conclusion:** Our research took a comprehensive look at infertility by breaking, sometimes, with the common sense. Thus, we showed the multiple factors that consist the problem, whose frustration was present in both men and women. The nursing work in this situation presented as essential to know the demands of this population.

Keywords: Infertility, infertile couple, assisted reproduction, quality of life.

INTRODUCTION

Historically, both infertility (difficulty in conceiving) and sterility (total impossibility of this happening) are reasons for unpleasantness between men and women (ILSKA et al., 2020). The biological child is socially surrounded by many expectations from the couple. This aspect is so present in certain cultures to the point where a woman doesn't feel complete until she can be a mother (SANTOS, 2019; MCCARTHY, 2020). The World Health Organization (WHO) defines infertility as a disease of the reproductive system, characterized by the inability to obtain a pregnancy after 12 months or more of regular sexual intercourse and without using contraceptives (LEÃO & LINDÔSO, 2020). Two types of infertility are known, the primary and the secondary. The first occurs when the couple is unable to conceive and in the second case, the couple is unable to carry the pregnancy to the end, after having conceived. Infertility results from

the failure of the reproductive process, as a result most often from an organic affection of the female, male or both reproductive systems (SANTOS et al., 2020).

It is presumed worldwide that between 40 and 80 million couples are infertile. (INHORN & PATRIZIO, 2015). Statistics point to a percentage of 0.6% and 32.6% of the world population suffering from the problem, varying according to the researched place (PASSOS, 2017). It is estimated that 30% of infertility cases are female, 30% male, 20-30% due to mixed causes and around 10 – 20% of unknown or idiopathic origin (AGARWAL et al., 2015). Female causes are related to ovulatory processes, gynecological pathologies, such as endometriosis and tubal disease. The most common male factors are: low sperm production, ductal obstruction, inability to deposit sperm in the vagina and immunological factors (ZAER et al., 2020; SIRISTATIDIS et al., 2020).

For the reasons presented here, we see infertility as part of a psycho social issue, which we want to investigate. To do so, we directed certain instruments to a population of infertile couples to know their quality of life by the WHOQOL-BREF (FLECK et al., 2000) -, the presence of significant levels of anxiety by the the Anxiety Inventory of Beck – BAI (BAPTISTA, CARNEIRO, 2011), and how is its relationship with the most transcendental meaning of life with the Scale of Spiritual Well-Being – EBE (MARQUES, SARRIERA, DELL'AGLIO, 2009) and, finally, to know the conditions of this population with the Socio-Demographic Questionnaire.

MATERIAL AND METHODS

Outline

This is a cross-sectional study that verifies whether infertility harms the QoL of women and their partners.

Population and sample

The study was guided by a descriptive cross-sectional observational design. Data from 59 couples were analyzed, in a total of 118 individuals, between 25 and 40 years of age, all enrolled in the assisted reproduction program of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA). Inclusion criteria were: Diagnosis of female and/or male infertility; partners for at least 01 year living in the same house; individuals able

to understand the instrument once they accept to participate in the research. Exclusion criteria: mental disorder identified in any of the participants during the research.

Data collection instruments and procedures

Men and women completed the World Health Organization-Quality of Life-Brief (WHOQOL-Brief) Spiritual Well-Being Scale (EBE), and the Beck Depression Inventory independently. Hierarchical multiple linear regression was performed, which is a form of modeling where all variables from a specified block are inserted into the model at the same time, respecting the permanence of the significant variable for the entry of the next block with all the study variables.

Statistical analysis

Data frequencies were described as mean and standard deviation (+-sd). The comparison between the WHOQOL-BREF scores of the patients and their partners was performed using the Student t test for paired samples and the interclass correlation coefficient.

The study variables were grouped into temporally related blocks. At first 03 (three) blocks were considered: block 1 (age, time living together and level of education), block 2 (diagnosis time, cause of infertility and number of treatments performed) and block 3 (scores obtained in the WHOQOL application -BREF, EBE and BAI). Hierarchical multiple linear regression was performed, which is a form of modeling where all variables from a given block are inserted into the model at the same time, respecting the permanence of the significant variable for the entry of the next block with all the study variables. Variables that presented (p) less than 0.10 in their block were inserted in the subsequent block. Thus, the associated variables were evaluated independently from the others. Considering a significance level of 5%, power of 80% and a minimum correlation coefficient of 0.27 between the variables under study with quality of life, a minimum total of 106 couples was obtained.

