



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA -
UNESP FACULDADE DE MEDICINA
BOTUCATU - SÃO PAULO**

LUANA VITÓRIA GAYGER GALVÃO

**FATORES ASSOCIADOS À AUTOEFICÁCIA: UMA ANÁLISE
ENTRE PESSOAS NO CONTEXTO DE INFERTILIDADE**

BOTUCATU

2025

LUANA VITORIA GAYGER GALVÃO

**FATORES ASSOCIADOS À AUTOEFICÁCIA: UMA
ANÁLISE ENTRE PESSOAS NO CONTEXTO DE
INFERTILIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu – “Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho”, como requisito para obtenção do Título de Enfermeira.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Milena Temer Jamas

Co-Orientadora: Prof.^a Ms. Livia Faria Orso

Botucatu

2025

G182f

Galvão, Luana Vitoria Gayger

FATORES ASSOCIADOS À AUTOEFICÁCIA: UMA ANÁLISE
ENTRE PESSOAS NO CONTEXTO DE INFERTILIDADE / Luana
Vitoria Gayger Galvão. -- Botucatu, 2025

31 p. : tabs.

Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado - Enfermagem) -
Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina,
Botucatu

Orientadora: Milena Temer Jamas

Coorientadora: Livia Faria Orso

1. Autoeficácia. 2. Infertilidade. I. Título.

LUANA VITÓRIA GAYGER GALVÃO

**FATORES ASSOCIADOS À AUTOEFICÁCIA: UMA ANÁLISE ENTRE PESSOAS
NO CONTEXTO DE INFERTILIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Medicina, Botucatu, para obtenção do título de Enfermeira.

Data da defesa: 19 / 11 / 2025

Banca Examinadora:

Milena Temer Jamas

Professora Doutora no Departamento de Enfermagem/ FMB

Ana Paula Pinho Carvalheira

Professora Doutora no Departamento de Enfermagem/ FMB

Mariana Alice de Oliveira Ignácio

Professora Doutora no Departamento de Enfermagem/ FMB

Dedico este trabalho à minha mãe, que, na vida, muito trabalhou e pouco gozou de privilégios.

Dedico também ao meu pai, que me mostrou a possibilidade de escolher frente ao que devo render-me ou ao que devo lutar.

Aos meus lindos sobrinhos, que, cheios de vida e inocência, ainda não entendem a vida, mas muito me ensinam.

À Isabella, minha irmã, que assisti nascer e crescer, com quem tenho a relação mais intensa e importante que já pude experimentar na vida.

Aos meus irmãos mais velhos, que vibram minhas conquistas com amor e carinho.

Dedico este trabalho a vocês, minha família, como prova de esperança por mudanças e como registro de nossa força.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Dr^a Milena Temer Jamas e Dr^a Livia Faria Orso, minha orientadora e co-orientadora, que dedicaram tempo, paciência, orientação e incentivo ao longo deste processo.

Agradeço também às Professoras Dr^a Anna Paula Ferrari, Dr^a Anna Beatriz Henrique Parenti, Dr^a Rubia de Aguiar Alencar, a Dr^a Juliane Andrade e a Dr^a Marli Teresinha Cassamassimo Duarte, que me ofereceram espaço acolhedor e escuta terapêutica quando necessitei.

Agradeço a meus amigos e colegas que tornaram o trajeto desta jornada mais fácil.

Agradeço ao meu companheiro, Rafa, que muito me incentivou nos dias em que achei que não conseguiria.

Por fim, agradeço especialmente à minha amiga Ana Débora de Souza Aguiar que, ao longo dos anos, dividiu comigo as experiências da vida, oferecendo-me afeto, cuidado, e apoio em todos os âmbitos da vida.

RESUMO

Introdução: A autoeficácia, conceito central da Teoria Social Cognitiva, refere-se à crença do indivíduo em sua capacidade de organizar e executar ações necessárias para atingir determinados objetivos. No contexto da infertilidade, essa percepção é particularmente relevante, pois influencia o modo como homens e mulheres enfrentam as demandas emocionais e sociais associadas à dificuldade de conceber. **Objetivo:** analisar fatores associados à autoeficácia de pessoas que vivenciam a infertilidade, considerando aspectos sociodemográficos, ocupacionais, clínicos e psicossociais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal analítico, realizado com 178 participantes acima de 18 anos, residentes em diferentes regiões do Brasil e em acompanhamento em ambulatórios de reprodução humana e infertilidade de dois municípios do interior de São Paulo. A coleta de dados ocorreu entre 2024 e 2025, por meio de questionário sociodemográfico e da Escala de Autoeficácia para Infertilidade, adaptada transculturalmente para o contexto brasileiro. As análises estatísticas incluíram regressões lineares simples e múltiplas, com nível de significância de 5%. **Resultados:** Os indivíduos obtiveram média de escore de autoeficácia de 59,6 pontos, indicando percepção moderada de confiança na capacidade de enfrentamento. Homens apresentaram escores significativamente mais elevados que mulheres ($p=0,035$), enquanto indivíduos que se identificaram como pertencentes a “outro gênero” obtiveram pontuações menores ($p=0,031$). Observou-se ainda que os participantes classificados como “do lar” apresentaram, em média, 10,6 pontos a menos que os desempregados ($p=0,023$). **Discussão:** Os achados evidenciam que a autoeficácia no contexto da infertilidade é influenciada por determinantes sociais e ocupacionais, e que papéis de gênero e expectativas culturais exercem impacto direto na percepção de competência pessoal. **Conclusão:** Conclui-se que compreender os fatores associados à autoeficácia pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais sensíveis, humanizadas e equitativas, voltadas à melhoria da qualidade de vida e da experiência reprodutiva de pessoas que enfrentam a infertilidade.

Descritores: Autoeficácia; Infertilidade; Infertilidade feminina; Resiliência psicológica, habilidades de enfrentamento

ABSTRACT

Introduction: Self-efficacy, a central concept in Social Cognitive Theory, refers to individuals' belief in their ability to organize and execute actions required to achieve specific goals. In the context of infertility, this perception is particularly relevant, as it influences how men and women cope with the emotional and social demands associated with difficulties in conceiving. **Objective:** To analyze factors associated with self-efficacy among individuals experiencing infertility, considering sociodemographic, occupational, clinical, and psychosocial aspects. **Methods:** This analytical cross-sectional study included 178 participants aged 18 years or older, residing in different regions of Brazil and receiving care in human reproduction and infertility clinics in two municipalities in the countryside of São Paulo. Data collection took place between 2024 and 2025 and involved a sociodemographic questionnaire and the Infertility Self-Efficacy Scale transculturally adapted for the Brazilian context. Statistical analyses included simple and multiple linear regressions with a 5% significance level. **Results:** Participants presented a mean self-efficacy score of 59.6 points, indicating a moderate perception of coping ability. Men had significantly higher scores than women ($p = 0.035$), while individuals identifying as "other gender" had lower scores ($p = 0.031$). Participants classified as homemakers scored, on average, 10.6 points lower than those who were unemployed ($p = 0.023$). **Discussion:** The findings indicate that self-efficacy in the context of infertility is influenced by social and occupational determinants, and that gender roles and cultural expectations directly affect perceived personal competence. **Conclusion:** Understanding factors associated with self-efficacy may support the development of more sensitive, humanized, and equitable interventions aimed at improving the quality of life and reproductive experiences of individuals facing infertility

