

# Medo do parto em gestantes

## *Fear of childbirth among pregnant women*

Rafaela Saragiotto Ferreira de Mello<sup>1</sup>, Sérgio Floriano de Toledo<sup>1</sup>, Anderson Benegas Mendes<sup>1</sup>, Carolina Ribeiro Melarato<sup>1</sup>, Danilo Saragiotto Ferreira de Mello<sup>1</sup>

### Descritores

Obstetrícia; Fobia; Ansiedade; Parto humanizado; Depressão pós-parto

### Keywords

Obstetrics; Phobic disorders; Anxiety; Childbirth; Postpartum depression

### Submetido:

23/09/2020

### Aceito:

26/01/2021

1. Centro Universitário Lusíada, Santos, SP, Brasil.

### Conflito de interesses:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Rafaela Saragiotto Ferreira de Mello  
Av. Washington Luís, 477, Vila Matias,  
11055-001, Santos, SP, Brasil.  
rafaelasaragiotto@gmail.com

### Como citar?

Mello RS, Toledo SF, Mendes AB, Melarato CR, Mello DS. Medo do parto em gestantes. *Femina*. 2021;49(2):121-8.

### RESUMO

**Objetivo:** Traçar um perfil epidemiológico do medo do parto em gestantes em Santos, correlacionando as variáveis idade, escolaridade, estado civil, paridade, perdas gestacionais prévias e intercorrências gestacionais. **Métodos:** Estudo transversal, realizado em programa pré-natal de risco habitual em cinco Unidades Básicas de Saúde de Santos, com coleta de dados entre novembro de 2019 e fevereiro de 2020. Critérios de inclusão: idade gestacional maior ou igual a 28 semanas, maiores de 18 anos, preferência por parto vaginal, alfabetizadas em português. A amostra foi de 67 participantes, que responderam ao Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP), versão portuguesa do *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* versão A, e a uma ficha com dados sociodemográficos. **Resultados:** A pontuação média no QMPP foi 79,3. Observou-se uma prevalência de 31,4% de gestantes com escore maior ou igual a 85, que compreende medo do parto intenso e tocofobia. A pontuação no QMPP apresentou correlação fraca positiva com idade. **Conclusão:** A prevalência de medo do parto no presente estudo se assemelhou àquela observada em metanálises internacionais. Este estudo pode embasar tanto futuras pesquisas sobre medo do parto no Brasil como projetos públicos para diagnóstico e tratamento dessa condição nas gestantes brasileiras.

### ABSTRACT

**Objective:** To obtain an epidemiologic profile of the pregnancies affected by fear of childbirth in Santos, correlating variables such as: age, schooling, marriage status, parity, previous gestational losses, and pregnancy complications. **Methods:** Transversal study located in five polyclinics in Santos, in habitual risk prenatal program. The data was collected between November 2019 and February 2020. Inclusion criteria: gestational age equal or greater than 28 weeks, women older than 18 years, wish for vaginal birth, alphabetized in Portuguese. The final sample was 67 participants, which completed the Questionário sobre o Medo Percebido do Parto, Portuguese version of *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* version A, and a sheet with sociodemographic data. **Results:** The average score on QMPP was 79,3. It was found a prevalence of 31,4% of pregnant women with scores equal or greater than 85, which comprehends intense fear of childbirth and tocophobia. The QMPP score presented a weak positive correlation with age. **Conclusion:** The prevalence of fear of childbirth obtained in this study resembles the results of international metanalysis. This study can base future research about fear of childbirth in Brazil, as well as public projects to diagnose and treat this condition in Brazilian women.

## INTRODUÇÃO

A gestação, o parto e o puerpério são períodos singulares na vida de uma mulher, marcados por dúvidas e expectativas. Apesar de o parto ser um processo inteiramente biológico, para muitas mulheres ele está associado a dor, sofrimento e a uma ampla gama de medos, frequentemente nutridos e exacerbados pela mídia e pelo estilo de vida acelerado e imediatista da atualidade.<sup>(1)</sup>

O medo do parto (do inglês, *fear of childbirth*) é uma condição frequente nas gestantes, principalmente naquelas no último trimestre, sendo descrito

como um medo debilitante que interfere nas funções domésticas, ocupacionais, atividades sociais e relacionamentos. Em algumas pacientes, a condição é tão severa que pode levar a uma fobia específica: a tocofobia.<sup>(2-4)</sup>

