

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PRISCILLA SCUCATO MINIOLI

MEDO DO PARTO E DESFECHO PERINATAL EM GESTANTES
ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO COMPLEXO HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CURITIBA

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PRISCILLA SCUCATO MINIOLI

MEDO DO PARTO E DESFECHO PERINATAL EM GESTANTES
ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO COMPLEXO HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Sarah Cristina Zanguellini Rückl

Coorientador: Prof. Rafael Frederico Bruns

CURITIBA

2024

M665 Minioli, Priscilla Scucato

Medo do parto e desfecho perinatal em gestantes atendidas na maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná [recurso eletrônico] / Priscilla Scucato Minioli. - Curitiba, 2024.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia, 2024.

Orientadora: Sarah Cristina Zanguellini Rückl – Coorientador: Rafael Frederico Bruns.

Bibliografia: p. 78-96.

1. Gravidez. 2. Medo. 3. Parto. 4. Fobia. 5. Resultado da gravidez. 6. Complicações na gravidez. I. Universidade Federal do Paraná. II. Rückl, Sarah Cristina Zanguellini. III. Bruns, Rafael Frederico. IV. Título.

NLMC: WQ 240

Catálogo na fonte elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UFPR, Biblioteca de Ciências da Saúde – SD, com os dados fornecidos pelo autor.
Bibliotecário: Francisco José Cordeiro CRB9/1734.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO TOCGINECOLOGIA E
SAÚDE DA MULHER - 40001016084P2

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação TOCGINECOLOGIA E SAÚDE DA MULHER da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **PRISCILLA SCUCATO MINIOLI** intitulada: **Medo do parto e desfecho perinatal em gestantes atendidas na Maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná**, sob orientação da Profa. Dra. SARAH CRISTINA ZANGHELLINI RUCKL, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 02 de Dezembro de 2024.

Assinatura Eletrônica
20/01/2025 10:54:27.0

SARAH CRISTINA ZANGHELLINI RUCKL
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
23/12/2024 12:09:08.0

VIVIAN FERREIRA DO AMARAL
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
02/01/2025 13:12:36.0

SHELDON RODRIGO BOTOGOSKI
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ-
CURITIBA)

Assinatura Eletrônica
22/01/2025 09:42:06.0

VINICIUS MILANI BUDEL
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

RUA GENERAL CARNEIRO, 181 - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80060-900 - Tel: (41) 3525-6855 - E-mail: pgtoco@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 419835
Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 419835

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

A meu esposo, Vinícius Martins Helpa, meu porto seguro em todos os momentos;

Aos meus filhos, Luiz Felipe, Miguel e Alexandre, razões do meu esforço diário para ser uma pessoa melhor;

A meus pais, Júlio Minioli Netto e Célia Scucato Minioli (*in memoriam*) por me proporcionarem desde sempre uma educação de qualidade, por serem meu exemplo e por sempre acreditarem no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

Às pacientes, que foram a motivação deste trabalho;

Ao Complexo Hospital de Clínicas, que me abriu suas portas em 2003, e que hoje me proporciona subir mais um degrau na minha vida profissional e acadêmica.

À equipe de enfermagem, representadas pela Enfermeiras Raíssa Almeida Ramos e Sorau Mattioli Luz, sempre prestativas em todas as minhas solicitações.

À Profa. Dra. Sarah Cristina Zanguellini Rückl, pela dedicação neste período de aprendizado, bem como pelo vasto conhecimento e pela generosidade em me orientar e apoiar em todos os momentos necessários.

À Prof.^a Dra. Tatiane Herreira Trigueiro pelo apoio e incentivo nos momentos de dúvidas e dificuldades.

EPÍGRAFE

“Se pude enxergar mais longe, foi porque me apoiei em ombros de gigantes”.

Issac Newton

RESUMO

O Medo do Parto pode ser definido como um pensamento persistente de medo sobre o parto que limita atividades diárias e sociais, podendo atingir entre 3,7% e 43% da população feminina e seus principais fatores de risco são depressão, ansiedade, baixo suporte social e experiência negativa em parto anterior. Este estudo analisou a prevalência e o desfecho perinatal de gestantes com medo do parto atendidas em uma maternidade do Sul do Brasil. Os pesquisadores entrevistaram 363 gestantes brasileiras, acima de 18 anos, entre 28 e 37 semanas de gestação, atendidas no período de julho de 2021 a novembro de 2023 na Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Foram aplicados os questionários: *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire Version A* (W-DEQ A), Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, Inventário de Ansiedade de Beck e questionário sociodemográfico e obstétrico formulado pelos autores. Foram excluídas 29 participantes por não preencherem o W-DEQ(A) integralmente. Das 334 participantes incluídas no estudo, 314 tiveram seus partos na referida maternidade, das quais foi possível analisar o desfecho do parto e do recém-nascido em análise de prontuários, e 20 tiveram seus partos em outras maternidades, impossibilitando essa análise. Em relação ao desfecho do parto foram pesquisadas via de parto, duração do trabalho de parto, ocorrência de distocias, medicalização ou instrumentalização do parto; e dados relacionados ao recém-nascido como escala de Apgar, peso ao nascimento, percentil do peso ao nascimento, internamento em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, ocorrência de natimorto ou óbito neonatal. As participantes eram, em sua maioria, brancas (72,5%), casadas/união consensual (71,9%), multíparas (65,6%), evangélicas (41,9%), trabalhadoras com carteira assinada (45,9%) e gestantes de alto risco (78,4%). A mediana de idade foi 29 anos, a mediana da idade gestacional no momento da entrevista foi 34 semanas e a mediana da idade gestacional no momento do parto foi 38,4 semanas. Em relação à amostra, 13,2% pontuaram ≥ 85 no W-DEQ(A), indicando medo do parto muito elevado e 4,8% pontuaram ≥ 100 , indicando tocofobia. Houve associação entre medo do parto muito elevado e sintomas ansiosos ($p < 0,001$), experiências negativas em partos anteriores ($p < 0,001$), gravidez não planejada ($p = 0,031$) e histórico de violência sexual e/ou física ($p = 0,005$), porém não houve influência do medo do parto no desfecho do parto e no desfecho do recém-nascido. Os itens mais significantes em relação ao conteúdo do medo foram medo de entrar em pânico ($p < 0,001$), medo de não saber quanto tempo vai durar o trabalho de parto ($p < 0,001$), medo de ter um trabalho de parto muito longo ($p < 0,001$), medo de não ter controle da situação ($p < 0,001$) e medo de sentir dor no parto ($p < 0,001$). Conclui-se que apesar da alta prevalência do medo do parto muito elevado em 13,2% das participantes, não houve influência no desfecho perinatal. Esse e os demais resultados ressaltam a necessidade de triagem sistemática, intervenções direcionadas e individualizadas e treinamento da equipe multidisciplinar para apoiar a saúde mental das gestantes e promover o bem-estar do binômio materno-fetal.

Palavras-chave: Gravidez. Medo. Parto. Fobia. Resultado da Gravidez. Complicações na Gravidez

ABSTRACT

Fear of childbirth can be defined as a persistent thought of fear about childbirth that limits daily and social activities, and can affect between 3,7% and 43% of the female population. Its main risk factors are depression, anxiety, low social support, and negative previous childbirth experience. This study analyzed the prevalence and perinatal outcome of pregnant women with fear of childbirth treated at a maternity hospital in southern Brazil. The researchers interviewed 363 Brazilian pregnant women, over 18 years old, between 28 and 37 weeks of gestation, treated from July 2021 to November 2023 at the Maternity Hospital of the Hospital de Clínicas Complex of the Federal University of Paraná. The following questionnaires were applied: Wijma Delivery Expectancy Questionnaire Version A (W-DEQ A), Edinburgh Postpartum Depression Scale, Beck Anxiety Inventory, and a sociodemographic and obstetric questionnaire formulated by the authors. Twenty-nine participants were excluded for not completing the W-DEQ(A) in full. Of the 334 participants included in the study, 314 gave birth in the aforementioned maternity hospital, for whom it was possible to analyze the outcome of the birth and the newborn by analyzing the medical records, and 20 gave birth in other maternity hospitals, making this analysis impossible. Regarding the outcome of the birth, the following were investigated: route of delivery, duration of labor, occurrence of dystocia, medicalization or instrumentalization of the birth; and data related to the newborn, such as Apgar score, birth weight, birth weight percentile, admission to the Neonatal Intensive Care Unit, occurrence of stillbirth or neonatal death. The participants were mostly white (72,5%), married/consensual union (71,9%), multiparous (65,6%), evangelical (41,9%), workers with a formal employment contract (45,9%) and high-risk pregnant women (78,4%). The median age was 29 years, the median gestational age at the time of the interview was 34 weeks, and the median gestational age at delivery was 38,4 weeks. Regarding the sample, 13,2% scored ≥ 85 on the W-DEQ(A), indicating a very high fear of childbirth, and 4,8% scored ≥ 100 , indicating tokophobia. There was an association between very high fear of childbirth and anxiety symptoms ($p < 0.001$), negative experiences in previous births ($p < 0.001$), unplanned pregnancy ($p = 0,031$), and history of sexual and/or physical violence ($p = 0,005$), but there was no influence of fear of childbirth on the outcome of childbirth and the outcome of the newborn. The most significant items regarding the content of fear were fear of panicking ($p < 0,001$), fear of not knowing how long labor will last ($p < 0,001$), fear of having a very long labor ($p < 0,001$), fear of not having control of the situation ($p < 0,001$) and fear of feeling pain during labor ($p < 0,001$). It was concluded that despite the high prevalence of fear of labor (13,2% of participants), it had no influence on the perinatal outcome. This and other results highlight the need for systematic screening, targeted and individualized interventions and training of the multidisciplinary team to support the mental health of pregnant women and promote the well-being of the maternal-fetal binomial.

Keywords: Pregnancy. Fear. Childbirth. Phobia. Pregnancy Outcome. Birth Complications

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PARTICIPANTES	39
TABELA 2 - PERFIL OBSTÉTRICO DAS PARTICIPANTES	39
TABELA 3 - FREQUÊNCIA DO MEDO DO PARTO	40
TABELA 4 - MEDO DO PARTO E PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS PARTICIPANTES.....	42
TABELA 5 - MEDO DO PARTO E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	44
TABELA 6 - DESFECHO DO PARTO.....	46
TABELA 7 - COMPARAÇÃO ENTRE DESFECHO DO PARTO E MEDO DO PARTO	47
TABELA 8 - DESFECHO DO PARTO E MEDO DO PARTO	48
TABELA 9 - DESFECHO DO PARTO E MEDO DO PARTO INCLUINDO TOCOFOBIA	50
TABELA 10 - COMPARAÇÃO ENTRE EDPE E IAB COM MEDO DO PARTO	52
TABELA 11 - EDPE E IAB X MEDO DO PARTO.....	52
TABELA 12 - COMPARAÇÃO ENTRE MEDO DO PARTO E MOTIVAÇÕES DO MEDO	53

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AIG -	Adequado para a Idade Gestacional
CHC -	Complexo Hospital de Clínicas
DSM -	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EDPE -	Escala de Depressão Pós- Parto de Edimburgo
FoC -	<i>Fear of Childbirth</i>
GIG -	Grande para a Idade Gestacional
IAB -	Inventário de Ansiedade de Beck
MP -	Medo do Parto
NA -	<i>No Answer</i> (Sem Resposta)
PIG -	Pequeno para a Idade Gestacional
RN -	Recém-nascido
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT -	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
TMC -	Transtornos Mentais Comuns
TOC -	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UFPR -	Universidade Federal do Paraná
UTI -	Unidade de Terapia Intensiva
W-DEQ(A) -	<i>Wijma Delivery Expectancy Questionnaire Version A</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	OBJETIVOS.....	14
1.1.1	Objetivo geral.....	14
1.1.2	Objetivos específicos.....	14
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1	FISIOLOGIA DO PARTO.....	15
2.2	DEFINIÇÃO DE MEDO DO PARTO.....	16
2.3	ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO.....	18
2.4	PREVALÊNCIA DE MEDO DO PARTO NO MUNDO.....	20
2.5	INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO.....	22
2.6	IMPACTO NA SAÚDE DA GESTANTE E DA PROLE.....	23
2.7	CESÁREA A PEDIDO.....	24
2.8	INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS.....	28
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	31
3.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	31
3.2	CÁLCULO AMOSTRAL.....	31
3.3	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	32
3.4	PARTICIPANTES.....	32
3.4.1	Critérios De Inclusão.....	32
3.4.2	Critérios De Exclusão.....	32
3.5	Instrumentos Aplicados.....	33
3.5.1	<i>Wijma Delivery Expectancy Questionnaire Version A</i>	33
3.5.2	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE).....	34
3.5.3	Inventário de Ansiedade de Beck (IAB).....	34
3.5.4	Avaliação do Perfil Sociodemográfico e Obstétrico.....	34
3.6	Dados Relacionados ao Desfecho do Parto.....	35

3.7	Dados Relacionados ao Recém-Nascido	35
3.8	Análise Estatística.....	36
4	RESULTADOS	38
5	DISCUSSÃO.....	56
5.1	Limitações.....	73
5.2	Perspectivas	73
6	CONCLUSÃO.....	75
	REFERÊNCIAS.....	76
	APÊNDICE.....	95
	APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96
	APÊNDICE 2 - AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO	99
	APÊNDICE 3 - <i>THE WIJMA DELIVERY EXPECTANCY/EXPERIENCE</i>	103
	APÊNDICE 4 – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL DE EDIMBURGO.....	106
	APÊNDICE 5 – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK.....	108
	APÊNDICE 6 - DESFECHO DO PARTO	110
	ANEXO.....	112
	ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	113

1 INTRODUÇÃO

A experiência do parto e o nascimento são vivências individuais que incorporam processos psicológicos e fisiológicos influenciados pelo contexto social, ambiental, organizacional e político (Larkin; Begley; Devaine, 2009).

O parto é um processo transformador para a mulher, caracterizando-se pelo movimento de pré-parto e trabalho de parto em direção ao objetivo de parir (Miller, 2005). Sua natureza é dinâmica e temporal (Drummond e Rickwood, 1997) e relaciona-se tanto com o seu desfecho, ou seja, o nascimento seguro do bebê, quanto com sua sua evolução, isto é, os processos físicos e cognitivos do parto e nascimento vivenciados pelas mulheres (Larkin, Begley, Devane, 2009).

Devido à natureza dinâmica do parto, os processos físicos e psicológicos flutuam durante a experiência e, por sua vez, são afetados pelo resultado (Larkin, Begley, Devane, 2009). Embora o trabalho de parto seja um processo fisiológico universal, os elementos psicológicos e emocionais mais sutis vivenciados pelas mulheres são muitas vezes ignorados em detrimento de componentes mais objetivos como qualidade do atendimento, intervenções, taxas de morbidade e mortalidade (Baker *et al.*, 2005).

Durante o período gestacional ocorrem transformações no organismo da mulher e no seu bem-estar, alterando seu psiquismo e seu perfil sociofamiliar. A chegada de um filho ao núcleo familiar demanda novas e crescentes responsabilidades, assim como medos e inseguranças (Nilsson *et al.*, 2018).

O sucesso do parto é usualmente definido a partir de indicadores físicos, como, por exemplo, taxas de mortalidade, enquanto a experiência do trabalho de parto em si, passa a ser considerada irrelevante ou de menor importância. Ainda assim, os aspectos psicológicos do parto são importantes, pois, desempenham um papel significativo, juntamente com os aspectos fisiológicos, não apenas nas experiências das mulheres em relação ao parto, mas também em relação aos resultados puerperais (Oakley, 1993).

Transtornos ansiosos como transtorno do pânico, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada, depressão, transtorno obsessivo compulsivo e distúrbios alimentares são mais frequentes em mulheres do que em homens, sendo o transtorno depressivo maior aproximadamente duas a três vezes mais comum em mulheres do que em homens (Andersson *et al.*, 2003). Os sintomas depressivos são muito

frequentes durante a gravidez (Evans; Francomb; Golding, 2001), sugerindo que a depressão pré-natal é muito comum, podendo ser necessária a investigação de sintomas psiquiátricos pré-existentes (Poggi *et al.*, 2018).

Segundo Silva *et al.*:

[...] durante o período gestacional podem ser observados o aumento dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) que incluem sintomas depressivos não-psicóticos, ansiedade e queixas somáticas que afetam o desempenho das atividades diárias. Os sintomas dessa categoria podem incluir dificuldade de concentração e esquecimentos, insônia, fadiga, irritabilidade, sensação de inutilidade, entre outros. [...] Existem vários fatores associados ao TMCs tais como baixo nível de escolaridade e/ou socioeconômico, maior idade, sexo feminino, estado civil solteiro ou separado/divorciado, estar desempregado ou não ter nenhuma ocupação, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e insatisfação com a imagem corporal (Silva *et al.*, 2010, p.1832).

O Medo do Parto (MP) é uma fobia específica, classificada dentro do grupo de transtornos ansiosos e é caracterizado por altos níveis de estresse e má adaptação aos processos fisiológicos e psicológicos normais da gravidez e parturição, limitando atividades diárias e sociais (Nilsson *et al.*, 2018). Quando em níveis severos, denomina-se tocofobia, que é classificada em tocofobia primária, quando ocorre em primíparas, e tocofobia secundária, quando ocorre em múltiparas (Hofberg; Brockington, 2000). O MP atinge entre 1,9% e 43% da população feminina, com uma prevalência geral agrupada de 14% e seus principais fatores de risco são ansiedade, depressão e outras desordens psiquiátricas, conflitos em relações interpessoais, experiência de abuso sexual e experiência traumática em parto anterior (Ayers, 2014; O'Connell *et al.*, 2017).

Mulheres com medo do parto têm maior probabilidade de sofrerem complicações obstétricas como realização de cesárea sem indicação médica, cesáreas eletivas ou de emergência, solicitação de analgesias peridurais, interferência na duração do trabalho de parto (Fenwick *et al.*, 2009; Phunyammalee; Buayaem; Boriboonthirunsarn, 2019), influência no peso do recém-nascido e prejuízo na relação mãe-bebê (Class *et al.*, 2011; Loomans *et al.*, 2013). O medo do parto pode também aumentar a incidência de disforia puerperal, depressão pós-parto (Størksen *et al.*, 2015) e transtorno de estresse pós-traumático (Poggi *et al.*, 2018).

Entretanto, alguns estudos não encontraram associação entre medo do parto e via do parto (Johnson; Slade, 2002), cesárea de emergência (Jespersen *et al.*, 2014), duração do trabalho de parto ativo (Handelzalts *et al.*, 2015; Rydyng *et al.*, 1998) e uso de analgesia peridural (O'Connell *et al.*, 2019). Outros autores não observaram relação entre medo do parto e os resultados relacionados ao recém-

nascido como peso ao nascer, percentil do peso ao nascer e idade gestacional (O'Connell *et al.*, 2019), desfechos adversos em recém-nascidos como prematuridade, baixo peso ao nascer e internação em UTI Neonatal (Hall *et al.*, 2012), asfixia (Heimstad *et al.*, 2006) ou sofrimento fetal (Handelzalts *et al.*, 2015)

O medo do parto tem sido exaustivamente estudado em países nórdicos e europeus (O'Connell *et al.*, 2017), mas só recentemente começou a ser pesquisado no Brasil, ainda apresentando literatura escassa sobre o tema. Dessa forma, devido à falta de estudos sobre o medo do parto em gestantes brasileiras e sobre os dados relativos ao desfecho do parto nestas mulheres, o objetivo deste estudo é investigar a prevalência do medo do parto nesta população e sua interferência no desfecho perinatal.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

O objetivo deste estudo é identificar a prevalência do medo do parto em gestantes atendidas em um hospital universitário do Sul do Brasil e sua interferência no desfecho perinatal.

1.1.2 Objetivos específicos

- Avaliar se o medo do parto possui associação com o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes;
- Avaliar se o medo do parto interfere no desfecho perinatal;
- Investigar quais são os principais medos das gestantes em relação ao parto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FISILOGIA DO PARTO

Há 100.000 anos, nossos ancestrais atingiram, no seu processo de desenvolvimento evolutivo, o tamanho do cérebro e a morfologia pélvica atuais, provavelmente dando à luz de forma semelhante aos humanos modernos, não apenas em relação ao mecanismo de parto, mas também no comportamento associado ao nascimento (Trevathan, 1987).

Uma característica importante dos primatas como grupo é a cabeça e o cérebro grandes em relação ao tamanho do corpo, ou seja, um alto quociente de encefalização (Rosenberg & Trevathan, 2002), de modo que o tamanho da cabeça do recém-nascido (RN) é próximo do tamanho do canal de parto. Este, tem três planos relevantes: a entrada, o plano médio e a saída. Em primatas não humanos, os três planos pélvicos são mais longos na dimensão sagital (ântero-posterior) do que na dimensão transversal e o crânio neonatal é maior na dimensão sagital. (Rosenberg & Trevathan, 2002).

As macacas geralmente dão à luz em posição de cócoras. No processo de parto, esta normalmente estende a mão para guiar o filhote para fora do canal de parto e em direção aos seus mamilos para poder limpar a boca e o nariz do bebê, facilitando sua respiração (Trevathan, 1987). Outros animais podem observar o processo de nascimento à distância, mas não auxiliam a mãe ou o bebê. Os recém-nascidos da maioria das espécies de macacos têm habilidades motoras suficientemente desenvolvidas para que um bebê possa ajudar no seu próprio parto, uma vez que suas mãos estão livres (Trevathan, 1987).

Já a experiência do parto nos humanos é particularmente desafiadora devido ao tamanho do crânio do bebê humano em comparação ao resto do corpo. Ao longo da evolução, as modificações na pelve humana permitiram que os homínídeos andassem eretos, mas isso limitou a abertura da pelve e exigiu que a maioria dos bebês saísse do canal de parto na posição occipito anterior (Rosenberg; Trevathan, 2001). Por esse motivo, é difícil para a mãe, seja ela agachada, sentada ou deitada, alcançar e guiar o bebê à medida que ele emerge. Existe uma dificuldade adicional pois, em contraste com os ombros estreitos dos macacos, que podem passar pelo canal do parto sem rotação, nos humanos, uma vez que a cabeça passa pela saída

da pelve, ela geralmente gira novamente para que os ombros possam passar (Rosenberg; Trevathan, 2001).

Em algum momento do passado evolutivo dos seres humanos, as vantagens da assistência durante o parto superaram as desvantagens, tornando a obstetrícia obrigatória um padrão típico da espécie, fazendo do nascimento humano um evento social e não solitário (Trevathan, 1987). Sugere-se, portanto, que a seleção natural tenha favorecido o comportamento de buscar assistência durante o parto, e essa ajuda compensou as dificuldades, não apenas em relação ao risco da posição do parto, mas também à dor, ao medo e à ansiedade, levando à busca por companheirismo e segurança (Rosenberg; Trevathan, 2001). Essa vantagem evolutiva foi transmitida aos descendentes, sendo a necessidade e o desejo de apoio físico e emocional tão antigos quanto a humanidade em si (Rosenberg; Trevathan, 2001).

Como processo biológico, o parto é caracterizado por uma série de fatores fisiológicos e fenômenos preditivos distintos, mas para cada mulher, individualmente, o seu curso exato, bem como a experiência subjetiva, são desconhecidos. Uma mulher grávida pode, portanto, questionar sua capacidade de lidar com os desafios que o parto proporciona, sendo que esses sentimentos de incerteza e ansiedade podem surgir enquanto o parto, uma experiência desconhecida, incontrolável e inevitável, se aproxima, tornando a situação tão angustiante que gera o medo do parto (Wijma, 1998).

A gravidez e o parto fazem parte de uma transição, ou seja, um limiar existencial que as mulheres que desejam ter filhos precisam atravessar. Para cada mulher o parto é uma experiência com dimensões multifacetadas e exclusivas que podem ser influenciadas pelo contexto social. As expectativas e experiências relativas à gestação e nascimento podem ser de natureza positiva e negativa, envolvendo sentimentos de alegria e fé, mas também preocupações, ansiedade e medo (Nilsson *et al.*, 2018).

2.2 DEFINIÇÃO DE MEDO DO PARTO

O medo do parto é caracterizado por altos níveis de estresse e má adaptação aos processos fisiológicos e psicológicos normais da gravidez e parturição (Veringa *et al.*, 2016) e pode influenciar significativamente a jornada da gestante e o seu processo

de dar à luz. Se não diagnosticado, pode resultar em sensação de solidão e falta de apoio, afetando não só a saúde mental da mulher, como a saúde do bebê (Nilsson *et al.*, 2018).

O medo do parto não é um fenômeno novo e foi descrito primeiramente pelo psiquiatra francês Victor Marcé em 1858 e definido como um sentimento persistente de medo sobre o parto que limita atividades diárias e sociais:

[...] se são primíparas, a expectativa de uma dor desconhecida preocupa-as além de qualquer medida e as lança num estado de ansiedade inexprimível. Se já são mães, têm pavor da memória do passado e da perspectiva do futuro (Marcé, 1858 *apud* Hofberg; Brockington, 2000, p.83).

O termo Medo do Parto (*FoC* do termo em inglês *Fear of Childbirth*) foi caracterizado em 1981 em um estudo com gestantes suecas e definido como uma forte ansiedade que prejudica as funções diárias e o bem-estar das mulheres (Areskog; Uddenberg; Kjessler, 1981,). Na década de 1990 estudos finlandeses o definiram como um transtorno de ansiedade ou medo fóbico que inclui sintomas físicos, pesadelos e dificuldade de concentração, bem como aumento da demanda por cesáreas (Saisto; Halmesmäki, 2003).

Quando manifestado em níveis extremamente severos pode ser substituído pelo termo *Tokophobia*, que foi utilizado pela primeira vez em 2000, e descrito como um sentimento incapacitante e devastador, podendo estar presente antes da gravidez. Segundo Hofberg e Bronckington:

“[...] quando o medo do parto precede a gravidez e é tão intenso que o tokos (parto) é evitado sempre que possível, trata-se de um estado fóbico denominado Tokophobia”. [...] pode ser classificada em primária e secundária. A primeira ocorre em nulíparas enquanto a segunda está relacionada a uma experiência anterior de parto difícil ou traumático de múltiparas. As mulheres que sofrem de tocofobia, desejam a gravidez, mas são incapazes de entender sua aversão ao parto (Hofberg; Brockington, 2000, p.83).

Além disso, pode ser conceituado também como medo incapacitante que interfere no convívio familiar, nas atividades diárias e nas relações sociais (Nilsson *et al.*, 2018). Sua intensidade pode variar de medo insignificante ao medo extremo (Wijma; Wijma; Zar, 1998), muitas vezes levando a gestante a pensar que a sua própria vida ou a do bebê estão em risco (Eide; Morken; Bærøe, 2019).

O DSM-5 define Fobia Específica como “medo ou ansiedade acentuada sobre um objeto ou situação específica, desproporcional ao perigo real apresentado e para o contexto sociocultural, persistente e causa de sofrimento ou prejuízo em áreas sociais, ocupacionais e/ou outras áreas” (*American Psychiatric Association*, 2013, p.

197). Assim sendo, o termo tocofobia é caracterizado como “um pavor irracional do parto” devido a angústia severa com pensamentos e comportamentos que visam evitar o parto (Hofberg, Brockington, 2000; Calderani *et al.*, 2018, p. 37).

O medo do parto pode ser avaliado através de instrumentos, sendo o mais utilizado o *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire Version A (W-DEQ A)*, desenvolvido por Wijma, Wijma e Zar em 1998. As pontuações obtidas variam entre zero e 165, e, quanto mais alta, mais severo é o medo do parto. De acordo com a pontuação, o medo do parto pode ser classificado em: a) medo reduzido, pontuação de zero a 37, b) medo moderado, entre 38 e 64, c) medo elevado ≥ 65 , d) medo muito elevado ≥ 85 e resultados ≥ 100 são considerados tocofobia.

2.3 ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO

A origem do medo das mulheres em relação ao parto é variável e multifatorial, podendo estar associado à combinações de fatores predisponentes como ansiedade, depressão e outras desordens psiquiátricas, conflitos em relações interpessoais, experiência de abuso sexual e experiência traumática em parto anterior (Söderquist *et al.*, 2004, Haines *et al.*, 2015, Hall *et al.*, 2012, Demsar *et al.*, 2017, Ilsk *et al.*, 2021).

Dados de estudos brasileiros apontam uma prevalência significativa de transtornos mentais entre mulheres grávidas atendidas nas Unidades Básicas de Saúde em cidades do Rio Grande do Sul, Brasil. Segundo Almeida *et al.* (2012) a taxa de prevalência de transtornos mentais, que incluem transtorno depressivo maior, transtorno depressivo maior em remissão parcial, distímia, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada e bulimia nervosa, é de 41,7%. Além disso, Silva *et al.* (2010) relataram uma prevalência de 41,1% para transtorno mental comum, que engloba sintomas depressivos não psicóticos, ansiedade e queixas somáticas que prejudicam as atividades diárias. Entre os transtornos mentais identificados, o transtorno depressivo maior foi o mais prevalente, afetando 21,6% das mulheres, seguido pelo transtorno de ansiedade generalizada, com taxa de 19,8% (Almeida *et al.*, 2012)

Segundo Veringa *et al.*:

As complexas causas do medo do parto podem ser examinadas a partir de uma perspectiva biopsicossocial que inclui dimensões biológicas de medo (por exemplo medo da dor, medo de lesões corporais, medo da própria morte e da morte do filho), fatores psicológicos (por exemplo traços da personalidade, eventos traumáticos de vida, experiências obstétricas

anteriores difíceis ou traumáticas, sentimentos de desamparo ou ansiedade em relação a maternidade), fatores sociais (por exemplo insatisfação com o relacionamento com o parceiro, falta de apoio social, baixo perfil socioeconômico, ouvir histórias trágicas sobre trabalho de parto e nascimento pela família, amigos, conhecidos e mídia (Veringa *et al.*, 216, p.2).

Em um estudo com primíparas japonesas, Takegata *et al.* (2018) identificaram situações que podem ser fontes de medo do parto como possibilidade de risco materno e fetal, hemorragia, ocorrência de situação anormal não percebida pela gestante, medo de ocorrência de cesárea de emergência, medo de nascimento prematuro, medo de dor do parto, de laceração perineal, de realização de episiotomia, vergonha de entrar em pânico, receio de ser vista pelo marido em uma situação de pânico, medo de perder a compostura, de não ter garantia que irá conseguir ter parto normal, da imprevisibilidade de quanto tempo irá durar o trabalho de parto, receio de que o marido não seja chamado quando o trabalho de parto tiver início, receio que o marido se comporte mal, rompimento da bolsa antes da hospitalização, medo de parto rápido antes da hospitalização e falta de confiança em avaliar o que é um trabalho de parto típico.

O contexto ou ambiente em que as mulheres dão à luz e suas interações com os profissionais de saúde também influenciam o medo do parto (Fenwick *et al.*, 2009). Antecedentes como história de violência sexual e falta de apoio social, fatores relacionados ao evento do parto, (como por exemplo, dor na primeira fase do trabalho de parto, sentimento de impotência, expectativas não concretizadas, interação com a equipe obstétrica e intervenções médicas) são preditores significativos de percepção do parto como traumático (Fenwick *et al.*, 2009). Para Sjögren (2002), a razão mais comum de medo do parto é a falta de confiança na equipe obstétrica.