Descriptors: Self Efficacy; Infertility; Infertility Female; Resilience Psychological; Coping Skill

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo. Brasil, 2025.	19
Tabela 2. Características clínicas dos participantes do estudo. Brasil, 2025.	20
Tabela 3. Associação entre variáveis sociodemográficas, psicossociais e de autocuidado e o escore da Versão Brasileira da Infertility Self-Efficacy Scale: análise de regressão linear bivariada.	22
Tabela 4. Associação entre variáveis sociodemográficas, psicossociais e de autocuidado e o escore da Versão Brasileira da Infertility Self-Efficacy Scale: análise de regressão linear múltipla.	24

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Conceito de Autoeficácia: origem e definição.....	11
1.2 Infertilidade.....	12
1.3 Aspectos associados à autoeficácia no contexto da infertilidade.....	14
2. OBJETIVO.....	15
3. MÉTODO.....	15
3.1 Delineamento do Estudo:.....	15
3.2 População e amostra.....	16
3.3 Coleta de Dados.....	16
3.3.1 Análise dos dados.....	17
3.4 Aspectos Éticos:.....	18
4. RESULTADOS.....	18
5. DISCUSSÃO.....	25
6. CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

1.1 Conceito de Autoeficácia: origem e definição

A Teoria Social Cognitiva (TSC), conceito desenvolvido por Albert Bandura, visa explicar o comportamento humano através da tese do determinismo recíproco, isto é, uma suposição de que o comportamento humano é moderado por três fatores interdependentes, sendo eles: fatores cognitivos, fatores comportamentais e fatores ambientais. Sendo assim, durante seus trabalhos, Bandura propôs que os indivíduos não são apenas produtos do ambiente, mas agem ativamente na construção de suas experiências. (Bandura, 1977)

Em 1977, no artigo *Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*, Albert Bandura sugere pela primeira vez o termo autoeficácia como uma peça central para explicar a mudança e escolhas do comportamento humano. Bandura argumenta que a crença de uma pessoa em sua própria capacidade de executar determinada ação influencia notavelmente na sua persistência, motivação e, conseqüentemente, no seu desempenho. (Bandura, 1977)

Foram também propostos quatro pilares determinantes para a autoeficácia: experiências pessoais de domínio (sucesso em tarefas anteriores como força para a crença na própria competência); experiências vicárias (observações de pessoas semelhantes a si realizando determinada tarefa têm potencial de aumentar a autoconfiança do indivíduo); persuasão social (feedback positivo e encorajamento de terceiros pode aumentar a crença em sua própria eficácia); e estados fisiológicos e emocionais (autointerpretação de sinais físicos e emocionais podem interferir negativamente ou positivamente na autopercepção de eficácia de alguém). (Azzi; Polydoro, 2006)

Durante anos de trabalho, Bandura conceituou e modificou sua visão e sua forma de expressar o significado do termo autoeficácia. Em 1977, a conceituação de autoeficácia seria algo próximo de: “Expectativa de eficácia é a convicção de alguém para realizar com sucesso a execução do comportamento requerido para produzir os resultados”. Já em 1997, este termo seria conceituado como: “Autoeficácia percebida refere-se às crenças de alguém em sua capacidade em organizar e executar cursos de ações requeridos para produzir certas realizações”. (Azzi; Polydoro, 2006)

Observam-se diversas diferenças nos termos e significados presentes nos dois exemplos de conceituação. Entre elas, destaca-se a exclusão do termo “sucesso”, pois

Bandura desloca o foco da obtenção de resultados para a percepção de capacidade individual. Tal abordagem implica que a autoeficácia de um indivíduo em determinado contexto pode ser baixa, não resultando necessariamente em desempenho positivo. (Azzi; Polydoro, 2006)

Quando Bandura traz a “capacidade de organizar e executar cursos de ações requeridos” dentro do conceito, isso faz referência à importância do contexto em que o indivíduo está. Deste modo, a autoeficácia, além da crença na sua própria capacidade, também trata da percepção dos impedimentos socioestruturais, da saúde, da resiliência a enfrentar dificuldades e dos sentimentos em enfrentar desafios e realizar determinadas ações.(Azzi; Polydoro, 2006)

Sendo assim, a autoeficácia pode ser afirmada como um fenômeno subjetivo (crenças) sobre a capacidade pessoal de ser agente ativo na produção de sua própria trajetória. Isto sendo influenciado por inúmeros fatores pessoais, contextuais e ambientais, além de que, a concepção de autoeficácia está relacionada a uma meta, ação ou resultado. (Azzi; Polydoro, 2006)

Situações de doença ou enfermidade podem ter um impacto significativo na autoeficácia de um indivíduo, já que, ao enfrentar este contexto, ela pode experimentar uma redução em suas características físicas e cognitivas, de modo que passe a acreditar que não é mais capaz de executar tarefas da mesma maneira que antes. (Bandura, 1997) Trazendo grandes implicações para a autopercepção de um indivíduo ou casal.

1.2 Infertilidade

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a infertilidade é uma condição do sistema reprodutor feminino ou masculino, definida pela incapacidade de conceber uma gestação após 12 meses ou mais de relações sexuais desprotegidas. Um relatório publicado pela OMS em 2023, afirma que cerca de 17,5% da população adulta são afetadas pela infertilidade - 1 em cada 6 indivíduos em todo o mundo. (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023)

O relatório traz análises que demonstram que a prevalência da infertilidade varia pouco de região para região, demonstrando-se uma expressiva questão de saúde pública. O insucesso em engravidar gera aos casais sentimentos de culpa, vergonha, isolamento e frustração. Além disso, surge um grande sofrimento emocional e estigmas para com estes indivíduos que representam uma minoria fortemente negligenciada e silenciosa. (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023) (Klaus, et al., 2023)

Historicamente, houve uma construção social acerca do papel da mulher na sociedade, sustentada fortemente pela igreja católica, onde as mulheres desempenham suas funções destinando-se aos cuidados da casa, marido e filhos. Até o século XX, o discurso patriarcal instituiu à mulher grande valor associado à maternidade. Após muitas emancipações conquistadas pelas mulheres, ainda existe vasto estigma social que até este tempo propaga muitas destas ideias, trazendo até a mulher que enfrenta a infertilidade sentimentos que alteram sua autoestima, sentimentos de autodepreciação e, em níveis maiores, até distúrbios de humor. (Klaus, et al., 2023) (Teixeira; Villatore; Azevedo, 2023)