Sua gênese engloba o medo da dor, de intervenções médicas como episiotomia, da perda do controle durante o parto e da falta de apoio. Também são referidos o medo da falta de condições socioeconômicas para sustentar o filho e o zelo pelo bem-estar do recém-nascido ou o receio da própria morte.<sup>(5,6)</sup> Paralelamente, fatores como não poder tomar decisões durante o parto, a solidão e um eventual despreparo da equipe médica exacerbam a condição.<sup>(2,3,7)</sup>

Uma metanálise sugere que a tocofobia possui prevalência mundial entre 3,7% e 43%, com prevalência média em 14% das gestantes. Conjectura-se que tal heterogeneidade nos resultados se deva principalmente à falta de consenso na definição de tocofobia e aos limites imprecisos entre medo do parto e ansiedade generalizada.<sup>(4,8)</sup>

Fatores como baixa autoestima, predisposição a transtornos de ansiedade, história de abuso sexual, fraca rede de apoio social, relacionamentos amorosos débeis e experiências adversas prévias com parto ou perdas gestacionais são fatores de risco associados à fobia.<sup>(9)</sup>

O medo do parto intenso é capaz de promover alterações fisiológicas no organismo materno, como aumento da pressão arterial, prolongamento da fase ativa da dilatação cervical, maior risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro, cesariana de emergência, parto vaginal operatório, depressão pós-parto, baixos índices de amamentação e maior admissão do recém-nascido em unidades de terapia intensiva (UTIs).<sup>(5,7-9)</sup> A tocofobia foi observada em gestantes que sofriam de depressão pré-natal e está associada ao risco de distúrbios do sono, promovendo também dificuldades na comunicação entre médico e paciente.<sup>(9,10)</sup> Há também associação entre medo do parto e menores níveis de tolerância à dor, com maior solicitação por analgesia epidural durante o parto.<sup>(11,12)</sup>

Diante da necessidade de elaboração de uma ferramenta para mensuração da severidade do medo do parto, abrangendo as nuances que a diferenciava das tradicionais escalas de estresse e ansiedade, Wijma *et al.*<sup>(6)</sup> desenvolveram, em 1998, o *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ), dividido em versão A e B, para mensurar o medo do parto por meio das expectativas pré-parto e experiências pós-parto, respectivamente.<sup>(5,6,13,14)</sup>

Trata-se de um questionário de autopreenchimento composto por 33 perguntas objetivas, avaliando receios e expectativas relativamente ao parto vaginal e classificando-os em uma escala de Likert de seis pontos, de “nem um pouco” (0) a “extremamente” (5). O somatório das pontuações varia de 0 a 165; quanto maior o escore, maior a intensidade do medo do parto.<sup>(13-15)</sup>

A ferramenta possui alta confiabilidade na predição de medo do parto, com um alfa de Cronbach igual a 0,93, e já está validada nos idiomas sueco, inglês, turco, ita-

liano, holandês, japonês, árabe, entre outros.<sup>(6,15-17)</sup> Loureiro (2013)<sup>(15)</sup> traduziu e validou o W-DEQ versão A para o português, nomeando-o Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP).

Ao longo dos anos, diversas notas de corte foram adaptadas para classificar as pontuações quanto ao grau de medo do parto. A literatura internacional, em sua maioria, reconhece que escores maiores ou iguais a 85 representam medo intenso, enquanto menores que 85, medo reduzido-moderado, também chamado de “medo administrável”. Um escore superior a 100 é considerado como tocofobia.<sup>(14,17-19)</sup> Zar *et al.* (2001)<sup>(20)</sup> discriminaram mais precisamente a classificação de medo do parto segundo o escore no QMPP. Segundo eles, pontuações de 0 a 37 indicam medo reduzido, de 38 a 65, medo moderado, de 66 a 84, medo elevado, de 85 a 99, medo intenso e acima de 100, tocofobia.<sup>(15,20)</sup>

O medo da dor é a causa mais frequente de medo do parto e o principal fator que faz a gestante optar pelo parto cesáreo, muitas vezes de forma eletiva e sem indicação obstétrica. Atualmente, o Brasil é o segundo país que mais realiza cesáreas no mundo, representando 57% dos partos, taxa muito acima dos 15% preconizados pela Organização Mundial de Saúde. Conjectura-se que as complicações maternas graves decorrentes de cesarianas mal indicadas são um fator que contribui para o lento processo de redução da mortalidade materna no Brasil.<sup>(1,5,8)</sup>

Considerando os fatos citados, o presente trabalho tem por objetivo analisar a prevalência do medo do parto nas gestantes usuárias da rede pública no município de Santos, por meio da aplicação do QMPP. Também visa correlacionar variáveis como idade, estado civil, escolaridade, idade gestacional, paridade, perdas gestacionais prévias e intercorrências obstétricas na atual gestação.