Waldenström encontrou os seguintes fatores de risco para uma experiência de parto negativa:

[...] fatores relacionados a problemas médicos inesperados, como parto operatório de emergência, indução, aumento da duração do trabalho de parto e transferência do bebê para cuidados neonatais; fatores relacionados ao convívio social da mulher, como gravidez indesejada e falta de apoio do companheiro; fatores relacionados aos sentimentos da mulher durante o trabalho de parto, como dor e descontrole e fatores influenciados pelos cuidadores, tais como tempo insuficiente atribuído às questões da própria mulher nos exames pré-natais, falta de apoio durante o trabalho de parto e falta de administração de analgesia obstétrica (Waldenström, 2004, p.17).

Os antecedentes predisponentes associados ao medo do parto incluem a percepção de uma ameaça real ou antecipada da gravidez ou de seus resultados, baixa capacidade de auto-enfrentamento, necessidades de apoio social não atendidas

(Chen *et al.*, 2024), falta de conhecimento suficiente sobre a gravidez e o parto, baixa autoestima e baixa autoeficácia (Mohamamdirizi *et al.*, 2018).

O medo de perder o controle durante o parto é muito comum nas mulheres, assim como medo do parto em si e medo da dor (Lowe, 2000; Waldenström *et al.*, 2004). Neste contexto, perder o controle pode significar perda do controle físico ou do autocontrole, bem como perder o controle do que está para acontecer consigo mesmo (Waldenström *et al.*, 2004). Outros autores relatam que muitas gestantes se preocupam com a hostilidade da equipe obstétrica, com o fato de serem deixadas sozinhas durante o trabalho de parto e a impossibilidade de envolvimento na tomada de decisões (Lowe, 2000; Soet *et al.*, 2003, Waldenström *et al.*, 2004).

2.4 PREVALÊNCIA DE MEDO DO PARTO NO MUNDO

A prevalência do medo do parto no mundo é diversa, provavelmente devido a fatores socioculturais e metodologias utilizadas nos estudos.

As razões para as variações são desconhecidas, mas podem ser influenciadas pelas diferenças culturais na percepções e expectativas das mulheres a respeito do parto (Dencker, *et al.*, 2019, Abebe *et al.*, 2024), pela qualidade da assistência médica oferecida, por fatores psicológicos e obstétricos e pelo apoio social (Elvander; Cnattingius; Kjerulff, 2013, Bilgiç; Çyrtak Bilgin, 2021,). Também pode ser dificultada pela falta de uniformidade nos instrumentos utilizados para a sua mensuração (Lukasse; Schei; Ryding, 2014) e também pelas medidas utilizadas: podem variar desde o medo sendo autodefinido pelas mulheres, ou autorrelatado através de diferentes questionários, ou estimado através da medição de índices fisiológicos, como hormônios do estresse no parto (Klabbers *et al.*, 2016).

Nos estudos iniciais, a prevalência de medo do parto em mulheres grávidas na Escandinávia atingia 20%, com aproximadamente cinco a dez por cento das mulheres experimentando medo intenso (Areskog; Uddenberg; Kjessler, 1981).

Uma revisão sistemática com 24 artigos de diferentes países (Suécia, Austrália, Noruega, Finlândia, Dinamarca, Estados Unidos, Canadá, Croácia, Islândia e Estônia) identificou a taxa global do medo do parto. Foram usadas escalas de medição diferentes, sendo a mais utilizada a escala W-DEQ(A), em 11 estudos. A prevalência, mensurada pela escala W-DEQ (≥ 85) obteve uma taxa média de tocofobia (pontuação ≥ 100) de 7,1%, uma taxa média de medo do parto muito elevado

(pontuação ≥ 85) de 11,1% e uma taxa média de medo do parto moderado (pontuação entre 66 e 71) de 24,9 a 26,2%. As taxas de medo do parto muito elevado variaram entre 6,3% na Bélgica e 14,8% na Estônia (Nilsson *et al.*, 2018). Esse estudo ressaltou que as diferenças de prevalência entre os países podem decorrer da ausência de uniformidade nas traduções da escala e devido a W-DEQ abordar sentimentos, os quais podem ter significados distintos em diversas culturas (Nilsson *et al.*, 2018).

A prevalência na Europa parece variar entre 1,9 e 14% (Ayers, 2014). Um panorama do cenário europeu quanto ao medo do parto foi obtido em um estudo coorte com 6.870 mulheres grávidas que frequentaram serviços de pré-natal na Bélgica, Islândia, Dinamarca, Estônia, Noruega e Suécia (Estudo Bidens – Lukasse; Schei; Ryding, 2014). Para mensurar o medo do parto foi utilizada a escala W-DEQ(A) com ponto de corte ≥ 85 , sendo que 11% das mulheres apresentou medo do parto muito elevado, das quais 11,4% eram primíparas e 11,0%, múltiparas. A prevalência de medo do parto nos seis países europeus, entre as nulíparas variou de 4,5% na Bélgica a 15,6% na Estônia e entre as múltiparas de 7,6% na Islândia a 15,2% na Suécia (Lukasse; Schei; Ryding, 2014).

Uma meta-análise, cujo objetivo foi avaliar como o medo do parto é definido na literatura e determinar a sua prevalência global, incluindo 29 estudos de 18 países (Europa, Oceania, Ásia e Américas), totalizando 853.988 gestantes, sendo que 21 estudos utilizaram a escala W-DEQ(A). Neste estudo a prevalência variou de 3,7% a 43%, com considerável heterogeneidade na definição de medo do parto, e uma prevalência geral agrupada de 14%, sendo de 16% em nulíparas e 14% em múltiparas (O'Connell *et al.*, 2017). Ao analisar a prevalência por região, encontrou-se 12% na Escandinávia, 8% no restante da Europa e 11% nos estudos americanos. As taxas de prevalência mais elevadas foram 23% na Austrália e 25% na Ásia. Além disso, o estudo revelou um aparente aumento na prevalência de medo do parto nos últimos 30 anos, sendo 6% na década de oitenta, passando para 10% na década de noventa e para 17% entre os anos de 2010 e 2016 (O'Connell *et al.*, 2017).

Já Sanjari *et al.* (2022), em uma meta-análise mais recente com 27 estudos e 26.014 participantes, encontraram uma prevalência geral agrupada de 16%, que foi maior em relação a prevalência global anterior de 14% (O'Connell *et al.*, 2017). As descobertas também mostram que a prevalência do medo do parto aumentou desde 2015 em comparação aos estudos anteriores a este ano (Sanjari *et al.*, 2022).

Em um estudo realizado na Eslovênia em 2014 com 191 gestantes que reponderaram o questionário W-DEQ(A), 90% das participantes eram nulíparas e 25% relataram medo elevado ou muito elevado do parto, sendo que 1,6% obtiveram pontuação ≥ 100 . O medo do parto estava relacionado principalmente à episiotomia, ao medo de perder o controle e ao medo da dor (Demsar *et al.*, 2014).

No Oriente Médio, um estudo transversal realizado com 528 gestantes iranianas, entre dezembro de 2015 a março de 2016, onde foi utilizado *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire Version A* para investigar o medo do parto, 19,6% experimentaram medo do parto elevado e 6,1% medo do parto muito elevado. O escore médio do medo do parto foi significativamente maior nas múltíparas que preferiram a cesárea em comparação às que preferiram o parto normal e nas nulíparas com menor renda familiar, em comparação com aquelas com maior renda (Mortazavi; Agah, 2018).

Na África, um estudo com 376 gestantes do Quênia, utilizando o W-DEQ(A), encontrou níveis leves de medo do parto em 29,5% das participante, níveis moderados em 40,4%, níveis elevados em 22,1%, e níveis muitos elevados em 8% das participantes. Comparando por paridade, a prevalência de medo do parto foi maior nas nulíparas do que nas múltíparas (Onchonga *et al.*, 2020).

Na China, Huang *et al.* (2021), em uma pesquisa com 646 gestantes que receberam cuidados pré-natais, encontraram uma prevalência total de medo do parto de 67,1%, sendo 45,4% leve, 19,5% moderada e 2,2% grave.

No Brasil, um estudo com 125 gestantes entre 28 e 36 semanas, 12% pontuaram ≥ 85 no W-DEQ(A), indicando medo do parto muito elevado e 5,6% pontuaram ≥ 100 , indicando tocofobia. Houve associação entre medo do parto e sintomas de ansiedade, sintomas depressivos e suporte social deficiente (Dal Moro *et al.*, 2023).

2.5 INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO

Na prática clínica, a identificação de mulheres que sofrem de medo do parto é dificultada por discrepâncias tanto na sua definição quanto na sua medição (Wijma; Wijma; Zar, 1998; Richens; Campbell; Lavender, 2019). Além disso, há diferenças nas definições de medo entre as mulheres e nas diferentes culturas, tradições e expectativas sociais da procriação em si (Haines *et al.*, 2015, Assimamaw *et al.*, 2024).

Dessa forma, inconsistências na prevalência e no impacto do medo do parto resultam de heterogeneidade dos desenhos de investigação, incluindo as ferramentas de medição utilizadas e as populações estudadas (Ternström *et al.*, 2015)

Embora não existam critérios padrão para diagnosticar o medo do parto, a ferramenta mais utilizada mundialmente é a W-DEQ - *The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (Wijma; Wijma; Zar, 1998; Richens; Lavender; Smith, 2018). Outras ferramentas, ainda pouco estudadas, foram desenvolvidas em diferentes países como a *Fear of Childbirth Questionnaire* (Areskog; Uddenberg; Kjessler, 1981), Escala de medo do Nascimento (*Fear of Birth Scale – FOBS*) (Rouhe *et al.*, 2009) e o Questionário de Atitudes do Parto (*Childbirth Attitudes Questionnaire - CAQ*) (Alipour *et al.*, 2011),

2.6 IMPACTO NA SAÚDE DA GESTANTE E DA PROLE

Enquanto a depressão e os transtornos ansiosos são abordadas mais facilmente em consultas médicas, o medo do parto geralmente é negligenciado no pré-natal. Porém, ele pode dar início a uma série de consequências que afetam a saúde, o bem-estar e atividades diárias das mulheres (Dai *et al.*, 2020).

O sofrimento emocional relacionado ao nascimento, do qual o medo e a ansiedade são componentes, tem impacto significativo nas esferas comportamentais, cognitivas e emocionais das mães, seus bebês e famílias (Murray, 1992; Leiferman, 2002; Fenwick *et al.*, 2009), diminuindo a funcionalidade individual e familiar, com consequentes custos econômicos para a sociedade (Willms, 2002).

O medo exacerbado do parto afeta as mulheres de várias maneiras e pode levar ao desenvolvimento de distúrbios do sono, fadiga, inseguranças (Dai *et al.*, 2020), depressão (Ilska *et al.*, 2021), aumento do uso de cuidados de saúde durante o período perinatal, chance aumentada de parto vaginal operatório, aumento dos pedidos de intervenções médicas como uma cesárea eletiva e analgesia peridural, depressão pós-parto (Fenwick *et al.*, 2009; Phunyammalee; Buayaem; Boriboonhirunsarn, 2019) e sintomas de estresse pós-traumático (Poggi *et al.*, 2018) e medo do parto após o parto (Xu *et al.*, 2024) As participantes com medo do parto têm menor probabilidade de comparecer às consultas puerperais, de realizar um exame ginecológico (por exemplo, exames de Papanicolau) e maior probabilidade de relatar dificuldade na adaptação à maternidade (Gunn *et al.*, 1998)

Hurtado Murillo *et al.* (2003) demonstraram que o medo e a ansiedade durante o parto são somatizados como contração muscular, o que pode dificultar a dilatação pélvica durante o parto normal e agravar a dor, resultando em um ciclo de medo-tensão-dor. Além disso a ansiedade leva à liberação de catecolaminas que produzem alterações da contratilidade uterina e da dilatação cervical, podendo causar parto prolongado e distocias (Dai *et al.*, 2020).

Em termos de reprodutividade futura, o medo do parto pode estar associado à tendência de considerar o parto como assustador e perigoso (Fenwick *et al.*, 2009), pedidos de esterilização, solicitação de cesárea eletiva, opção por não ter filhos, pedidos de adoção (Calderani *et al.*, 2018) e solicitação de cesárea eletiva em partos subsequentes (Wijma *et al.*, 1998, Saisto *et al.*, 1999). Adicionalmente, pode aumentar a incidência de disforia puerperal e depressão pós-parto (Størksen *et al.*, 2015).

O impacto da saúde mental materna sobre as crianças também pode ser particularmente preocupante pelas dificuldades no estabelecimento de vínculo mãe-bebê e, conseqüentemente, sobre a saúde e desenvolvimento infantil (Poggi *et al.*, 2018; Boz; Mehtap; Duman, 2021). Seus efeitos negativos também parecem estar associados ao nascimento de crianças pequenas para a idade gestacional, aumento na incidência de prematuridade (Class *et al.*, 2011; Loomans *et al.*, 2013), bem como interferência na qualidade de sono do bebê (Tikotzky; Sadeh, 2009).

2.7 CESÁREA A PEDIDO

A segunda metade do século XX testemunhou uma rápida institucionalização do parto, numa tentativa de torná-lo mais seguro tanto para a mãe como para o bebê (Stavrou *et al.*, 2011). Com a institucionalização, veio a medicalização e a consideração da cesárea como solução universal para todos os problemas obstétricos. A cesárea é, portanto, um resultado inevitável do parto institucionalizado, e a medicalização do parto pode ser acusada pelo aumento sem precedentes das taxas de cesárea (Stavrou *et al.*, 2011), fazendo parecer que uma cesárea planejada parece afastar magicamente a imprevisibilidade e os perigos do parto (Wendland, 2007). Este aumento, contudo, não pode ser explicado apenas pelas características conhecidas da gravidez. Uma contribuição significativa vem das mudanças na tomada

de decisão clínica e do aumento da procura por cesárea na ausência de qualquer indicação médica (D'Souza, 2013).

O aumento das taxas de cesáreas nas últimas décadas têm sido uma grande preocupação para os gestores de políticas de saúde em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento (Fuglenes *et al.*, 2011, Eide; Morken; Bærøe, 2019), pois a cesárea apresenta riscos maiores que o parto vaginal como, por exemplo, complicações anestésicas, lesão do trato urinário, sangramento, infecção, desconforto respiratório neonatal e lacerações neonatais (Dursun *et al.*, 2011; Jenabi *et al.*, 2020), recuperação mais demorada que o parto vaginal (Hale; Harer, 2005) e custos mais elevados (Sufang *et al.*, 2007). Em algumas regiões da Europa, a indicação mais comum para cesáreas em nulíparas é psicossocial, definida como “medo materno do parto ou pedido materno sem qualquer indicação médica existente” (Stjernholm; Petersson; Eneroth, 2010).

Cesárea a pedido materno é definida como uma cesárea planejada realizada a pedido materno quando não há contraindicação obstétrica para parto vaginal (Hsu; Liao; Hwang, 2008; D'Souza, 2013; Eide; Morken; Bærøe, 2019). A solicitação de cesárea na ausência de indicação obstétrica tornou-se um assunto altamente debatido na literatura mundial pois, embora possa salvar vidas, aumenta a morbimortalidade materna e neonatal quando realizadas sem indicação médica.

Para Gholami e Salarilak:

A cesárea a pedido materno como procedimento alternativo para o parto é uma prática médica invasiva e de risco que envolve cirurgia abdominal e tem desvantagens consideráveis, incluindo dor pós-operatória, custo mais elevado do que o parto, internação hospitalar prolongada, desconforto respiratório neonatal e atraso no início da amamentação, e alguns benefícios, por exemplo, evitar um parto de emergência, prevenir algumas mortes a termo, diminuir a transmissão do HIV e de outras infecções e diminuir os tocotraumatismos (Gholami e Salarilak, 2013, p.301).

Em uma revisão sistemática que avaliou 28 estudos cujo objetivo era obter os motivos da solicitação materna de cesárea eletiva, os resultados foram:

Medo da dor do parto, ansiedade por lesão/morte fetal, medo do parto, incontinência urinária, lesão do assoalho pélvico e vaginal, sugestão do médico de dia e hora do parto, experiência negativa no parto anterior, infertilidade, ansiedade ao realizar manipulação de genitais, ansiedade por perda de autocontrole, evitar parto prolongado, ansiedade por falta de apoio da equipe obstétrica, medo de lacerações anais e incontinência fecal, aspectos emocionais, peso do bebê ao nascer e exame pré-natal anormal (Jenabi *et al.*, 2020, p. 3868).

O medo do parto impacta na escolha do tipo de parto, com a escolha de cesárea eletiva em detrimento do parto vaginal (Demsar *et al.*, 2017), sendo um motivo comum para cesáreas eletivas a pedido sem indicação médica (D'Souza, 2013). A preferência pela cesárea está fortemente associada aos seguintes fatores: medo grave do parto, cesárea anterior, desejo de prevenir cesáreas de emergência, experiência anterior negativa do parto em múltiparas e sintomas depressivos em primíparas (Ryding *et al.*, 2016). Além disso têm como características gestantes de idade maior, baixo nível de escolaridade, desemprego, origem não-nativa, tabagismo, depressão e história de abuso sexual (Eide; Morken; Bærøe, 2019).

Para algumas mulheres os cuidados pós-natais e o período puerperal são experiências muito importantes e o parto por cesárea a pedido é visto como uma saída de emergência (Wigert *et al.*, 2020), uma forma de garantir a capacidade mental, e não a física, para cuidar da criança após o nascimento (Eide; Morken; Bærøe, 2019). Para outras, existe o medo de realizar uma cesárea de emergência por percepções pessoais como pelve estreita, fatores hereditários ou desfechos negativos em partos anteriores (Eide; Morken; Bærøe, 2019).

A realização de uma cesária planejada não parece diminuir a ansiedade pré-parto ou sintomas depressivos, mas quando o pedido de cesárea não é aceito, as mulheres desenvolvem níveis significativamente mais elevados de ansiedade, sintomas de estresse pós-traumático e de depressão pós-parto do que mulheres que planejaram parto vaginal (Olieman *et al.*, 2017, Calderani *et al.*, 2018).

Em 2020 no Estado do Paraná, foi sancionada a Lei nº 20127, que dispunha sobre o direito de as gestantes optarem pela via de parto. Até então, o Sistema Único de Saúde (SUS) somente liberava a cesárea eletiva se houvesse indicação médica, ou seja, em caso de risco fetal e/ou materno, caso contrário, o parto deveria ser vaginal/normal.

Por um lado, os indivíduos que foram favoráveis à lei argumentavam que as gestantes teriam autonomia e o seu direito de escolha garantidos, de forma a combater a violência obstétrica. Por outro lado, a SOGIPA (Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná), maior entidade representativa de ginecologistas e obstetras do Estado, posicionou-se contra essa mudança. No seu Posicionamento em relação à Lei N°20127 de 15/01/2020 (SOGIPA, 2020), dispôs que a cesárea é um procedimento cirúrgico e pode representar riscos tanto para a mãe quanto para o bebê, ressaltando que na ausência de indicação médica, a cesárea pode resultar em

aumento de taxas de infecção, maior tempo de internamento no hospital, problemas no vínculo materno-fetal e hemorragias após o parto. Essa lei foi revogada pela Lei N° 21.926 em 11/04/2024.

Na contramão de recomendações internacionais, o Brasil vive uma epidemia de cesáreas com uma taxa de mais de 56% de partos cirúrgicos (BRASIL, Ministério da Saúde, 2016) ao contrário da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que sugere entre 10 e 15% dos nascimentos por cesáreas quando existe uma indicação médica. Acima desses valores pode existir morbidade para o binômio mãe-bebê.

O medo do parto quando relacionado à experiência anterior de parto parece ser o fator dominante para solicitação de cesáreas, porém, usualmente, seu desejo não está relacionado às cesáreas anteriores, mas sim aos aspectos negativos das experiências do parto. Neste caso, estes seriam os pontos principais na justificativa de uma cesárea a pedido (Flugenes *et al.*, 2011; O' Donovan, 2017; Eide; Morken; Bærøe, 2019). Já para Nilsson *et al.*, (2019), cesáreas eletivas anteriores estavam relacionadas com medo do parto na gestação atual.

Para Eide, Morken e Bærøe:

A experiência negativa em um parto anterior pode resultar em desconfiança na equipe obstétrica devido a impressão de que foram submetidas a erros, cuidados inadequados, medicina experimental, má comunicação ou serem transformadas em casos para ensino de estudantes. Para outras mulheres, que sofreram complicações pélvicas como lesões no aparelho urinário e/ou anais ou que adquiriram dor crônica, seguidas de deficiência, estigma social e frustração no tratamento, a cesárea pode evitar o agravamento do estado atual. Outras mulheres baseiam seu pedido de cesárea em percepções pessoais como partos complicados de parentes, cesáreas de emergência em parto anterior, percepção de ter pelve estreita ou feto grande ou simplesmente serem incapazes de ter um parto normal (Eide; Morken; Bærøe, 2019, p.47).

Embora as experiências de partos anteriores sejam importantes para muitas mulheres, existem razões sutis e vários raciocínios por trás de um pedido de cesárea. Por exemplo, para Wiklund *et al.* (2008), as nulíparas que solicitam cesárea a pedido nem sempre têm um medo clinicamente significativo do parto, mas têm expectativas mais negativas em relação ao parto normal em comparação às mulheres que planejam o parto normal. Os principais motivos relatados pelas mulheres que solicitam cesárea na primeira gravidez são medo do parto, questões de insegurança, histórico negativo de partos de parentes, medo da dor e histórico de abuso sexual (Wiklund; Edman; Andolf, 2007).

2.8 INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

O medo do parto é um fator que influencia a forma como as mulheres desejam dar à luz e um dos argumentos para a solicitação de cesárea eletiva (Demsar *et al.*, 2018), baseando as decisões sobre o parto no medo e não nas recomendações clínicas (Jomeen *et al.*, 2021). O aumento no interesse em estudar o medo do parto nos últimos anos indica uma maior consciência social sobre a saúde mental no período gestacional/puerperal, porém existe uma dificuldade em reduzi-lo eficientemente.

Diferentes estudos de intervenção terapêutica em gestantes com medo do parto têm sido realizados em todo o mundo com o objetivo de minimizar seus efeitos. Porém, existem poucas revisões sistemáticas que estudaram especificamente intervenções eficazes. Aguilera-Martin *et al.* (2021) concluíram em uma revisão sistemática de literatura que as gestantes afetadas podem receber tratamentos como educação pré-natal, psicoeducação, aconselhamento, terapia cognitivo-comportamental (individual, em grupo ou *online*), yoga, *biofeedback*, *mindfulness*, relaxamento, hipnoterapia, mentalização, haptoterapia, exercícios físicos e apoio contínuo. Porém, a maioria dos estudos têm amostras pequenas e são de baixa qualidade, o que dificulta a tomada de decisão sobre um método terapêutico eficaz (Aguilera-Martin *et al.*, 2021).

O objetivo das intervenções aplicadas às gestantes com medo do parto é contribuir com a aceitação das incertezas associadas à gravidez e ao nascimento, reduzir a ansiedade relacionada ao parto (Uçar; Golbasi, 2021) e aumentar a taxa de partos vaginais (Boz; Mehtap; Duman, 2021).

Uma mulher preparada e motivada para gerenciar seu parto tem confiança em suas próprias habilidades, conhecimentos e prontidão emocional para lidar com os possíveis contratempos que possam ocorrer durante o parto e pós-parto, demonstrando autoeficácia no parto e apego ao papel materno (Salmela-Aro *et al.*, 2011). A autoeficácia, que pode ser definida como confiança nas habilidades para lidar com uma determinada situação, tem um papel importante na realização de um comportamento aprendido, neste caso, o parto (Serçekuş; Başkale, 2016). À medida que as gestantes aumentam a autoeficácia e sentem maior controle sobre o parto e pós-parto, sua satisfação com o processo aumenta, ocorrendo diminuição do medo (Uçar; Golbasi, 2021).

O pré-natal, a educação pré-natal e o apoio familiar são componentes importantes na gestão do medo do parto. A educação pré-natal é o processo de preparação da gestante e do parceiro para a gravidez, parto e puerpério sendo considerada relativamente barata e efetiva (Nilsson *et al.*, 2018). Entretanto, o fato de existirem escassas oportunidade de receber orientações de profissionais nas maternidades ou serviços de saúde pode levar as gestantes a buscarem informações em outras fontes, como a internet (Haapio *et al.*, 2016). Informações incorretas e conhecimento insuficiente podem levar ao medo do parto e solicitações de cesáreas (Serçekuş; Başkale, 2016). Algumas mulheres com medo do parto solicitam cesáreas para sentirem segurança e controle, buscando o parto perfeito e tranquilo (Wigert *et al.*, 2020).

Portanto, a educação pré-natal fornecida por profissionais de saúde especializados (médicos ou enfermeiras) é importante para preparar os casais para a gravidez, parto e parentalidade (Karabulut *et al.*, 2016; Serçekuş; Başkale, 2016), aliviar medos, corrigir desinformações prévias e mudar positivamente as percepções sobre o parto e pós-parto (Çankaya; Şimşek, 2021). Os cursos de preparação para o nascimento ajudam as mulheres a melhorarem sua capacidade de lidar com o processo do parto e aprenderem métodos para lidar com a dor, afetando positivamente a experiência do parto. Além disso, aprimoram as habilidades de assistência infantil, aleitamento materno e parentalidade no pós-parto (Çankaya; Şimşek, 2021).

Nos últimos anos a psicoeducação tornou-se um método muito usado com foco nas respostas psicológicas das mulheres ao parto. As estratégias de abordagem cognitiva relacionam os instrumentos psicológicos e pedagógicos com o objetivo de ensinar o indivíduo sobre sua condição e ajudá-lo a explorar e desenvolver habilidades para a resolução de problemas (Boz; Mehtap; Duman, 2021). A terapia cognitivo comportamental é considerada uma das melhores intervenções para ansiedade e fobias específicas (Stoll; Fairbrother; Thordarson, 2018) pela possibilidade de proporcionar a capacidade de antecipar contratemplos e o desenvolvimento de habilidades para enfrentá-los. Existe a recomendação que essas abordagens sejam utilizadas juntamente com as sessões de preparação para o parto para reduzir o medo do parto (Uçar; Golbasi, 2021).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR) em onze de agosto de 2022, sob o Parecer número 5.578.110 (ANEXO 1).

As participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi assegurada a confidencialidade às entrevistadas e garantido o anonimato das informações obtidas. As participantes foram identificadas por código e seus nomes ou iniciais não constam em planilhas.

3.2 CÁLCULO AMOSTRAL

O plano amostral foi realizado para obtenção da estimativa da prevalência de medo do parto, levando em consideração um estrato de duas classes (gestantes de alto risco e risco habitual). A determinação do número necessário de participantes foi atingida através do cálculo de tamanho de amostra para estimar um desfecho binário usando amostragem aleatória estratificada (Levy; Lemeshow, 1999).

O valor de referência da prevalência e da diferença máxima entre a estimativa e o valor populacional desconhecido (*effect size*), foram determinados utilizando valores da revisão sistemática de Nilsson *et al.* (2018). A prevalência esperada e o valor populacional utilizados para definição da amostra foram de 12% e 4%, respectivamente, e o nível de confiança de 95% foi fixado no momento do cálculo. O tamanho da amostra necessário para estimativa da prevalência utilizando os parâmetros anteriores foi de 217 participantes. Entretanto, ao considerar-se uma perda de segmento de 30%, a amostra final seria 283 gestantes.

3.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo, realizado na Maternidade do Complexo do Hospital de Clínicas, que é um centro de nível terciário de atenção à saúde e referência de gestação de alto risco pelo Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo também gestantes de risco habitual. O hospital é universitário, ligado à Universidade Federal do Paraná, localizado em Curitiba/PR.

A pesquisa se deu por meio da aplicação de questionários às gestantes atendidas na Maternidade do CHC e por meio de coleta de dados de prontuários.

3.4 PARTICIPANTES

As participantes foram recrutadas nas dependências da Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas no período de julho de 2021 à novembro de 2023, quando estavam em consulta pré-natal, consulta de educação pré-natal, realizando exames ou participando de oficinas de educação pré-natal. Estas foram orientadas a ler e assinar o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) após o esclarecimento dos seus direitos: a garantia de sigilo, a liberdade para deixar em branco qualquer pergunta que provocasse constrangimento, assim como a não obrigatoriedade de participar do estudo. Na sequência, as gestantes foram convidadas a preencher o conjunto de questionários autoaplicáveis em um local mais reservado e calmo na sala de espera. Ao concluírem o preenchimento, depositaram-no em uma caixa, sendo preservado o conforto para responder às questões, bem como o anonimato das participantes.

3.4.1 Critérios De Inclusão

Os critérios de inclusão foram: gestantes acima de 18 anos, nacionalidade brasileira, alfabetizadas, entre 28 e 37 semanas de gestação, com condições de entender e responder os questionários e assinatura da concordância no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.4.2 Critérios De Exclusão

O critério de exclusão foi a entrega do questionário W-DEQ(A) incompleto.

Não houve desistências de participação no estudo.

3.5 INSTRUMENTOS APLICADOS

As participantes responderam os seguintes questionários autoaplicáveis: *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (A)* (W-DEQ A) (Wijma; Wijma; Zar, 1998), Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Cox; Holden; Sagovsky, 1987) e Inventário de Ansiedade de Beck (Beck *et al.*, 1998). Elas foram divididas em dois grupos: (1) gestantes de risco habitual, entre 28 e 37 semanas de gestação, com vínculo de parto na Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas, em consulta no ambulatório de educação pré-natal, realizando exames ou participando de oficinas de educação pré-natal nas dependências da maternidade e (2) gestantes do Ambulatório de Pré-Natal de alto risco do Complexo Hospital de Clínicas, entre 28 e 37 semanas de gestação em consulta pré-natal ou de educação pré-natal, realizando exames ou participando de oficinas de educação pré-natal nas dependências da Maternidade do CHC com vínculo de parto na Maternidade do CHC. As participantes também responderam ao questionário de avaliação do perfil sociodemográfico e obstétrico elaborado pelas autoras.