Em todo o globo, a infertilidade afeta milhões de famílias, afetando aproximadamente um em cada sete casais em países desenvolvidos e um em cada quatro em países em desenvolvimento. Nos Estados Unidos, estima-se que 7-15,5% das mulheres em idade fértil sejam afetadas pela infertilidade, enquanto na China, estima-se que aproximadamente 50 milhões de mulheres em idade fértil enfrentam a infertilidade, abrangendo 15% deste grupo demográfico. (Liu et al., 2025)

A causa preponderante da infertilidade feminina é a obstrução das Trompas de Falópio, enquanto as causas secundárias incluem distúrbios ovulatórios, como gravidez tardia, disfunções endócrinas e reserva ovariana diminuída. Há cerca de 5-10% de contribuição de causa genética dentre as mulheres afetadas pela infertilidade, apresentando anomalias cromossômicas, mutações genéticas ou polimorfismos. Além do mais, fatores ambientais, desequilíbrios hormonais e disfunções endócrinas estão associados a uma considerável fração dos casos de infertilidade feminina. (Liu et al., 2025)

Em proporção global, há um déficit de números precisos acerca das taxas de infertilidade masculina. Isso é decorrente de uma série de questões culturais e sociais, onde ideias patriarcais, coletivas ou individuais impedem a coleta e análise estatística destes dados. Um claro exemplo disso é visto no Oriente Médio, onde a parceria feminina é majoritariamente responsabilizada pela infertilidade, resultando em homens que não se submetem a análise de fertilidade. Além disso, existem estudos que trazem dados especificamente de homens que procuram clínicas de infertilidade, o que torna restrito o conhecimento e representação populacional dos homens inférteis. (Agarwal et al., 2015)

Já a infertilidade masculina é uma condição que afeta milhões de homens em idade reprodutiva, sendo responsável por cerca de 40% a 50% dos casos de infertilidade conjugal. O impacto psicossocial e emocional dessa condição pode ser muito relevante, influenciando o bem-estar do casal e a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Embora amplamente negligenciada em políticas públicas de saúde reprodutiva, sua prevalência crescente a torna

uma questão urgente. Estima-se que aproximadamente 7% da população masculina mundial apresenta algum grau de infertilidade. (Krausz; Riera-Escamilla, 2018)

E pode estar relacionada a inúmeras causas, tal qual fatores genéticos como mutações e até doenças ou alterações cromossômicas. (Grangreiro et al., 2018) Ademais, cerca de 35% a 80% dos casos de infertilidade masculina é devido a dilatação anormal das veias do plexo pampiniforme e devido a ineficiência de suas válvulas (Fang et al., 2021).

1.3 Aspectos associados à autoeficácia no contexto da infertilidade

A teoria da autoeficácia defende que a autoeficácia influencia diretamente o comportamento humano, interferindo no modo em que a pessoa pensa, age, sente e responde a condições positivas ou estressantes. Indivíduos com autoeficácia elevada tendem a lidar com desafios como tarefas a serem superadas, enquanto aqueles com baixa autoeficácia constantemente percebem empecilhos como ameaças intransponíveis. (Bandura, 1977)

No contexto da infertilidade, a autoeficácia é um fator psicológico que influencia a maneira como as mulheres enfrentam as dificuldades do diagnóstico e do tratamento. A infertilidade é, frequentemente, vivenciada como uma experiência de perda e estresse crônico, com potenciais repercussões negativas na saúde mental dos indivíduos, abrangendo sintomas de depressão, desesperança e ansiedade. (Moura-Ramos et al., 2010) Nesse cenário, mulheres com níveis superiores de autoeficácia tendem a apresentar estratégias de enfrentamento mais adaptativas, demonstrando maior resiliência emocional durante o processo de reprodução assistida. (Galhardo et al., 2013)

Diversos fatores estão associados à autoeficácia em mulheres inférteis, sendo um dos mais significativos o apoio social. A existência de suporte emocional por parte da parceria, da família e de profissionais da saúde contribui para a estruturação de uma autopercepção mais positiva quanto à capacidade de lidar com a infertilidade. Somado a isso, o acesso à informação correta e assertiva sobre o diagnóstico e as opções terapêuticas propicia maior senso de controle e compreensão do processo, favorecendo o fortalecimento da autoeficácia. (Pasch; Sullivan, 2017)

Aspectos individuais também desempenham função importante. Virtudes como autoestima elevada, histórico de experiências positivas ao lidar com desafios e estilos de enfrentamento ativos privilegiam a percepção de autoeficácia. Em contrapartida, fatores como histórico de fracassos reprodutivos, baixa escolaridade, desemprego e a presença de transtornos mentais prévios podem depreciar a confiança do indivíduo em sua capacidade de

enfrentar a infertilidade. (Galhardo et al., 2013) (Domar et al., 1993).

Diante do vasto impacto psicológico e emocional causado pela infertilidade e do reconhecimento de que a autoeficácia dos indivíduos que vivenciam essa condição é influenciada por uma multiplicidade de fatores, torna-se pertinente investigar os elementos que contribuem para o fortalecimento ou comprometimento da autoeficácia nesse contexto. A compreensão dos fatores associados à autoeficácia em pessoas inférteis pode fornecer subsídios essenciais para o desenvolvimento de estratégias de acolhimento e intervenção psicológica mais sensíveis, eficazes e centradas na realidade desses indivíduos. Assim, a realização de um trabalho de conclusão de curso sobre essa temática se justifica amplamente, na medida em que colabora para a promoção de um cuidado integral e mais humanizado no campo da saúde reprodutiva.

2. OBJETIVO

Analisar os fatores associados à autoeficácia de homens e mulheres que vivenciam a infertilidade.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento do Estudo:

Estudo transversal analítico, norteado pela diretriz *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), realizado no período de maio de 2024 a junho de 2025. (Von Elm et al., 2007)

Diferente dos estudos longitudinais, que acompanham os indivíduos ao longo do tempo, o estudo transversal captura informações em um momento específico, permitindo a análise de prevalência e fatores associados a determinadas condições ou características na população estudada. (Setia, 2016)

Esse tipo de estudo é amplamente utilizado nas ciências da saúde, psicologia e ciências sociais, pois possibilita a avaliação de fatores de risco e suas associações com desfechos específicos. Como os dados são coletados simultaneamente, os estudos transversais são eficazes para identificar padrões e gerar hipóteses, embora não permitam estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas. (Setia, 2016)

No estudo transversal analítico, a análise estatística é utilizada para comparar grupos

expostos e não expostos a determinados fatores, buscando identificar associações significativas. Métodos estatísticos como regressão logística e testes de associação são frequentemente empregados para avaliar a força das relações entre variáveis independentes e dependentes, contribuindo para um entendimento mais detalhado dos fenômenos investigados (Mann, 2012).