Dessa maneira, ao melhor compreender as variáveis que norteiam a experiência do parto vaginal por parte das gestantes, abrem-se caminhos para que políticas públicas de controle de ansiedade e medo do parto sejam implementadas na assistência pré-natal, a fim de propiciar uma assistência ao parto mais humanizada, com maior enfoque à saúde mental da gestante.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal cuja coleta de dados em campo foi iniciada em novembro de 2019 e encerrada em fevereiro de 2020. A pesquisa abrangeu cinco UBSs de diferentes regiões da cidade, a fim de garantir maior heterogeneidade da amostra (UBS Conselheiro Nébias, UBS Marapé, UBS Gonzaga, UBS Aparecida e UBS Vila Nova). A escolha das UBSs deu-se de forma aleatória por meio de sorteio em plataforma *on-line*.

Segundo dados do Datasus, no ano de 2017 foram registrados 4.146 partos vaginais de gestação única no município de Santos. Com base nisso, calculou-se a amostra mínima recomendada para o estudo, levando

em consideração um período de cinco meses para a aplicação dos questionários, assim como um erro amostral de 5% e nível de confiança de 90%. Essa amostra foi estimada em 253 participantes.<sup>(21)</sup>

Todavia, diante da eclosão dos primeiros casos de COVID-19 em Santos e das repercussões da pandemia, optou-se por encerrar a coleta de dados em campo antes do previsto, finalizando-a com uma amostra de 67 participantes.

As gestantes que compareceram ao pré-natal nas UBSs foram convidadas pelos pesquisadores a participarem do estudo. Foram feitas explicações sobre o objetivo da pesquisa, deixando clara a voluntariedade da participação e esclarecendo possíveis dúvidas. As gestantes foram orientadas pelos pesquisadores quanto ao correto preenchimento do questionário.

As participantes tomaram ciência do estudo e de sua finalidade e concordaram em participar dele por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com o objetivo de preservar a privacidade das voluntárias, nomes e informações pessoais irrelevantes para a pesquisa foram omitidos.

Os critérios de inclusão foram: gestantes a partir da 28ª semana de gestação, com idade maior ou igual a 18 anos, alfabetizadas em português, que planejavam conceber por meio de parto vaginal e que deram consentimento expresso para a inclusão na pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: menores de 18 anos, falta de consentimento, gestação múltipla e cesariana eletiva.

Primeiramente, foi solicitado às gestantes que preenchessem sozinhas o QMPP (Anexo 1). Após o término do questionário, os pesquisadores completaram uma ficha composta por dados sociodemográficos e obstétricos, que incluíam idade, estado civil, grau de escolaridade, idade gestacional, gestações prévias, número de partos prévios e comorbidades obstétricas na gestação atual. Essas informações foram obtidas por meio de entrevista com a participante, com perguntas diretas e em linguagem acessível.

A duração média da aplicação do questionário e da entrevista foi de 10 minutos.

Os dados coletados foram tabulados e posteriormente submetidos a análise estatística. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência e porcentagens (estado civil, escolaridade, intercorrências na gestação e primípara ou múltipara). Nas variáveis contínuas (idade, pontuação no questionário, número de gestações, número de partos e idade gestacional), foram calculados a média e o desvio-padrão para dados normais ou mediana e percentis (p25-p75) para dados com distribuição não paramétrica.

O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para determinar a distribuição paramétrica ou não dos dados. Para correlacionar a pontuação no QMPP com idade e idade gestacional, foram utilizados o teste de correlação de Pearson para dados contínuos de distribuição paramétrica e o teste de correlação de Spearman para distribuição não paramétrica.

Para avaliar se houve diferença estatística na pontuação do questionário, levando em consideração as características sociodemográficas, foi realizado o teste T de Student em caso de distribuição paramétrica ou de Mann-Whitney em distribuição não paramétrica.