3.5.1 *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire Version A*

A escala autoplicável *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (A)* (Wijma; Wijma; Zar, 1998) é mundialmente utilizada, mas ainda não obteve sua validação para a língua portuguesa em gestantes brasileiras. Por isso, as autoras deste estudo traduziram-na do inglês para o português e, em seguida, fizeram a retradução para a língua original. Esse questionário traduzido possui um alfa de Cronbach de 0,71, indicando uma consistência interna substancial. Trata-se de um questionário autoaplicável com 33 itens. As respostas são distribuídas em uma escala de seis pontos de Likert, com os extremos: "nem um pouco" (valor 0) e "extremamente" (valor 5). As pontuações obtidas variam de zero a 165, e, quanto mais alta, mais severa é a tocofobia. Resultados entre zero e 37 foram considerados como medo reduzido, entre 38 e 65 como medo moderado, ≥ 65 como medo elevado, ≥ 85 como medo muito elevado e resultados ≥ 100 como tocofobia, conforme determinado por Nilsson *et al.* (2018) e Richens, Lavender & Smith (2018) (APÊNDICE 3);

3.5.2 Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE)

Esta escala foi desenvolvida na Escócia (Cox; Holden; Sagovsky, 1987) para a detecção de depressão pós-parto. Porém, esta escala também pode ser usada para detectar depressão durante a gestação (Da Silva *et al.*, 1998). A EDPE é autoaplicável, com dez questões referentes aos sentimentos da participante nos últimos sete dias. As respostas são distribuídas em uma escala de Likert de quatro pontos, em relação à frequência desses sentimentos. A pontuação obtida em cada questão pode variar de zero a três, conseqüentemente, a pontuação total pode variar entre 0 a 30. Quanto maior a pontuação total, mais intensos são os sintomas depressivos. Mundialmente utilizada, a EDPE também foi objeto de estudos brasileiros prévios (Da Silva *et al.*, 1998; Santos *et al.*, 2007). No presente trabalho será utilizada a versão traduzida para o português e validada por Santos *et al.* (2007), assim como o ponto de corte de ≥ 10 , com sensibilidade de 82,7% e especificidade de 65,3%, indicado como ótimo para rastreamento (APÊNDICE 4);

3.5.3 Inventário de Ansiedade de Beck (IAB)

Este questionário autoaplicável foi formulado por Beck *et al.* (1998) para mensurar ansiedade clínica, além de diferenciar de forma confiável ansiedade de depressão. Trata-se de um questionário autoaplicável com 21 itens, que descrevem sintomas de ansiedade. Para cada item há uma resposta em escala Likert de quatro pontos e que varia de "absolutamente não" (valor 0), "levemente: não me incomodou muito" (valor 1), "moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar" (valor 2) a "gravemente: dificilmente pude suportar" (valor 3). A pontuação total consiste na soma das pontuações de cada resposta e varia de zero a 63. Esta ferramenta já foi traduzida e validada para o uso no Brasil (Cunha, 2001). Para este estudo, foi alterado o gênero dos adjetivos para o feminino, visto que esta pesquisa só incluirá mulheres como participantes. A classificação dos níveis de ansiedade será: mínimo (0- 10), leve (11-19), moderado (20-30), grave (31-63), conforme indicado por Cunha (2001) (APÊNDICE 5);

3.5.4 Avaliação do Perfil Sociodemográfico e Obstétrico

Este questionário foi elaborado pela autora para o presente estudo a fim de obter os seguintes dados sociodemográficos e obstétricos: perfil socioeconômico,

estado civil, religião, nível educacional, histórico de violência sexual ou física, paridade, experiências anteriores de parto, histórico de aborto/natimorto prévio, risco gestacional, planejamento da gravidez, via de parto desejada e conteúdo do medo do parto.

O conteúdo do medo do parto foi avaliado pela pergunta “Você tem medo de?”, listada para 23 aspectos do medo do parto com respostas dicotômicas (sim ou não).

As informações foram coletadas para fins analíticos, ou seja, para verificar a associação com o medo do parto. (APÊNDICE 2).

3.6 DADOS RELACIONADOS AO DESFECHO DO PARTO

Foram coletados dos prontuários médicos os dados relativos ao desfecho do parto destas participantes: idade gestacional no momento do parto, duração do trabalho de parto, medicamentos usados (ocitocina/misoprostol), via de parto (normal/vaginal, uso de fórceps, uso de vácuo extrator, cesárea), idade gestacional ao nascimento (APÊNDICE 6), sendo considerados desfechos individuais relativos ao número de recém-nascidos mesmo em gestações múltiplas como gemelaridade ou trigemelaridade.

3.7 DADOS RELACIONADOS AO RECÉM-NASCIDO

Foram coletados dos prontuários médicos os dados relativos ao desfecho do recém-nascido: peso em gramas, percentil do peso ao nascer, escores de Apgar no 1° e 5° minutos, internamento em UTI neonatal, ocorrência de natimorto e morte neonatal precoce (APÊNDICE 6).

Todos os questionários foram recolhidos e aqueles que estivessem incompletos foram excluídos. Questionários, bem como TCLE deixados inteiramente em branco na caixa, foram reutilizados em um novo turno de coleta de dados. O material coletado foi utilizado unicamente para os propósitos desta pesquisa. Todos os dados foram computados usando Microsoft® Office Excel. Os dados das planilhas foram revisados e verificados quanto a integridade e possíveis erros antes da análise estatística. Posteriormente, o conjunto de dados foi repassado ao serviço de estatística e, por fim, os dados foram discutidos e interpretados.

3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística, inicialmente, foi realizada análise descritiva dos dados com estimativas de média, mediana, desvio padrão, percentil 25% e 75%, intervalo interquartil mínimo e máximo das variáveis quantitativas e frequências simples e relativas das variáveis qualitativas.

Para as variáveis quantitativas foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para testar a aderência dos dados à distribuição normal. Este procedimento é importante para a tomada de decisão sobre os testes a serem utilizados nas análises inferenciais. Abordagens não-paramétricas devem ser utilizadas quando o p-valor do teste de Shapiro-Wilk for $<0,05$, caso contrário são utilizadas abordagens paramétricas.

Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas foi utilizado o teste de qui-quadrado. Este teste tem por finalidade verificar se duas variáveis qualitativas nominais estão associadas ou não, ou seja, se a relação entre elas é de dependência ou independência. Isto é feito através de comparação de proporções, em que se verifica se existem diferenças estatisticamente significativas entre as frequências observadas e os valores esperados do evento analisado. Para situações em que os pressupostos do teste de qui-quadrado não são atendidos, utilizou-se do teste exato de Fisher.

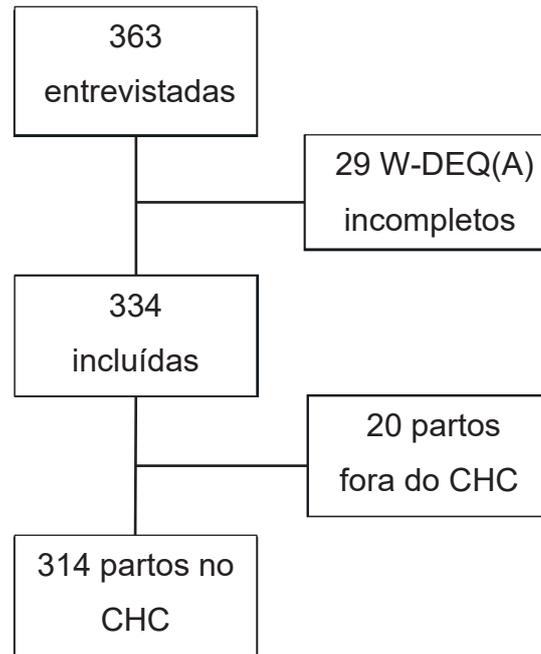
O teste de ANOVA (Análise de Variância) foi utilizado para comparar médias de três ou mais grupos, verificando se há diferença significativa entre os grupos, desde que a variável de interesse siga distribuição normal. O teste de Kruskal-Wallis é uma alternativa ao teste de ANOVA onde o pressuposto de normalidade não é atendido. Este teste é utilizado para comparar três ou mais amostras aleatórias independentes, identificando se existe pelo menos um grupo que apresenta mediana significativamente diferente das demais. Assim também, como teste Post-hoc foi utilizado o teste de Dunn com ajuste de Bonferroni para verificar em quais grupos ou momentos houve diferenças estatisticamente significativas.

Para melhor visualização das análises foram elaboradas tabelas. O nível de significância utilizado foi de 5% e todas as análises foram realizadas no ambiente R 4.2.1 (R Core Team, 2021).

Nas tabelas a seguir consideramos $W\text{-DEQ}(A) \geq 85$ como medo muito elevado e $W\text{-DEQ}(A) \geq 100$ como tocofobia. Foram consideradas significativas as diferenças de valores $p \leq 0,05$.

4 RESULTADOS

Foram recrutadas 363 gestantes, das quais 29 foram excluídas por deixarem itens do W-DEQ(A) incompletos. As participantes que deixaram outros ítems faltantes aleatoriamente não foram excluídas e apenas a variável em questão foi desconsiderada de sua análise específica. Destas 334 participantes, 314 tiveram seus partos no CHC e 20 em outras maternidades.



Os dados sociodemográficos das participantes estão descritos na Tabela 1. A mediana de idade foi 29 anos (IIQ 25 – 34) com idade mínima de 18 anos e idade máxima 45 anos. A maioria das participantes eram brancas (72,5%), com idade até 30 anos (58,7%), provenientes de Curitiba ou de outras cidades do Paraná (82,6%), casadas ou com união consensual (71,9%), com ensino médio (60,5%), evangélicas (41,9%) e trabalhadoras assalariadas (45,9%).

Para 87,7% das participantes, a relação com o parceiro era satisfatória (Tabela 2).

TABELA 1 – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PARTICIPANTES

Variável	N (%)
Etnia (N = 229)	
Branca	166 (72,5)
Afrodescendente (parda/preta)	50 (21,8)
Amarela	11 (4,8)
Indígena	2 (0,9)
Estado Civil (N = 334)	
Solteira	91 (27,2)
Casada/união consensual	240 (71,9)
Divorciada	2 (0,6)
Viúva	1 (0,3)
Nível Educacional (N = 334)	
Fundamental incompleto	23 (6,9)
Fundamental completo	47 (14,1)
Médio	202 (60,5)
Superior	62 (18,6)
Religião (N = 229)	
Católica	88 (38,4)
Evangélica	96 (41,9)
Espírita	7 (3,1)
Nenhuma	30 (13,1)
Outra	8 (3,5)
Fonte de Renda (N = 229)	
Sem renda	53 (23,1)
Trabalhador assalariado	105 (45,9)
Aposentado ou pensionista	2 (0,9)
Autônomo	47 (20,5)
Outras	22 (9,6)
Idade (N = 334)	
Até 30 anos	196 (58,7)
31 a 40 anos	128 (38,3)
Acima de 40 anos	10 (3)
Naturalidade (N = 229)	
Curitiba	130 (56,8)
Outra cidade do Paraná	59 (25,8)
Outro estado	40 (17,5)

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA:

N : frequência absoluta;

% : frequência relativa em percentagem.

TABELA 2 - PERFIL OBSTÉTRICO DAS PARTICIPANTES

Variável	N (%)
Primeira gestação (N = 334)	115 (34,4)
Experiências em partos anteriores? (N = 209)	
Extremamente positiva	27 (12,9)
Muito positiva	28 (13,4)
Positiva	70 (33,5)
Regular	42 (20,1)
Negativa	23 (11)
Muito negativa	8 (3,8)
Extremamente negativa	11 (5,3)
Gravidez planejada (N = 333)	123 (36,9)
Gravidez desejada (N = 227)	169 (74,4)
Tipo de parto desejado (N = 334)	
Parto vaginal ou normal	130 (38,9)
Cesária	144 (43,1)
Ainda estou em dúvida	44 (13,2)
Indiferente	16 (4,8)
Gestação de alto risco (N = 334)	262 (78,4)
Pré-Natal No Hospital de Clínicas (N = 334)	259 (77,5)
Aborto/óbito fetal/natimorto prévio (N = 334)	84 (25,1)
Violência sexual e/ou física (N = 334)	35 (10,5)
Tratamento psiquiátrico (N = 229)	51 (22,3)
Relação com o parceiro (N = 228)	
Satisfatória	183 (87,7)
Conflituosa	14 (6,6)
Indiferente	4 (1,3)
Não tenho parceiro	10 (4,4)

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA:

N : frequência absoluta;

% : frequência relativa em percentagem.

A amostra foi composta por 65,6% de multíparas e 34,4% de nulíparas. Dentre as multíparas, 33,5% tiveram experiência positiva em partos anteriores. Para 63,7% das entrevistadas sua gestação não era planejada e para 25,6% era considerada indesejada. Para 25,1% das participantes houve desfecho desfavorável em gestação anterior (aborto/óbito fetal). Gestantes de alto risco representavam 78,4% das participantes, com 77,5% das gestantes realizando pré-natal no CHC. Em relação ao tipo de parto que pretendiam realizar, 43,1% preferiam cesárea e 38,9% desejavam parto normal. Dentre as entrevistadas, 22,3% relatavam acompanhamento

psiquiátrico atual ou anterior e 10,5 % apresentavam histórico de violência física e/ou sexual (Tabela 2).

A pontuação média obtida no W-DEQ(A) foi 59,65 (DP 23,41), sendo a pontuação mínima de cinco e a máxima de 136.

Na estratificação do medo, encontrou-se 15,6% de medo reduzido (W-DEQ(A) entre zero e 37), 44,9% de medo moderado (W-DEQ(A) entre 38 e 65), 26,3% de medo elevado (W-DEQ(A) maior ou igual a 66), 13,2% de medo muito elevado (W-DEQ(A) maior ou igual a 85), sendo 4,8% Tocofofia (W-DEQ(A) maior ou igual a 100). A maioria das participantes apresentou escore de medo do parto moderado (44,9%). Entre as participantes com medo do parto muito elevado, 65,9% eram múltíparas e 34,1% eram primíparas.

TABELA 3 - FREQUÊNCIA DE MEDO DO PARTO

Variável	N (%)
Escore de medo (N = 334)	
Reduzido	52 (15,6)
Moderado	150 (44,9)
Elevado	88 (26,3)
Muito elevado	44 (13,2)
Escore de medo (N = 334)	
< 100	318 (95,2)
>= 100	16 (4,8)

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA:

N : frequência absoluta;

% : frequência relativa em percentagem.

TABELA 4 - MEDO DO PARTO E PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS PARTICIPANTES

(continua)

Variável	N	Reduzido	Moderado	Elevado	Muito elevado	P-valor
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Etnia (N = 229)						0,551
Branca	166	27 (69,2)	68 (69,4)	44 (71)	27 (90)	
Afrodescendente (parda/preta)	50	9 (23,1)	23 (23,5)	15 (24,2)	3 (10)	
Amarela	11	2 (5,1)	6 (6,1)	3 (4,8)	0 (0)	
Indígena	2	1 (2,6)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	
Estado Civil (N = 334)						0,064
Solteira	91	9 (17,3)	42 (28)	30 (34,1)	10 (22,7)	
Casada/união consensual	240	43 (82,7)	108 (72)	57 (64,8)	32 (72,7)	
Divorciada	2	0 (0)	0 (0)	1 (1,1)	1 (2,3)	
Viúva	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,3)	
Nível Educacional (N = 334)						0,248
Fundamental incompleto	23	1 (1,9)	8 (5,3)	11 (12,5)	3 (6,8)	
Fundamental completo	47	11 (21,2)	20 (13,3)	12 (13,6)	4 (9,1)	
Médio	202	28 (53,8)	95 (63,3)	52 (59,1)	27 (61,4)	
Superior	62	12 (23,1)	27 (18)	13 (14,8)	10 (22,7)	
Religião (N = 229)						0,136
Católica	88	20 (51,3)	34 (34,7)	23 (37,1)	11 (36,7)	
Evangélica	96	13 (33,3)	44 (44,9)	25 (40,3)	14 (46,7)	
Espírita	7	3 (7,7)	1 (1)	3 (4,8)	0 (0)	
Nenhuma	30	3 (7,7)	17 (17,3)	8 (12,9)	2 (6,7)	
Outra	8	0 (0)	2 (2)	3 (4,8)	3 (10)	
Fonte de Renda (N = 229)						0,579
Sem renda	53	8 (20,5)	25 (25,5)	12 (19,4)	8 (26,7)	
Trabalhador assalariado	105	19 (48,7)	41 (41,8)	32 (51,6)	13 (43,3)	
Aposentado ou pensionista	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (6,7)	
Autônomo	47	8 (20,5)	21 (21,4)	12 (19,4)	6 (20)	
Outras	22	4 (10,3)	11 (11,2)	6 (9,7)	1 (3,3)	
Idade (N = 334)						0,717
Até 30 anos	196	27 (51,9)	91 (60,7)	53 (60,2)	25 (56,8)	
31 a 40 anos	128	23 (44,2)	55 (36,7)	31 (35,2)	19 (43,2)	
Acima de 40 anos	10	2 (3,8)	4 (2,7)	4 (4,5)	0 (0)	
Naturalidade (N = 229)						0,494
Curitiba	130	27 (69,2)	53 (54,1)	36 (58,1)	14 (46,7)	
Outra cidade do Paraná	59	8 (20,5)	28 (28,6)	13 (21)	10 (33,3)	
Outro estado	40	4 (10,3)	17 (17,3)	13 (21)	6 (20)	
Primeira gestação (N = 334)	115	13 (25)	56 (37,3)	31 (35,2)	15 (34,1)	0,451

TABELA 4 - MEDO DO PARTO E PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS PARTICIPANTES

Variável	N	(conclusão)				P-valor
		Reduzido N (%)	Moderado N (%)	Elevado N (%)	Muito elevado N (%)	
Experiências em partos anteriores? (N = 209)						<0,001
Extremamente positiva	27	13 (33,3)	6 (7)	6 (10,5)	2 (7,4)	
Muito positiva	28	8 (20,5)	15 (17,4)	4 (7)	1 (3,7)	
Positiva	70	10 (25,6)	33 (38,4)	20 (35,1)	7 (25,9)	
Regular	42	6 (15,4)	19 (22,1)	13 (22,8)	4 (14,8)	
Negativa	23	1 (2,6)	8 (9,3)	9 (15,8)	5 (18,5)	
Muito negativa	8	0 (0)	4 (4,7)	1 (1,8)	3 (11,1)	
Extremamente negativa	11	1 (2,6)	1 (1,2)	4 (7)	5 (18,5)	
Gravidez planejada (N = 333)	123	27 (52,9)	56 (37,3)	29 (33)	11 (25)	0,031
Gravidez desejada (N = 227)	169	31 (81,6)	74 (75,5)	44 (71)	20 (69)	0,588
Tipo de parto desejado (N = 334)						0,249
Parto vaginal ou normal	130	25 (48,1)	64 (42,7)	30 (34,1)	11 (25)	
Cesária	144	23 (44,2)	58 (38,7)	38 (43,2)	25 (56,8)	
Ainda estou em dúvida	44	3 (5,8)	21 (14)	14 (15,9)	6 (13,6)	
Indiferente	16	1 (1,9)	7 (4,7)	6 (6,8)	2 (4,5)	
Gestação de alto risco (N = 334)	262	35 (67,3)	117 (78)	75 (85,2)	35 (79,5)	0,100
Pré-Natal No Hospital de Clínicas (N = 334)	277	39 (75)	126 (84)	73 (83)	39 (88,6)	0,328
Aborto/óbito fetal/natimorto prévio (N = 334)	84	16 (30,8)	29 (19,3)	26 (29,5)	13 (29,5)	0,178
Violência sexual e/ou física (N = 334)	35	1 (1,9)	12 (8)	12 (13,6)	10 (22,7)	0,005
Tratamento psiquiátrico (N = 229)	51	7 (17,9)	17 (17,3)	18 (29)	9 (30)	0,215
Relação com o parceiro (N = 228)						0,283
Satisfatória	200	37 (97,4)	87 (88,8)	52 (83,9)	24 (82,8)	
Conflituosa	15	0 (0)	7 (7,1)	4 (6,5)	4 (13,8)	
Indiferente	3	0 (0)	1 (1)	1 (1,6)	1 (3,4)	
Não tenho parceiro	10	1 (2,6)	3 (3,1)	5 (8,1)	1 (3,4)	

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA:

N : frequência absoluta;

% : frequência relativa em percentagem.

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher.

TABELA 5 - MEDO DO PARTO E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Variável	Média	DP	Mediana	IIQ	P-valor
Etnia					0,428
Branca	60,07	24,14	60,50	42 - 76,75	
Afrodscendente (parda/preta)	57,38	23,10	60,00	41,5 - 75,5	
Amarela	52,82	22,18	59,00	43 - 65	
Indígena	38,50	23,33	38,50	30,25 - 46,75	
Estado Civil					0,027*
Solteira	61,20	22,62	61,00	47 - 78	
Casada/união consensual	58,60	23,41	59,00	42 - 74	
Divorciada	87,50	23,33	87,50	79,25 - 95,75	
Viúva	114,00	-	114,00	114 - 114	
Nível Educacional					0,129
Fundamental incompleto	66,78	21,72	74,00	48 - 81,5	
Fundamental completo	53,45	23,49	53,00	38 - 71,5	
Médio	60,40	22,73	60,00	46 - 76	
Superior	59,26	25,57	59,50	41 - 73,5	
Religião					0,065
Católica	56,88	25,39	59,50	38 - 75,25	
Evangélica	60,44	23,36	59,50	41,75 - 76,5	
Espírita	46,43	27,58	55,00	26,5 - 66,5	
Nenhuma	57,77	19,15	60,00	47,5 - 69	
Outra	79,13	13,57	77,00	69,25 - 91,5	
Fonte de Renda					0,375
Sem renda	58,98	24,88	62,00	40 - 74	
Trabalhador assalariado	59,60	23,69	62,00	43 - 78	
Aposentado ou pensionista	90,50	3,54	90,50	89,25 - 91,75	
Autônomo	57,89	23,70	60,00	41,5 - 76,5	
Outras	55,09	22,44	55,00	41,25 - 66,75	
Idade					0,970
Até 30 anos	59,91	22,93	60,00	43,75 - 76	
31 a 40 anos	59,31	24,65	60,00	42 - 76	
Acima de 40 anos	58,90	17,90	64,00	53,5 - 66,75	
Naturalidade					0,153
Curitiba	56,64	24,18	56,50	40 - 75,75	
Outra cidade do Paraná	60,05	25,12	61,00	40,5 - 76,5	
Outro estado	64,80	19,79	65,00	55,75 - 79,75	

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA:

N : frequência absoluta; DP = desvio padrão; IIQ = intervalo interquartilico

NOTA: Teste de ANOVA.

Em relação à etnia, as participantes que apresentaram medo do parto muito elevado foram em sua maioria brancas (90%). Não houve ocorrência de medo muito elevado em participantes de etnia amarela ou indígena. Não houve associação entre a etnia e o medo do parto ($p=0,551$).

Entre as pacientes com medo do parto reduzido, 33,3% consideravam a experiência do parto anterior extremamente positiva em comparação com 7,4% das pacientes com medo muito elevado. Em contrapartida, 2,6% das pacientes com medo do parto reduzido consideravam a experiência do parto anterior extremamente negativa em comparação a 18,5% das pacientes com medo do parto muito elevado, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p\leq 0,001$).

Houve diferença estatística entre medo do parto e o planejamento da gravidez ($p=0,031$). Entre as participantes com medo reduzido, 52,9% planejou a gravidez, já entre as participantes com medo elevado, 75% não planejou a gravidez.

A maioria das participantes com medo do parto reduzido pretendia realizar parto normal (48,1%), enquanto entre as participantes com medo muito elevado, a preferência foi por cesárea (56,8%), embora esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,249$).

Houve diferença estatisticamente significativa entre os escores de medo do parto segundo a ocorrência de violência ($p=0,005$). Entre as mães com medo reduzido, 1,9% relataram história de violência sexual e/ou física, já entre as mães com medo muito elevado, 22,7% fizeram o mesmo relato, correspondendo, proporcionalmente, a 11,9 vezes mais medo do parto quando houve histórico de violência sexual e/ou física.

Entre as pacientes divorciadas, a pontuação do medo do parto teve média 87,50, entre as solteiras 61,20 e entre as casadas/união consensual, 58,60, sendo essa diferença estatisticamente significativa em relação ao estado civil ($p=0,027$). Chamou a atenção o fato de que a única participante viúva teve uma média do escore do medo do parto igual a 114, muito superior à média da pontuação das outras participantes.

TABELA 6 - DESFECHO DO PARTO

Variável	N (%)
Via de parto (N = 331)	
Parto vaginal	135 (40,8)
Parto operatório a fórceps	3 (0,9)
Cesárea a pedido	49 (14,8)
Cesárea com indicação	143 (43,5)
Distocia (N = 331)	21 (6,3)
Medicação no trabalho de parto (N = 331)	113 (34,1)
Instrumentalização do trabalho de parto (N = 331)	9 (2,7)
Instrumentalização do trabalho de parto/fórceps. Qual? (N = 331)	
Fórceps	7 (2,1)
Vácuo-extrator	2 (0,6)
Não	322 (97,3)
Percentil do peso do RN (N = 331)	
AIG	280 (84,6)
GIG	21 (6,3)
PIG	30 (9,1)
Encaminhamento à UTI Neonatal (N = 331)	32 (9,7)
Natimorto (N = 331)	1 (0,3)
Óbito Neonatal (N = 331)	3 (0,9)
Escore de APGAR 1º minuto (N = 331)	
< 7	38 (11,5)
≥ 7	293 (88,5)
Escore de APGAR 5º minuto (N = 331)	
< 7	9 (2,7)
≥ 7	322 (97,3)

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA:

N : frequência absoluta;

% : frequência relativa em percentagem.

Dentre as participantes, 314 tiveram seus partos no Complexo Hospital de Clínicas. Como houve 15 partos de gestações gemelares e 1 parto de gestação trigemelar, obtivemos 331 desfechos de parto.

Em relação ao desfecho da gestação, 58,3% das participantes tiveram cesárea e 40,8% tiveram parto normal. A maioria não apresentou distocia (93,7%), não usou medicação para induzir o trabalho de parto (65,9%), não teve seu parto instrumentalizado (97,3%). Já em relação aos dados do recém-nascido, a maioria teve percentil do peso AIG (84,6%), sem encaminhamento à UTI Neonatal (90,3%), sem ocorrência de natimorto (99,7%), sem óbito neonatal (99,2%), com escore de Apgar

no 1º minuto maior ou igual a sete (88,5%) e escore de Apgar no 5º minuto maior ou igual a sete (97,3%). Houve instrumentalização do parto em 2,7% das participantes, sendo o uso do fórceps o dobro do uso de vácuo-extrator. O peso do RN variou de 720 gramas a 4.740 gramas, com uma mediana de 3145 gramas.

Na amostra analisada, observou-se maior ocorrência de cesáreas (58,3%), sendo 43,5% de cesáreas com indicação e 14,8% de cesáreas a pedido. Em relação aos partos, 40,8% foram partos vaginais e 0,9% foram partos operatórios a fórceps. A indução do trabalho de parto foi realizada em 34,1% das participantes e distocias ocorreram em 6,3% dos nascimentos. Ocorreram sete utilizações de fórceps e duas de vácuo-extrator.

TABELA 7 - COMPARAÇÃO ENTRE DESFECHO DO PARTO E MEDO DO PARTO

Variável	N	Média	DP	Mediana	IIQ	P-valor
Idade Gestacional (N = 331)						0,325
Medo reduzido	52	38,61	1,63	38,86	37,71 - 39,86	
Moderado	153	38,28	1,92	38,43	37,57 - 39,57	
Elevado	85	38,37	1,61	38,57	37,43 - 39,57	
Muito elevado	41	38,06	1,58	38,29	37,29 - 39	
Duração do trabalho de parto ativo (N = 163)						0,661
Medo reduzido	21	5,38	3,11	4,00	3 - 9	
Moderado	87	5,82	3,01	5,00	3,5 - 7	
Elevado	36	5,61	3,25	5,00	3 - 6	
Muito elevado	19	5,58	3,79	4,00	3 - 7	
Peso do RN (N = 331)						0,969
Medo reduzido	52	3143,17	560,29	3100,00	2767,5 - 3521,25	
Moderado	153	3068,66	608,27	3145,00	2743 - 3500	
Elevado	85	3124,82	498,48	3145,00	2820 - 3450	
Muito elevado	41	3105,49	589,08	3150,00	2680 - 3380	

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA:

N : frequência absoluta;

DP = desvio padrão

IIQ = intervalo interquartilico

NOTA: Teste de Kruskal-Wallis

Em relação a idade gestacional no momento da entrevista, a mediana foi 34 semanas (IIQ 32,14 – 36) e a mediana da idade gestacional ao nascimento foi 38,43 semanas (IIQ 37,43 – 39,57), variando entre 28,57 e 41,43 semanas de gestação. A duração do trabalho de parto ativo foi de 5,69 horas, não existindo diferença estatística

entre a duração do trabalho de parto ativo entre as participantes com diferentes escores de medo do parto ($p=0,661$). Ao se considerar a via de parto, a maioria das categorias do escore de medo do parto, exceto o medo moderado, tiveram como mais frequente a cesárea com indicação. Não houve associação entre a via de parto e o escore de medo do parto ($p=0,263$).

TABELA 8 - DESFECHO DO PARTO E MEDO DO PARTO

Variável	Reduzido		Moderado	Elevado	Muito elevado	p-valor
	N	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Via de parto (desfecho) (N = 331)						0,263
Parto vaginal	135	20 (38,5)	73 (47,7)	28 (32,9)	14 (34,1)	
Parto operatório a fórceps	3	0 (0)	2 (1,3)	0 (0)	1 (2,4)	
Cesárea a pedido	49	9 (17,3)	17 (11,1)	17 (20)	6 (14,6)	
Cesárea com indicação	143	23 (44,2)	61 (39,9)	40 (47,1)	20 (48,8)	
Distocia (N = 331)	21	3 (5,8)	9 (5,9)	5 (5,9)	4 (9,8)	0,821
Medicação no trabalho de parto (N = 331)	113	14 (26,9)	57 (37,3)	32 (37,6)	10 (24,4)	0,255
Instrumentalização do trabalho de parto (N = 331)	9	0 (0)	6 (3,9)	1 (1,2)	2 (4,9)	0,280
Instrumentalização do trabalho de parto/fórceps. Qual? (N = 331)						0,502
Fórceps	7	0 (0)	5 (3,3)	1 (1,2)	1 (2,4)	
Vácuo-extrator	2	0 (0)	1 (0,7)	0 (0)	1 (2,4)	
Não	322	52 (100)	147 (96,1)	84 (98,8)	39 (95,1)	
Percentil do peso do RN (N = 331)						0,940
AIG	280	47 (90,4)	127 (83)	72 (84,7)	34 (82,9)	
GIG	21	2 (3,8)	10 (6,5)	6 (7,1)	3 (7,3)	
PIG	30	3 (5,8)	16 (10,5)	7 (8,2)	4 (9,8)	
Encaminhamento à UTI Neonatal (N = 331)	32	2 (3,8)	13 (8,5)	11(12,9)	6 (14,6)	0,216
Natimorto (N = 331)	1	0 (0)	1 (0,7)	0 (0)	0 (0)	1,000
Óbito Neonatal (N = 331)	3	0 (0)	1 (0,7)	1 (1,2)	1 (2,4)	0,432
Escore de APGAR 1º minuto (N = 331)						0,395
< 7	38	7 (13,5)	13 (8,5)	11 (12,9)	7 (17,1)	
≥ 7	293	45 (86,5)	140 (91,5)	74 (87,1)	34 (82,9)	
Escore de APGAR 5º minuto (N = 331)						0,919
< 7	9	2 (3,8)	4 (2,6)	2 (2,4)	1 (2,4)	
≥ 7	322	50 (96,2)	149 (97,4)	83 (97,6)	40 (97,6)	

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA:

N : frequência absoluta;

% : frequência relativa em percentagem.