3.2 População e amostra

O estudo incluiu homens e mulheres acima de 18 anos, independentemente do seu estado conjugal, com diagnóstico de infertilidade. Foram excluídas participantes cujos formulários não tiveram todas as perguntas respondidas.

Para o cálculo amostral, considerou-se i) amostragem aleatória simples, ii) erros tipo I e II iguais a 0,05 e 0,20, respectivamente, iii) diferença mínima significativa no desfecho de 10 pontos, iv) desvio-padrão do desfecho igual a 18, v) modelo de regressão linear múltipla com 15 variáveis independentes sendo preciso a inclusão de 7 participantes por variável independente para manutenção do poder dos testes. Com isso, o tamanho amostral mínimo foi estimado em 209 participantes.

A amostra do estudo totalizou 178 pacientes, que foram atendidas no Ambulatório de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e no Ambulatório de Infertilidade do Departamento de Atenção à Saúde Ambulatorial Especializada e Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA, bem como, homens e mulheres que residem em qualquer região do país.

3.3 Coleta de Dados

Os dados foram coletados a partir de um inquérito online nas diferentes regiões do Brasil. Os participantes foram recrutados por meio da divulgação do formulário digital, disponibilizado na plataforma SurveyMonkey, em diversos canais online, incluindo e-mails, redes sociais (Facebook e Instagram) e contatos pessoais via *WhatsApp*. Esse processo expandiu-se por meio de um efeito multiplicador denominado “bola de neve” ou amostragem de rastreamento de links. A amostragem em bola de neve é uma técnica não probabilística que gera um efeito multiplicador na coleta de dados, similar ao crescimento de uma bola de neve. O processo começa com a identificação de um ou mais "informantes-chave". Estes, por sua vez, indicam novos participantes de suas redes de contato que se enquadram nos critérios

da pesquisa, criando uma cadeia de referências que se expande exponencialmente. Essa abordagem é particularmente eficaz para acessar grupos de difícil alcance ou que abordam temas sensíveis, pois aproveita as conexões existentes entre os indivíduos. (Portella; Maliszewski; Martins, 2024)

Além do inquérito online, os dados foram coletados de forma presencial no Ambulatório de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e no Ambulatório de Infertilidade do Departamento de Atenção à Saúde Ambulatorial Especializada e Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA. Os participantes foram convidados em sala de espera e, após aceite seguido de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a coleta foi realizada em sala privativa do ambulatório.

Para garantir a mesma forma de aplicação da versão brasileira da ISE, os participantes responderam um questionário com as informações sociodemográficas e clínicas, e na sequência preencheram a versão brasileira da ISE em Tablet disponibilizado pela pesquisadora.

A versão brasileira da Infertility Self-efficacy Scale (ISE), é um instrumento projetado com base na teoria da autoeficácia de Bandura, adaptado por Orso (2025), para medir a percepção de autoeficácia em indivíduos que enfrentam a infertilidade. Trata-se de um instrumento de auto-resposta, unidimensional, constituído por 18 itens, com opções de resposta em escala ordinal, no formato Likert, de 1 (nem um pouco confiante) a 5 (totalmente confiante). (Orso, 2025).

3.3.1 Análise dos dados

Os dados foram organizados em planilha de Excel. Primeiramente, realizou-se análise exploratória dos dados com a finalidade de identificar e tratar valores atípicos e identificar o mecanismo de geração de missings. Após avaliação inicial, realizou-se bivariada para investigar a associação isolada de cada variável independente com a pontuação da Versão Brasileira da Infertility Self-Efficacy Scale por meio de regressões lineares simples com resposta com distribuição probabilística normal (que acomoda desfechos numéricos com grau de simetria no mínimo razoável).

As variáveis que apresentaram associação com $p < 0,20$ foram levadas para um modelo de regressão linear múltipla com resposta com distribuição probabilística normal, cuja qualidade do ajuste do modelo foi investigada por inspeção gráfica dos valores residuais

versus valores preditos com a finalidade de diagnosticar possível heterocedasticidade acentuada e não normalidade dos resíduos. No modelo de regressão múltipla, as associações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$. As análises foram realizadas no software IBM – Statistical Package of Social Sciences (SPSS versão 21).

O modelo ajustado apresentou adequada especificação estatística (p de Shapiro-Wilk = 0,902), indicando normalidade dos resíduos, e não foram identificados casos influentes relevantes ($dCook > 1 = 0\%$).

3.4 Aspectos Éticos:

Todas as atividades foram desenvolvidas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob o parecer nº 5.807.320, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016. A aceitação em participar da pesquisa foi registrada por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no formato digital.

Seguiu também as orientações da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa para pesquisas em ambientes virtuais (Resolução 510/2016 e CONEP/2021).

4. RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta predominantemente por participantes do sexo feminino, correspondendo a 173 indivíduos (97,2%), enquanto o sexo masculino representou apenas 5 participantes (2,8%), totalizando 178 participantes. Esses dados evidenciam uma clara predominância de mulheres na amostra, o que deve ser considerado na interpretação dos resultados.

Em relação à cor/raça, a maioria dos participantes se declarou branca ou amarela, somando 101 indivíduos (56,7%), enquanto 77 participantes (43,3%) se identificaram como preta, parda ou outra categoria racial. Esses achados indicam uma distribuição relativamente equilibrada entre os grupos raciais, embora com leve predominância de participantes de cor branca ou amarela.

No que se refere à identidade de gênero, 169 participantes (94,9%) se autodeclararam cisgênero, 2 indivíduos (1,1%) se declararam transgênero e 7 participantes (3,9%) se identificaram como outro gênero. Esses dados revelam uma ampla predominância de

indivíduos cisgêneros, sendo minoritárias as representações de identidades de gênero trans e não-binárias.

Quanto à orientação sexual, a maioria dos participantes se declarou heterossexual, totalizando 166 indivíduos (93,3%). A orientação homoafetiva foi declarada por 3 participantes (1,7%), bissexual por 5 participantes (2,8%) e outro tipo de orientação por 4 participantes (2,2%). Esses resultados indicam que a amostra é majoritariamente heterossexual, com baixa representação de outras orientações sexuais.