DISCUSSION

When couples resort to assisted reproduction techniques, they usually deal with the situation for some time. The difficulty in conceiving, for many, has overwhelming dimensions. Studies associate marital infertility as a cause for numerous emotional

disorders such as anxiety, anger and depression (RAMEZANZADEH et al., 2004; BRENNAN, NEWTON, FEINGOLD, 2007; SCHWEIGER, SCHWEIGER, SCHWEIGER, 2018; TYUVINA & NIKOLAEVSKAYA, 2019; HAMZEHGARDESHI et al., 2019; CERAN et al., 2020). However, the results found after applying the BAI instrument, identified levels of anxiety considered low, at most 06 points among the participants, with no significant difference between women and men regarding levels of anxiety. Women got an average of 04 points on the scale and men 03 points. These findings corroborate the results found by (MASSAROTTI et al., 2018; TURNER et al., 2013), probably because the patients received extensive emotional support during the period they were in the COVID-19 epidemic by maintaining the service in the online model. The notion of an extremely anxious group was not verified even when they were related to EBE and WHOQOL-BREF.

In this table, among the associations made, it was noteworthy that women who do not have a religion have a higher performance in the physical domain of the WHOQoL BREF (64.3%) compared to those who follow some creed. This fact may be related to a strengthening of marital bonds (CERAN et al., 2020; FARIA et al., 2012). Next, it is observed that women who have children produce a lower performance in the physical domain of the BREF. Our study reveals higher physical domain scores when compared with Iranian women (BAKHTIYAR, BEIRANVAND, ARDALAN, 2019). The study by Aduloju et al. (2017) points out that this lower performance in the physical domain may be related to racial issues present in Nigeria between fertile and infertile couples. The demands of motherhood may be implied in the low physical domain (JAMILIAN et al., 2017). In a study carried out in Poland (RZONCA et al., 2018), higher scores were found due to the social status of the individuals involved. This fact may be related to the possibility of building long-term plans and, therefore, interfering with greater assertiveness in the physical, social and even psychological domains.

The associations of QoL in men drew attention to the fact that men who live with other people and/or family members besides their wife have better QoL scores in the physical and psychological domains compared to those who only live with their wife. The study by Turkish researchers (ZEREN et al., 2019) corroborates that QoL is high in these cases due to marriages in which the family remains the main support for men. In this case, the family with whom the man lives in addition to the wife is observed as a social support also found in a study about infertility in Japanese couples (ASAZAWA et al., 2019). High scores in the social domain in men with lower salaries have already

occurred (HUBENS et al., 2018; KOERT et al., 2019; KARACA et al., 2016; KERAMAT et al., 2014; NAMAYAR et al., 2018; SANTORO et al., 2016; STEUBER and HIGH, 2015). Men who do not work produce higher scores in the social domain, which was found in three other studies (HASSON et al., 2017; KARABULUT et al., 2017; KARABULUT, OZKAN and OGUZ, 2013). Regarding remuneration, men who earn more also have better scores in the psychological and environmental domains, as shown in a recent study (MILNER et al., 2019). Our study reveals that the current notions of the man as the provider of the couple's earnings do not apply to all cases. Men in these cases that were not taken as expected can be thought as models of masculinity in transition (CONNELL & MESSERSCHMIDT, 2005).

Regarding the levels of anxiety in women, interfering with existential well-being and QoL, this relationship was associated with a reduction in existential well-being (SHAHRAKI, GHAJARZADEH, GANJALI, 2019; NAMDAR et al., 2017; MONGA, 2004). The cause of infertility was a significant predictor of anxiety and distress in our sample, with higher levels in cases of female infertility. This fact is probably related to the feeling of guilt, in which personal, family, social and even religious expectations may be frustrated (LYKERIDOU et al., 2009). Such situations are typical of a feeling of religious confrontation that brings anxiety at a high level (OTI-BOADI, OPPONG ASANTE, 2017; PARGAMENT, FEUILLE, BURZY, 2011; KHALID, DAWOOD, 2020; BATNIC, LAZAREVIC, DIKIC, 2017). The fact that men do not have a religious belief has no significant association when compared to bibliographic findings (DUTNEY, 2007; HOWE et al., 2020; GRUNBERG, MINER, ZELKOWITZ, 2020).