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher.

Quando se comparou medo do parto em seus níveis (reduzido, moderado, elevado e muito elevado), identificado no terceiro trimestre de gestação, com o desfecho do parto não houve diferença significativa em relação à via de parto (parto

normal, parto operatório, cesárea com indicação ou cesárea a pedido), idade gestacional no momento do parto, duração do trabalho de parto ativo, distocias, instrumentalização do parto, indução do parto, Apgar, peso do RN ao nascer, percentil do peso ao nascer, encaminhamento do RN à UTI Neonatal, ocorrência de óbito fetal e óbito neonatal.

Na Tabela 10 foi feita uma nova classificação para o escores do medo do parto, subdividindo-se a classe “Medo Muito Elevado”, sendo adicionada a classe “Tocofobia” considerando o $WDEQ(A) \geq 100$. Entretanto, não se encontrou significância em relação aos desfechos do parto e do recém-nascido.

TABELA 8 - DESFECHO DO PARTO E MEDO DO PARTO INCLUINDO TOCOFOBIA

Variável	Medo reduzido		Moderado		Elevado		Muito elevado		Tocofobia		P-valor
	N	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Via de parto (desfecho) (N = 331)											0,334
Parto vaginal	135	20 (38,5)	73 (47,7)	28 (32,9)	9 (36)	5 (31,2)					
Parto operatório a fórceps	3	0 (0)	2 (1,3)	0 (0)	0 (0)	1 (6,2)					
Cesárea a pedido	49	9 (17,3)	17 (11,1)	17 (20)	4 (16)	2 (12,5)					
Cesárea com indicação	143	23 (44,2)	61 (39,9)	40 (47,1)	12 (48)	8 (50)					
Distocia (N = 331)	21	3 (5,8)	9 (5,9)	5 (5,9)	3 (12)	1 (6,2)					0,834
Medicação no trabalho de parto (N = 331)	113	14 (26,9)	57 (37,3)	32 (37,6)	9 (36)	1 (6,2)					0,095
Instrumentalização do trabalho de parto (N = 331)	9	0 (0)	6 (3,9)	1 (1,2)	1 (4)	1 (6,2)					0,299
Instrumentalização do trabalho de parto/fórceps. Qual? (N = 331)											0,298
Fórceps	7	0 (0)	5 (3,3)	1 (1,2)	0 (0)	1 (6,2)					
Vácuo-extractor	2	0 (0)	1 (0,7)	0 (0)	1 (4)	0 (0)					
Não	322	52 (100)	147 (96,1)	84 (98,8)	24 (96)	15 (93,8)					0,963
Percentil do peso do RN (N = 331)											
AIG	280	47 (90,4)	127 (83)	72 (84,7)	21 (84)	13 (81,2)					
GIG	21	2 (3,8)	10 (6,5)	6 (7,1)	2 (8)	1 (6,2)					
PIG	30	3 (5,8)	16 (10,5)	7 (8,2)	2 (8)	2 (12,5)					
Encaminhamento à UTI Neonatal (N = 331)	32	2 (3,8)	13 (8,5)	11 (12,9)	5 (20)	1 (6,2)					0,160
Natimorto (N = 331)	1	0 (0)	1 (0,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)					1,000
Óbito Neonatal (N = 331)	3	0 (0)	1 (0,7)	1 (1,2)	1 (4)	0 (0)					0,432

(continua)

TABELA 9 - DESFECHO DO PARTO E MEDO DO PARTO INCLUINDO TOCOFOBIA

Variável	(conclusão)									
	Medo reduzido		Moderado		Elevado		Muito elevado		Tocofobia	
	N	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	P-valor
Escore de APGAR 1º minuto (N = 331)										
< 7	38	7 (13,5)	13 (8,5)	11 (12,9)	6 (24)	1 (6,2)				0,205
≥ 7	293	45 (86,5)	140 (91,5)	74 (87,1)	19 (76)	15 (93,8)				
Escore de APGAR 5º minuto (N = 331)										
< 7	9	2 (3,8)	4 (2,6)	2 (2,4)	1 (4)	0 (0)				0,846
≥ 7	322	50 (96,2)	149 (97,4)	83 (97,6)	24 (96)	16 (100)				

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA:

N : frequência absoluta;

% : frequência relativa em percentagem.

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher.

TABELA 10 - COMPARAÇÃO ENTRE EDPE E IAB COM MEDO DO PARTO

Variável	N	Média	DP	Mediana	IIQ	P-valor
Escores de EDPE (N = 331)						0,065
Medo reduzido	52	8,58	3,75	9,00	6 - 11	
Moderado	149	9,20	4,43	8,00	6 - 12	
Elevado	86	10,02	4,60	9,00	6 - 13	
Muito elevado	44	11,14	4,87	10,00	8 - 14,25	
Escores de IAB (N = 327)						<0,001*
Medo reduzido	52	8,52	7,42	7,00	2,75 - 12	
Moderado	145	13,39	10,66	11,00	6 - 17	
Elevado	87	18,87	12,48	18,00	9,5 - 26	
Muito elevado	43	25,72	15,09	27,00	14,5 - 36	

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA:

N : frequência absoluta;

DP = desvio padrão

IIQ = intervalo interquartilico

NOTA: Teste de Kruskal-Wallis

TABELA 11 - EDPE E IAB X MEDO DO PARTO

Variável	rho	P-valor	Interpretação
Escores de EDPE x Escore de medo	0,12	0,023*	Correlação positiva e fraca
Escores de IAB x Escore de medo	0,40	<0,001*	Correlação positiva e moderada

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA: rho = correlação de Spearman.

Em relação aos escore dos Questionários IAB e EDPE, a mediana dos escores do Questionário IAB foi 13 (IIQ 6 – 15,5) e a mediana do escore do Questionário EPDE foi 9 (IIQ 6 – 12). No IAB, as medianas de escore de medo do parto reduzido, moderado, elevado e muito elevado foram respectivamente 7, 11, 18 e 27, sendo que as participantes com medo do parto elevado obtiveram pontuações maiores nos escores e essa diferença foi estatisticamente significativa. O coeficiente de correlação entre os escores de medo do parto e os escores de IAB apresentou uma correlação positiva moderada ($r = 0,40$, $p < 0,001$). Já para o EDPE, as medianas de escore de medo do parto de medo reduzido, moderado, elevado e muito elevado foram 9, 8, 9 e 10, respectivamente, diferença esta não estatisticamente significativa. Já o coeficiente de correlação entre os escores de EDPE e os escores de medo de parto apresentou significância, porém fraca ($r = 0,12$, $p = 0,023$).

TABELA 12 - COMPARAÇÃO ENTRE MEDO DO PARTO E MOTIVAÇÕES DO MEDO

Variável	N (%)	Medo reduzido				Elevado		Muito elevado		P-valor
		Sim	Não	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Medo de entrar em estado de pânico?	Sim	144 (43,11)		8 (15,38)	46 (30,67)	57 (64,77)	33 (75)		<0,001*	
	Não	190 (56,89)		44 (84,62)	104 (69,33)	31 (35,23)	11 (25)			
Medo de não ter controle da situação?	Sim	185 (55,39)		13 (25)	81 (54)	57 (64,77)	34 (77,27)		<0,001*	
	Não	149 (44,61)		39 (75)	69 (46)	31 (35,23)	10 (22,73)			
Medo de que a vida sexual seja afetada negativamente após o parto?	Sim	49 (14,67)		1 (1,92)	20 (13,33)	19 (21,59)	9 (20,45)		0,009*	
	Não	285 (85,33)		51 (98,08)	130 (86,67)	69 (78,41)	35 (79,55)			
Medo de sentir dor no parto?	Sim	241 (72,59)		25 (49,02)	106 (70,67)	72 (82,76)	38 (86,36)		<0,001*	
	Não	91 (27,41)		26 (50,98)	44 (29,33)	15 (17,24)	6 (13,64)			
Medo de intervenções médicas (como episiotomia*, anestesia)?	Sim	170 (51,05)		19 (36,54)	70 (46,98)	56 (63,64)	25 (56,82)		0,009*	
	Não	163 (48,95)		33 (63,46)	79 (53,02)	32 (36,36)	19 (43,18)			
Medo de ter laceração perineal?	Sim	195 (58,73)		20 (38,46)	90 (60)	53 (61,63)	32 (72,73)		0,005*	
	Não	137 (41,27)		32 (61,54)	60 (40)	33 (38,37)	12 (27,27)			
Medo de ter hemorragia?	Sim	257 (77,18)		36 (69,23)	114 (76,51)	72 (81,82)	35 (79,55)		0,374	
	Não	76 (22,82)		16 (30,77)	35 (23,49)	16 (18,18)	9 (20,45)			
Medo de precisar realizar cesárea de emergência?	Sim	144 (43,50)		17 (33,33)	61 (40,67)	45 (52,33)	21 (47,73)		0,128	
	Não	187 (56,50)		34 (66,67)	89 (59,33)	41 (47,67)	23 (52,27)			
Medo de ser mal atendida pela equipe obstétrica (médicos e enfermagem)?	Sim	269 (80,78)		35 (67,31)	120 (80,54)	77 (87,5)	37 (84,09)		0,030*	
	Não	64 (19,22)		17 (32,69)	29 (19,46)	11 (12,5)	7 (15,91)			
Medo de ter parto prematuro?	Sim	214 (64,07)		28 (53,85)	92 (61,33)	64 (72,73)	30 (68,18)		0,110	
	Não	120 (35,93)		24 (46,15)	58 (38,67)	24 (27,27)	14 (31,82)			
Medo de ter um trabalho de parto muito longo?	Sim	261 (78,38)		29 (55,77)	113 (75,33)	79 (90,8)	40 (90,91)		<0,001*	
	Não	72 (21,62)		23 (44,23)	37 (24,67)	8 (9,20)	4 (9,09)			
Medo de que o meu filho sofra de alguma forma?	Sim	304 (91,29)		42 (80,77)	137 (91,33)	84 (96,55)	41 (93,18)		0,015*	
	Não	29 (8,71)		10 (19,23)	13 (8,67)	3 (3,45)	3 (6,82)			

(continua)

TABELA 12 - COMPARAÇÃO ENTRE MEDO DO PARTO E MOTIVAÇÕES DO MEDO

Variável	Medo reduzido				Medo elevado		P-valor
	N(%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Medo de morrer durante o parto	Sim	223 (67,17)	25 (50)	100 (66,67)	67 (76,14)	31 (70,45)	0,018*
	Não	109 (32,83)	25 (50)	50 (33,33)	21 (23,86)	13 (29,55)	
Medo de ser vista pelo marido/acompanhante em situação de pânico?	Sim	31 (13,54)	3 (7,69)	8 (8,16)	13 (20,97)	7 (23,33)	0,030*
	Não	198 (86,46)	36 (92,31)	90 (91,84)	49 (79,03)	23 (76,67)	
Medo de perder a compostura ("perder a linha")?	Sim	50 (22,03)	3 (7,69)	16 (16,49)	23 (37,7)	8 (26,67)	0,001*
	Não	177 (77,97)	36 (92,31)	81 (83,51)	38 (62,3)	22 (73,33)	
Medo de não ter a garantia que vou conseguir ter parto normal?	Sim	79 (34,8)	6 (15,38)	31 (31,96)	31 (50)	11 (37,93)	0,004*
	Não	148 (65,2)	33 (84,62)	66 (68,04)	31 (50)	18 (62,07)	
Medo de não perceber alguma situação anormal?	Sim	150 (66,08)	18 (47,37)	59 (60,82)	50 (80,65)	23 (76,67)	0,002*
	Não	77 (33,92)	20 (52,63)	38 (39,18)	12 (19,35)	7 (23,33)	
Medo de não saber quanto tempo vai durar o trabalho de parto?	Sim	129 (57,33)	12 (30,77)	53 (54,08)	38 (65,52)	26 (86,67)	<0,001*
	Não	96 (42,67)	27 (69,23)	45 (45,92)	20 (34,48)	4 (13,33)	
Medo de que o marido/acompanhante não possa acompanhar o trabalho de parto?	Sim	127 (55,46)	17 (43,59)	57 (58,16)	38 (61,29)	15 (50)	0,292
	Não	102 (44,54)	22 (56,41)	41 (41,84)	24 (38,71)	15 (50)	
Medo de que o marido/acompanhante se comporte mal?	Sim	28 (12,23)	2 (5,13)	8 (8,16)	14 (22,58)	4 (13,33)	0,023*
	Não	201 (87,77)	37 (94,87)	90 (91,84)	48 (77,42)	26 (86,67)	
Medo do rompimento da bolsa amniótica antes da hospitalização?	Sim	78 (34,06)	10 (25,64)	30 (30,61)	23 (37,1)	15 (50)	0,145
	Não	151 (65,94)	29 (74,36)	68 (69,39)	39 (62,9)	15 (50)	
Medo de parto ocorrer antes de chegar ao hospital?	Sim	143 (62,45)	17 (43,59)	65 (66,33)	39 (62,9)	22 (73,33)	0,045*
	Não	86 (37,55)	22 (56,41)	33 (33,67)	23 (37,1)	8 (26,67)	
Medo de ser internada antes do início do trabalho de parto?	Sim	65 (28,38)	9 (23,08)	27 (27,55)	18 (29,03)	11 (36,67)	0,660
	Não	164 (71,62)	30 (76,92)	71 (72,45)	44 (70,97)	19 (63,33)	

FONTE: A autora (2024).

LEGENDA:

N : frequência absoluta; %: frequência relativa em percentagem.

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher.

Quando se comparou os diferentes graus de medo do parto com os motivos do medo, todos os itens foram estatisticamente significativos, com exceção de medo de ter hemorragia ($p=0,374$) medo de precisar realizar cesárea de emergência ($p=0,128$), medo de ter parto prematuro ($p=0,110$), medo do rompimento da bolsa amniótica antes da hospitalização ($p=0,145$), medo de que o marido/acompanhante não pudesse acompanhar o trabalho de parto ($p=0,292$) e medo de internação antes do início do trabalho de parto ($p=0,660$).

Os itens mais significantes foram medo de entrar em pânico ($p<0,001$), medo de não saber quanto tempo vai durar o trabalho de parto ($p<0,001$), medo de ter um trabalho de parto muito longo ($p<0,001$), medo de não ter controle da situação ($p<0,001$) e medo de sentir dor no parto ($p<0,001$), ou seja, aparentemente as pacientes tem mais medo da dor e de situações que envolvam a imprevisibilidade do parto.

5 DISCUSSÃO

A vasta abordagem do estudo, considerando fatores sociodemográficos, obstétricos e psicológicos, oferece uma compreensão aprofundada da complexa interação de determinantes do medo do parto na população estudada.

Neste estudo, dados coletados por meio de questionários autoadministrados foram utilizados para avaliar a prevalência de medo do parto em gestantes atendidas na Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR e desfechos relacionados ao parto e ao recém-nascido destas participantes.

A prevalência de medo do parto muito elevado ($WDEQ(A) \geq 85$), incluindo tocofobia ($WDEQ(A) \geq 100$) foi de 13,2%. A consistência interna do $WDEQ(A)$ traduzido pelos autores foi substancial (α -Cronbach = 0,71) (De Castro, em elaboração), ao contrário dos achados de consistência interna de outro trabalho brasileiro cuja versão traduzida teve α -Cronbach de 0,92 (Dal Moro *et al.*, 2023) porém com uma população estudada muito menor ($n=125$).

Houve relação significativa entre medo do parto muito elevado e planejamento da gravidez, ou seja, pacientes com gravidez não planejada tiveram maior chance de desenvolver medo do parto. Histórico anterior de violência física e/ou sexual e experiências anteriores de parto negativas foram estatisticamente significantes em participantes com medo do parto muito elevado. Houve significância entre medo do parto muito elevado e grau de escolaridade quando se comparou pacientes de nível médio em relação às pacientes com ensino fundamental incompleto, ensino fundamental e superior.

Quando se comparou medo do parto em seus níveis (reduzido, moderado, elevado e muito elevado) com o desfecho do parto não houve diferença significativa em relação à via de parto, idade gestacional no momento do parto, duração do trabalho de parto ativo, distocias, instrumentalização do parto, indução do parto, Apgar, peso do RN ao nascer, percentil do peso ao nascer, encaminhamento do RN à UTI Neonatal, ocorrência de óbito fetal e óbito neonatal.

O medo do parto tem sido objeto de estudos crescentes desde os anos 1980. O'Connell *et al.* (2017) em uma metanálise sobre prevalência mundial de medo do parto, encontraram um aumento na sua prevalência nas últimas três décadas. Existem algumas críticas devido à ausência de uma definição clara para o medo do parto e a

existência de diversas ferramentas para identificá-lo, provavelmente devido à subjetividade do seu diagnóstico e pela dependência de ferramentas psicométricas.

Em uma revisão sistemática sobre instrumentos validados utilizados para medir as experiências de parto das mulheres, o questionário W-DEQ foi considerado atualmente a melhor, mais utilizada e validada ferramenta para avaliar o medo do parto (Nilvér; Begley; Berg, 2017). A pontuação de ≥ 85 foi considerada a pontuação confiável para detecção de Medo do Parto, com sensibilidade de 100% e especificidade de 93,8%, com concordância substancial entre os critérios de fobia específica W-DEQ A e SCID-5 (coeficiente Kappa de Cohen, $\bar{y} = 0,720$) (Calderani *et al.*, 2019).

Wijma, Wijma e Zar (1998) desenvolveram a base teórica do W-DEQ e propuseram relacionar o medo do parto a um transtorno de ansiedade ou a um medo fóbico, que se manifesta como pesadelos, problemas de concentração, sintomas psicossomáticos e aumento da demanda por cesáreas. Eles também investigaram a ligação entre o medo do parto e a ansiedade geral e descreveram muitos aspectos importantes em comum com as fobias (Zar; Wijma; Wijma, 2001).

Mulheres com níveis elevados de medo do parto durante a gravidez também têm mais medo durante e após o parto, sugerindo um ciclo vicioso, ou seja, as mulheres vivenciam durante o trabalho de parto o que já temiam, o que por sua vez influencia o pós-parto (Areskog; Uddenberg; Kjessler, 1983). Dessa forma, o medo do parto não influencia apenas a experiência do parto, como também o primeiro ano de interação com o bebê (Areskog; Uddenberg; Kjessler, 1983, Feldman *et al.*, 2009) e a perpetuação do medo em partos posteriores (Elsharkawy *et al.*, 2024).

Este estudo teve como um dos objetivos identificar a prevalência de medo do parto nas gestantes atendidas na Maternidade do CHC, das quais 13,2% das participantes pontuaram W-DEQ(A) ≥ 85 , ou seja, possuíam medo do parto muito elevado), dados consistentes com as taxas encontradas em estudos anteriores como o de O'Connell *et al.* em uma metanálise de 2017, cujo objetivo foi avaliar a prevalência global de medo do parto, sendo encontradas taxas de prevalência variando entre 3,7% e 43%, uma prevalência geral agrupada de 14%, sendo 12% na Escandinávia, 8% no restante da Europa, 11% nos estudos americanos e os resultados mais significativos de 23% na Austrália e 25% na Ásia. Já Mortazavi e Agah (2018) encontraram 19,6% no Irã e Mandar *et al.* (2023), 11,1% no Sudão. Em um estudo egípcio com 460 gestantes, em que foi utilizado o Questionário de Atitudes do

Parto para medir o medo do parto (variando de leve a grave), foi demonstrado que 70,4% das mulheres apresentaram algum nível de medo e 11,3% apresentaram medo do parto grave (Elsharkawy et al., 2024). Em uma revisão sistemática com o objetivo de identificar a prevalência do medo do parto na África Oriental, a prevalência combinada foi 27,86% (Abebe et al., 2024) e na Etiópia, a prevalência de medo do parto grave foi de 25,5% (Alemu; Wudu; Lakew, 2024).

Existem poucos estudos brasileiros e dados incipientes sugerem uma prevalência entre 31,4% (Mello et al., 2021) e 12% (Dal Moro et al., 2023).

No presente estudo 4,8% das participantes obtiveram pontuação ≥ 100 no W-DEQ(A), indicando tocofobia, em consonância com Dal Moro et al. (2023) que encontraram 5,6% no Brasil. Já para Demsar et al. (2018), a porcentagem de tocofobia na Eslovênia foi 1,6%.

É sabido que a paridade pode influenciar o medo do parto. Enquanto as nulíparas temem o desconhecido, a dor e a perda de controle, em múltiparas o medo do parto é principalmente baseado em experiências anteriores de parto (Størksen et al., 2013). Neste estudo, 65,6% das participantes com medo do parto muito elevado eram múltiparas e 34,4% eram primíparas, com prevalências de 13,2% e 13% respectivamente, sem diferença estatística em relação ao medo do parto. Para Dencker et al. (2019), nulíparas e múltiparas apresentaram níveis semelhantes de medo, mas por razões diferentes. Alguns autores encontraram maior prevalência de medo do parto em múltiparas (Hall et al., 2012, Räisänen et al., 2014, Fairbrother et al., 2022). Para outros, as nulíparas apresentavam pontuações mais elevadas de medo do parto em relação às múltiparas (Rouhe et al., 2009, Sluijs et al., 2012, Mandar et al., 2023, Elsharkawy et al., 2024).

Para Lukasse, Schei e Ryding em 2014, no estudo Bidens (Bélgica, Islândia, Dinamarca, Estônia, Noruega e Suécia), a prevalência entre múltiparas foi de 11% e entre nulíparas foi de 11,4%, sendo que entre nulíparas variou de 4,5% na Bélgica a 15,6% na Estônia e entre as múltiparas de 7,6% na Islândia a 15,2% na Suécia. Um estudo global encontrou 16% em nulíparas e 14% em múltiparas (O'Connell et al., 2017). No Quênia, a prevalência de medo do parto muito elevado foi maior nas nulíparas (13,8%) do que nas múltiparas (8,0%) (Onchonga et al., 2020). Na Arábia Saudita o medo do parto também foi mais prevalente em nulíparas (Ibrahim, 2023).

Em nosso estudo não houve diferença estatística quando se comparou as variáveis dicotômicas do medo do parto (leve/ moderado/ elevado/ muito elevado) com

a idade das participantes, etnia, religião e fonte de renda, provavelmente indicando que a população estudada era mais homogênea em relação a esses dados por se tratar de uma população atendida pelo sistema público de saúde, ao contrário de Abebe *et al.*, (2024), que em uma metanálise envolvendo estudos da África Oriental, relataram que mulheres com baixo suporte social tiveram probabilidade quatro vezes e meia maior de desenvolver medo do parto.

Em relação à formação educacional, houve predominância de medo do parto em pacientes de nível médio em relação às pacientes com ensino fundamental incompleto, ensino fundamental e superior. Em estudos anteriores, uma série de variáveis sociodemográficas foram associadas a níveis mais elevados de medo do parto, incluindo menor nível de escolaridade (Rofé; Blittner; Lewin, 1993, Klabbers *et al.*, 2016, Elsharkawy *et al.*, 2024) e ser mais jovem (Gao *et al.*, 2015, Laursen; Johansen; Hedegaarda, 2009; Jespersen *et al.*, 2014, Elsharkawy *et al.*, 2024) o que pode favorecer uma experiência de vida limitada, dificuldades no entendimento do processo de parto e, conseqüentemente, em estratégias de enfrentamento deficientes.

Em nosso estudo, houve diferença significativa quando se comparou a média do escore de medo do parto com o estado civil das participantes. Entre as participantes divorciadas o escore do medo do parto teve média 87,5, entre as solteiras 61,2 e entre as casadas 58,6.

Para Heimstad *et al.* (2006) e Lukasse *et al.* (2014), a pontuação do W-DEQ não diferiu significativamente entre mulheres casadas/coabitantes e mulheres solteiras, contrapondo os resultados de Saisto e Halmesmäki (2003), que demonstraram que mulheres que não habitavam com o pai do futuro filho relatavam mais ansiedade e medo do parto relacionados à gravidez. Insatisfação com o parceiro ou com o apoio recebido (Saisto *et al.*, 2001), rede de apoio deficiente (Nerum *et al.*, 2013, Jespersen *et al.*, 2014, Dencker *et al.*, 2019), desemprego (Saisto; Halmesmäki, 2003) e acompanhamento pré-natal deficiente (Abebe *et al.*, 2024) também estiveram relacionadas com o medo do parto em diversos estudos, demonstrando a vulnerabilidade social a que estas mulheres estão expostas, o que pode intensificar a sensação de isolamento e desamparo.

Em nosso estudo, houve relação significativa entre experiências em gestações anteriores e medo do parto, sendo que gestantes com experiências menos positivas em gestações anteriores tenderam a ter mais medo do parto quando

comparadas com gestantes com experiências mais positivas, refletindo a importância da experiência de um parto anterior como um fator predisponente. Esse dado corrobora os estudos de Eide, Morken e Baerøe (2019) e de Elsharkawy *et al.*, (2024) onde o medo do parto surgiu mais comumente como resultado de uma experiência anterior traumática, assim como para Vaajala *et al.* (2023) que descreveram como principais fatores de risco para o desenvolvimento do medo do parto na segunda gravidez experiências anteriores como medo prévio do parto, cesárea de emergência, parto a vácuo, laceração perineal, distocia de ombro e mortalidade neonatal.

Vários outros estudos também demonstram que experiências negativas em um parto anterior podem ocasionar medo do parto na gestação subsequente (Størksen *et al.*, 2013, Borg; Mcneill; Murray, 2014, Dencker, *et al.*, 2019). Söderquist *et al.* (2004) descobriram que um parto traumático anterior corresponde a um aumento no medo do parto na próxima gravidez e Sydsjö *et al.* (2013) mostraram que uma complicação obstétrica prévia aumenta o risco de medo do parto.

Størksen *et al.* (2013), em um estudo com 1.357 multíparas norueguesas, relatou que presença de uma experiência anterior de parto negativa foi o preditor mais forte de medo do parto, seguido por problemas de saúde mental e falta de apoio social. Porém, a experiência subjetiva do nascimento foi crucial, enquanto as características objetivas do nascimento foram de menor importância (Størksen *et al.*, 2013). Ou seja, não são os partos anteriores em si, mas sim os aspectos negativos das experiências do parto que envolvidos no mecanismo de desenvolvimento do medo do parto (Eide; Morken; Baerøe, 2019). Ibrahim *et al.* (2023), em um estudo com 377 gestantes na Arábia Saudita, demonstraram que complicações em partos anteriores foram associados ao medo do parto em multíparas.

Para Waldenström (2004), essas experiências negativas podem ser divididas em quatro categorias: (1) intercorrências obstétricas como falha na indução, partos de emergência, trabalho de parto prolongado e transferência do bebê para a UTI; (2) fatores relacionados ao convívio social da mulher como gravidez indesejada e falta de apoio do companheiro; (3) fatores relacionados a sentimentos da mulher durante o trabalho de parto como dor e sensação de descontrole, e (4) fatores influenciados pela equipe obstétrica como pouco tempo para responder dúvidas durante o pré-natal, falta de apoio durante o trabalho de parto e administração de analgesia intraparto. Desse modo, as experiências anteriores de parto podem ser fundamentais na formação de atitudes e respostas emocionais em gestações subsequentes.

Em nosso estudo não encontramos relação significativa entre o medo do parto muito elevado e a preferência por qualquer via de parto, assim como no estudo de Waldenström, Hildingsson e Ryding (2006), onde sentimentos muito negativos em relação à gestação não foram associados a um aumento na taxa de cesáreas. Outro estudo relatou que a preferência por cesárea está fortemente associada ao medo do parto, cesárea anterior e experiência anterior de parto negativa em comparação com mulheres com preferência por parto vaginal (Eide; Morken; Bærøe, 2019), talvez por proporcionar às mulheres uma sensação de controle sobre o parto e diminuição da sensação de medo (O'Donovan; O'Donovan, 2018).

Assim como Lukasse *et al.* (2014), Dencker *et al.* (2019) e Elsharkawy *et al.*, (2024), encontramos menos medo do parto em mulheres com gravidez planejada, dado este estatisticamente significativo, provavelmente demonstrando que o estresse e a falta de preparação associados a gestações não planejadas, podem exacerbar o medo do parto. Em muitos casos, a mulher com gravidez não planejada não teve tempo suficiente para preparar-se psicologicamente para a gestação e para o parto (Saisto *et al.*, 2006). Em um estudo polonês com 359 gestantes no terceiro trimestre, houve relação entre histórico de gestações não planejadas, tratamento psiquiátrico, preferência por cesárea e medo do parto (Ilska *et al.*, 2021). Em um estudo etíope, Assimamaw *et al.* (2024) relataram que mulheres com gestações não planejadas tiveram maior probabilidade de desenvolver medo do parto.

É sabido que gestantes com alto risco gestacional tem maiores chances de sofrerem complicações obstétricas e desfechos perinatais desfavoráveis (Jolving *et al.*, 2016) além de terem mais sentimento de medo e ansiedade relacionados à sua condição médica (Wigert *et al.*, 2020), provavelmente devido a sensação de imprevisibilidade e impotência. Porém, apesar de constituírem a maioria da nossa amostra, elas não tiveram mais medo do parto do que mulheres com gestação de risco habitual, provavelmente devido ao fato de muitas já possuírem indicação médica de cesárea. Essa sensação de controle e segurança pode ter disfarçado o medo do parto, tornando-o indetectável ao W-DEQ(A). Em contraste, no estudo de Räisänen *et al.* (2014) o medo do parto foi mais frequente em gestantes de alto risco e múltiparas, sendo associado a uma taxa até 4,4 vezes maior de cesárea.

As participantes deste estudo com histórico de violência sexual e/ou física tiveram 11,9 vezes mais chance de desenvolver medo do parto muito elevado,

resultado este estatisticamente significativo, corroborando dados do estudo de Heimstad *et al.* (2006), onde mulheres com medo do parto que relataram terem sido expostas a abuso físico ou sexual na infância obtiveram uma pontuação W-DEQ mais elevada do que as não abusadas. Esses achados são consistentes com o estudo de Leeners *et al.* (2016) e Lukasse *et al.* (2011) onde mulheres com histórico de abuso sexual relataram medo mais intenso do parto. Um estudo norueguês com 78.660 gestantes encontrou que as nulíparas expostas à violência sexual grave tiveram um risco 50% maior de desenvolver medo do parto (Henriksen; Schei; Lukasse, 2016).

O efeito negativo do abuso sexual na infância sobre a gravidez e parto de sobreviventes é pouco conhecido, mas sabe-se que estas mulheres podem ter maiores queixas em relação à sua saúde, medo do parto e complicações no parto, maior risco de depressão (Maniglio, 2010), maior probabilidade de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e ansiedade (Maniglio, 2013), consumo de substâncias (álcool, drogas e tabaco), maiores preocupações com sua aparência, distúrbios do sono e maior risco de revitimização (Brunton; Dryer, 2021). Histórico de abuso sexual pode estar relacionado a uma aversão aos cuidados obstétricos de rotina e despertar, no momento do parto, as memórias do abuso sofrido (Hofberg; Brockington, 2000; Leeners *et al.*, 2016). Um estudo clínico norueguês com mulheres que solicitaram cesárea devido ao medo do parto, demonstrou que 63% haviam sofrido abuso sexual ou físico (Nerum *et al.*, 2006).