Em suma, a composição sociodemográfica da amostra apresenta predominância feminina, cisgênero e heterossexual, com diversidade racial moderada, elementos que devem ser considerados na análise e discussão dos achados do estudo, sobretudo em relação à generalização dos resultados e à compreensão das diferenças sociais e de saúde percebidas pelos participantes.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo. Brasil, 2025.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	173	97,2
Masculino	5	2,8
Cor da pele		
Branca	101	56,7
Preta, parda ou outra	77	43,3
Escolaridade - anos de estudo		
Ensino Médio Completo	94	52,8
Curso Técnico	10	5,6
Ensino Superior	74	41,6
Estado Civil		
Possui companheiro (a)	163	91,6
Não possui companheiro (a)	15	8,4
Região		
Norte	7	3,9
Nordeste	9	5,1
Sudeste	121	68
Sul	15	8,4
Centro-Oeste	26	14,6
Renda Familiar		
Um salário mínimo ou menos	48	27
De dois a três salários mínimos	80	44,9
De quatro a cinco salários mínimos	35	19,7
Mais de cinco salários mínimos	15	8,4
Ocupação		
Desempregado	12	6,7
Empregado autônomo	43	24,2
CLT	110	61,8

Do lar	13	7,3
Orientação Sexual		
Heterossexual	166	93,3
Homossexual	3	1,7
Bissexual	5	2,8
Outro	4	2,2
Identidade de gênero		
Cisgênero	169	94,9
Transgênero	2	1,1
Outro	7	3,9

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Em relação às características clínicas dos respondentes, observou-se que quase metade (40,4%) já tiveram alguma gestação e 39,9% realiza algum tratamento para engravidar. Quando questionados sobre saúde mental, 28,7% realiza tratamento para ansiedade, enquanto 14% realiza algum tratamento para depressão. Entre os participantes da pesquisa, 22,5% realizam acompanhamento psicoterápico, 29,8% recebem acompanhamento nutricional e 38,2% fazem uso de algum tipo de tratamento complementar.

Tabela 2 - Características clínicas dos participantes do estudo. Brasil, 2025.

Variável	n	%
Já teve alguma gestação		
Sim	72	40,4
Não	106	59,6
Realiza tratamento para engravidar		
Sim	71	39,9
Não	107	60,1
Realiza tratamento para ansiedade		
Sim	51	28,7
Não	127	71,3
Realiza tratamento para depressão		
Sim	25	14
Não	153	86
Realiza acompanhamento psicoterápico		
Sim	40	22,5
Não	138	77,5
Realiza acompanhamento nutricional		
Sim	53	29,8
Não	125	70,2
Realiza tratamento complementar		
Sim	68	38,2
Não	110	61,8

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

A aplicação da Versão Brasileira da Infertility Self-Efficacy Scale aos participantes resultou em uma variação considerável das pontuações, refletindo a diversidade percebida na autoeficácia entre os respondentes. A pontuação mínima registrada foi de 18 pontos, indicando indivíduos que se percebem com baixa autoeficácia, possivelmente enfrentando dificuldades para lidar com desafios ou acreditar em sua capacidade de realizar tarefas. Por outro lado, a pontuação máxima alcançou 90 pontos, evidenciando que alguns respondentes apresentam autoeficácia muito elevada, com confiança significativa em suas habilidades de enfrentamento.

O valor de 54 pontos foi obtido por 8 respondentes, sendo este número equivalente a 5,19% da população do estudo. A mesma quantidade de participantes obteve o escore de 64 pontos. Tais pontuações apresentaram a maior frequência dentre as pontuações obtidas após a aplicação da escala. Em sequência, a maior frequência de pontuação foi 4,55% dos indivíduos que alcançaram 90 pontos, sendo equivalente a 7 participantes deste estudo.

O valor médio de pontuações obtidas foi de, enquanto a mediana obtida foi de 60 pontos.

A análise de regressão linear bivariada indicou que diversas variáveis apresentaram associação com o escore da Versão Brasileira da Infertility Self-Efficacy Scale, considerando o critério de significância de $p < 0,20$. Observou-se que participantes do sexo masculino apresentaram, em média, 11,5 pontos a mais na escala em comparação às mulheres (IC95% = -2,87 a 25,96; $p = 0,117$). Indivíduos que se identificaram com outro gênero apresentaram, em média, 13,6 pontos a menos em relação aos cisgêneros (IC95% = -25,76 a -1,52; $p = 0,027$), enquanto os que se identificaram como trans mostraram redução média de 16 pontos (IC95% = -38,34 a 6,35; $p = 0,161$).

Quanto à orientação sexual, observou-se que participantes que se identificaram como “outros” apresentaram, em média, 15,9 pontos a menos (IC95% = -31,75 a -0,01; $p = 0,050$), e os bissexuais, 12,6 pontos a menos em comparação aos heterossexuais (IC95% = -26,82 a 1,66; $p = 0,083$). Quanto à ocupação, participantes classificados como “do lar” apresentaram redução média de 9,2 pontos em comparação aos desempregados (IC95% = -21,66 a 3,30; $p = 0,149$).

Em relação à região de residência, os participantes do Sudeste apresentaram, em média, 9,6 pontos a mais no escore da escala em comparação aos residentes do Norte (IC95% = -2,43 a 21,60; $p = 0,118$). Observou-se ainda uma tendência à associação com o estado civil,

indicando que indivíduos com companheiro apresentaram, em média, 7,2 pontos a mais em relação aos que não possuíam companheiro (IC95% = -1,38 a 15,76; $p = 0,100$).

Entre os aspectos psicossociais e de saúde mental, aqueles que realizam tratamento para ansiedade apresentaram, em média, 6,8 pontos a menos na escala (IC95% = -11,99 a -1,57; $p = 0,011$), enquanto os que fazem tratamento para depressão apresentaram 9,9 pontos a menos (IC95% = -16,73 a -3,24; $p = 0,004$). Participantes que realizam acompanhamento psicoterápico mostraram tendência a menores escores, com redução média de 5 pontos (IC95% = -10,67 a 0,73; $p = 0,087$).

No campo do autocuidado, observou-se que participantes que realizam acompanhamento com nutricionista apresentaram, em média, 3,6 pontos a mais na escala (IC95% = -1,63 a 8,81; $p = 0,178$). Já entre os fatores relacionais, aqueles que relataram contar com o apoio de outras pessoas apresentaram, em média, 7,9 pontos a mais na escala em comparação aos que não contavam com apoio (IC95% = 0,21 a 15,57; $p = 0,044$).

Essas variáveis foram selecionadas para inclusão no modelo de regressão linear múltipla, a fim de verificar a associação independente entre os fatores sociodemográficos, psicossociais e de autocuidado e o escore de autoeficácia para infertilidade, controlando possíveis variáveis de confusão. O modelo múltiplo permitiu identificar quais fatores mantiveram significância estatística após o ajuste simultâneo, fornecendo uma estimativa mais robusta das relações observadas. Essa etapa é fundamental para compreender de forma abrangente os determinantes da autoeficácia entre indivíduos em tratamento para infertilidade, considerando a complexa interação entre aspectos individuais, relacionais e contextuais que influenciam o enfrentamento dessa condição.

Tabela 3 - Associação entre variáveis sociodemográficas, psicossociais e de autocuidado e o escore da Versão Brasileira da Infertility Self-Efficacy Scale: análise de regressão linear bivariada.