CONCLUSION

Our research raised a wide look at infertility that sometimes breaks the common sense on the subject. Thus, we showed the multiple factors that make up the problem, but one thing is certain: frustration ran through both men and women. Sometimes the impact will be minimal or even imperceptible, as having children was not a desire, however, most people will face a dilemma, exposed to stigmatizing and self-blaming conditions. The negative impact on the lives of these people cannot be disregarded (MILLER, 2003; KIM & NHO, 2020; LI et al., 2018).

We emphasize here the importance of a multidisciplinary team (WANG et al., 2020; CHOI et al., 2018; Li et al., 2018) in cases that involve both clinical issues and issues related to the psychic and emotional aspects of the subjects involved. At this point, the role of nursing in the team proved to be fundamental, providing a comprehensive look at each individual with an advice on the situation and coordination of work groups (DENNEY-KOELSC, COTÉ-ARSENAULT, 2020; CARTER, STEVENS, 2020; WAX, D 'ANGIO, CHAFERY, 2020; IRELAND et al., 2019). Our performance in Assisted Reproduction Services should not be different from what is found in other areas of nursing practice. Identifying the problems experienced by the study population facing the experience of infertility and its confrontation mechanisms would make no sense if the main motivation to help another human being with difficulties is not the priority of the service. The issues raised here require the development of a differentiated and attentive look for each patient, thus being able to transform personal and collective realities, even improving the team's posture.

Finally, we propose a path to increase the quality of the people served by the service. Therefore, we observe the emergence of complementary practices and therapies (BRASIL, 2015). They are not a substitute for the traditional assessment and treatment service, however, they bring an effective differential in the management of anxiogenic situations that occur in the hospital routine (CLARK et al., 2013; AVELAR & ARAÚJO, 2018). The handling of these situations is part of this work, whose purpose was headed to help a population with multiple difficulties and high expectations regarding fertility. Both men and women go through difficulties related to the topic and facing it becomes essential for the next step they will take as couples. The possibility of being united and pursuing the fertilization program is part of their human achievements towards the future. Therefore, their questions are not trivial and must be treated with great respect by the hospital's health teams.

Tables

Table 1 – Sample characterization

Variables	Women (n=59)	Men (n=59)	p
Age (years) – average \pm DP	34,9 \pm 6,8	34,0 \pm 6,1	0,410
Education level – n(%)			0,476
Incomplete elementary school	5 (8,5)	4 (6,8)	
Complete elementary school	4 (6,8)	9 (15,3)	
Incomplete high school	1 (1,7)	3 (5,1)	
Complete high school	32 (54,2)	24 (40,7)	
Incomplete college	4 (6,8)	9 (15,3)	
Complete college	10 (16,9)	6 (10,2)	
Graduate degree	3 (5,1)	4 (6,8)	
Religion – n(%)			0,315
Catholic	23 (39,0)	32 (54,2)	
Evangelical	19 (32,2)	16 (27,1)	
Spiritist	3 (5,1)	1 (1,7)	
Umbanda	7 (11,9)	5 (8,5)	
Other religions	1 (1,7)	2 (3,4)	
No religion	6 (10,2)	3 (5,1)	
Who lives with – n(%)			-
Children	4 (6,8)		
Relatives	5 (8,5)		
Just couple	47 (79,7)		
Children + relatives	3 (5,1)		
House – n(%)			-
Own	54 (91,5)		
Leased	5 (8,5)		
Have children – n(%)	13 (22,0)	7 (11,9)	0,180
Infertility time (years) - median (P25-P75)	5 (3 – 9)		-
Has already undergone fertilization procedure – n(%)	6 (10,2)	9 (15,3)	0,250
Works – n(%)	46 (78,0)	48 (81,4)	0,824
Considers adequate remuneration – n(%)	46 (78,0)	44 (74,6)	0,815
Life plan or goal – n(%)	46 (78,0)	45 (76,3)	1,000

Table 2 – Data on anxiety, well-being and quality of life (BAI, EBE and WHOQOL-BREF)