As características psicológicas das mulheres que temem o parto vaginal podem incluir suscetibilidade à ansiedade, neuroticismo, vulnerabilidade, depressão, baixa autoestima, insatisfação com o parceiro e falta de apoio social (Saisto *et al.*, 2001), características notavelmente semelhantes às das mulheres vítimas de abuso infantil. Estudos neurobiológicos demonstram que o abuso infantil pode alterar o desenvolvimento do cérebro, programando o sistema de resposta ao estresse para reagir exageradamente a novos fatores de estresse, aumentando, assim, a vulnerabilidade à ansiedade (Sachs-Ericsson *et al.*, 2009).

Em uma revisão de escopo, que abrangeu artigos publicados nos últimos 32 anos nos países nórdicos, indicou que gestantes com histórico de violência correm maior risco de desenvolver medo de parto, hospitalização durante a gravidez, dificuldades na amamentação e apresentar disfunções físicas e mentais (Rafnar *et al.*, 2024).

Zambaldi *et al.* (2016) estudaram traumas infantis (por exemplo, crime, desastre, abuso físico e sexual) em 328 puérperas brasileiras e descobriram que as mulheres que relataram um histórico de abuso sexual infantil tinham cinco vezes maior probabilidade de relatar um parto traumático.

Neste estudo, participantes com medo do parto apresentaram maiores níveis de sintomas ansiosos, mas não de sintomas depressivos, assim como Söderquist *et al.* (2004) que não encontraram ligação significativa entre depressão e medo do parto. Já para outros, a ansiedade estaria menos ligada ao medo do parto do que à depressão, cujo achado poderia ser explicado pelo fato do W-DEQ incluir mais itens sobre sintomas de depressão do que de ansiedade (Størksen *et al.*, 2012).

As possíveis causas do medo do parto estão relacionadas, entre outros motivos, com as condições pessoais, internas e externas, das mulheres, questões de saúde mental, ansiedade e experiências anteriores de trauma e abuso (Söderquist *et al.*, 2004, Haines *et al.*, 2011, Hall *et al.*, 2012, Demsar *et al.*, 2017, Dencker *et al.*, 2019). Durante a gravidez, a prevalência de depressão é estimada em aproximadamente dez a 12% e de transtorno de ansiedade em aproximadamente seis por cento das gestantes (Andersson *et al.*, 2003).

Para O'Connell *et al.* (2017) e Hofberg e Brockington (2000) o medo do parto estaria associado a sintomas depressivos, podendo predispor ao desenvolvimento de depressão pós-parto e transtorno do estresse pós-traumático. Alguns estudos relacionam medo do parto e depressão (Zar; Wijma; Wijma, 2002, Lukasse *et al.*, 2010; Laursen; Johansen; Hedegaarda, 2009, Ilska *et al.*, 2021), TEPT, hiperêmese gravídica (Hofberg; Brockington, 2000), ansiedade (Zar; Wijma; Wijma, 2002, Söderquist *et al.*, 2004) e dificuldades de vínculo com a gravidez e com o feto (Hofberg; Brockington, 2000).

Segundo Barlow (1988, p.104), a ansiedade é “um estado afetivo desagradável associado a percepções de imprevisibilidade e incontrolabilidade futura”. Quando uma pessoa ansiosa precisa enfrentar uma situação temida, há um aumento da excitação fisiológica e um estreitamento da atenção com uma percepção intensificada de estímulos relacionados à ameaça. Como resultado, a preocupação é sentida com maior intensidade, tornando o desempenho da pessoa muitas vezes disfuncional, agravando a situação (Ryding *et al.*, 1998). Esse entendimento aplicado à obstetrícia pode significar que a ansiedade específica é o medo do parto, e a situação temida, o próprio parto (Wijma; Wijma, 1992), levando a mulher em trabalho

de parto a perceber os eventos relacionados ao parto como estímulos relacionados com ameaças (Ryding *et al.*, 1998).

Existem vários domínios de ansiedade que se estabelecem com um foco particular no período perinatal e podem incluir transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de estresse pós-traumático subsequente a um parto difícil, medo de agulhas ou de outros procedimentos médicos, ansiedade específica da gravidez (ou seja, alta ansiedade relacionada ao bem-estar da gravidez) e tocofobia (Fairbrother *et al.*, 2022).

A ansiedade relacionada à gravidez refere-se ao medo, preocupação ou apreensão em torno da gravidez, parto, saúde do bebê ou feto e outras questões sociais e financeiras específicas da gravidez (Bayrampour *et al.*, 2016), também abrangendo os medos e preocupações sobre a aparência física durante a gestação e sua capacidade de atender às expectativas de si mesma como mãe (Rini *et al.*, 1999). Ademais, está associada a resultados negativos para a saúde materna e infantil durante a gravidez, nascimento e primeira infância (Hadfeld *et al.*, 2022). A depressão pós-parto também pode afetar os bebês, desencadeando disfunções emocionais, comportamentais ou atrasos cognitivos na infância. (Sinclair; Murray, 1998).

De acordo com os estudos de Jespersen *et al.* (2014), os sintomas ansiosos estariam associados a um aumento de quase cinco vezes e sintomas depressivos a um aumento de duas vezes no medo do parto, quando ajustado para fatores sociodemográficos e de saúde.

Níveis aumentados de depressão e ansiedade durante a gravidez podem contribuir, independentemente de outros fatores de risco, para resultados obstétricos, fetais e neonatais adversos. O medo do parto pode ser um fator de risco para partos traumáticos (Garthus-Niegel *et al.*, 2014, Veringa-Skiba *et al.*, 2022) e a ansiedade específica da gravidez – incluindo a tocofobia – pode estar associada ao comprometimento do desenvolvimento de recém-nascidos causado por altos níveis de cortisol materno (Erickson; Gartstein; Dotson, 2017, Veringa-Skiba *et al.*, 2022). As experiências traumáticas no parto podem implicar em resultados adversos perinatais e infantis sendo que bebês de mulheres com problemas de saúde mental apresentavam frequentemente pior funcionamento cognitivo, perturbações físicas, psicossociais, emocionais, comportamentais e funcionamento linguístico prejudicado (Elmir *et al.*, 2010).

Em nossa amostra, houve maior prevalência de cesáreas, representando 58,3% da amostra. Já 40,8% das participantes tiveram parto por via vaginal e 0,9% por partos operatórios a fórceps. Durante o período de estudo, a legislação permitia a escolha da via de parto, sendo possível escolher pela cesárea eletiva. Encontramos 14,8% de cesárea a pedido materno, mas sem relação significativa com o medo do parto, embora algumas pesquisas indiquem que o medo do parto é um fator determinante para solicitação de cesáreas sem indicação médica (Haines et al., 2012; Ryding et al., 2015).

No Brasil, ocorreram cerca de 2,5 milhões de nascimentos no ano de 2023, dos quais 59,61% foram por cesárea. No SUS (Sistema Único de Saúde), as mulheres são geralmente acompanhadas por diferentes profissionais durante o pré-natal e assistência ao parto, com equipes de plantão nas maternidades. Em geral, a cesárea é indicada quando há complicações durante a gestação ou trabalho de parto, havendo possibilidade limitada de agendamento de cesárea por solicitação das gestantes, exceto em casos específicos, como no Estado do Paraná (Lei N°20127 de 15/01/2020).

Em um estudo brasileiro que investigou os fatores citados para a preferência pelo tipo de parto no início da gravidez, o principal motivo para a escolha do parto vaginal foi a melhor recuperação desse tipo de parto (68,5%) e para a cesárea, o medo da dor do parto (46,6%). Mulheres do setor privado apresentaram 87,5% de cesáreas, com aumento da decisão pelo parto cesáreo no final da gestação, independentemente do diagnóstico de complicações (Domingues *et al.*, 2014).

Em nosso estudo, quando se comparou a presença de medo do parto em seus diferentes níveis com os desfechos do parto, não houve significância entre via de parto, idade gestacional no momento do parto, duração do trabalho de parto ativo, distocias, instrumentalização do parto, indução do parto, Apgar, peso do RN ao nascer, percentil do peso ao nascer, encaminhamento do RN à UTI Neonatal, ocorrência de óbito fetal e óbito neonatal e os escores de medo (leve/moderado/elevado e muito elevado). Assim como para Perkin *et al.* (1993), que ao analisarem parto prematuro, início não espontâneo do trabalho de parto, analgesia na primeira e segunda fase do trabalho de parto e partos vaginais induzidos, não encontraram resultados significativos em relação ao medo do parto. Esses resultados também estão em consonância com o estudo de Räsänen *et al.* (2014) onde o medo do parto não alterou desfechos perinatais como nascimento prematuro, baixo peso ao

nascer, PIG, baixos índices de Apgar no 1º minuto, natimorto e morte neonatal precoce.

Neste estudo, o medo do parto não influenciou a via de parto, corroborando Johnson e Slade (2002) cujos resultados não mostraram associação entre medo do parto e via de parto (parto vaginal, cesárea eletiva e cesárea de emergência), e Fenwick *et al.* (2009) e Jespersen *et al.* (2014) onde níveis elevados de medo não foram associados à cesárea de emergência. Já para Ryding *et al.* (1998) e Waldenström, Hildingsson e Ryding (2006), mulheres com medo do parto apresentam risco aumentado para cesáreas de emergência. Em um estudo finlandês com 3808 gestantes com o objetivo de explorar as associações entre sofrimento psicológico materno (ansiedade relacionada à gravidez, medo do parto, sintomas gerais de ansiedade e sintomas depressivos) e o modo do parto, não encontrou risco aumentado para cesárea de emergência e parto instrumental, porém a ansiedade relacionada à gravidez aumentou a chance de cesárea eletiva (Sanni *et al.*, 2022). Já Handelzalts *et al.* (2015) associaram medo do parto com parto instrumental e cesárea de emergência, o que pode apontar que níveis mais elevados de medo podem interferir em possíveis habilidades de enfrentamento e, portanto, resultar em partos instrumentais ou mesmo cesáreas.

Para alguns autores ocorre forte associação entre cesárea de emergência em comparação com outras modalidades de parto (Laursen; Johansen; Hedegaarda, 2009, Calderani *et al.*, 2019) e tendência ao uso de vácuo-extrator em mulheres ansiosas, mas não observaram associação entre medo do parto e taxa de cesáreas (Heimstad *et al.*, 2006). Para outros, a cesárea de emergência e a extração a vácuo foram associadas ao medo do parto em gestações subsequentes (Saisto; Ylikorkala; Halmesmäki, 1999, Sjögren, Thomassen, 1997).

Segundo Rouhe *et al.* (2011) e Sydsjö *et al.* (2013), mulheres com medo do parto tiveram partos significativamente mais frequentes por cesárea eletiva do que mulheres sem medo do parto. Em outro estudo, houve associação entre medo do parto e uma taxa três a seis vezes mais elevada de cesáreas eletivas, mas não a taxas mais elevadas de cesáreas de emergência (Waldenström; Hildingsson; Ryding, 2006).

Em um estudo norueguês com 58.881 mulheres com o objetivo de identificar preditores de preferências por cesárea entre gestantes encontrou-se que o medo do parto, cesárea anterior e experiências negativas em nascimentos anteriores foram fortes preditores de preferência pela cesárea. As chances de preferência por cesárea

em mulheres com medo do parto foram 27 vezes maiores entre as nulíparas e seis vezes maiores entre as múltiparas. As chances de preferir a cesárea foram seis vezes maiores entre aquelas com cesárea anterior e três à seis vezes maiores entre aquelas com experiências anteriores de nascimento negativas (Flugenes *et al.*, 2011) corroborando Hildingsson *et al.* (2003) e Yin *et al.*, (2024) que encontraram em seus estudos que experiências negativas em nascimentos anteriores foram motivos para solicitação de cesáreas.

Neste estudo, a duração do trabalho de parto não diferiu em participantes com medo de parto muito elevado (5,58 horas) medo do parto elevado (5,61 horas), medo do parto moderado (5,82 horas) e medo do parto reduzido (5,38 horas), assim como os resultados de Sydsjö *et al.* (2013) e Handelzalts *et al.* (2015). Sluijs *et al.* (2012) também não encontraram relação significativa entre medo do parto e maior tempo de duração da primeira fase do trabalho de parto. Em outro estudo, a ansiedade geral e o estresse específico da gravidez não estavam diretamente ligados à maior duração da primeira fase do trabalho de parto. No entanto, o estresse específico da gravidez foi associado ao uso de epidural, que por sua vez foi significativamente associado ao risco de um trabalho de parto mais longo (Slade *et al.*, 2021).

Já para Leeners *et al.* (2016), mulheres com histórico de abuso sexual relataram medo mais intenso do parto, experimentaram uma duração mais longa do trabalho de parto e consideraram a experiência do parto mais negativa. Em outro estudo, a duração do trabalho de parto foi significativamente mais longa em 47 minutos em mulheres com medo do parto em comparação com mulheres sem o medo (Adams; Eberhard; Eskildc, 2012).

Durante décadas, levantou-se a hipótese de que a ansiedade materna ou o medo do parto pudessem prolongar o trabalho de parto (Cramond, 1954). A ansiedade materna pode estar associada as disfunções uterinas, como contrações hipoativas ou hiperativas, e com desempenho disfuncional durante o trabalho de parto (Ryding, 1998). O medo e a ansiedade poderiam ativar uma resposta hormonal ao estresse em gestantes e em trabalho de parto, o que poderia resultar em distocia ou parto prolongado (Lederman, 1985). Ao contrário de Handelzalts *et al.* (2015) e Dai *et al.* (2020), Laursen, Johansen e Hedegaarda (2009), não encontramos associação entre medo do parto e distocias.

Fatores anatômicos, tamanho da prole e contratilidade uterina são determinantes conhecidos da duração do trabalho de parto. Existe, no entanto, uma

grande variação na duração do trabalho de parto e as causas desta variação permanecem incompletamente compreendidas (Liao; Buhimschi; Norwitz, 2005). A ansiedade e o medo podem aumentar as concentrações plasmáticas de catecolaminas e isso têm associação tanto à contratilidade uterina diminuída quanto a um segundo estágio prolongado do trabalho de parto e distocias (Adams; Eberhard; Eskildc, 2012, Dai *et al.*, 2020).

Em relação à indução do trabalho de parto, não foi encontrada associação entre medo do parto e indução do trabalho de parto assim como Saisto, Ylikorkala e Halmesmäki (1999) e O'Connell *et al.* (2019). Do mesmo modo, não houve relação entre medo do parto e uso de fórceps, ao contrário do estudo de Adams, Eberhard e Eskildc (2012) em que mulheres com medo do parto tiveram mais frequentemente parto vaginal instrumental do que mulheres sem medo do parto.

Não encontramos associação entre medo do parto e o Apgar, ao contrário de O'Connell *et al.* (2019) que encontraram uma leve associação entre medo do parto e pontuações de Apgar no 1° e 5° minutos, onde o índice de Apgar no 1° minuto e o índice de Apgar no 5° minuto foram semelhantes em todos os grupos com a mediana do índice de Apgar no 1° minuto de 8,0 e no 5° minuto de 10,00, exceto no grupo medo do parto, onde o índice médio de Apgar no 1° minuto foi 8,11 e índice médio de Apgar no 5° minuto foi 9,11 (O'Connell *et al.*, 2019). Em um estudo polonês, Michalik, Pracowity e Wójcicka (2023) encontraram pontuações de Apgar mais baixas em recém-nascidos de mães com alto nível de ansiedade relacionada à gravidez.

Não encontramos relação significativa entre medo do parto e idade gestacional ao nascimento, peso ao nascimento e percentil do peso ao nascimento, assim como alguns estudos que não encontraram relação entre peso ao nascer, percentil do peso ao nascer e idade gestacional e níveis aumentados de ansiedade (Groome *et al.*, 1995, Alder *et al.*, 2007). No entanto, se em combinação com níveis de estresse, uma associação com parto mais precoce e menor peso ao nascer foi encontrada por Lobel, Dunkel-schetter, Scrimshaw (1992) e Alder *et al.* (2007). Já para Shahhosseini *et al.* (2015) houve associação entre medo do parto diagnosticado no segundo e terceiro trimestre com a diminuição do peso ao nascer.

Em um estudo em Zanzibar com 204 puérperas, as mulheres que experimentaram um alto nível de medo durante a gestação tiveram duas vezes mais probabilidade de ter resultados indesejáveis no parto, como asfixia do recém-nascido ao nascer, cesárea, sofrimento fetal, parto instrumental, morte fetal intrauterina, baixo

peso ao nascer, hemorragia pós-parto, parto prematuro, trabalho de parto prolongado, ruptura uterina e pré-eclâmpsia grave após ajuste para outras variáveis (Ali; Seif; Kibusi, 2022).

Outros estudos não encontraram relação entre medo do parto e impacto neonatal, sendo que Hall *et al.* (2012) investigaram prematuridade, baixo peso ao nascer e internação em UTI, Laursen, Johansen e Hedegaarda (2009) sofrimento fetal e O'Connell *et al.* (2019) peso ao nascer, percentil do peso ao nascer e idade gestacional ao nascimento. Um estudo encontrou associação entre ansiedade durante a gravidez e índices de Apgar mais baixos em 1° e 5° minutos (Andersson *et al.*, 2004). Já em outros, o medo do parto não influenciou a ocorrência de asfixia (Heimstad *et al.*, 2006) ou sofrimento fetal (Handelzalts *et al.*, 2015). Instabilidade de humor, depressão e ansiedade não foram relacionadas a resultados neonatais adversos. (Räisänen *et al.*, 2014; Li *et al.*, 2021).

Embora 13,2% das participantes apresentassem medo do parto muito intenso, houve referência a diversas situações específicas de medo em todas as mulheres entrevistadas.

O medo da dor do parto está fortemente associado ao medo da dor em geral, independentemente da paridade, e é um dos motivos mais comuns na solicitação de cesárea (Demsar *et al.*, 2017). O medo interfere no funcionamento cognitivo e aumenta a reatividade psicofisiológica e gestantes com medo reagem mais fortemente a possíveis sinais ameaçadores e os avaliam como perigosos. Também influencia a forma como as pessoas reagem às informações fornecidas e como avaliam a dor vivenciada e suas consequências (Saisto; Halmesmäki, 2003).

A dor influencia o comportamento da gestante a partir do medo e se torna a gênese de outros sentimentos aversivos e preocupações que envolvem o evento da parturição. O parto, diferentemente da gravidez, em que um longo período favorece a adaptação gradativa às mudanças, caracteriza-se como evento que provoca mudanças abruptas e intensas, as quais demarcam alguns níveis de simbolização como a intensidade da dor e a imprevisibilidade, causando sofrimento, ansiedade e insegurança (Pereira; Franco; Baldin, 2011).

A paridade também influencia o conteúdo do medo: as mulheres nulíparas temem o desconhecido, a dor e a perda de controle, já nas múltíparas o medo surge de experiências anteriores traumáticas (Saisto; Ylikorkala; Halmesmäki, 1999, Sjögren, 1997). Em outro estudo, entre as participantes primíparas predominou o

medo da cesárea e de outras intervenções médicas, e para as participantes multíparas, no entanto, surgiu o medo de prejudicar o bebê e o medo da dor durante o parto vaginal. (Fairbrother *et al.*, 2022).

Um estudo descritivo, que incluiu entrevistas com 11 mulheres primíparas, realizadas em uma casa de parto e uma maternidade no Japão em 2013, realizou uma exploração quantitativa do medo do parto. Como resultado, sete categorias emergiram da análise: (1) risco materno-infantil, (2) dor, (3) perda de controle, (4) incerteza (o medo da incerteza refere-se à preocupação das mulheres com fenômenos imprevisíveis, como o momento do início do trabalho de parto, duração do trabalho de parto e se dariam à luz por parto vaginal), (5) trabalho de parto prolongado, (6) pouco apoio familiar e (7) solidão antes da hospitalização (Takegata *et al.*, 2018). Para Sjögren (1997), os motivos mencionados para o medo do parto foram o medo da dor, das lesões do assoalho pélvico, de perder o bebê, de perder a própria vida, de perder o autocontrole e de ficar sem assistência durante o trabalho de parto. Outro estudo sugeriu que o maior medo era o de dar à luz uma criança com deficiência física ou com malformações congênitas (Areskog; Uddenberg; Kjessler, 1983).

Para Sheen e Slade (2018) em uma meta síntese que avaliou um total de 25 publicações sobre o conteúdo do medo do parto encontrou seis elementos-chave: medo do desconhecido, potencial para lesões, dor, capacidade de dar à luz, perda de controle e adequação do suporte da equipe assistencial, sendo que um único tema de ligação entre todos os elementos foi a imprevisibilidade do parto.

Em nosso estudo as participantes expressaram, significativamente, maior medo de entrar em pânico, de perder a compostura e medo de não ter controle da situação, podendo refletir a falta de confiança no parto e o fato de não conseguir dominar seu próprio comportamento (Roosevelt; Low, 2021, Iiska *et al.*, 2021).

O medo de sentir dor também foi significativo e um achado recorrente. Com base nos resultados, a catástrofe da dor pode ser relevante na compreensão do medo do parto (Rodung; Thomtén; Sundin, 2016). Para Saisto e Halmesmäki (2003), o medo da dor e o medo de possuir uma baixa tolerância à dor são as causas mais comuns de medo do parto, sendo um preditor da intensidade da dor percebida no parto (Huang *et al.*, 2024).

O medo da dor é um dos motivos mais comuns para solicitar uma cesárea e pode ser visto como um comportamento para evitar a dor (Saisto; Halmesmäk, 2003; Klabbers *et al.*, 2016). Entre mulheres com preferência pela cesárea, as percepções

negativas sobre o parto vaginal, relacionadas principalmente ao medo da dor do parto, ao receio de não conseguir ter um parto normal, críticas à forma desumana como o parto é conduzido e medo de não conseguir atendimento, são aspectos citados para justificar a preferência pela cesárea (Domingues *et al.*, 2014).

O medo de ter um parto prolongado e medo de não saber quanto tempo vai durar o trabalho de parto também foram significantes, o que pode ser explicado pela percepção de imprevisibilidade e incontrolabilidade futura. Para O'Donovan e O'Donovan (2018) uma das principais razões pelas quais as mulheres preferem cesárea eletiva foi o medo do parto devido a combinação de medo da dor, imprevisibilidade e perda de dignidade.

Houve significância com relação ao medo do parto e medo do filho sofrer e de não ter garantia de ter um parto normal assim como Elgzar *et al.* (2023) em um estudo com 325 nulíparas na Arábia Saudita e Melender (2002) em um estudo com 329 gestantes finlandesas, que encontraram associação entre medo do parto e medo da incapacidade de parir ou de machucar ou causar sofrimento ao bebê. O medo de serem incapaz de dar à luz também pode estar relacionado à falta de confiança na equipe obstétrica, medo de sua própria incompetência e da perda de controle (Ilska *et al.*, 2021).

O medo de morrer durante o parto foi significativo, como no estudo de Ali, Seif e Kibusi (2022) onde o medo da morte foi o tipo de medo mais comum experimentado durante a gravidez, parto e pós-parto, fato também citado por Ryding (1993) e Ilska *et al.* (2021).

Medo de ser mal atendida pela equipe obstétrica também foi significativa, como em um estudo com 100 mulheres suecas com medo do parto, onde 73% relataram que o motivo mais comum para o medo foi falta de confiança da equipe obstétrica (Sjögren, 1997). Já no estudo de Roosevelt e Low (2021), as queixas relacionavam-se aos provedores de assistência médica que podem piorar os medos e aumentar a ansiedade durante o processo do parto.

Encontramos relação significativa em relação ao medo de intervenções médicas, assim como em um recente estudo brasileiro com 25 gestantes de alto risco que avaliou os sentimentos das pacientes em relação ao parto. A maioria das mulheres relatou medo associado aos cuidados obstétricos e intervenções médicas durante o trabalho de parto e o parto (Almeida *et al.*, 2023).

As participantes relataram medo de laceração perineal e de que a vida sexual fosse afetada negativamente após o parto, corroborando os estudos de Ryding (1993) e de Sjögren (1997), onde as gestantes relataram medo de lesões do trato genital, e o estudo de Serçekus e Okumus (2009) que demonstrou que as mulheres turcas tinham medo de lesões perineais por receio de afetar suas funções sexuais no futuro.

Em um estudo japonês com 11 primigestas, que explorou as dimensões qualitativas do medo do parto, mas não estudou o nível do medo nas participantes, encontrou o relato de duas participantes com medo de que acontecesse alguma situação anormal durante o trabalho de parto e uma participante com medo de que o acompanhante se comportasse mal (Takegata *et al.*, 2018), assim como os achados do nosso estudo onde o medo de não perceber alguma situação anormal durante o trabalho de parto ($p=0,002$) e o medo do acompanhante se comportar mal ($p=0,023$) foram significantes.

Já em relação aos achados significantes de medo de ser vista pelo marido/acompanhante em situação de pânico e medo de parto ocorrer antes de chegar ao hospital em participantes com medo elevado do parto, não encontramos literatura pertinente, de modo que esses achados são inéditos.

Os itens medo de ter hemorragia, medo de precisar realizar cesárea de emergência, medo de ter parto prematuro, medo de que o marido/acompanhante não possa acompanhar o trabalho de parto, medo do rompimento da bolsa amniótica antes da hospitalização e medo de ser internada antes do início do trabalho de parto não tiveram significância em relação ao medo do parto muito elevado, ou seja, a paciente aparentemente tem menos medo de situações que podem ser contornadas pela equipe assistencial.

Este estudo fornece evidências convincentes da alta prevalência de medo do parto muito elevado entre mulheres grávidas em um serviço terciário de uma maternidade do sul do Brasil. Apesar de não influenciar o desfecho do parto e do recém-nascido, as descobertas ressaltam a necessidade de triagem sistemática, intervenções direcionadas e individualizadas e treinamento da equipe multidisciplinar que atende estas gestantes para apoiar a saúde mental feminina e promover o bem-estar do binômio materno.

5.1 LIMITAÇÕES

Este estudo apresenta limitações. O perfil de participantes investigadas foi de mulheres atendidas na maternidade do CHC, constituído em sua maioria por gestantes de alto risco, existindo dificuldades para captar participantes de risco habitual. Além disso, a maternidade atende exclusivamente gestantes provenientes do Sistema Único de Saúde, que provavelmente possuem um perfil socioeconômico diferente de gestantes atendidas pelo setor de saúde privado, o que pode interferir na generalização da amostragem.

O Brasil, sendo um país de dimensões continentais, apresenta grande diversidade sociocultural, e o presente estudo, realizado em uma maternidade do sul do país pode não ser representativo de todas as gestantes brasileiras, justificando cautela na generalização dos achados para a população em geral. Portanto, no futuro justifica-se trabalhos com amostras maiores com gestantes de diferentes regiões do país.

O medo do parto foi avaliado pela aplicação do W-DEQ(A) no terceiro trimestre de gestação, período onde se observa aumento dos sintomas ansiosos por estar mais próximo do parto, e sua aplicação em outros períodos da gestação poderia encontrar resultados diferentes, assim como a sua aplicação em mais de um momento da gestação. O fato deste questionário ser muito extenso pode ter dificultado o seu preenchimento e ser o motivo de tantas exclusões de participantes. Este mesmo motivo pode limitar sua aceitação fora dos ambientes acadêmicos.

A coleta de dados ocorreu durante a vigência da Lei N °20.127 do Estado do Paraná que dispunha sobre o direito de a mulher optar por cesárea sem indicação médica. A ocorrência de grande número de cesáreas a pedido materno pode ter influenciado os resultados do presente estudo.

5.2 PERSPECTIVAS

Segundo Dai *et al.* (2020), o volume de publicações sobre medo do parto aumentou quase 30 vezes nas duas últimas décadas, sendo a Suécia o país que apresenta o maior número de publicações. Este aumento no interesse neste tópico indica uma maior consciência social sobre a saúde mental no período

gestacional/puerperal. Porém os estudos ainda não apontam como eficientemente diagnosticar e reduzir o medo do parto.

O primeiro passo no gerenciamento do medo do parto é determinar sua prevalência e fatores de risco associados em diferentes culturas, pois o medo do parto é influenciado por culturas e crenças. A identificação das mulheres com medo do parto deveria ser prática comum, uma vez que estas precisam de acompanhamento especializado para superá-lo e para tal, a conscientização da equipe de saúde é essencial para uma abordagem multidisciplinar com o objetivo de criar um ambiente preventivo e de apoio (Demsar *et al.*, 2017).

Para Haines *et al.* (2011), protocolos de triagem apropriados devem ser implementados para identificar precocemente as gestantes com altos níveis de medo do parto para que recebam aconselhamento e sofram intervenções para evitar impactos negativos de curto e longo prazo sobre a saúde mental e bem-estar do binômio mãe-filho.

Estudos ainda são necessários no que concerne seu rastreamento e diagnóstico. Integrar intervenções e serviços direcionados ao medo do parto no serviço de saúde perinatal pode prevenir desfechos que coloquem em risco a saúde física e mental da mãe e, conseqüentemente, de seu bebê.

6 CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou a prevalência de medo de parto muito elevado em nossas participantes de 13,2%, em consonância com a prevalência mundial. O medo do parto foi mais prevalente em gestantes com experiências negativas em partos anteriores, em gestantes com sintomas ansiosos, com histórico de violência sexual e/ou física e com gravidez não planejada, demonstrando que são grupos vulneráveis e que devem receber maior suporte.

Porém, o medo do parto não interferiu no desfecho do parto em relação à via de parto, idade gestacional no momento do parto, duração do trabalho de parto ativo, distocias, instrumentalização do parto, indução do parto, Apgar, peso do RN ao nascer, percentil do peso ao nascer, encaminhamento do RN à UTI Neonatal, ocorrência de óbito fetal e óbito neonatal.

Além disso, as participantes com medo do parto muito elevado tiveram mais medo de entrar em pânico, medo de não saber quanto tempo vai durar o trabalho de parto, medo de ter um trabalho de parto muito longo, medo de não ter controle da situação e medo de sentir dor no parto.