Variável	b	IC95%	p	
Masculino	11,54	-2,87	25,96	0,117
Sexo (Ref: Feminino)	0a			
Preta, parda ou outra	1,81	-3,03	6,64	0,464
Cor (Ref: Branca ou amarela)	0a			
Outro	-13,64	-25,76	-1,52	0,027
Transsexual	-16,00	-38,34	6,35	0,161
Identidade (Ref: Cisgênero)	0a			
Outro	-15,88	-31,75	-0,01	0,050
Bissexual	-12,58	-26,82	1,66	0,083

Homossexual	6,62	-11,65	24,89	0,478
Orientação (Ref: Heterossexual)	0a			
Idade (anos)	0,03	-0,38	0,44	0,878
Sul	3,23	-10,92	17,37	0,655
Sudeste	9,59	-2,43	21,60	0,118
Centro oeste	5,31	-7,85	18,47	0,429
Nordeste	-7,02	-22,59	8,56	0,377
Região (Ref: Norte)	0a			
Com companheiro	7,19	-1,38	15,76	0,100
Estado civil (Ref Sem companheiro)	0a			
Superior	-1,89	-6,85	3,08	0,456
Técnico	0,78	-9,85	11,40	0,886
Escolaridade (Ref: Até médio)	0a			
> 5 salários mínimos	-3,21	-12,65	6,22	0,504
De 3 a 5 salários mínimos	1,85	-5,23	8,94	0,608
De 2 a 3 salários mínimos	1,20	-4,62	7,03	0,685
Renda familiar (Ref: < 1 salário mínimo)	0a			
Do lar	-9,18	-21,66	3,30	0,149
CLT	1,08	-8,40	10,55	0,824
Autônomo	6,02	-4,16	16,19	0,247
Ocupação (Ref: Desempregado)	0a			
Sim	7,42	-2,48	17,32	0,142
Tem religião (Ref Não)	0a			
Sim	-0,87	-5,67	3,93	0,723
Acredita que a religião influencia a forma como lida com seu tratamento (Ref Não)	0a			
Sim	-0,01	-4,87	4,84	0,996
Diagnóstico de infertilidade (Ref Não)	0a			
Sim	-0,22	-5,10	4,67	0,931
Já engravidou (Ref Não)	0a			
Sim	-2,92	-7,80	1,96	0,242
Já fez tratamento para gravidez (Ref Não)	0a			
Sim	-6,78	-11,99	-1,57	0,011
Já fez tratamento para ansiedade (Ref Não)	0a			
Sim	-9,98	-16,73	-3,24	0,004
Já fez tratamento para depressão (Ref Não)	0a			
Sim	-4,97	-10,67	0,73	0,087
Já fez acompanhamento com psicóloga (Ref Não)	0a			
Sim	3,59	-1,63	8,81	0,178
Já fez acompanhamento com nutricionista (Ref Não)	0a			
Sim	0,93	-4,01	5,86	0,713
Já fez algum tratamento complementar (Ref Não)	0a			
Sim	5,05	-3,31	13,40	0,236
Conta com o apoio do parceiro (Ref Não)	0a			

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

A análise de regressão linear múltipla indicou que algumas variáveis apresentaram

associação estatisticamente significativa com o escore da Versão Brasileira da Infertility Self-Efficacy Scale. Observou-se que os participantes do sexo masculino apresentaram, em média, 15,1 pontos a mais na escala quando comparados às mulheres (IC95%=1,06–29,13; $p=0,035$). Por outro lado, indivíduos que se identificaram como pertencentes a “outro gênero” obtiveram uma redução média de 10,1 pontos em relação à identidade de gênero cis (IC95% = -19,25 a -0,93; $p = 0,031$).

Tabela 4 - Associação entre variáveis sociodemográficas, psicossociais e de autocuidado e o escore da Versão Brasileira da Infertility Self-Efficacy Scale: análise de regressão linear múltipla.

Variável	b	IC95%		p
Constante	43,31	25,05	61,57	0,000
Masculino	15,10	1,06	29,13	0,035
Sexo (Ref: Feminino)	0 ^a			
Outro	-10,09	-19,25	-0,93	0,031
Transsexual	-13,70	-28,60	1,19	0,071
Identidade (Ref: Cisgênero)	0 ^a			
Outro	-7,49	-20,32	5,33	0,252
Bissexual	-11,37	-25,27	2,53	0,109
Homossexual	6,91	-5,01	18,82	0,256
Orientação (Ref: Heterossexual)	0 ^a			
Sul	4,32	-8,39	17,04	0,505
Sudeste	8,66	-2,52	19,83	0,129
Centro oeste	5,40	-7,89	18,69	0,426
Nordeste	-7,79	-24,61	9,03	0,364
Região (Ref: Norte)	0 ^a			
Com companheiro	4,34	-2,48	11,15	0,212
Estado civil (Ref Sem companheiro)	0 ^a			
Do lar	-10,59	-19,74	-1,45	0,023
CLT	-1,47	-8,06	5,11	0,662
Autônomo	4,36	-2,99	11,70	0,245
Ocupação (Ref: Desempregado)	0 ^a			
Sim	4,90	-9,82	19,62	0,514
Tem religião (Ref Não)	0 ^a			
Sim	-5,06	-11,13	1,00	0,102
Já fez tratamento para ansiedade (Ref Não)	0 ^a			
Sim	-4,36	-12,39	3,68	0,288
Já fez tratamento para depressão (Ref Não)	0 ^a			
Sim	2,82	-3,97	9,62	0,415
Já fez acompanhamento com psicóloga (Ref Não)	0 ^a			
Sim	2,62	-2,12	7,35	0,279
Já fez acompanhamento com nutricionista (Ref Não)	0 ^a			
Sim	3,40	-3,50	10,30	0,334

Fonte: elaborado pelo autor (2025).

No que se refere à ocupação, os participantes classificados como “do lar” apresentaram, em média, 10,6 pontos a menos em comparação aos desempregados (IC95% = -19,74 a -1,45; $p = 0,023$).

As demais variáveis incluídas no modelo tais como orientação sexual, região de residência, estado civil, prática religiosa, histórico de tratamento para ansiedade ou depressão, acompanhamento com psicólogo ou nutricional e apoio social não apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho analisado ($p > 0,05$).

5. DISCUSSÃO

Os achados deste estudo revelam disparidades importantes no escore da Versão Brasileira da Infertility Self-Efficacy Scale em função de variáveis sociodemográficas. A maior pontuação observada entre homens sugere que o sexo pode influenciar na forma que os indivíduos compreendem e enfrentam a infertilidade. Contudo, é importante interpretar com cautela esses resultados, pois tais diferenças podem refletir não apenas características individuais, mas também construções sociais e culturais que modulam a expressão de sintomas e a procura por cuidados.