Variables	Women (n=59)	Men (n=59)	p
BAI – median (P25-P75)	4 (1 – 6)	3 (1 – 6)	0,454
Well-being (average ± DP)			
Religious	54,0 ± 9,1	52,9 ± 8,7	0,375
Existential	51,6 ± 6,4	51,9 ± 5,8	0,758
Total	105,6 ± 12,4	104,8 ± 11,9	0,644
Quality of life WHOQOL-BREF (average ± DP)			
Physical	60,7 ± 8,5	60,8 ± 8,3	0,967
Psychological	65,7 ± 7,7	66,5 ± 8,1	0,537
Social	75,3 ± 15,2	74,3 ± 14,5	0,672
Environment	70,0 ± 10,0	67,0 ± 11,3	0,081
General	74,2 ± 14,5	73,9 ± 14,4	0,923

Table 3 – Associations with quality of life in women

Variables	Physical	Psychological	Social	Environment	General
Age (years) – r (p)	-0,068 (0,606)	-0,106 (0,425)	0,048 (0,719)	-0,106 (0,423)	0,011 (0,937)
Education level -r _s (p)	0,050 (0,707)	-0,115 (0,385)	-0,178 (0,176)	0,136 (0,305)	0,001 (0,996)
Religion (average ± DP)					
With religion	60,3 ± 8,9	65,6 ± 7,7	75,8 ± 13,6	70,3 ± 9,7	74,8 ± 13,8
No religion	64,3 ± 3,2	66,0 ± 8,9	70,8 ± 26,7	67,2 ± 12,9	68,8 ± 20,5
P	0,040	0,922	0,672	0,476	0,339
Who lives with (average ± DP)					
Couple + others	57,4 ± 9,1	68,4 ± 8,2	77,8 ± 15,2	70,1 ± 10,0	77,1 ± 11,7
Just couple	61,6 ± 8,3	65,0 ± 7,5	74,6 ± 15,2	69,9 ± 10,1	73,4 ± 15,1
P	0,137	0,172	0,528	0,974	0,437
Have children (average ± DP)					
Yes	55,5 ± 8,8	67,3 ± 8,5	69,9 ± 14,2	69,0 ± 8,9	75,0 ± 10,2
No	62,2 ± 7,9	65,2 ± 7,5	76,8 ± 15,2	70,2 ± 10,3	73,9 ± 15,6
P	0,011	0,393	0,147	0,692	0,813
Infertility time (years) - r _s (p)	-0,064 (0,632)	-0,133 (0,317)	-0,182 (0,167)	-0,128 (0,332)	0,015 (0,907)

Fertilization procedure					
(average ± DP)					
Yes	57,1 ± 6,8	64,6 ± 7,3	66,7 ± 10,5	67,2 ± 6,5	68,8 ± 17,2
No	61,1 ± 8,7	65,8 ± 7,8	76,3 ± 15,4	70,3 ± 10,3	74,8 ± 14,2
P	0,282	0,717	0,143	0,476	0,339
Works – (average ± DP)					
Yes	60,9 ± 9,4	65,7 ± 7,7	74,6 ± 15,0	70,0 ± 10,2	75,0 ± 14,2
No	59,9 ± 8,5	65,7 ± 8,5	77,6 ± 16,1	69,9 ± 9,6	71,2 ± 15,6
P	0,696	0,989	0,543	0,995	0,402
Adequate remuneration					
(average ± DP)					
Yes	60,0 ± 8,5	66,6 ± 7,7	75,9 ± 15,3	69,8 ± 10,2	76,4 ± 13,5
No	63,2 ± 8,5	62,5 ± 7,2	73,1 ± 14,9	70,4 ± 9,3	66,3 ± 15,6
P	0,239	0,093	0,557	0,851	0,026
Life plan or goal					
(average ± DP)					
Yes	61,5 ± 8,5	65,9 ± 7,6	75,0 ± 15,1	70,9 ± 10,4	74,5 ± 15,1
No	58,0 ± 8,4	64,7 ± 8,3	76,3 ± 15,9	66,6 ± 7,5	73,1 ± 12,3
P	0,190	0,625	0,790	0,168	0,764
BAI -r _s (p)	-0,129 (0,329)	-0,283 (0,030)	-0,166 (0,208)	-0,367 (0,004)	-0,360 (0,005)
Well-being – r (p)					
Religious	0,084 (0,528)	0,165 (0,210)	0,142 (0,283)	0,023 (0,865)	0,039 (0,767)
Existential	0,125 (0,344)	0,473 (<0,001)	0,299 (0,021)	0,437 (0,001)	0,364 (0,005)
Total	0,126 (0,342)	0,364 (0,005)	0,258 (0,049)	0,242 (0,065)	0,217 (0,099)