Para avaliar se houve diferença entre os grupos “medo reduzido-moderado”, “medo intenso” e “tofofobia”, considerando os escores do questionário no que diz respeito a características sociodemográficas, foi aplicado o teste de ANOVA ou Kruskal-Wallis para desfechos contínuos ou qui-quadrado para desfechos qualitativos.

Foram considerados valores significativos um *p* menor que 0,05 e um intervalo de confiança de 95%. O programa estatístico utilizado foi R versão 3.6.1.

O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Lusiada (CEP-Unilus), sob o CAEE 25777919.5.0000.5436.

## RESULTADOS

Das 71 participantes elegíveis para o estudo, quatro foram excluídas por preenchimento incompleto e/ou incorreto do questionário, resultando em uma amostra final de 67 participantes.

Os dados demográficos e gestacionais estão descritos nas tabelas 1 e 2. A média de idade era de 26 anos (DP = 5,86), sendo a mínima 18 e a máxima 40 anos. A maioria das participantes era casada ou em união estável (55%, n = 37).

**Tabela 1. Frequência de dados demográficos e gestacionais**

Variável	n (%)
<b>Estado civil</b>	<b>67</b>
Solteira	30 (44,77)
Casada/união estável	37 (55,22)
<b>Escolaridade</b>	<b>67</b>
Ensino fundamental incompleto	5 (7,46)
Ensino fundamental completo	9 (13,43)
Ensino médio incompleto	15 (22,38)
Ensino médio completo	23 (34,32)
Ensino superior incompleto	8 (11,94)
Ensino superior completo	6 (8,95)
Pós-graduação	1 (1,49)
<b>Primigesta</b>	<b>67</b>
Sim	32 (47,76)
Não	35 (52,23)
<b>Perdas em gestações anteriores</b>	<b>67</b>
Sim	3 (4,47)
Não	64 (95,52)
<b>Intercorrências</b>	<b>67</b>
Sim	7 (10,44)
Não	60 (89,55)

**Tabela 2.** Média e mediana de dados demográficos e obstétricos

Variável	Média	Desvio-padrão
Idade	26,09	5,86
Idade gestacional	32,93	3,95
Pontuação no questionário	79,31	13,92
Variável	Mediana	Percentis 25-75
Número de gestações	1	0-1
Número de partos	1	0-1
Intercorrências		67
Sim		7 (10,44)
Não		60 (89,55)

Quanto à escolaridade, 34% das gestantes tinham ensino médio completo ( $n = 23$ ), enquanto 7,5% ( $n = 5$ ) referiram possuir ensino fundamental incompleto.

Em relação à paridade, 52,2% eram multigestas ( $n = 35$ ) e a idade gestacional média era de 33 semanas, variando de 28 a 41 semanas. Por meio da diferença entre gestações prévias e partos prévios, inferiu-se que três participantes (4,5%) tiveram alguma perda gestacional prévia.

Sete participantes (10,4%) referiram alguma intercorrência na atual gestação, incluindo hiperêmese gravídica ( $n = 1$ ), hipertensão arterial gestacional ( $n = 1$ ), sangramento excessivo ( $n = 1$ ), *diabetes mellitus* gestacional controlado ( $n = 2$ ), hipertensão arterial e anemia ( $n = 1$ ) e uma internação por motivos incertos. Ressalta-se que todas as pacientes faziam pré-natal em programa de risco habitual.

A pontuação média no QMPP foi 79,3 (DP = 13,9), com mínima de 40 e máxima de 112.

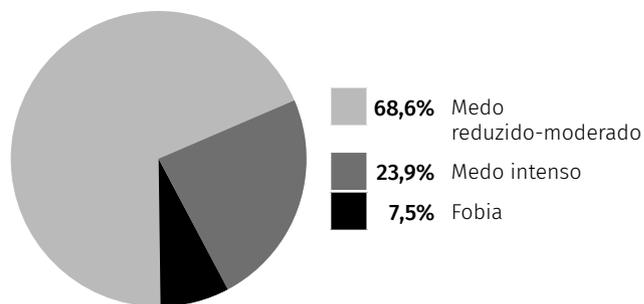
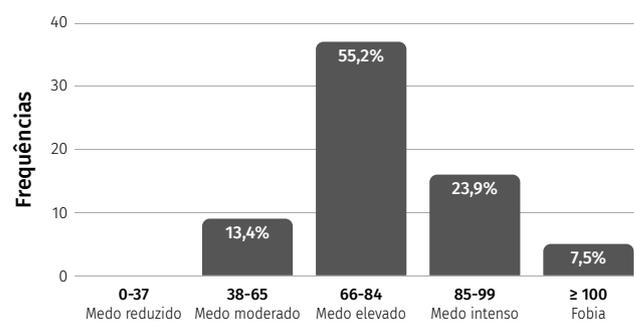
Em relação à classificação quanto ao grau de medo do parto, 46 gestantes (68,6%) tinham medo reduzido-moderado, 16 (23,9%), medo intenso e 5 (7,5%), tocofobia. Tais frequências encontram-se distribuídas na figura 1. Ao considerar como medo do parto pontuações maiores ou iguais a 85, agrupando-se os grupos de medo intenso e tocofobia, a prevalência foi de 31,4% ( $n = 21$ ).