REFERÊNCIAS

- ABEBE, M.; TEBEJE T. M.; YIMER, N.; SIMON, T.; BELETE A.; MELAKU, G.; HARERU, H. E. Fear of childbirth and its associated factors among pregnant women in East Africa: Systematic review and meta-analysis. **Midwifery**, v. 139, 104191. DOI: 10.1016/j.midw.2024.104191. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39342908/>. Acesso em 30 out 2024.
- ADAMS, S.; EBERHARD-GRAN, M.; ESKILD, A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 119, n. 10, p. 1238–1246, 27 jun. 2012. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22734617/>. Acesso em 25 mai. 2024
- AGRESTI, A. **An introduction to categorical data analysis**. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., p. 21-55, 2007.
- AGUILERA-MARTIN, A; GÁLVEZ-LARA, M; BLANCO-RUIZ, M; GARCÍA-TORRES, F. Psychological, educational, and alternative interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: A systematic review. **Journal of Clinical Psychology**. v.77, n. 3, p. 525-555, 2020. DOI. 10.1002/jclp.23071. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17437220/>. Acesso em 25 mai. 2024
- ALDER, J.; FINK, N.; BITZER, J.; HÖSLI, I.; HOLZGREVE, W. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 20, n. 3, p. 189–209, Jan. 2007. DOI: 10.1080/14767050701209560. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17437220/>. Acesso em 25 mai. 2024.
- ALDER, J; BREITINGER, G; GRANADO, C; FORNARO, I; BITZER, J; HOSLI, I; URECH, C. Antenatal Psychobiological Predictors of Psychological Response to Childbirth. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v. 17, n.16, p. 417-425, 2011. DOI. 10.1177/1078390311426454. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22142978/> Acesso em: 25 abr. 2024.
- ALEMU, C.; WUDU, H.; LAKEW, S. Fear of childbirth and its associated factors among pregnant women in Dejen Woreda, East Gojjam Zone, Northwest Ethiopia: a community-based cross-sectional study. **Sci Rep**. v.14, n. 1, p: 9319, 2024. DOI: 10.1038/s41598-024-58855-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38654045/>, Acesso em 10 out. 2024.
- ALI, H., M.; SEIF, S. A.; M. KIBUSI, S. The Influence of Fear During Pregnancy, Labour and Delivery on Birth Outcome Among Post-Delivery Women: A Case Control Study in Zanzibar. **East African Health Research Journal**, v. 6, n. 2, p. 147–154, 15 dez. 2022. DOI: 10.24248/eahrj.v6i2.693. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36751688/>. Acesso em 25 mai. 2024
- ALIPOUR, Z.; LAMYIAN, M.; HAJIZADEH, E.; VAFAEI, M. A. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. **Iranian journal of nursing and midwifery research**, v. 16, p. 169–173, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22224102/>. Acesso em: 2 mar. 2022.
- ALMEIDA, J. S.; ALVES, E.M.; SODRÉ, T.M.; PINTO, K. R. T. F.; MEDEIROS, F. F.; BERNARDY, C.C. F. Feelings about birth by a group of high-risk pregnant women. **Rev Bras Enferm**. v. 76, n. 6, p: e20230059. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0059>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JN3WDqXTRYFPFPTJT3RVkKR/>. Acesso em 10 out. 2024.
- ALMEIDA, M S; NUNES, M A; CAMEY, S; PINHEIRO, A P; SCHMIDT, M I. et al. *et al.* Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 385-394, 2012. DOI 10.1590/S0102-311X2012000200017. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/5056>>. Acesso em: 30 mar. 2024.

ALMEIDA, M. S.; NUNES, M.A.; CAMEY, S.; PINHEIRO, A.P.; SCHMIDT, M.I. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 385–394, fev. 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000200017 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5CWXVpPZXdYWYy3rcxXGsn/?lang=pt#ModalTutors>. Acesso em 25 mai. 2024

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-V**, p. 197, 2013.

ANDERSSON, L.; SUNDSTRÖM-POROMAA, I.; WULFF, M.; ASTRÖM, M.; BIXO, M. Neonatal Outcome following Maternal Antenatal Depression and Anxiety: A Population-based Study. **American Journal of Epidemiology**, v. 159, n. 9, p. 872–881, 1 may 2004. DOI: 10.1093/aje/kwh122. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15105180/>. Acesso em 25 mai. 2024

ANDERSSON, L.; SUNDSTRÖM-POROMAA, I.; BIXO, M.; WULFF, M.; BONDESTAM, K.; ASTRÖM, M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. **Am. J. Obstet Gynecol.** v. 189, n. 1, p. 148-154, 2003. DOI: 10.1067/mob.2003.336. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12861154/> . Acesso em 21 mai. 2021.

APGAR, V. A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant. **Anesthesia & Analgesia**, v. 120, n. 5, p. 1056–1059, 1953. DOI: 10.1213/ANE.0b013e31829bdc5c. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25899272/>. Acesso em 25 mai. 2024

ARESKOG, B.; KJESSLER, B.; UDDENBERG, N. Identification of women with significant fear of childbirth. **Gynecol. Obstet. Invest.** V. 13, p.98-107, 1982. DOI: 10.1159/000299490. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7056508/>. Acesso em 26 abr. 2024.

ARESKOG, B.; UDDENBERG, N.; KJESSLER, B. Background factors in pregnant women with and without fear of childbirth. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 2, n. 2, p. 102–108, jan. 1983. DOI: 10.3109/01674828309081267. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01674828309081267>. Acesso em 25 mai. 2024.

ARESKOG, B.; UDDENBERG, N.; KJESSLER, B. Fear of Childbirth in Late Pregnancy. **Gynecol. Obstet. Invest.** V. 12, p. 262-266, 1981. DOI: 10.1159/000299611. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7262639/>. Acesso em 20 abr. 2022.

ASSIMAMAW, N. T.; GONETE, A. T.; ANGAW, D. A.; TECHANE, M. A.; KELKAY, M. M.; TEREFE, B. Ethiopian women's tokophobia of childbirth and its predictors: a systematic review and meta-analysis. **Front. Glob. Womens Health**. v. 5, p: 1334103, 2024. DOI: 10.3389/fgwh.2024.1334103. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39156006/>. Acesso em 10 out. 2024.

AYERS S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. **Midwifery**. v. 30, n.2, p:145-148, 2014. DOI: 10.1016/j.midw.2013.12.001.

BAKER, S; CHOI, P Y L; HENSHAW, C.A; TREE, J. I felt as though I'd been in jail': women's experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum. **Feminism Psychology**, v. 15, n. 3, p. 315-342, 2015. DOI: 10.1177/0959-353505054718. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0959-353505054718>. Acesso em 15 set 2023.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986. p. 391.

BARLOW, D. H. **Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic**. 2. ed. [S.l.]: Guilford Press, 2004.

BAYRAMPOUR, H.; ALI, E.; MCNEIL, D.A.; BENZIES, K.; MACQUEEN, G.; TOUGH, S. Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 55, p. 115–130, mar. 2016. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26626973/>. Acesso em 25 mai, 2024

- BECK, A.; EPSTEIN, N.; BROWN, G.; STEER, R. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1998. DOI. 10.1037//0022-006x.56.6.893. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3204199/>. Acesso em: 3 abr. 2021.
- BILGIÇ, G.; ÇITAK BILGIN, N. Relationship Between Fear of Childbirth and Psychological and Spiritual Well-Being in Pregnant Women. **Journal of Religion and Health**. v. 60, n. 1, p: 295-310, 2021. DOI: 10.1007/s10943-020-01087-4. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32949330/>. Acesso em 05 nov 2024.
- BOER, I. D.; HENDRIX, Y. M. G. A.; KNOOP, H.; VAN PAMPUS, M. G. Identifying women with fear of childbirth with the Dutch Fear of Birth Scale and its added value for consultations. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 43, n. 4, p. 419-425, 2022. DOI: 10.1080/0167482X.2021.2013797. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34907846/>. Acesso em: 14 mai. 2024.
- BOZ, I; MEHTAP A; DUMAN, F. A feasibility study of a psychoeducation intervention based on Human Caring Theory in nulliparous women with fear of childbirth. **J Psychosom. Obstet. Gynaecol.**, v 42, n 4, p. 300-312, 2021 DOI.10.1080/0167482X.2020.1752173. Disponível em <https://www.tandfonline.ez22.periodicos.capes.gov.br/10.1080/0167482X.2020.1752173>. Acesso em 25 mai. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 306 de 28 de março de 2016. Aprova as diretrizes de atenção à gestante: operação cesariana. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf. Acesso em 20 abr. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC. Disponível em: <https://svs.aims.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em 01 jun. 2024.
- BROWN, R. C. H.; MULLIGAN, A. 'Maternal request' caesarean sections and medical necessity. **Clinical Ethics**, v. 18, n. 3, p. 312-320, 2023. DOI: 10.1177/14777509231183365. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/14777509231183365>. Acesso em: 13 mai 2024.
- BRUNTON, R.; DRYER, R. Child Sexual Abuse and Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. **Child Abuse & Neglect**, v. 111, p. 104802, nov. 2020. DOI: 10.1016/j.chiabu.2020.104802. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33218712/>. Acesso em 25 mai. 2024.
- CALDERANI, E; GIARDINELLI, L; SCANNERINI, S; ARCABASSO, S; COMPAGNO, E; PETRAGLIA, F; RICCA, V. Tocophobia in the DSM-5 era: Outcomes of a newcut-off analysis of the Wijma Delivery expectancy/experience questionnaire based on clinical presenttion. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 116, p. 37-43, 2019. DOI. 10.1016/j.jpsychores.2018.11.012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30654992>. Acesso em 17 mai. 2021.
- ÇANKAYA, S; ŞİMŞEK, B. Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study. **Clinical Nursing Research**. V. 30, n. 6, p. 818-829, 2021. DOI. 10.1177/1054773820916984. Disponível em:
- CHEN, C.; HUSSEIN, S. Z. B.; NASRI, N. W. M.; YAO, J.; QIN, Y.; ZHAO, Z.; ZUO, K. Fear of childbirth among pregnant women: A concept analysis. **J Adv Nurs**. v. 80, n. 11, p: 4476-4487. DOI: 10.1111/jan.16218. DOI 10.1111/jan.16218. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38738562/>. Acesso 10 out. 2024.
- CLASS, Q. A.; LICHTENSTEIN, P.; LANGSTRÖM, N.; D'ONOFRIO, B. M. Timing of prenatal maternal exposure to severe life events and adverse pregnancy outcomes: a population study of 2.6 million

pregnancies. **Psychosomatic Medicine**, v. 73, n. 3, p. 234-241, 2011. DOI: 10.1097/PSY.0b013e31820a62ce. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21321257/>>. Acesso em 12 mai. 2024.

COSTA NETO, P. L. O. **Estatística**. 2. ed. São Paulo: Blücher, p. 5-32, 177-221, 2002.

COX, J. L; HOLDEN, J. M; SAGOVSKY, R. Detection of Postnatal Depression: Development of 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **British Journal of Psychiatry**, v. 150, n. 6, p. 782- 786, 1987. DOI. 10.1192/bjp.150.6.782. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3651732/>. Acesso em mar. 2022.

CRAMOND, WILLIAMA. PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF UTERINE DYSFUNCTION. **The Lancet**, v. 264, n. 6851, p. 1241–1245, dez. 1954. DOI: 10.1016/s0140-6736(54)92044-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13213170/>. Acesso em 25 mai. 2024

CUNEN, N.B.; MCNEILL, J.; MURRAY, K. A systematic review of midwife-led interventions to address postpartum post-traumatic stress. **Midwifery**, v. 30, n. 2, p. 170–184, fev. 2014. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24238899/>. Acesso em 25 mai. 2024

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo, p. 5-6, 2001. ISBN 8573961570.

D'SOUZA, R. Caesarean section on maternal request for non-medical reasons: putting the UK National Institute of Health and Clinical Excellence guidelines in perspective. **Best practice & research: Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 27, n.2, p. 165-177, 2013. DOI 10.1016/j.bpobgyn.2012.09.006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23116717/>. Acesso em: 30 mar. 2024.

DA SILVA, V.A.; MORAES-SANTOS, A. R.; CARVALHO, M. S.; MARTINS, M. L. P.; TEIXEIRA, N. A. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 31, n. 6, p. 799-804, 1998. DOI 10.1590/S0100- 879X1998000600012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjmb/a/JDNkBpsyRxKWB4m93zzJzpk/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 1 abr. 2022.

DAI, L; ZHANG, N; RONG, L; OUYANG, Y. Worldwide research on fear of childbirth: A bibliometric analysis. **Plos ONE**, v. 15, n. 17, 2020: e0236567. DOI. 10.1371/journal.pone.0236567. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0236567>. Acesso em 25 jun. 2021.

DAL MORO, A. P. M.; SOECKI, G.; FRAGA, F. S.; PETTERLE, R. R.; RÜCKL, S. Z. Fear of childbirth: prevalence and associated factors in pregnant women of a maternity hospital in southern Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 1, 2 set. 2023. DOI: 10.1186/s12884-023-05948-0. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05948-0>. Acesso em 14 mai 2024.

DE CASTRO, M. A. Validação da Versão Brasileira da THE WIJMA DELIVERY EXPECTANCY/ EXPERIENCE QUESTIONNAIRE (W-DEQ) VERSION A (em elaboração).

DEMSAR, K; SVETINA, M; VERDENIK, I; TUL, N; BLICKSTEIN, I; VELIKONJA, V G. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. **Journal of Perinatal Medicine**, v. 46, n. 2, p. 151-154, 2018. DOI. 10.1515/jpm-2016-0282. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28379837>. Acesso em 25 mai. 2024.

DENCKER A.; NILSSON C.; BEGLEY C.; JANGSTEN E.; MOLLBERG M.; PATEL H.; WIGERT H.; HESSMAN E., SJÖBLOM H.; SPARUD-LUNDIN C. Causes and Outcomes in Studies of Fear of Childbirth: A Systematic Review. **Women Birth**. v.32, n. 2, p: 99-111, 2024. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30115515/>. Acesso em 30 out 2024.

- DENCKER, A.; NILSSON, C.; BEGLEY, C.; JANGSTEN, E.; MOLLBERG, M.; PATEL, H.; WIGERT, H.; HESSMAN, E.; SJÖBLOM, H.; SPARUD-LUNDIN, C. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. **Women and Birth**, v. 32, n. 2, p. 99–111, abr. 2019. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.07.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30115515/>. Acesso em 25 mai. 2024.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J.A.; D'ORSI, E.; PEREIRA, A.P.E.; SCHILITZ, A.O.C.; LEAL, M.C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S101–S116, ago. 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00105113 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BdmBs37cdNjNLzstXTQngsj/>. Acesso em 25 mai, 2024.
- DRUMMOND, J; RICKWOOD, D. Childbirth confidence: validating the Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) in an Australian sample. **J Adv Nurs**. v. 26, n: 3, p: 613–622, 1997. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1997.t01-24-00999.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9378885/>. Acesso em 15 set 2023.
- DURSUN, P.; YANIK, F. B.; ZEYNELOGLU, H. B.; BASER, E.; KUSCU, E.; AYHAN, A. Why women request cesarean section without medical indication? **Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 24, n. 9, p. 1133-1137, 2011. DOI: 10.3109/14767058.2010.531327. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21668323/>>. Acesso em 14 mai. 2024.
- EIDE, K. T.; MORKEN, N.; BAERÆE, K. Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 102, p. 1-10, 2019. DOI 10.1186/s12884-019-2250-6. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2250-6>. Acesso em: 10 set. 2021.
- ELGZAR, W. T.; ALSHAHRANI, M. S.; IBRAHIM, H. A. Mode of delivery preferences: the role of childbirth fear among nulliparous women. **Front Psychol**. v. 16, n. 14, p:1221133. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1221133. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38034315/>. Acesso em 8 out. 2024.
- ELMIR, R.; SCHMIED, V.; WILKES, L.; JACKSON, D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 10, p. 2142–2153, 16 jul. 2010. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20636467/>. Acesso em 25 mai. 2024
- ELSHARKAWY N. B.; ALRUWAILI M. M.; MOHAMED ELSAYED RAMADAN O.; ALRUWAILI A. N.; OUDA M. M. A.; ORABY F. A.; MANSY A. M. A.; ABDELAZIZ E.M. Prevalence and determinants of fear of childbirth among pregnant women in Egypt: A cross-sectional study. **Midwifery**, v. 136, p. 104088–104088, 2024. DOI: 10.1016/j.midw.2024.104088. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38968683/>. Acesso em 05 nov 2024.
- ELVANDER, C.; CNATTINGIUS, S.; KJERULFF, K. H. Birth Experience in Women with Low, Intermediate or High Levels of Fear: Findings from the First Baby Study. **Birth**, v. 40, n. 4, p. 289–296, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24344710/>. Acesso 30 out 2024.
- ERICKSON, N. L.; GARTSTEIN, M. A.; DOTSON, J. A. W. Review of Prenatal Maternal Mental Health and the Development of Infant Temperament. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 46, n. 4, p. 588–600, jul. 2017. DOI: 10.1016/j.jogn.2017.03.008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28571833/>. Acesso em 24 mai. 2024
- EVANS, J H; FRANCOMB, S O; GOLDING, J. Cohort study of dressed mood during pregnancy and after childbirth. **BMJ**. v. 323, n. 7307, p. 257-260, 2001. DOI. 10.1136/bmj.323.7307.257. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11485953/>. Acesso em 29 set. 2021.
- FAIRBROTHER, N.; ALBERT, A.; COLLARDEAU, F.; KEENEY, C. The Childbirth Fear Questionnaire and the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire as Screening Tools for Specific Phobia, Fear of Childbirth. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.

19, n. 8, p. 4647, 12 abr. 2022. DOI: 10.3390/ijerph19084647. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35457513/>. Acesso em 14 mai 2024.

FELDMAN, R.; GRANAT, A.; PARIENTE, C.; KANETY, H.; KUINT, J.; GILBOA-SCHECHTMAN, E. Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 48, n. 9, p. 919–927, set. 2009. DOI: 10.1097/CHI.0b013e3181b21651. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19625979/>. Acesso em 25 mai. 2024

FENWICK, J.; GAMBLE, J.; NATHAN, E.; BAYES, S.; HAUCK, Y. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. **Journal of Clinical Nursing**, v. 18, n. 5, p. 667-677, 2009. 10.1111/j.1365-2702.2008.02568.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02568.x>. Acesso em: 12 mai. 2024.

FINNBOGADÓTTIR, H. R.; HENRIKSEN, L.; HEGAARD, H.K.; HALLDÓRSDÓTTIR, S.; PAAVILAINEN, E.; LUKASSE, M.; BROBERG, L. The Consequences of A History of Violence on Women's Pregnancy and Childbirth in the Nordic Countries: A Scoping Review. **Trauma Violence Abuse**. v. 25, n. 5, p: 3555-3570. DOI: 10.1177/15248380241253044. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/15248380241253044>. Acesso em 10 out. 2024.

FLUGENES, D.; AAS, E.; BOTTEN, G.; ØIAN, P.; KRISTIANSEN, I S. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 205, n. 1, p. 41-49, 2011. DOI 10.1016/j.ajog.2011.03.043. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21620366/>. Acesso em: 31 mai. 2024.

FRASER, D.M. 'Women's Perceptions of Midwifery Care: A Longitudinal Study to Shape Curriculum Development,' **Birth**. v.26, p. 99–107, 1999. DOI: 10.1046/j.1523-536x.1999.00099.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1523-536x.1999.00099.x>. Acesso em 22 set. 2023.

GAO, L.; LIU, X. J.; FU, B. L.; XIE, W. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. **Midwifery**, v. 31, n. 9, p. 865–870, set. 2015. DOI: 10.1016/j.midw.2015.05.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26051983/>. Acesso em 14 mai 2024.

GARTHUS-NIEGEL, S.; SOEST, T.V.; KNOPH, C.; SIMONSEN, T.B.; TORGERSEN, L.; EBERHARD-GRAN, M. The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 1, 5 jun. 2014. DOI: 10.1186/1471-2393-14-191. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24898436/>. Acesso em 25 mai. 2024

GHOLAMI, A.; SALARILAK, S. Why do some pregnant women prefer cesarean delivery in first pregnancy? **Iranian Journal of Reproductive Medicine**, v. 11, n. 4., p. 301-308, 2013. PMID: 24639760. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24639760/>. Acesso em: 30 mar. 2024

GOUROUNTI, K.; KOUKLAKI, E.; LYKERIDOU, K. Validation of the Childbirth Attitudes Questionnaire in Greek and psychosocial characteristics of pregnant women with fear of childbirth. **Women and Birth**, v. 28, n. 3, p. 44-51, 2015. DOI: 10.1016/j.wombi.2015.02.004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.02.004>. Acesso em: 13 mai. 2024.

GROOME, L. J.; SWIBER, M.J.; BENTZ, L.S.; HOLLAND, S.B.; ATTERBURY, J.L. Maternal anxiety during pregnancy: effect on fetal behavior at 38 to 40 weeks of gestation. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*: **JDBP**, v. 16, n. 6, p. 391–396, 1 dez. 1995. PMID: 8746547. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8746547/>. Acesso em 25 mai. 2024

GUISE, J.-M.; DENMAN, M. A.; EMEIS, C.; MARSHALL, N.; WALKER, M.; FU, R.; JANIL, R.; NYGREN, P.; EDEN, K. B.; MCDONAGH, M. Vaginal birth after cesarean, new insights on maternal and neonatal outcomes. **Obstetrics & Gynecology**, v. 115, n. 6, p. 1267-1278, 2010. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181df925f. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20502300/>>. Acesso em 13 mai. 2024.

GUNN, J.; LUMLEY, J.; CHONDROS, P.; YOUNG, D. Does an early postnatal check-up improve maternal health: results from a randomised trial in Australian general practice. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 105, n. 9, p. 991-997, 1998. DOI: 10.1111/j.1471-0528.1998.tb10263.x. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9763051/>>. Acesso em: 12 mai. 2024.

HAAPIO, S; KAUNONEM, M; ASFFMAN, M; ASTEDT-KURKI, P. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. **Scand J Caring Sci**. V. 31, n. 2, p. 293-301, 2016. DOI. 10.1111/scs.12346. Disponível em: <https://doi-org.ez22.periodicos.capes.gov.br/10.1111/scs.12346>. Acesso em 20 jun. 2022.

HADFIELD, K.; AKYIREM, S.; SARTORI, L.; ABDUL-LATIF, L. M.; AKAATEBA, D.; BAYRAMPOUR, H.; DALY, A.; HADFIELD, K.; ABOTISEM ABIIRO, G. Measurement of pregnancy-related anxiety worldwide: a systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, n. 1, 15 abr. 2022. DOI: 10.1186/s12884-022-04661-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35428199/>. Acesso em 14 mai 2024.

HAINES, H. M.; PALLANT, J. F.; FENWICK, J.; GAMBLE, J.; CREEDY, D. K.; TOO HILL, J.; HILDINGSSON, I. Identifying women who are afraid of giving birth: A comparison of the fear of birth scale with the WDEQ-A in a large Australian cohort. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 6, n. 4, p. 204-210, 2015. DOI: 10.1016/j.srhc.2015.05.002. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.05.002>. Acesso em: 13 mai. 2024.

HAINES, H; PALLANT, J; KARLSTRÖM, A; HILDINGSSON, I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. **Midwifery**, v. 27, n. 4, p. 560-567, 2011. DOI. 10.1016/j.midw.2010.05.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20598787/>. Acesso em 05 jun. 2021.

HALE, R.; HARER, W. Elective prophylactic cesarean delivery. **ACOG Clinical Review Editorial**, v. 10, p. 15-6, 2005.

HALL, W. A.; STOLL, K.; HUTTON, E. K.; BROWN, H. A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 12, n. 1, 3 ago. 2012. DOI: 10.1016/S0029-7844(01)01552-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22862846/>. Acesso em 14 mai. 2024.

HANDELZALTS, J. E.; BECKER, G.; AHREN, M.P.; LURIE, S.; RAZ, N.; TAMIR, Z.; SADAN, O. Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 291, n. 5, p. 1055–1062, 13 nov. 2014. DOI: 10.1007/s00404-014-3532-x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25391637/>. Acesso em 25 mai. 2024

HEIMSTAD, R.; DAHLOE, R.; LAACHE, I.; SKOGVOLL, E.; SCHEI, B. Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 85, n. 4, p. 435–440, jan. 2006. DOI: 10.1080/00016340500432507. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16612705/>. Acesso em 14 mai 2024.

HENRIKSEN L.; SCHEI B.; LUKASSE M. Lifetime sexual violence and childbirth expectations - A Norwegian population based cohort study. **Midwifery**. v. 36:14-20. doi: 10.1016/j.midw.2016.02.018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27106939/>. Acesso em 10 out. 2016.

HILDINGSSON, I.; RÅDESTAD, I.; RUBERTSSON, C.; WALDENSTRÖM, U. Few women wish to be delivered by caesarean section. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 109, n. 6, p. 618–623, jun. 2002. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2002.01393.x. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2002.01393.x>. Acesso em 25 mai. 2024

HILDINGSSON, I; RUBERTSSON, C.; KARLSTRÖM, A.; HAINES, H. Exploring the fear of birth scale in a mixed population of women of childbearing age – a Swedish pilot study. **Women and Birth**, v. 31,

n. 5, p. 407-413, 2018. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.12.005. Disponível em: <
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29249331/>>. Acesso em 14 mai. 2024.

HOFBERG K, BROCKINGTON I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. **Br J Psychiatry**, 176 (JAN):83–85, 2000. DOI: 10.1192/bjp.176.1.83. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10789333/>. Acesso em 22 set 2023.

HOFBERG, K.; WARD, M. R. Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric-psychiatric interface. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 47, n. 3, p. 527-534, 2004. DOI: 10.1097/01.grf.0000123527.62504.ca. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15326415/>. Acesso em: 12 mai. 2024.

HSU, K. H.; LIAO, P. J.; HWANG, C. J. Factor affecting Taiwanese women's choice of Cesarean section. **Social Science & Medicine**, v. 66, n. 1., p. 201-209, 2008. DOI 10.1016/j.socscimed.2007.07.030. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17869398/>. Acesso em: 30 mar. 2024.

HUANG, Y.; ZHONG, Y.; CHEN, Q.; ZHOU, J.; FU.; DENG, Y.; TU, X.; WU, Y. A comparison of childbirth self-efficacy, fear of childbirth, and labor pain intensity between primiparas and multiparas during the latent phase of labor: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 24, n. 1, p: 400. DOI: 10.1186/s12884-024-06571-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38822235/>. Acesso em 8 out. 2024.

HURTADO MURILLO, F; DONAT, M; ESCRIVÁ, P; POVEDA C. La Mujer ante la Experiencia del Parto y las Estrategias de Afrontamiento. **Revista Sexología y Sociedad**, v.15, n. 39, 2009. Disponível em:
<https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/368/418>. Acesso em: 17 mar. 2020.

IBRAHIM, H. A.; ALSHAHRANI, M. S.; AND WAFAA IBRAHIM ELGZAR, W. T. I. Determinants of Prenatal Childbirth Fear during the Third Trimester among Low-Risk Expectant Mothers: A Cross-Sectional Study. **Healthcare (Basel)**. v. 12, n. 2, p: 50, 2023. DOI: 10.3390/healthcare12010050. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38200956/>. Acesso em 10 out. 2024.

ILSKA, M.; BRANDT-SALMERI, A.; KOŁODZIEJ-ZALESKA, A.; BANAŚ. E.; GELNER, H.; CNOTA, W. Factors Associated With Fear Of Childbirth Among Polish Pregnant Women. **Sci Rep**. v. 11, n. 1, p: 4397, 2021. DOI: 10.1038/s41598-021-83915-5. Erratum in: **Sci Rep**. v. 11, n. 1, p: 5605. DOI: 10.1038/s41598-021-85445-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33623084/>. Acesso em 30/10/2024.

JENABI, E.; KHAZAEI, S.; BASHIRIAN, S.; AGHABABAEI, S.; MATINNIA, N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 33, n. 22, p. 3867-3872., 2020. DOI: 10.1080/14767058.2019.1587407. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30810436/>. Acesso em: 13 mai. 2024.

JESPERSEN, C; HEGAARD, H.K; SCHROLL, A.M; ROSTHØJ, S; KJÆRGAARD, H. Fear of childbirth and emergency caesarean section in low-risk nulliparous women: a prospective cohort study. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 35, n. 4, p. 109–115, 22 ago. 2014. DOI: 10.3109/0167482X.2014.952277. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25148362/>. Acesso em 25 mai. 2024.

JOHNSON, R.; SLADE, P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 109, n. 11, p. 1213–1221, nov. 2002. DOI: doi.org/10.1046/j.1471-0528.2002.01351.x. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1471-0528.2002.01351.x> Acesso em 25 mai. 2024.

JØLVING, L. R.; NIELSEN, L.; KESMODEL U. S.; NIELSEN R. G.; BECK-NIELSEN S.S.; NORGARD B. M. Prevalence of maternal chronic diseases during pregnancy - a nationwide population based study from 1989 to 2013. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 95, n. 11, p. 1295–

1304, 19 out. 2016. DOI: 10.1111/aogs.13007 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27560844/>. Acesso em 05nov 2024.

JOMEEN, J; MARTIN, C R; JONES, C; MARSHALL, C; AYERS, S; BURT, K; FRODSHAM, L; HORSCH, A; MIDWINTER, D; O'CONNELL, M; SHAKESPEARE, J; SHEEN, K; THOMSON, G. Tokophobia and fear of birth: a workshop consensus statement on current issues and recommendations for future research. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**. v. 39, n. 1, p. 1-14, 2021 DOI. 10.1080/02646838.2020.1843908. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1843908>. Acesso em 10 jun. 2022.

KARABULUT, Ö; COSKUNER P; DOGAN M; CEBECI M; DEMIRCI, N. Does antenatal education reduce fear of childbirth? **Int Nurs Rev**. v. 63, n. 1, p. 60-67, 2016. DOI. 10.1111/inr.12223. Disponível em: <https://www.onlinelibrary.wiley.ez22.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/inr.12223>. Acesso em 06 jun. 2022.

KARLSTRÖM, A, RÅDESTAD, I, ERIKSSON, C, RUBERTSSON, C, NYSTEDT, A, HILDINGSSON, I. Cesarean section without medical reason, 1997 to 2006: a Swedish register study. **Birth**, v. 37, n. 1, p. 11-20, 2010. DOI 10.1111/j.1523-536X.2009.00373.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20402717/>. Acesso em: 10 set. 2023.

KARLSTRÖM, A; LINDGREN, H; HILDINGSSON, I. Maternal and infant outcome after caesarean section without recorded medical indication: findings from a Swedish case-control study. **BJOG**, vol. 120, n. 4, p. 479-86, 2013. DOI: 10.1111/1471-0528.12129. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23316937/>. Acesso em 08 abr. 2024.

KLABBERS, G. A.; VAN DEN HEUVEL, M. M. A.; VAN BAKEL, H. J. A.; VINGERHOETS, A. J. J. M. Severe fear of childbirth: Its features, assessment, prevalence, determinants, consequences and treatments. **Psychological Topics**, v. 25, n. 1, p. 107-127, 2016. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2016-21508-007>. Acesso em 25 mai. 2024

KOLÅS, T.; HOFLOSS, D.; DALTEIT, A. K.; NILSEN, S. T.; HENRIKSEN, T.; HÅGER, R.; INGERMARSSON, I.; OIAN, P. Indications for cesarean deliveries in Norway. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 188, n.4, p. 864-870, 2003. DOI: 10.1067/mob.2003.217. Disponível em: < [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(02\)71537-8/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(02)71537-8/abstract)>. Acesso em 13 mai. 2024

LARKIN, P; BEGLEY, C M; DEVANE D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. **Midwifery**. v. 25, n. 2. :p. 49–59, 2009. DOI: 10.1016/j.midw.2007.07.010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17996342/>. Acesso em 23 ago 2023.