r=Pearson's correlation coefficient; r_s=Spearman's correlation coefficient

Table 4 – Associations with quality of life in men

Variables	Physical	Psychological	Social	Environment	General
Age (years) – r (p)	-0,092 (0,487)	-0,144 (0,278)	-0,227 (0,084)	0,047 (0,726)	0,035 (0,793)
Education level -r _s (p)	0,044 (0,742)	-0,147 (0,266)	-0,044 (0,740)	0,123 (0,355)	0,024 (0,859)
Religion (average ± DP)					
With religion					
No religion	66,7 ± 6,5	70,8 ± 6,6	74,3 ± 11,5	68,2 ± 8,7	75,0 ± 21,3

P	59,3 ± 8,1	65,3 ± 8,2	74,3 ± 15,3	66,7 ± 11,9	73,7 ± 12,3
	0,005	0,035	0,998	0,676	0,839
Who lives with (average ± DP)					
Couple + others					
Just couple	60,2 ± 6,0	63,7 ± 5,8	73,8 ± 14,8	62,5 ± 7,2	73,2 ± 15,2
P	60,8 ± 8,7	66,7 ± 8,4	74,3 ± 14,8	67,5 ± 11,7	73,8 ± 14,4
	0,866	0,368	0,929	0,280	0,924
Have children (average ± DP)					
Yes	0,035 (0,793)	-0,032 (0,812)	-0,020 (0,878)	0,001 (0,995)	-0,002 (0,989)
No					
P					
	58,7 ± 6,9	67,1 ± 8,4	70,4 ± 17,7	68,1 ± 8,1	76,4 ± 9,8
Infertility time (years) - r _s (p)	61,1 ± 8,6	66,3 ± 8,2	75,0 ± 14,0	66,8 ± 11,8	73,5 ± 15,1
	0,430	0,789	0,384	0,763	0,583
Fertilization procedure (average ± DP)					
Yes					
No	60,6 ± 7,2	66,8 ± 8,1	72,2 ± 14,6	66,7 ± 11,3	74,7 ± 15,1
P	61,7 ± 12,7	64,8 ± 8,6	83,3 ± 10,5	68,2 ± 11,5	70,5 ± 10,1
	0,691	0,452	0,021	0,703	0,377
Works – (average ± DP)					
Yes					
No	60,8 ± 7,4	68,5 ± 7,2	75,8 ± 14,6	69,2 ± 11,2	75,6 ± 14,0
P	60,7 ± 11,0	60,6 ± 8,2	70,0 ± 14,0	60,6 ± 8,8	69,2 ± 14,8
	0,974	0,001	0,188	0,010	0,137
Adequate remuneration (average ± DP)					
Yes					
No	61,0 ± 8,3	66,9 ± 8,1	75,9 ± 13,4	67,2 ± 10,8	73,1 ± 15,1
P	59,9 ± 8,7	65,2 ± 8,3	69,0 ± 17,1	66,5 ± 12,9	76,8 ± 11,9
	0,676	0,506	0,123	0,856	0,401
Life plan or goal (average ± DP)					

