**Formulário de Questões**

(Destinado às mulheres que tiveram dificuldades para engravidar e atualmente são mães)

1. **Dados de Identificação**
2. Nome:
3. Qual sua idade?
4. Qual sua escolaridade?
5. Qual a sua situação empregatícia?
6. Qual sua situação conjugal?
7. **Informações Clínicas, Sociais e Emocionais:**
8. Qual foi causa da sua infertilidade?
9. Por quanto tempo você tentou engravidar?
10. Você realizou algum tratamento? Qual?
11. Já passou pela situação de um aborto espontâneo?
12. Você teve filhos antes do diagnóstico de infertilidade?
13. Em relação a sua rotina:
14. Realizava as atividades normalmente?
15. Possuía indisposição para realizar alguma tarefa?
16. Houve alterações de apetite ou sono?
17. Ocorreu alguma mudança no desempenho das tarefas domésticas ou laborais?
18. Possui algum hábito de beber ou fumar?
19. Houve algum comprometimento na sua rotina após o diagnóstico?
20. Você ouvia comentários negativos de parentes e amigos? Como você se sentiu?
21. Você recebia alguma cobrança por parte do cônjuge? Como você se sentiu?
22. Como avalia a qualidade da sua relação conjugal antes da maternidade?
23. Houve alteração na manutenção das relações sexuais durante o tratamento/ tentativa?
24. Como você se sentia em relação ao diagnóstico?
25. A infertilidade lhe trazia sentimento de culpa?
26. Qual a sua percepção sobre os sentimentos vivenciados durante a infertilidade e após a conquista da maternidade?
27. Quais as mudanças emocionais ocorreram em sua vida?