LAURSEN, M.; JOHANSEN, C.; HEDEGAARD, M. Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 116, n. 10, p. 1350–1355, 17 jun. 2009. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02250.x. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.2009.02250.x>. Acesso em 25 mai. 2024

LEDERMAN, R. P.; LEDERMAN, E.; WORK JR, B.; MCCANN, D.S. Anxiety and epinephrine in multiparous women in labor: Relationship to duration of labor and fetal heart rate pattern. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 153, n. 8, p. 870–877, dez. 1985. DOI: 10.1016/0002-9378(85)90692-1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4073158/>. Acesso em 25 mai. 2024

LEENERS, B.; GÖRRES, G; BLOCK, E; HENGARTNER, M.P. Birth experiences in adult women with a history of childhood sexual abuse. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 83, p. 27–32, abr. 2016. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.02.006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27020073/>. Acesso em 25 mai. 2024

LEIFERMAN, J. The effect of maternal depressive symptomatology on maternal behaviors associated with child health. **Health Education & Behavior**, v. 29, n. 5, p. 596-607, 2002. DOI: 10.1177/109019802237. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019802237027>. Acesso em: 12 mai. 2024.

LEVY P.S; LEMESHO, S (1999). **Sampling of Populations Methods and Applications**. Wiley Series in Probability and Statistics, London, pp. 175 - 179.

LIAO, J. B.; BUHIMSCHI, C. S.; NORWITZ, E. R. Normal Labor: Mechanism and Duration. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 32, n. 2, p. 145–164, jun. 2005. DOI: 10.1016/j.ogc.2005.01.001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15899352/>. Acesso em 25 mai. 2024

LOBEL, M.; DUNKEL-SCHETTER, C.; SCRIMSHAW, S. C. Prenatal maternal stress and prematurity: A prospective study of socioeconomically disadvantaged women. **Health Psychology**, v. 11, n. 1, p. 32–40, 1 jan. 1992. DOI: 10.1037/0278-6133.11.1.32. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1559532/>. Acesso em 25 mai. 2024

LOOMANS, E. M.; DJIK, A. E. V.; VRIJKOTTE, T. G. M.; EIJSDEN, M. V.; STRONKS, K.; GEMKE, R. J. B. J.; VAN DEN BERGH, B. R. H. Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multi-ethnic community-based birth cohort. **European journal of public health**, v. 23, n. 3, p. 484-491, 2013. DOI: 10.1093/eurpub/cks097. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22850187/>>. Acesso em 12 mai. 2024.

LOWE, N. K. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**, v. 21, n. 3, p. 219–224, 2013. DOI: 10.3109/0167482X.2013.824418. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23952169/>>. Acesso em 12 mai. 2024.

LUKASSE, M.; VANGEN, S.; ØIAN, P.; KUMLE, M.; RYDING, E.L.; SCHEI, B.; BIDENS STUDY GROUP. Childhood Abuse and Fear of Childbirth-A Population-based Study. **Birth**, v. 37, n. 4, p. 267–274, 17 nov. 2010. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2010.00420.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21083717/>. Acesso em mai. 2024

LUKASSE, M.; VANGEN, S.; ØIAN, P.; SCHEI, B. Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: a longitudinal study. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 90, n. 1, p. 33–40, 26 nov. 2010. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2010.01024.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21275913/>. Acesso em 25 mai. 2024

LUKASSE, M; SCHEI, B; RYDING, E.L. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 5, n. 3, p. 99-106, 2014. DOI: 10.1016/j.srhc.2014.06.007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877575614000342?via%3Dihub>. Acesso em: 30 mar. 2022.

LUKASSE, M; SCHOROLL, A; RYDING, E. L; CAMPBELL, J; KARRO, H; KRISTJANSDDOTTIR, H; LAANPERE, M; STEINGRIMSDOTTIT, T; TABOR, A; TEMMERMAN, M; VAN PARYS, A; WANGEL, A; SCHEI, B. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 93, n. 7, p. 669-677, 2014. DOI: 10.1111/aogs.12392. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12392>. Acesso em 30 mar. 2022

MALDONADO, M. T. P. Aspectos Psicológicos da Gravidez do Parto e do Puerpério, em Maldonado M. T. P. – **Psicologia da Gravidez**, 16° Ed. Petrópolis, Vozes, p. 48-60, 2002.

MANDAR, O.; IDREES, M. B.; AHMED, A.; ALHABARDI, N.; HASSAN, B.; ADAM, I. Prevalence and associated factors of fear for childbirth among pregnant women in eastern Sudan. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 41, n. 3, p. 319-329, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34693830>. Acesso em: 12 mai. 2024.

MANDAR, O.; IDREES, M. B.; AHMED, A.; ALHRDI, N.; HASSAN, B.; ADAM, I. Prevalence and associated factors of fear for childbirth among pregnant women in eastern Sudan. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**. v. 4, n. 3, p: 319-329. DOI: 10.1080/02646838.2021.1995598. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34693830/>. Acesso em 30 out 2024.

MANIGLIO, R. Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. **Depression and Anxiety**, v. 27, n. 7, p. 631–642, 24 mar. 2010. DOI: 10.1002/da.20687. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20336807/>. Acesso em 25 mai. 2024

MANIGLO, R. Child Sexual Abuse in the Etiology of Anxiety Disorders. **Trauma, Violence & Abuse**, v. 14, n.2, p. 96-112, 20 dez 2012. DOI: 10.1177/1524838012470032 Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1524838012470032>. Acesso em 25 mai. 2024

MARCÉ, L. V. **Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-legales qui se rattachent a ce sujet.** J.B. Bailliére et fils. Libraires de L' Academie Imperiale de Médecine (Paris), p. 35, 1858.

MELENDER, H. L. Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. **Birth**, v. 29, n. 2, p. 101–111, jun. 2002. DOI: 10.1046/j.1523-536X.2002.00170.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12051188/>. Acesso em 25 mai. 2024

MELLO, R. S.; TOLEDO, S. F.; MENDES, A. B.; MELARATO, C. R.; MELLO, D. S. F. Medo do parto em gestantes. *Femina*, v. 49, n. 2, p. 121-128, 2021. DOI: 10.1080/02646838.2021.1995598. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1224070>>. Acesso em: 13 mai. 2024.

MICHALIK, A.; PRACOWITY, M.; WÓJCICKA, L. The Assessment of Natural Vaginal Delivery in Relation to Pregnancy-Related Anxiety—A Single-Center Pilot Study. **Healthcare**. v. 11, n.10, p:1435. DOI: 10.3390/healthcare11101435. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37239721/>. Acesso em 8 out. 2024.

MILLER, T. Being with woman public policy and private experience. In: O'Lunaigh, P., Carlson, C. (Eds.). **Midwifery and Public Health: Future Directions, News Opportunities.** Elsevier, Edinburgh, p: 111-125, 2005.

MOHAMAMDIRIZI, S.; MOHAMADIRIZI, M.; MOHAMADIRIZI, S. The comparison of fear of childbirth and sense of coherence among low-risk and high-risk pregnancy women. **J Educ Health Promot.** v.7, p: 143, 2018. DOI: 10.4103/jehp.jehp_179_17. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6282476/>. Acesso em 08 out. 2024.

MORTAZAVI, F.; AGAH, J. Childbirth Fear and Associated Factors in a Sample of Pregnant Iranian Women. **Oman Medical Journal**, v. 33, n. 6, p. 497–505, 31 out. 2018. DOI: 10.5001/omj.2018.91. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6206413/>. Acesso em 14 mai. 2024.

MURRAY, L. The impact of postnatal depression on infant development. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, n. 33, v. 3, p. 543-561, 1992. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1992.tb00890.x. Disponível em: < <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00890.x>>. Acesso em: 12 mai. 2024.

NERUM, H., HALVORSEN, L.; STRAUME, B.; SØRLIE, T.; ØIAN, P. Different labour outcomes in primiparous women that have been subjected to childhood sexual abuse or rape in adulthood: a case–control study in a clinical cohort. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 120, n. 4, p. 487–495, 2013. DOI: 10.1111/1471-0528.12053. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3600530/>. Acesso em 14 mai. 2024.

NICHOLLS, K.; AYERS, S. Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. **British Journal of Health Psychology**, v. 12, n. 4, p. 491–509, nov. 2007. DOI: 10.1348/135910706X120627. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17931469/>. Acesso em 14 mai 2024.

NILSSON, C; HESSMAN, E; SJÖBLOM, H; DENCKER, A; JANGSTEN, A; MOLLBER, M; PATEL, H; SPARUD-LUNDIN, C; WIGRT, H; BEGLEY, C. Definitions measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 28, 2018. DOI: 10.1186/s12884-018-1659-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29329526>. Acesso em 30 abr.2021.

- NILVÉR, H., BEGLEY, C.; BERG, M. Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.17, n. 203, 2017. DOI: 10.1186/s12884-017-1356-y. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28662645/>. Acesso 22 set. 2023.
- O'CONNELL, M. A.; LEAHY-WARREN, P.; KENNY, L.C.; KHASHAN, A.S. Pregnancy outcomes in women with severe fear of childbirth. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 120, p. 105–109, may. 2019. DOI: 10.1016/j.psychores.2019.03.013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30929700/>. Acesso em 25 mai. 2024
- O'CONNELL, M. A.; LEAHY-WARREN, P.; KHASHAN, A. S.; KENNY, L. C.; O'NEILL, S. M. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 96, p. 907–920, 2017. DOI: 10.1111/aogs.13138. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28369672/>. Acesso em 30 out. 2023.
- O'DONOVAN, C.; O'DONOVAN, J. Why do women request an elective cesarean delivery for non-medical reasons? A systematic review of the qualitative literature. **Birth**, v. 45, n. 2, p. 109-119, 2018. DOI 10.1111/birt.12319. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29105822/>. Acesso em: 01 abr. 2024.
- OAKLEY, A. **Essays on Women, Medicine and Health**. Edinburgh: Edinburgh University Press., p: 19-30, 1993.
- O'CONNELL, M. A.; MARTIN, C. R.; JOMEEN, J. Reconsidering fear of birth: Language matters. **Midwifery**, v. 102, 2021. DOI: 10.1016/j.midw.2021.103079. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103079>. Acesso em: 13 mai. 2024.
- OLDE, E.; VAN DER HART, O.; KLEBER, R. J.; VAN SON, M. J. M.; WIJNEN, H. A. A.; POP, V. J. M. Peritraumatic Dissociation and Emotions as Predictors of PTSD Symptoms Following Childbirth. **Journal of Trauma & Dissociation**, v. 6, n. 3, p. 125–142, 13 set. 2005. DOI: 10.1300/J229v06n03_06. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16172085/>. Acesso em: 30 mar. 2024.
- OLIEMAN, R. M; SIEMONSMA, F.; BARTENS M. A.; GARTHUS-NIEGEL, S.; SCHEELE, F.; HONIG A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1. p. 195, 2017. DOI 10.1186/s12884-017-1371-z. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28629393/>. Acesso em: 30 mar. 2024.
- ONCHONGA, A.; MOGHADDAMHOSSEINI, V.; KERAKA, M.; VÁRNAGY, Á. Prevalence of fear of childbirth in a sample of gravida women in Kenya. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 24, n. 1, p. 632, 2020. DOI: 10.1016/j.srhc.2020.100510. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100510>. Acesso em 12 mai. 2024.
- PEREIRA, R. DA R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 61, n. 3, p. 382–388, jun. 2011. DOI: 10.1590/S0034-70942011000300014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/5D9QrxdXYGnzBLfzWMtcCFy/abstract/?lang=pt>. Acesso em 25 mai. 2024
- PERKIN, M. R.; BLAND, J. M.; PEACOCK, J. L.; ANDERSON, H. R. The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 100, n. 7, p. 629–634, jul. 1993. DOI: 10.1111/j.1471-0528.1993.tb14228.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8369244/>. Acesso em 14 mai. 2024.
- PHUNYAMMLEE, M; BUAYAEM, T; BORIBOONHIRUNSARN, D. Fear of childbirth and associates' factors among low-risk pregnant women. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 39, n. 6, p. 763-767, 2019. DOI. 10.1080/01443615.2019.1584885. Diponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29126794>. Acesso em 12 jun. 2021.

POGGI, L; GOUTADIER, N; SÉJOUNÉ, N; CHABROL, H. When Fear of Childbirth is Pathological: The Fear Continuum. **Maternal and Child Health Journal**, v.22, n. 5, p. 772-778, 2018. DOI: 10.1007/s10995-018-2447-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29484511>. Acesso em 3 mai. 2021.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2021. URL <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 10 mai. 2024.

RÄISÄNEN, S.; LEHTO, S.M.; NIELSEN, H.S.; GISSLER, M.; KRAMER, M.R.; HEINONEN, S. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997-2010. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, n. 8, p. 965–970, 4 feb. 2014. DOI: 10.1111/1471-0528.12599. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24494605/>. Acesso em 25 mai. 2024

RAMASAUŠKAITE, D.; NASSAR, A.; UBOM, A. E.; NICHOLSON, W. FIGO good practice recommendations for cesarean delivery on maternal request: challenges for medical staff and families. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, v. 163, n. 2, p. 10-20, 2023. DOI: 10.1002/ijgo.15118. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.15118>. Acesso em: 13 mai. 2024.

RICHEHS, Y.; CAMPBELL, M.; LAVENDER, T. Fear of birth—A prospective cohort study of primigravida in the UK. **Midwifery**, v. 77, p. 101-109, 2019. DOI: 10.1016/j.midw.2019.06.014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.014>. Acesso em: 13 mai. 2024.

RICHEHS, Y; LAVENDER, D. T; SMITH, D.M. Fear of Birth in Clinical Practice: A Structured Review of Current Measurement Tools. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 16, p. 98-112. 2018. DOI 10.1007/s10995-018-2447-8. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/29804785>. Acesso em: 28 abr. 2021.

RINI, C.; DUNKEL-SCHETTER, C.; WADHWA, P.D.; SANDMAN, C.A. Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. **Health Psychol**, v. 18, n. 4, p. 333–345, 1 jan. 1999. DOI: 10.1037//0278-6133.18.4.333. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10431934/>. Acesso em 25 mai. 2024.

ROFÉ, Y.; LITTNER, M. B.; LEWIN, I. Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of Clinical Psychology*, v. 49, n. 1, p. 3–12, jan. 1993. DOI:10.1002/10974679(199301)49:1<3:aidjclp22700490102>3.0.co;2-a. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8425932/>. Acesso em 14 mai. 2024.

RONDUNG, E.; THOMTÉN, J.; SUNDIN, Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. **J Anxiety Disord**. v. 44:80–91, 2016. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.10.007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27788373/>. Acesso em 10 out. 2024.

ROSENBERG, K; TREVTHAN, W. Birth, Obstetrics and Human Evolution. **BJOG**. v. 109, n. 111, p.1199-1206, 2002. DOI: 10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12452455/>. Acesso em 15 set. 2023.

ROSENBERG, K; TREVTHAN, W. The Evolution of Human Birth. **Sci Am**. v. 285, n. 5, p. 72-77, 2001. DOI: 10.1038/scientificamerican1101-72. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11681177/>. Acesso em 2 ago. 2023.

ROUHE, H.; SALMELA-ARO, K; GISSLER, M.; HALMESMÄKI, E ; SAISTO, T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 118, n. 9, p. 1104–1111, 13 abr. 2011. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.02967.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21489127/>. Acesso em 25 mai. 2024

ROUHE, H; SALMELA-ARO, K; HALMESMÄKI, E; SAISTO, T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 116, n. 1, p. 67-73, 2009. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19055652/>. Acesso em: 26 abr. 2024.

ROYSTON JR. **An extension of Shapiro and Wilk's W test for normality to large samples.** *Applied Statistics*, v. 31, n. 2, p. 115-124, 1982.

RYDING, E L; LUKASSE, M; KRISTJANSDDOTTIR, H; STEINGRIMSDOTTIR, T; SCHEI, B. Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth – a six-country cohort study. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology**, v. 37, n. 3, p. 75-83, 2016. DOI: 10.1080/0167482X.2016.1181055. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27269591/>. Acesso em: 10 set. 2023.

RYDING, E. L. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 72, n. 4, p. 280-285, 1993. DOI: 10.3109/00016349309068038. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8389515/>>. Acesso em 12 mai. 2024.

RYDING, E.; WIJMA, B.; WIJMA, K.; RYDHSTRÖM, H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 77, n. 5, p. 542-547., 1998. PMID: 9654177. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/j.1600-0412.1998.770512.x>. Acesso em: 12 mai. 2024.

SACHS-ERICSSON, N.; CROMER, K.; HERNANDEZ, A.; KENDALL-TACKETT, K. A Review of Childhood Abuse, Health, and Pain-Related Problems: The Role of Psychiatric Disorders and Current Life Stress. **Journal of Trauma & Dissociation**, v. 10, n. 2, p. 170–188, 3 abr. 2009. DOI: 10.1080/15299730802624585. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19333847/>. Acesso em mai. 2024

SAISTO T, HALMESMÄKI E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. **Acta Obstet Gynecol Scand**.v.82, n.3, p.201–208, 2003. DOI: 10.1034/j.1600-0412.2003.00114. x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12694113/>. Acesso em 22 set. 2023.

SAISTO, T. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. **Obstetrics & Gynecology**, v. 98, n. 5, p. 820–826, nov. 2001. DOI: 10.1016/S0029-7844(01)01552-6. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11704175/>>. Acesso em 12 mai. 2024.

SAISTO, T.; SALMELA-ARO, K.; NURMI, J. E; KÖNÖNEN, T.; HALMESMÄKI, E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. **Obstetrics & Gynecology**, v. 98, n. 5, p. 820-826, 2001. DOI: 10.1016/s0029-7844(01)01552-6. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11704175/>>. Acesso em 12 mai. 2024.

SAISTO, T.; TOIVANEN, R.; SALMELA-ARO, K.; HALMESMÄKI, E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 85, n. 11, p. 1315–1319, jan. 2006. DOI: 10.1080/00016340600756920 Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/00016340600756920>. Acesso em 05 jun. 2024.

SAISTO, T.; YLIKORKALA, O.; HALMESMÄKI, E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. **Obstetrics and Gynecology**, v. 94, n. 5 Pt 1, p. 679–682, 1 nov. 1999. DOI: 10.1016/s0029-7844(99)00413-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10546709/>. Acesso em 25 mai. 2024

SALMELA-ARO, K, READ, S; ROUHE, H; HALMESMÄKI, E; TAIVANEN, R M; TOKOLA, M I; SAISTO, T. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. **Journal of Health Psychology**. v. 17, n. 4, p.520-534, 2011. DOI: 10.1177/1359105311421050. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105311421050>. Acesso em 25 mai. 2024.

SANJARI, S. CHAMAN, R.; SALEHIN, S.; GOLI, S.; KERAMAT, A. Update on the Global Prevalence of Severe Fear of Childbirth in Low-Risk Pregnant Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. **International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences**, v. 10, n. 1, p: 3–10, 4 2022. ISSN 2330-4456. Disponível em: https://www.ijwhr.net/pdf/pdf_IJWHR_613.pdf. Acesso em 05 nov 2024.

SANNI, K. R.; EEVA, E.; NOORA, S. M.; LAURA, K. S.; LINNEA, K.; HASSE, K. The influence of maternal psychological distress on the mode of birth and duration of labor: findings from the FinnBrain Birth Cohort Study. **Arch Womens Ment Health**. v. 25, n. 2, p: 463-472. DOI: 10.1007/s00737-022-01212-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35150311/>. Acesso em 10 out. 2024.

SANTOS, I. S; MATIJASEVICH, A; TAVARES, B. F; BARROS, A. J. D; BOTELHO, I. P; LAPOLLI, C; MAGALHÃES, P. V. S; BARBOSA, A. P. P. N; BARROS, F. C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, 2007. DOI. 10.1590/S0102-311X2007001100005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vgVPPx877wxJhyHqrmqCLzb/?lang=en>. Acesso em: 24 abr. 2022.

SERÇEKUS, P.; OKUMUS, H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25(2), 155–162, 2009. DOI: 10.1016/j.midw.2007.02.005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17600599/>. Acesso em: 03 jul. 2024.

SERÇEKUŞ, P; BAŞKALE, H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy, and parental attachment. *Midwifery*. V.34, p. 166-172, 2016. DOI. 10.1016/j.midw.2015.11.016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26656473/>. Acesso em 25 mai. 2023.

SHAHHOSSEINI, Z.; POURASGHAR, M.; KHALILIAN, A.; SALEHI, F. Review of the Effects of Anxiety During Pregnancy on Children's Health. **Mater Sociomed**, v. 27, n. 3, p. 200, 2015. DOI: 10.5455/msm.2015.27.200-202. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26236168/>. Acesso em 25 mai. 2024

SHAPIRO, S. S.; WILK, B. M. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52:591–611

SHEEN, K.; SLADE, P. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. **J Clin Nurs**. v. 27, n.13–14, p: 2523–2535. DOI: 10.1111/jocn.14219. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14219>. Acesso em 10 out. 2024.

SIEGEL, S.; CASTELLAN JR, N. J. **Estatística não-paramétrica para ciência do comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Ardmed, 2006.

SILVA, R A; ORIES, L C; MONDIN, T C; RIZZO, R N; MORAES, I G S; JANSEN, K; PINHEIRO, R T. Transtornos mentais comuns e autoestima na gestação: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 9, p. 1832-1838, 2010. DOI. 10.1590/S0102-311X2010000900016. Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0102-311X2010000900016. Acesso em 5 mai. 2021.

SIMPSON, M.; CATLING, C. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. **Women and Birth**, v. 29, n. 3, p. 203–207, jun. 2016. DOI: 10.1016/j.wombi.2015.10.009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26563636/>. Acesso em 25 mai. 2024

SINCLAIR, D.; MURRAY, L. Effects of postnatal depression on children's adjustment to school: Teacher's reports. **The British Journal of Psychiatry**, v. 172, n. 1, p. 58–63, 1 jan. 1998. DOI: 10.1192/bjp.172.1.58. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9534834/>. Acesso em 25 mai. 2024

SINGH, T.; JUSTIN, C. W.; HALOOB, R. K. An audit on trends of vaginal delivery after one previous cesarean section. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 24, n. 2, p. 135-138, 2004. DOI:10.1080/01443610410001645406. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443610410001645406>>. Acesso em 13 mai. 2024.

SJÖGREN, B. Childbirth: expectations, choices, and trends. **The Lancet**, v. 356, n. 12, 2000. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)91998-6. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)91998-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)91998-6/fulltext)>. Acesso em 12 mai. 2024.

SJÖGREN, B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, v. 18, n. 4, p. 266–272, jan. 1997. DOI: 10.3109/01674829709080698. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9443136/>. Acesso em 25 mai. 2024

SJÖGREN, B.; THOMASSEN, P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 76, n. 10, p. 948–952, jan. 1997. DOI: 10.3109/00016349709034907. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9435734/>. Acesso em 25 mai. 2024

SLADE, P.; SHEEN, K.; WEEKS, A.; WRAY, S.; PASCALIS, L.D.; LUNT, K.; BEDWELL, C.; THOMPSON, B.; HILL, J.; SHARP, H. Do stress and anxiety in early pregnancy affect the progress of labor: Evidence from the Wirral Child Health and Development Study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 5 fev. 2021. DOI: 10.1111/aogs.14063. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8359214/>. Acesso em 25 mai. 2024

SLUIJS, A.-M.; CLEIREN, M.P.H.D; SCHERJON, S.A.; WIJMA, K. No relationship between fear of childbirth and pregnancy-/delivery-outcome in a low-risk Dutch pregnancy cohort delivering at home or in hospital. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, v. 33, n. 3, p. 99–105, 24 may. 2012. DOI: 10.3109/0167482X.2012.685905. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22621317/>. Acesso em 25 mai. 2024

SÖDERQUIST, J.; WIJMA, K.; WIJMA, B. Traumatic stress in late pregnancy. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 18, n. 2, p. 127–142, jan. 2004. DOI: 10.1016/S0887-6185(02)00242-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15033212/>. Acesso em 25 mai. 2024

SOET, J. E.; BRACK, G. A.; DILORIO C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, v. 30, n. 1, p. 36-46, 2003. DOI: 10.1046/j.1523-536x.2003.00215. x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12581038/>. Acesso em 12 mai. 2024.

SOGIPA - Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná. Posicionamento da SOGIPA em relação à Lei N°20127 de 15/01/2020, 2020. Disponível em: <https://www.sogipa.org.br/posicionamento-da-sogipa-em-relacao-a-lei-no-20127-de-15-01-2020/>. Acesso em 18 jun. 2024.

STAVROU, E. P.; FORD, J. B.; SHAND, A. W.; MORRIS, J. M.; ROBERTS, C. L. Epidemiology and trends for caesarean section births in New South Wales, Australia: a population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 11, p. 8, 2011. DOI: 10.1186/1471-2393-11-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-8>. Acesso em: 12 mai. 2024.

STJERNHOLM, Y. V.; PETERSSON, K.; ENEROTH, E. Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 89, n.1, p. 49-53, 2010. DOI: 10.3109/00016340903418777. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19916892/>>. Acesso em: 12 mai. 2024.

STOLL, K; FAIRBROTHER, N; THORDARSON, D. Childbirth Fear: Relation to Birth and Care Provider Preferences. *Journal of Midwifery and Womens's Health*. v. 63, n.1, p. 58-67, 2018. DOI: 10.1111/jmwh.12675. Disponível em: Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12581038/>. Acesso em 12 mai. 2024.

STØRKSEN, H. T.; GARTHUS-NIEGEL, S.; VANGEN, S.; EBERHARD-GRAN, M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 92, n. 3, p. 318–324, 22 fev. 2013. DOI: 10.1111/aogs.12072. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23278249/>. Acesso em 14 mai 2024.

STØRKSEN, H. T.; GARTHUS-NIEGEL, S.; ADAMS, S. S.; VANGEN, S.; EBERHARD-GRAN, M. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*, v. 15, n. 221, 2015. DOI: 10.1186/s12884-015-0655-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0655-4>. Acesso em: 15 mai. 2024.

- STØRKSEN, H. T.; GARTHUS-NIGEL, S.; ADAMS, S.; VANGEN S; EBERHARD-GRAN. Fear of childbirth and elective cesarean section: a population-based study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 15., n. 221, 2015. DOI 10.1186/s12884-015-0655-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26382746/>. Acesso em: 01 mai. 2024.
- STØRKSEN, H.T.; EBERHARD-GRAN, M; GARTHUS-NIEGEL, S; ESKILD, A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 91, n. 2, p. 237-242, 2012. DOI. 10.1111/j.1600-0412.2011.01323. x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22085403/>. Acesso em: 26 abr. 2024.
- SUFANG, G.; PADMADAS, S. S.; FENGMIN, Z.; BROWN, J. J.; STONES, R. W. Delivery settings and caesarean section rates in China. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 10, p. 755-762, 2007. DOI: 10.2471/BLT.06.035808. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636484/>>. Acesso em 14 mai. 2024.
- SYDSJÖ, G.; ANGERBJÖRN, L.; PALMQUIST, S.; BLADH, M.; SYDSJÖ, A.; JOSEFSSON, A. Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 92, n. 2, p. 210–214, 5 dez. 2013. DOI: 10.1111/aogs.12034. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23066797/>. Acesso em 25 mai. 2024
- TAKEGATA, M; HARUNA, M; MORIKAWA M; YONEZAWA, K; KOMADA, M; SEVERINSSON, E. Qualitative exploration of fear of childbirth and preferences for mode of birth among Japanese primiparas. **Nursing & Health Sciences**, v. 20, n. 3, p. 338-345, 2018. DOI. 10.1111/nhs.12571. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30311412/>. Acesso em: 17 mar. 2023.
- TERNSTRÖM, E.; HILDINGSSON, I.; HAINES, H.; RUBERTSSON, C. Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women – Findings from a community sample in Sweden. **Midwifery**, v. 31, n. 4, p. 445-450, 2015. DOI: 10.1016/j.midw.2014.11.011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.011>. Acesso em: 14 mai. 2024.
- TIKOTZKY, L.; SADEH, A. Maternal sleep-related cognitions and infant sleep: a longitudinal study from pregnancy through the 1st year. **Child Development**, v. 80, n. 3, p. 860-874, 2009. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2009.01302.x. Disponível em: < <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8624.2009.01302.x>>. Acesso em 12 mai. 2024.
- TREVATHAN W. **Human Birth: An Evolutionary Perspective**. New York: Aldine de Gruyter. p. 88-116, 1987.
- UÇAR, T; GOLBASI, Z. Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**. v. 40, n. 2, p.1-10, 2021. DOI. 10.1080/0167482X.2018.1453800. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080/0167482X.2018.1453800>. Acesso em 10 jun. 2022.
- VAAJALA, M.; LIUKKONEN, R.; KUITUNEN, I.; PONKILAINEN, V.; MATTILA, V.; KEKKI, M. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. **BMC Women's Health**, v. 23, n. 34, p. 679-682, 2023. DOI: 10.1186/s12905-023-02185-7. Disponível em: < <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02185-7>>. Acesso em 12 mai. 2024.
- VAAJALA, M.; LIUKKONEN, R.; KUITUNEN, I.; PONKILAINEN, V.; MATTILA, V. M.; KEKKI, M. Factors associated with fear of childbirth in a subsequent pregnancy: a nationwide case-control analysis in Finland. **BMC Womens Health**. v. 23, n. 1, P: 34. DOI: 10.1186/s12905-023-02185-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36694190/>. Acesso em 08 out. 2024.
- VERINGA, K I; BRUIN, E; BARDACKE, N; DUNCAN L G; VAN STEENSEL, F J A.; DIRKSENS, C; BÖGELS, M. “I’ve Changed My Mind”: Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of que quase-experimental controlled trial. **BMC Psychiatry**. v. 16, n. 337, 2016. DOI. 10.1186/s12888-016-1070-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5100329> . Acesso em 15 set. 2021.