No estudo de Andrei et al (2021), foi observado que mulheres apresentam níveis de autoeficácia significativamente mais baixos do que os homens. Além disso, constataram que as mulheres retratam condições psicológicas mais demandantes do que as dos homens. Em contrapartida, as mulheres deste estudo expressaram maior utilização de estratégias de enfrentamento positivo como foco de emoções e busca de apoio social. (Andrei et al, 2021)

Deve-se destacar que a representatividade masculina nesta amostra foi substancialmente reduzida, o que impõe limitações à generalização dos achados para esse grupo. A literatura aponta que a baixa participação de homens em pesquisas sobre infertilidade constitui um fenômeno recorrente, frequentemente associado a fatores socioculturais, barreiras de acesso aos serviços de saúde e estigmas vinculados à masculinidade. (Agarwal et al., 2015) Assim, embora o escore mais elevado observado entre os participantes do sexo masculino neste estudo possa indicar diferenças relevantes, tais resultados devem ser interpretados atenciosamente, evitando-se inferências deterministas. Investigações futuras com amostras masculinas mais amplas e representativas são necessárias para aprofundar a compreensão dessas disparidades e elucidar os fatores que as influenciam.

Com relação à associação entre identidade de gênero e autoeficácia, a literatura

revisada não apresentou estudos prévios que explorassem tal relação, caracterizando este achado como uma contribuição inédita.

A pontuação significativamente menor entre participantes que se autodeclararam de “outro gênero”, em comparação aos indivíduos cisgênero, merece atenção especial. Esse resultado pode indicar vulnerabilidades adicionais vivenciadas por pessoas de identidades de gênero não normativas, as quais frequentemente enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde, discriminação social e sobrecarga psicossocial. Esse achado converge com evidências da literatura que apontam para desigualdades em saúde entre grupos LGBTQIA+, destacando a necessidade de políticas e práticas inclusivas no âmbito da enfermagem e da atenção primária (Universidade De São Paulo, 2025).

De acordo com os achados de Bharvad (2016), existe diferença significativa na autoeficácia de mulheres “do lar” e mulheres inseridas profissionalmente no mercado de trabalho. Por meio do uso da Escala Geral de Autoeficácia (GSE), Bharvad observou que a média de pontuação de autoeficácia das mulheres empregadas foi de 32,31 pontos, enquanto o valor médio da pontuação de mulheres “do lar” foi de 24,51.

A menor pontuação entre participantes classificados como “do lar”, em comparação aos desempregados, traz a possível sugestão de que o papel desempenhado no ambiente doméstico pode estar associado a sobrecarga emocional, invisibilidade social ou falta de valorização. Diferentemente do desemprego, que pode ser reconhecido socialmente como uma condição transitória ou associada à busca ativa por reinserção no mercado, a condição de permanecer em atividades domésticas tende a ser naturalizada, sobretudo entre mulheres. (Biroli, 2018) Além disso, a ocupação “do lar” pode trazer consigo maiores estigmas sobre estas mulheres, que, por muitas vezes, acabam sendo associadas também à incumbência da maternidade. Isto pode, de modo similar, trazer repercussões na autopercepção e na autoeficácia das mesmas. Essa associação entre o papel social atribuído à mulher e a maternidade é amplamente discutida em estudos sobre gênero e saúde, que apontam como tais expectativas podem interferir na percepção de autonomia e competência pessoal (Souza; Fonseca; Ferreira, 2024).

Vale ressaltar que as variáveis que apresentaram resultados significativos neste estudo contemplam indivíduos com menor representatividade dentro da amostra do estudo. Dado isto, a interpretação dos achados deve ser feita de modo prudente considerando que o tamanho reduzido desses subgrupos pode limitar a generalização dos resultados. Ainda assim, os padrões identificados sugerem a existência de grupos em maior vulnerabilidade emocional diante da infertilidade, o que reforça a importância de práticas assistenciais e intervenções

voltadas à integralidade do cuidado. Além disso, a amostra analisada foi de tamanho menor do que o planejado, o que pode ter gerado uma diminuição no poder dos testes estatísticos.

As demais variáveis analisadas não apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho, mas não devem ser desconsideradas. A ausência de significância pode estar relacionada ao tamanho amostral, à heterogeneidade da amostra ou a fatores contextuais não mensurados. Além disso, variáveis como apoio social, estado civil e acompanhamento psicológico, embora não tenham se mostrado estatisticamente relevantes neste modelo, são amplamente reconhecidas pela literatura como determinantes da saúde mental e do bem-estar, sendo recomendada a investigação em estudos futuros com amostras ampliadas e metodologias complementares.

Ademais, o predomínio de participantes cisgênero, heterossexuais e de regiões específicas pode contribuir para vieses de seleção, restringindo a diversidade de experiências avaliadas. Esse cenário reforça a necessidade de interpretações cuidadosas, e indica que a autoeficácia não deve ser analisada isoladamente, mas integrada a determinantes sociais, culturais e emocionais.

Os resultados demonstraram, através da média de pontuações obtidas, que a maior parte dos indivíduos expressam moderada autopercepção de eficácia, expondo que, de modo geral, os indivíduos requerem acolhimento e escuta ativa durante seus atendimentos, a fim de tornar mais viável e acessível a detecção precoce dos indivíduos que demandam de mais apoios necessários para as áreas de fragilidades e inseguranças. Indivíduos com baixa autoeficácia tendem a evitar desafios e desistir com menor persistência frente a obstáculos, além de experimentarem níveis mais elevados de ansiedade, estresse e desmotivação. (Bandura, 1997)

Esses dados fornecem informações importantes para a identificação de perfis de autoeficácia, permitindo diferenciar indivíduos com baixa confiança em suas habilidades daqueles com níveis adequados ou elevados. Do ponto de vista clínico, os achados deste estudo indicam a importância de profissionais de saúde, especialmente aqueles atuantes em serviços de reprodução assistida, adotarem práticas de acolhimento direcionadas a grupos potencialmente mais vulneráveis. Intervenções estruturadas de educação em saúde, escuta qualificada, acompanhamento psicológico e grupos de apoio podem favorecer a autopercepção de eficácia e autonomia dos indivíduos ao longo do processo reprodutivo.

6. CONCLUSÃO

Por meio da análise dos resultados deste estudo, conclui-se que participantes do sexo masculino apresentaram maiores escores de autoeficácia, em contrapartida, indivíduos que se autodeclararam de “outro gênero” e aqueles classificados como “do lar” obtiveram menores pontuações, refletindo potenciais vulnerabilidades relacionadas a papéis sociais, estigmas e desigualdades estruturais. Esses achados do estudo indicam que a autoeficácia no contexto da infertilidade não é um constructo homogêneo, mas um fenômeno influenciado por determinantes sociais, ocupacionais e singulares do indivíduo, que vão além dos fatores clínicos e biomédicos.