Yes	-0,257 (0,050)	-0,103 (0,437)	-0,080 (0,546)	-0,148 (0,263)	-0,064 (0,631)
No					
P					
	-0,050 (0,706)	-0,140 (0,290)	0,059 (0,657)	-0,121 (0,362)	-0,023 (0,862)
BAI -r _s (p)					
	-0,067 (0,617)	0,285 (0,029)	0,235 (0,074)	0,172 (0,194)	0,101 (0,448)
Well-being – r (p)					
Religious	-0,069 (0,604)	0,036 (0,786)	0,157 (0,236)	-0,005 (0,971)	0,032 (0,811)

r=Pearson's correlation coefficient; rs=Spearman's correlation coefficient

Table 5 – Associations of anxiety levels with well-being

Well-being	BAI	
	Women	Men
Religious	r _s =-0,220 (p=0,094)	r _s =-0,024 (p=0,856)
Existential	r_s=-0,479 (p<0,001)	r _s =-0,016 (p=0,903)
Total	r_s=-0,401 (p=0,002)	r _s =0,015 (p=0,908)

rs=Spearman's correlation coefficient

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa pesquisa alçou um olhar amplo sobre a infertilidade que por vezes rompe o senso comum sobre o tema. Mostramos assim os múltiplos fatores que compõem a problemática, mas uma coisa é certa: a frustração percorreu tanto homens quanto mulheres. Por vezes o impacto será mínimo ou até mesmo imperceptível, pois ter filhos não era um desejo, no entanto, a maior parte ver-se-á frente a um dilema, expostos a condições estigmatizantes e de auto culpabilização. O impacto negativo nas vidas destes sujeitos, não pode ser desconsiderado (MILLER, 2003; KIM & NHO, 2020; LI et al, 2018).

Ressaltamos aqui a importância de uma equipe multidisciplinar (WANG et al, 2020; CHOI et al, 2018; Li et al, 2018) em casos que envolvem tanto questões clínicas, quanto questões relacionadas aos aspectos psíquicos e emocionais dos sujeitos implicados. Neste ponto o papel na enfermagem na equipe se mostrou fundamental, disponibilizando um olhar integral a cada indivíduo com um aconselhamento da situação e coordenação de grupos de trabalho (DENNEY-KOELSC, COTÉ-ARSENAULT, 2020; CARTER, STEVENS, 2020; WAX, D'ANGIO, CHAFERY, 2020; IRELAND et al, 2019). Nossa atuação nos Serviços de Reprodução Assistida, não deve ser diferente daquilo que é encontrado em outros domínios de atuação da enfermagem. Identificar os problemas vivenciados pela população de estudo frente à vivência da infertilidade e seus mecanismos de enfrentamento, não faria sentido algum se a motivação principal em ajudar um outro ser humano com dificuldades não for a prioridade do serviço. As questões aqui trazidas exigem o desenvolvimento de um olhar diferenciado e atento, para cada paciente, podendo assim transformar realidades pessoais e coletivas, inclusive melhorando a postura da equipe.

Por fim, propomos um caminho que aumente a qualidade das pessoas atendidas no serviço. Para tanto, observamos a emergência das práticas e terapias complementares (BRASIL, 2015). Elas não são substitutivas do serviço de avaliação e tratamento tradicionais, porém, trazem um diferencial efetivo no manejo de situações ansiogênicas ocorridas na rotina hospitalar (CLARK et al, 2013; AVELAR & ARAÚJO, 2018). O manejo destas situações é parte deste trabalho, cujo sentido se dirigiu ao auxílio de uma população com múltiplas dificuldades e expectativas altas em relação

à fertilidade. Tanto homens quanto mulheres passam por dificuldades relacionadas ao tema e seu enfrentamento torna-se essencial para o próximo passo que tomarão como casais. A possibilidade de estarem unidos e buscarem o programa de fertilização é parte de suas realizações humanas em direção ao futuro. Portanto, suas questões não são triviais e devem ser tratadas com muito respeito por parte das equipes de saúde do hospital.

PERSPECTIVAS

Nosso estudo passou por inúmeras limitações ao longo do seu desenvolvimento, uma delas foi a pandemia da COVID-19, que acarretou na suspensão das atividades de pesquisa. Após análise da situação epidemiológica decidiu-se pela redução do n amostral. Dessa forma, ainda serão necessários novos estudos com um maior número de casais participantes, podendo ter abordagem de corte para acompanhamento de forma longitudinal. Assim, deve-se ocorrer a continuidade deste trabalho a fim de melhorar a seleção de participantes e obter-se novas formas de coleta de dados.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº do projeto GPPG ou CAAE 161147190700005327

Título do Projeto: A INFERTILIDADE E AS QUESTÕES RELACIONADAS AO PREJUÍZO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES E SEUS PARCEIROS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é estudar se, as questões relacionadas a problemas de fertilidade causam prejuízos à qualidade de vida de mulheres e seus parceiros. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Reprodução Assistida do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa será convidada (o) a responder os seguintes instrumentos:

- Questionário sobre qualidade de vida, que possui 26 questões.
- Escala de Ansiedade de Beck, que possui 21 questões.
- Escala de Bem-Estar Espiritual, que possui 20 questões.