- VERINGA-SKIBA, I. K.; DE BRUIN, E.I.; STEENSEL, F.J.A.V.; BÖGELS, S.M.. Fear of childbirth, nonurgent obstetric interventions, and newborn outcomes: A randomized controlled trial comparing mindfulness - based childbirth and parenting with enhanced care as usual. **Birth**, v.49, n.1, p. 40-51, 2022. DOI: 10.1111/birt.12571. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34250636/>. Acesso em 25 mai. 2024
- WALDENSTRÖM, U.; HILDINGSSON, I.; RUBERTSSON, C.; RÅDESTAD, I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. **Birth**, v. 31, n. 1, p. 17–27, 2004. DOI: 10.1111/j.0730-7659.2004.0270. x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15015989/>. Acesso em 12 mai. 2024.
- WALDENSTRÖM, U.; HILDINGSSON, I.; RYDING, E. L. Antenatal fear and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 113, n. 6, p. 638–646, 2006. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16709206/>>. Acesso em 12 mai. 2024.
- WENDLAND, C. L. The vanishing mother: cesarean section and “evidence-based obstetrics”. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 21, n. 2, p. 218-233, 2008. 10.1111/j.1471-0528.2006.00950. x. Disponível em: < <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/maq.2007.21.2.218>>. Acesso em 12 mai. 2024.
- WIGERT, H.; NILSSON, C.; DENCKER, A; BEGLEY, C.; JANGSTEN, E.; SPARUD-LUNDIN MOLLBERG, M.; PATEL, H. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. **Int J Qual Stud Health Well-being**. v. 15, n. 1, p:1704484, 2020. DOI: 10.1080/17482631.2019.1704484. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6968519/>. Acesso em 30 out. 2024.
- WIJMA, K., WIJMA, B. Changes in Anxiety during pregnancy and after childbirth. In: Wijma, K., Von Schoultz, B., eds. **Reproductive Life – Advances in research in psychosomatic obstetrics and gynaecology**. Lancaster and New Jersey: The Parthenon Publishing Group, p. 81-9, 1992.
- WIJMA, K; WIJMA, B; ZAR, M. Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. **J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.**, v. 19, n. 2, p. 84-97, 1998. DOI. 10.3109/01674829809048501. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9638601>. Acesso em 30 mar. 2021.
- WIKLUND, I.; EDMAN, G.; ANDOLF, E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 86, n. 4, p. 451-456, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00016340701217913>. Acesso em: 12 mai. 2024.
- WIKLUND, I.; EDMAN, G.; RYDING, E. L.; ANDOLF, E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. **BJOG**, v. 115, n. 3, p. 324-331, 2008. 10.1080/00016340701217913. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01564.x>. Acesso em: 12 mai. 2024.
- WILMS, J. D. **Vulnerable Children: Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth**. 1 ed. Edmonton: The University of Alberta Press, 2002.
- XU R.; WANG J.; LI Y.; CHEN Y.; ZHANG W.; PAN X.; ZOU Z.; CHEN X.; HUANG S. Pre- and postpartum fear of childbirth and its predictors among rural women in China. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 24, n.1 p: 394, 2024 DOI: 10.1186/s12884-024-06585-x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38816809/>. Acesso 30 out 2024.
- YIN, A.; SHI, Y.; HEINONEN, S.; RÄISÄNEN, S.; FANG, W.; JIANG, H.; CHEN, A. The Impact of Fear of Childbirth on Mode of Delivery, Postpartum Mental Health and Breastfeeding: A Prospective Cohort Study In Shanghai, China. **J Affect Disord**. v. 15, p: 347:183-191, 2024. DOI: 10.1016/j.jad.2023.11.054. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38007102/>. Acesso em 30 out 2024.

ZAMBALDI, C.; AMAURY, C.; FARIAS, J.V.; MORAES, G.P.; SOUGEY, E.B. Incidence and associated factors with traumatic childbirth in postpartum Brazilian woman. **Summa psicol. UST**, p. 5–12, 2016. DOI: 10.18774/summa-vol13.num2-302. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1178814>. Acesso em 25 mai. 2024

ZAR, M.; WIJMA, K.; WIJMA, B. Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, v. 9, n. 2, p. 122–130, 2002. doi.org/10.1002/cpp.305. DOI: doi.org/10.1002/cpp.305. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.305>. Acesso em 05 nov 2024.

ZAR, M; WIJMA, K; WIJMA, B. Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. **Scandinavian Journal of Behaviour Therapy**, ISSN 0284-5717, Vol. 30, n.2, p. 75-84, 2001. DOI: 10.1080/02845710152507418. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9638601>. Acesso em 30 mar. 2021.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE 2 AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO
E OBSTÉTRICO

APÊNDICE 3 THE WIJMA DELIVERY EXPECTANCY/EXPERIENCA
QUESTIONNAIRE (W-DEQ) VERSION A

APÊNDICE 4 ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL DE EDIMBURGO

APÊNDICE 5 INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

APÊNDICE 6 DESFECHO

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: MEDO DO PARTO E SEU DESFECHO EM GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.

Data: __ Pesquisadora Responsável: Dra. Sarah Cristina Zanghellini Rückl

Nós, Priscilla Scucato Minioli, Sarah Cristina Zanghellini Rückl Rafael Frederico Bruns, Marina Accioly de Castro, Tatiane Herreira Trigueiro, Raíssa Almeida Ramos, Mariana Brilhante de Souza Cruz e Beatriz Corrêa Crispim (mestranda/ orientadora/ coorientador /pesquisadora assistente/ pesquisadora assistente/ pesquisadora assistente/ aluna de graduação/aluna de graduação) estamos convidando a senhora, gestante com idade acima de 18 anos atendida na Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas, a participar de um estudo intitulado "MEDO DO PARTO E SEU DESFECHO EM GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ". O Medo do Parto é uma patologia prevalente e pouco diagnosticada no nosso meio e este trabalho beneficiará a comunidade na medida que investiga maiores detalhes sobre ela.

O objetivo deste estudo é "Estabelecer critérios para diagnóstico do Medo do Parto e os seus efeitos sobre o parto".

Caso a Sra. participe da pesquisa será necessário ler e responder questionários respeito de dados de sua vida pessoal, gestação, parto e a forma como você vem se sentindo ultimamente (fase A) quando estiver em atendimento nas dependências da Maternidade para consulta pré-natal, consulta de educação pré-natal e realização de exames complementares como ultrassonografia e cardiotocografia. A Sra. poderá preencher o questionário em um espaço mais reservado da sala de espera da maternidade, onde se sinta a vontade, o que levará aproximadamente 20 minutos.

Após o parto, durante o internamento na Maternidade, pediremos para a Sra. responder um questionário a respeito de como você se sentiu durante o trabalho de parto e parto (fase B) com duração de aproximadamente 10 minutos.

Na eventualidade da Sra. receber alta após o parto antes do preenchimento do questionário da fase B, receberá um telefonema da equipe para uma entrevista de aproximadamente 10 minutos para preenchimento deste questionário.

Alguns riscos podem estar relacionados ao estudo, como os de confidencialidade e constrangimento. Por isso, deixamos claro que haverá o anonimato das informações obtidas. As participantes da pesquisa serão identificadas por códigos e seus nomes ou iniciais não constarão nos documentos. Os mesmos serão identificados por códigos e acondicionados em caixa fechada com acesso restrito aos investigadores. As entrevistas acontecerão de maneira individualizada, em um ambiente destinado para esse fim. O pesquisador se comprometerá a realizar os questionamentos de forma clara e quantas vezes necessário, para um melhor entendimento do que foi perguntado.

Existe a possibilidade da senhora experimentar algum desconforto, constrangimento ou insegurança ao preencher algumas questões do questionário e, se for seu desejo, poderá interromper sua participação em qualquer momento do estudo e solicitar que lhe devolvam esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, sem que isso influencie seu atendimento e assistência médica.

Caso você seja diagnosticada com depressão, ansiedade, medo do parto e/ou tocofobia, se assim desejar, será encaminhada para Ambulatório de Saúde Mental da Mulher, coordenado pela pesquisadora principal Sarah Cristina Zanghellini Rückl para acompanhamento.

Não haverá benefícios diretos para os participantes da pesquisa. Porém o Medo do Parto é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo por trazer consequências para a mãe e para o bebê. Por este motivo, se faz importante diagnosticar e, se possível, tratar essa patologia.

Os pesquisadores Sarah Cristina Zanghellini Rückl, Priscilla Scucato Minioli, Rafael Frederico Bruns, Marina Accioly de Castro, Tatiane Herreira Trigueiro, Raíssa Almeida Ramos, Mariana Brilhante de Souza Cruz Beatriz Corrêa Crispim, responsáveis por esse estudo, poderão ser localizadas para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira – antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em situações de emergência ou urgência relacionadas à pesquisa, você poderá entrar em contato com Sarah Cristina Zanghellini Rückl pelo telefone (41) 9284-1313, disponível 24 horas.

Se a Senhora tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UFPR pelo Telefone 3360-1041 das 08:30 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que

realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

O material obtido será utilizado unicamente para esta pesquisa e será descartado ao término do estudo, dentro de 5 anos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade e a senhora não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Eu, _____, li esse termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento que eu possa receber na instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informada que serei atendida sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome e sim um código.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome da Entrevistada	Assinatura

Nome da Testemunha	Assinatura

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante deste estudo.

Nome do Pesquisador

Assinatura

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

Rubricas:

Participante da Pesquisa e/ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

Data de aplicação do termo: _____ / _____ / _____

APÊNDICE 2 - AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO

Registro: _____ **Idade:** _____
Em que Cidade você nasceu? _____ **Estado:** _____
Idade Gestacional: _____
Contato Telefônico: _____

Etnia:

- branca
- afrodescendente
- amarela
- indígena

Orientação Sexual: com quem eu me relaciono

- com homens
- com mulheres
- com homens e com mulheres
- nem com homens e nem com mulheres
- outro: _____

Identidade de gênero: como eu me percebo

- mulher
- homem
- não binário
- agênero
- outro: _____

Estado Civil:

- solteira
- casada
- divorciada
- viúva
- união consensual

Nível Educacional:

- fundamental incompleto
- fundamental completo
- médio incompleto
- médio completo
- superior incompleto
- superior completo
- pós-graduação

Religião:

- católica
- evangélica
- espírita
- outra

Fonte de Renda:

- sem renda
- trabalho com carteira assinada
- trabalho informal
- servidor público
- aposentada

Quanto ao seu histórico gestacional, por favor responda.

Esta é a sua primeira gestação?

Sim Não

Se a resposta para o item a, for sim, pule para a questão 6. Se a resposta for não, por favor continue respondendo abaixo.

Como foi/foram a(s) sua(s) experiência(s) do(s) parto(s) anterior(es) de modo geral?

- Extremamente positiva
 Muito positiva
 Positiva
 Regular
 Negativa
 Muito negativa
 Extremamente negativa

Sua gravidez atual foi planejada?

- Sim, minha gravidez foi planejada
 Não, minha gravidez foi inesperada

Sua gravidez foi desejada?

- Sim
 Não

Qual o tipo de parto que você deseja realizar?

- Parto vaginal ou normal
 Cesária
 Ainda estou em dúvida
 Indiferente

Sua gestação é de alto risco?

- Sim Não

Motivo: _____

Você já teve algum aborto/óbito fetal/natimorto prévio?

- Sim Não

Você já sentiu dispareunia (dor durante o ato sexual)?

- Sim Não

Você é/foi vítima de violência sexual e/ou física?

- Sim Não

Você pratica atividade física?

- Sim. Qual? _____
 Não

Você já fez/faz tratamento psiquiátrico? Qual diagnóstico? Fez/Faz uso de qual medicação?

- Sim Não

Diagnóstico _____

Medicação _____

Como você classificaria a sua relação com o parceiro?

- satisfatória
 conflituosa
 indiferente
 não tenho parceiro

Por favor, complete a tabela abaixo sobre possíveis medos **relacionados ao parto**, marcando um X na coluna SIM ou NÃO para cada item. Considere a **gestação atual**.

Você tem medo de?	SIM	NÃO
Entrar em estado de pânico		
Não ter controle da situação		
Que a vida sexual seja afetada negativamente após o parto		
Sentir dor no parto		
Intervenções médicas (como episiotomia*, anestesia)		
Ter laceração perineal		
Ter hemorragia		
Precisar realizar cesárea emergencial		
Ser atendida por equipe assistencial rude		
Ter parto prematuro		
Ter um parto muito longo		
Que o meu filho sofra de alguma forma		
Que eu possa morrer durante o parto		
Receio de ser vista pelo marido em situação de pânico		
Medo de perder a compostura		
Não ter a garantia que vai conseguir ter parto normal		
Medo de não perceber alguma situação anormal		
Imprevisibilidade do tempo de duração do TP		
Receio que o marido não possa acompanhar o TP		
Receio que o marido se comporte mal		
Rompimento da bolsa amniótica antes da hospitalização		
Medo do parto ocorrer antes da hospitalização		
Preferência de ser hospitalizada antes do início do TP		

*Corte feito no períneo - região entre o ânus e a vagina - para aumentar o canal de passagem do bebê.

Participou da consulta de educação pré-natal?

- () Sim
() Não

APÊNDICE 3 - THE WIJMA DELIVERY EXPECTANCY/EXPERIENCE
QUESTIONNAIRE (W-DEQ) VERSION A

© 1996 K. Wijma & B. Wijma

Tradução: Marina Accioly

Instruções

Este questionário é sobre sentimentos e pensamentos que as mulheres podem ter sobre a perspectiva do trabalho de parto e parto. As respostas para cada questão aparecem como uma escala de 1 a 6. As respostas mais externas (1 e 6, respectivamente), correspondem ao extremo oposto de certo sentimento ou pensamento. Por favor, complete cada questão desenhando um círculo em volta do número pertencente a resposta que mais se aproxima de como você imagina que o seu parto será. Por favor, responda como você imagina que o seu parto será - não como você tem esperado.

I Como você pensa que o seu trabalho de parto e parto será de fato como um todo?

1) 0	1	2	3	4	5
extremamente fantástico					nem um pouco fantástico
2) 0	1	2	3	4	5
extremamente assustador					nem um pouco assustador

II Como você pensa que irá se sentir, de forma geral, durante o trabalho de parto e parto?

3) 0	1	2	3	4	5
extremamente solitária					nem um pouco solitária
4) 0	1	2	3	4	5
extremamente forte					nem um pouco forte
5) 0	1	2	3	4	5
extremamente confiante					nem um pouco confiante
6) 0	1	2	3	4	5
extremamente amedrontada					nem um pouco amedrontada
7) 0	1	2	3	4	5
extremamente isolada					nem um pouco isolada
8) 0	1	2	3	4	5
extremamente fraca					nem um pouco fraca
9) 0	1	2	3	4	5
extremamente segura					nem um pouco segura

10) 0	1	2	3	4	5
extremamente independente					nem um pouco independente
11) 0	1	2	3	4	5
extremamente desolada					nem um pouco desolada
12) 0	1	2	3	4	5
extremamente tensa			tensa		nem um pouco
13) 0	1	2	3	4	5
extremamente contente					nem um pouco contente
14) 0	1	2	3	4	5
extremamente orgulhosa				5	nem um pouco orgulhosa
15) 0	1	2	3	4	5
extremamente abandonada					nem um pouco abandonada
16) 0	1	2	3	4	5
extremamente calma					nem um pouco calma
17) 0	1	2	3	4	5
extremamente relaxada					nem um pouco relaxada
18) 0	1	2	3	4	5
extremamente feliz					nem um pouco feliz
III Como você pensa que irá se sentir durante o trabalho de parto e parto?					
19) 0	1	2	3	4	5
extremamente em pânico					nem um pouco em pânico
20) 0	1	2	3	4	5
extremamente desesperançosa					nem um pouco desesperançosa
21) 0	1	2	3	4	5
extremamente desejosa pela criança					nem um pouco desejosa pela criança
22) 0	1	2	3	4	5
extremamente autoconfiante					nem um pouco autoconfiante
23) 0	1	2	3	4	5
com extrema confiança nos profissionais					sem nenhuma confiança nos profissionais

APÊNDICE 4 – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL DE EDIMBURGO

© 1997 Cox *et al.*Tradução: 2007 Santos *et al.*

Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas
 - () Como eu sempre fiz
 - () Não tanto quanto antes
 - () Sem dúvida, menos que antes
 - () De jeito nenhum

2. Eu tenho pensado no futuro com alegria
 - () Sim, como de costume
 - () Um pouco menos que de costume
 - () Muito menos que de costume
 - () Praticamente não

3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado
 - () Não, de jeito nenhum
 - () Raramente
 - () Sim, às vezes
 - () Sim, muito frequentemente

4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão
 - () Sim, muito seguido
 - () Sim, às vezes
 - () De vez em quando
 - () Não, de jeito nenhum

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo
 - () Sim, muito seguido
 - () Sim, às vezes
 - () Raramente
 - () Não, de jeito nenhum

6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia
 - () Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
 - () Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
 - () Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
 - () Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir
 - () Sim, na maioria das vezes
 - () Sim, algumas vezes
 - () Raramente
 - () Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal
 - () Sim, na maioria das vezes
 - () Sim, muitas vezes
 - () Raramente
 - () Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado

- Sim, a maior parte do tempo
- Sim, muitas vezes
- Só de vez em quando
- Não, nunca

10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma

- Sim, muitas vezes
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

APÊNDICE 5 – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

© 1991 Aaron T. Beck

Tradução e adaptação brasileira: 2001 Casa do Psicólogo ® Livraria e Editora Ltda.

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodada 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 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. Atordoada ou tonta	()	()	()	()
7. Palpitação ou aceleração no coração	()	()	()	()
8. Sem equilíbrio	()	()	()	()
9. Aterrorizada	()	()	()	()
10. Nervosa	()	()	()	()
11. Sensação de sufocação	()	()	()	()

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

APÊNDICE 6 - DESFECHO DO PARTO

Registro: _____

Via de parto

- Parto vaginal
 Parto operatório a fórceps
 Cesárea a pedido
 Cesárea com indicação: _____

Duração do trabalho de parto ativo: _____

Ocorrência de distocia?

- Não
 Sim. Qual? _____

Medicação usada no trabalho de parto

- Não
 Sim. Qual? _____

Instrumentalização do trabalho de parto

- Fórceps. Qual? _____
 Vácuo-extrator

Apgar do RN

1º minuto _____

5º minuto _____

Peso do RN ao nascer _____

Percentil do peso do RN ao nascer _____

Encaminhamento do RN a serviço de UTI Neonatal

- Não
 Sim

Ocorrência de natimorto:

- Não
 Sim

Ocorrência de Óbito Neonatal:

- Não
 Sim

ANTICONCEPÇÃO

O que você usava de anticoncepção antes da gravidez? Por quanto tempo usou?

- pílula anticoncepcional. Tempo de uso: () meses () anos
 injetável mensal. Tempo de uso: () meses () anos
 injetável trimestral. Tempo de uso: () meses () anos
 adesivo. Tempo de uso: () meses () anos
 camisinha masculina. Tempo de uso: () meses () anos
 camisinha feminina. Tempo de uso: () meses () anos
 implante hormonal. Tempo de uso: () meses () anos
 DIU de cobre. Tempo de uso: () meses () anos
 DIU hormonal. Tempo de uso: () meses () anos
 pílula do dia seguinte. Tempo de uso: () meses () anos
 vasectomia. Tempo de uso: () meses () anos
 laqueadura. Tempo de uso: () meses () anos
 tabelinha. Tempo de uso: () meses () anos
 coito interrompido. Tempo de uso: () meses () anos
 outros: _____

Tempo de uso: () meses () anos

Houve falha no método anticoncepcional?

Sim. Qual? _____

Não

Qual método você pretende usar daqui para frente?

ANEXO

ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: MEDO DO PARTO E SEU DESFECHO EM GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Pesquisador: Sarah Cristina Z. Rückl

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 59661922.0.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.179.238

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos Apresentação do Projeto, Objetivo da Pesquisa e Avaliação dos Risco

PARA TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DAS ESCALAS W-DEQ A E B, SERÃO APLICADOS QUESTIONÁRIOS

NA POPULAÇÃO ESCOLHIDA APÓS TER SIDO REALIZADA TRADUÇÃO E RETROTRADUÇÃO DAS

DUAS VERSÕES, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E DISCUSSÃO DE AMBAS

POR 3 PROFISSIONAIS BILINGUES E COM CONHECIMENTO ESPECÍFICO NA ÁREA ESTUDADA,

SEGUINDO METODOLOGIA SISTEMÁTICA E RIGOROSA. OS BENEFÍCIOS FORAM EXTRAÍDOS DOS DOCUMENTO:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2018104_E1.pdf, cartadeapres.pdf e Brochura2205.pdf Anexados à PB pelo pesquisador principal.

Justificativa formal:

O PROJETO ATUAL OBTEVE SUA APROVAÇÃO JUNTO AO CEP UFPR NA DATA DE 11 DE AGOSTO

DE 2022, SOB PARECER DE N. 5.578.110. O OBJETIVO PRIMÁRIO DA PESQUISA É IDENTIFICAR A PREVALÊNCIA DE MEDO DO PARTO NAS GESTANTES DA MATERNIDADE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR E ANALISAR O DESFECHO DO PARTO, BEM COMO ESTUDAR SE HÁ ASSOCIAÇÃO ENTRE MEDO DO PARTO E VARIANTES SOCIOECONÔMICAS, GINECOOBSTÉTRICAS.

VALIDAÇÃO DA ESCALA W-DEQ (A E B) PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO.

O QUESTIONÁRIO W-DEQ É AMPLAMENTE UTILIZADO PARA IDENTIFICAÇÃO DE MEDO DO PARTO

EM PARTURIENTES EM TODO O MUNDO, TENDO SIDO TRADUZIDO E ADAPTADO PARA DIVERSAS LÍNGUAS E CULTURAS, INCLUSIVE PARA O PORTUGUÊS DE PORTUGAL.

FALTAM NO BRASIL FERRAMENTAS TRADUZIDAS E VALIDADAS QUE SEJAM EFICIENTES E FACILMENTE EMPREGADAS PARA AVALIAÇÃO DE MEDO DO PARTO. ENTENDEMOS QUE, VISTO O

ALTO NÚMERO DE CESÁREAS ELETIVAS NO BRASIL EM ESPECIAL NO NOSSO ESTADO, E A

ASSOCIAÇÃO JÁ COMPROVADA DE MEDO DO PARTO E ESCOLHA POR REALIZAR CESÁREAS

ELETIVAS, É DE GRANDE IMPORTÂNCIA QUE UM INSTRUMENTO CONFIÁVEL E ADAPTADO AO CONTEXTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA POSSA SER UMA FERRAMENTA DIAGNÓSTICA PARA OS PROFISSIONAIS NA BUSCA DE MELHOR ABORDAGEM E ACOMPANHAMENTO DAS GESTANTES.

EM NOSSO ESTUDO, A OPÇÃO POR TRADUZIR E ADAPTAR UMA ESCALA JÁ EXISTENTE E MUNDIALMENTE UTILIZADA E NÃO PRODUIR UMA NOVA ESCALA TAMBÉM SE DÁ PELO ENTENDIMENTO DE QUE OS DADOS COLETADOS E APRESENTADOS PODERÃO SER COMPARADOS A DIFERENTES POPULAÇÕES E PAÍSES COM A APLICAÇÃO DA W-DEQ, CONTRIBUINDO PARA A PESQUISA CIENTÍFICA E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO.

NÃO HÁ RISCOS ADICIONAIS PREVISTOS EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL O BENEFÍCIO É OBTER UMA FERRAMENTA DIAGNÓSTICA TRADUZIDA

E VALIDADA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA PARA MEDO DO PARTO, E AMPLIAR A CONFIANÇA DOS DADOS OBTIDOS NO PROJETO DE PESQUISA.

NÃO HÁ NECESSIDADE DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO OU NO TCLE. NÃO SERÁ NECESSÁRIO REALIZAR MODIFICAÇÕES NA METODOLOGIA DA PESQUISA, PORÉM SERÁ ADICIONADA METODOLOGIA ESPECÍFICA PARA TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALAS, DESCRITAS NO PROJETO BROCHURA ALTERADO EM ANEXO.

O PROCESSO DE TRADUÇÃO DA ESCALA UTILIZARÁ A MESMA AMOSTRA DE POPULAÇÃO DO PROJETO ORIGINAL. NÃO SERÁ NECESSÁRIA NENHUMA ADEQUAÇÃO OU MUDANÇA DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO, NEM ALTERAÇÃO DA PREVISÃO DE NÚMERO DE

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O presente estudo tem como objetivo identificar a prevalência do medo do parto em gestantes atendidas na Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR e analisar o desfecho do parto.

Objetivo Secundário:

Os objetivos específicos deste estudo são: a) Calcular a prevalência de medo do parto nas gestantes analisadas de acordo com as escalas W-DEQ(A) e W-DEQ(B); b) Descrever quais são os principais medos e situações que levam ao medo nas gestantes em relação ao parto; c) Avaliar se o medo do parto possui associação com os seguintes itens: perfil socioeconômico, nível educacional, estado civil, histórico de violência sexual e/ou física, paridade, experiências de gestações anteriores, ocorrência de gestação de alto risco, conhecimento sobre as vias de parto, planejamento da gravidez e via de parto pretendida; d) Avaliar se o medo do parto modifica o desfecho do parto em relação a via de parto, a duração do trabalho de parto, ao aumento de distocias, a necessidade de medicalizar ou instrumentar o parto, Apgar do recém-nascido, peso ao nascer, percentil do peso ao nascer, internamento em UTI Neonatal, ocorrência de natimorto e óbito neonatal. E) TRADUZIR E VALIDAR PARA O PORTUGUÊS E CULTURA BRASILEIROS AS ESCALAS W-DEQ A E B.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Possíveis riscos da pesquisa: a) perda dos prontuários com perda da confidencialidade; b) a gestante pode sentir-se desconfortável ao refletir sobre a própria vulnerabilidade; c) a participante pode sentir-se constrangida ao responder

perguntas de sua esfera íntima e pessoal; d) a temática da pesquisa pode gerar insegurança e preocupação nas gestantes. Antes de iniciar o preenchimento do TCLE e dos questionários, a gestante será informada que as pesquisadoras se comprometem em preservar a identidade da participante e utilizar as informações coletadas apenas para fins de pesquisa, além de garantir que os nomes das participantes não serão revelados no estudo. As participantes serão identificadas por código e seus nomes ou iniciais não constarão em planilhas disponibilizadas por vias eletrônicas. Os questionários respondidos serão acondicionados em caixa fechada com acesso restrito aos investigadores. Como os questionários abordam temas sensíveis relacionados ao parto e sintomas de humor e ansiedade, as participantes podem sentir-se constrangidas, desconfortáveis e inseguras. Para evitar constrangimento em responder às perguntas devido a presença de outras pessoas no ambiente, as entrevistas serão individualizadas, em um ambiente destinado para este fim. As participantes serão informadas que caso haja desconforto e queiram interromper a coleta de dados, isso não influenciará no seu atendimento e assistência médica. As gestantes que apresentarem “medo grave” ou “muito grave” na escala W-DEQ ou outro transtorno detectável pelos questionários (ansiedade e/ou depressão) serão encaminhadas para o Ambulatório de Saúde Mental da Mulher, coordenado pela pesquisadora principal Sarah Cristina Zanghellini Rückl.

A TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DAS ESCALAS W-DEQ A E W-DEQ B NÃO APRESENTAM RISCOS ADICIONAIS.

Benefícios:

As participantes da pesquisa poderão ser diretamente beneficiadas ao refletirem sobre os próprios medos e inseguranças em relação parto. Frente a isso, caso diagnosticadas com algum transtorno, elas serão encaminhadas ao Ambulatório de Saúde Mental da Mulher, coordenado pela pesquisadora principal Sarah Cristina Zanghellini Rückl. Indiretamente, a pesquisa também poderá beneficiar a saúde física e mental de outras gestantes, ao promover o conhecimento e o debate a respeito de um tema ainda pouco elucidado na atualidade. Além disso, a saúde dos recém-nascidos também será promovida já que o cuidado com a saúde mental das gestantes é capaz de melhorar o vínculo materno fetal.

A TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DAS ESCALAS W-DEQ A E W-DEQ B APRESENTAM BENEFÍCIOS TANTO PARA AS PARTICIPANTES, FACILITANDO

SUA COMPREENSÃO, FAMILIARIDADE E PRECISÃO AO RESPONDER AOS QUESTIONÁRIOS, QUANTO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, QUE TERÃO UMA FERRAMENTA APLICÁVEL E CONFIÁVEL PARA A LÍNGUA E PARA O CONTEXTO CULTURAL DAS

PARTICIPANTES BRASILEIRAS, CONTRIBUINDO PARA A MELHOR IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM DAS PARTICIPANTES COM MEDO DO PARTO.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentação de emenda (E1) que propõe alteração no escopo do projeto e inclusão de novos objetivos e novas etapas metodológicas.

A autora submeteu ao CEP projeto com foco na pesquisa sobre o medo de parto e tiveram seu projeto previamente aprovado. Contudo, já com o projeto aprovado, os pesquisadores enviaram ao CEP uma proposta de emenda solicitando a inclusão de outros objetivos, cujo foco é traduzir e validar os instrumentos de escolhidos para a avaliação do medo de parto (W-DEQ A e W-DEQ B).

Entende-se que não há óbices éticos ou risco de prejuízos aos participantes ao aprovar a referida emenda. Por outro lado, entende-se que os pesquisadores não cumpriram adequadamente as etapas metodológicas em sua proposta de estudo pois, primeiramente elegeram um instrumento de avaliação e o apresentaram traduzido no projeto original aprovado por este colegiado. Depois, informaram ao colegiado que o instrumento não é validado para a população em estudo e incluíram a emenda E1 propondo a tradução e validação dos instrumentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Apresentados
Recomendações:

Em projetos futuros, atentar para a escolha de instrumentos de avaliação traduzidos e validados.

Apesar de não haver óbices éticos e prejuízos aos participantes, a emenda proposta extrapola as etapas metodológicas de um estudo "observacional, longitudinal, quantitativo e analítico", conforme desenho de declarado pelos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas. Emenda Aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta -se pela aprovação da Emenda.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

(continua)

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2018104_E1.pdf	23/05/2023 08:32:43		Aceito
Outros	CARTARESPE1.pdf	23/05/2023 08:29:36	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Outros	cartadeapres.pdf	23/05/2023 08:27:08	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura2205.pdf	23/05/2023 08:20:25	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura2205.docx	23/05/2023 08:18:40	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigido.pdf	30/03/2023 11:41:17	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Outros	wdeq.pdf	15/09/2022 10:29:11	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Outros	CARTARESPOSTACEP.pdf	27/07/2022 09:53:04	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Outros	CARTARESPOSTACEP.docx	27/07/2022 09:51:50	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	27/07/2022 09:50:01	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito

(continuação)

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	27/07/2022 09:49:38	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA2.pdf	27/07/2022 09:49:11	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA2.docx	27/07/2022 09:48:11	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEatualizado.docx	14/06/2022 14:18:46	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEatualizado.pdf	14/06/2022 14:17:41	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Outros	qualificacaopesquisadores.pdf	07/06/2022 12:13:40	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Outros	qualificacaopesquisadores.docx	07/06/2022 12:13:23	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Outros	ausenciadecustos.pdf	07/06/2022 12:12:00	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Outros	cartaoCEP.pdf	07/06/2022 12:11:04	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Outros	compromissodaequipe.pdf	07/06/2022 12:09:44	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	declaracaodoorientador.pdf	07/06/2022 12:08:28	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.pdf	07/06/2022 12:06:53	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.docx	07/06/2022 12:06:27	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/06/2022 00:07:34	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/06/2022 00:07:12	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito

(conclusão)

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Orçamento	orcamento.docx	07/06/2022 00:03:39	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	07/06/2022 00:03:02	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Declaração de concordância	concordancia_da_unidade.pdf	06/06/2022 23:56:29	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	06/06/2022 23:25:00	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	06/06/2022 23:23:54	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/06/2022 23:20:52	Sarah Cristina Zanghellini Ruckl	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 12 de Julho de 2023

Assinado por:

Niazy Ramos Filho

(Coordenador(a))

Rubricas:

Participante da Pesquisa e/ou responsável legal _____ Pesquisador

Responsável ou quem aplicou o TCLE _____ Data de aplicação do termo: ___/

_____ / _____