Apesar de outras variáveis como estado civil, apoio social, crenças religiosas e acompanhamento psicológico não tenham expressado associação estatisticamente significativa no presente estudo, sua relevância não deve ser negligenciada. Espera-se que futuras investigações com amostras maiores e diferentes contextos populacionais possam contribuir para elucidar o papel dessas e outras variáveis na autoeficácia frente à infertilidade.

Ao evidenciar diferenças significativas associadas ao gênero e ao papel ocupacional, este estudo enfatiza a importância de abordagens de cuidado sensíveis às particularidades de cada pessoa. Nesse sentido, destaca-se o papel fundamental da enfermagem e da equipe multiprofissional no reconhecimento precoce de grupos em maior vulnerabilidade emocional, na oferta de escuta qualificada e no estímulo de práticas que promovam maior resiliência e autonomia.

Assim, constata-se que ampliar o olhar sobre a infertilidade implica reconhecer seus impactos emocionais e sociais e propor intervenções centradas nas pessoas, valorizando suas experiências e fortalecendo redes de apoio. Essa perspectiva contribui para um cuidado mais humano, inclusivo e sensível às diversidades presentes no contexto reprodutivo.

REFERÊNCIAS

1. BANDURA, A. **Social learning theory**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1977.
2. AZZI, R. G.; POLYDORO, S. A. J. **Autoeficácia em diferentes contextos**. Campinas: Alínea, 2006.
3. BANDURA, A. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York: W. H. Freeman, 1997.
4. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS alerta que 1 em cada 6 pessoas é afetada pela infertilidade em todo o mundo**. Washington, DC: OPAS, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-4-2023-oms-alerta-que-1-em-cada-6-pessoas-e-afetada-pela-infertilidade-em-todo-mundo>. Acesso em: 19 mar. 2025.
5. KLAUS, R. T. *et al.* Revelar e ter com quem contar: infertilidade e apoio social. **Psicologia Teoria e Prática**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. ePTPHD14408, 2023. DOI 10.5935/1980-6906/ePTPHD14408.pt.
6. TEIXEIRA, E. C. M. A.; VILLATORE, M. C.; AZEVEDO, A. V. S. Intervenção psicossocial para mulheres com histórico de tentativas de gravidez. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 12, p. e4438, 2023. DOI 10.17267/2317-3394rps.2023.e4438.
7. LIU, J. *et al.* Global, regional, and national burden of female infertility and trends from 1990 to 2021 with projections to 2050 based on the GBD 2021 analysis. **Scientific Reports**, London, v. 15, p. 17559, 2025. DOI 10.1038/s41598-025-01498-x.
8. AGARWAL, A. *et al.* A unique view on male infertility around the globe. **Reproductive Biology and Endocrinology**, London, v. 13, p. 37, 2015. DOI 10.1186/s12958-015-0032-1.
9. KRAUSZ, C.; RIERA-ESCAMILLA, A. Genetics of male infertility. **Nature Reviews Urology**, London, v. 15, n. 6, p. 369-384, 2018. DOI 10.1038/s41585-018-0003-3.
10. GRANGEIRO, C. H. P. **Avaliação genômica da infertilidade masculina idiopática por azoospermia não obstrutiva**. 2018. 176 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17135/tde-17102018-155505/>. Acesso em: 30 set. 2025.
11. FANG, Y. *et al.* Varicocele-mediated male infertility: from the perspective of testicular immunity and inflammation. **Frontiers in Immunology**, Lausanne, v. 12, p. 729539, 2021. DOI 10.3389/fimmu.2021.729539.
12. MOURA-RAMOS, Mariana; GAMEIRO, Sofia; SOARES, Isabel; ALMEIDA SANTOS, Teresa; CANAVARRO, Maria Cristina. Psychosocial adjustment in infertility: a comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive technologies and presumed fertile couples. *Psicologia, Saúde e Doenças*, Lisboa, v. 11, n.

- 2, p. 299-319, 2010. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36219023010.pdf>. Acesso em: 30 out. 2025. Acesso em: 5 abr. 2025.
13. GALHARDO, A.; CUNHA, M.; PINTO-GOUVEIA, J. Measuring self-efficacy to deal with infertility: psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Portuguese version of the infertility self-efficacy scale. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 36, n. 1, p. 65-74, 2013. DOI 10.1002/nur.21516.
 14. PASCH, L. A.; SULLIVAN, K. T. Stress and coping in couples facing infertility. **Current Opinion in Psychology**, Amsterdam, v. 13, p. 131-135, 2017. DOI 10.1016/j.copsyc.2016.07.004. Acesso em: 5 abr. 2025.
 15. DOMAR, A. D.; ZUTTERMEISTER, P. C.; FRIEDMAN, R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology**, v. 14, Suppl., p. 45-52, 1993.
 16. VON ELM, Erik et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **PLoS Medicine**, v. 4, n. 10, e296, 2007. DOI: 10.1371/journal.pmed.0040296
 17. SETIA, M. S. Methodology series module 3: cross-sectional studies. **Indian Journal of Dermatology**, Mumbai, v. 61, n. 3, p. 261-264, 2016. DOI 10.4103/0019-5154.182410.
 18. MANN, C. J. Observational research methods. Research design II: cohort, cross-sectional, and case-control studies. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 20, n. 1, p. 54-60, 2003. DOI 10.1136/emj.20.1.54.
 19. Portella JR, Maliszewski LS, Martins ESL. Técnica de amostragem “bola de neve virtual” na captação de participantes em pesquisas científicas. **J. nurs. health**. 2024;14(1):e1426636. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v14i1.26636>
 20. ORSO, L. F.; TEMER, M. J. Adaptação Transcultural da Infertility Self-Efficacy Scale (Ise) Para Utilização No Brasil, 2025.
 21. ANDREI, F. *et al.* Self-efficacy, coping strategies and quality of life in women and men requiring assisted reproductive technology treatments for anatomical or non-anatomical infertility. **European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology**, Limerick, v. 264, p. 241-246, 2021. DOI 10.1016/j.ejogrb.2021.07.027.
 22. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Incertezas sobre identidade de gênero elevam riscos à saúde mental mais do que identidade trans**. São Paulo: Jornal da USP, 2025. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/incertezas-sobre-identidade-de-genero-elevam-riscos-a-saude-mental-mais-do-que-identidade-trans/>. Acesso em: 2 set. 2025.
 23. BHARVAD, G. B. Professionally employed women and homemakers on self-esteem and self-efficacy. **International Journal of Social Impact**, Navamuvada, v. 1, n. 1, p. 7-10, 2016. DOI 10.25215/2455/0101003.

24. BIROLI, Flávia. Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2018.
25. SOUZA, M. A. N.; FONSECA, B. A.; FERREIRA, P. T. Gênero, saúde mental e produção de cuidado: relato de experiência com grupo de mulheres na atenção básica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 16, n. 49, p. 78-93, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/94575>. Acesso em: 2 set. 2025.