O tempo necessário para responder os instrumentos é de cerca de 20 minutos.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, mas poderá haver algum desconforto em relação ao teor das questões e ao tempo necessário para resposta. Caso não deseje responder a alguma questão específica dos questionários, não haverá problema. De acordo com o resultado da Escala de Ansiedade, os pesquisadores poderão encaminhá-la (o) para atendimento especializado.

A participação na pesquisa poderá ou não trazer benefício aos participantes, e contribuirá para aumentar o conhecimento sobre o assunto estudado, e se aplicável, trará benefícios a futuros pacientes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá nas publicações dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. Eduardo Pandolfi Passos, pelo telefone (51) 3359-8989, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

1 Nome:	2 Idade:
3 Grau de instrução:	4 Religião e/ou crença:
5 Mora com quem:	6 Em qual cidade:
7 Mora em casa própria ou alugada:	8 Tem filhos: Quantos:
9 Tempo do diagnóstico de infertilidade:	10 Já realizou procedimento de inseminação e ou fertilização, quantas vezes:
11 Está trabalhando no momento:	12 Profissão:
13 Considera sua remuneração mensal adequada as suas necessidade pessoais:	14 Tem algum plano e ou objetivo de vida que gostaria de deixar registrado:

ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3		5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos	1	2	3	4	5

	negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					
--	---	--	--	--	--	--

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE (BAI)

Nome: _____

Idade: _____ Data: ____ / ____ / ____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				

11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO C – ESCALA DE BEM-ESTAR ESPIRITUAL

Para cada uma das afirmações seguintes, faça um X na opção que melhor indica o quanto você concorda ou discorda da afirmação, enquanto descrição da sua experiência pessoal.

CT= Concordo Totalmente

DC= Discordo mais que concordo

CP= Concordo Parcialmente

DP= Discordo Parcialmente

Cd= Concordo mais que discordo

DT= Discordo Totalmente

	CT	CP	Cd	Dc	DP	DT
1. Não encontro muita satisfação na oração pessoal com Deus.						
2. Não sei quem sou, de onde vim ou para onde vou						
3. Creio que Deus me ama e se preocupa comigo.						
4. Sinto que a vida é uma experiência positiva.						
5. Acredito que Deus é impessoal e não se interessa por minhas situações cotidianas.						
6. Sinto-me inquieto quanto ao meu futuro.						
7. Tenho uma relação pessoal significativa com Deus.						
8. Sinto-me bastante realizado e satisfeito com a vida.						
9. Não recebo muita força pessoal e apoio de meu Deus.						
10. Tenho uma sensação de bem-estar à respeito do rumo que minha vida está tomando.						
11. Acredito que Deus se preocupa com meus problemas.						
12. Não aprecio muito a vida.						
13. Não tenho uma relação pessoal satisfatória com Deus.						
14. Sinto-me bem acerca de meu futuro.						
Meu relacionamento com Deus ajuda-me a não me sentir sozinho.						
16. Sinto que a vida está cheia de conflito e infelicidade.						
Sinto-me plenamente realizado quando estou em íntima comunhão com Deus.						
18. A vida não tem muito sentido.						
19. Minha relação com Deus contribui para minha sensação de bem-estar.						
Acredito que existe algum verdadeiro propósito para minha vida.						

Note: The original English language Escala de Bem-estar (EBE) (SWB Scale) is in the *Journal of Psychology and Theology*, 1983, 11(4), p. 340. English SWB Scale © 1982 and Portuguese SWB Scale

(Escala de Bem-estar) © 1999, 2010 by Craig W. Ellison and Raymond F. Paloutzian. All rights reserved. Translation courtesy of Dr. Luciana F. Marques. Not to be duplicated unless express written permission is granted by the copyright holders or by Life Advance. See www.lifeadvance.com.