A figura 2 aponta a distribuição das frequências segundo o grau do medo do parto com base nas notas de corte adaptadas por Zar *et al.* (2001).<sup>(14,20)</sup> Observa-se que mais da metade (55,2%) apresentou medo elevado do parto.

A partir da análise de dados, buscou-se correlacionar as variáveis sociodemográficas e gestacionais com a pontuação no QMPP. Foi observada uma correlação fraca positiva entre a idade e a pontuação ( $R = 0,3$ ,  $p = 0,015$ ).

Não houve diferença estatística na pontuação do QMPP com idade gestacional ( $p = 0,98$ ), estado civil ( $p = 0,65$ ), escolaridade, levando em conta finalização do ensino médio ( $p = 0,44$ ), perdas gestacionais prévias ( $p = 0,33$ ) ou intercorrências gestacionais ( $p = 0,16$ ).

Ao estratificar as pacientes pelos grupos definidos pela pontuação no questionário (Tabela 3), tendo como valores de corte 85 a 99 para medo intenso e  $\geq 100$  para tocofobia, a média de idade do grupo de medo reduzido-

**Figura 1.** Níveis de medo do parto na amostra, considerando notas de corte 85 e 100**Figura 2.** Níveis de medo do parto observados na amostra, segundo Zar *et al.* (2001)<sup>(20)</sup>

-moderado era de 25 anos, enquanto no grupo de tocofobia era de 30 anos. Apesar disso, não houve diferença estatisticamente significativa de idade ou idade gestacional nos grupos. Também não houve diferença no que diz respeito a escolaridade ( $p = 0,612$ ), intercorrências ( $p = 0,179$ ), perdas prévias ( $p = 0,654$ ) ou paridade ( $p = 0,069$ ).

Foi observada diferença estatisticamente significativa quando analisado estado civil ( $p = 0,017$ ), demonstrando que os grupos de medo intenso e tocofobia foram majoritariamente compostos por mulheres casadas ou em união estável.

## DISCUSSÃO

Aproximadamente 80% das mulheres apresentam algum grau de medo do parto durante a gestação, em sua maioria na forma leve e benigna.<sup>(18)</sup> Entretanto, estima-se que em 14% das gestantes essa condição pode ultrapassar os limites da normalidade e se tornar severa e incapacitante, com repercussões negativas à mulher e ao recém-nascido, sendo denominada tocofobia.<sup>(3,5,8)</sup>

Por anos, o medo do parto foi englobado como uma entidade pertencente aos distúrbios de ansiedade gerais, dadas as suas repercussões clínicas semelhantes, como dificuldades para dormir, preocupação excessiva e fadiga.<sup>(11)</sup> Nilsson *et al.* (2018)<sup>(2)</sup> afirmam que o campo de pesquisa nesse tema é extenso e complexo, sem muitos consensos ou definições.

Metanálises demonstram que a prevalência mundial de tocofobia é de 12% em múltiparas e de 16% em nulíparas. Conjectura-se que essa prevalência é subestima-

**Tabela 3.** Dados demográficos estratificados por grupo de acordo com o questionário QMPP

Variável	Medo reduzido-moderado n (%)	Medo intenso n (%)	Tocofobia n (%)	p-value
<b>Casada</b>	<b>46</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	
Sim	27 (58,69)	5 (31,25)	5 (100)	0,017
Não	19 (41,3)	11 (68,75)	0 (0)	
<b>Ensino médio completo</b>	<b>46</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	
Sim	28 (60,86)	8 (50)	2 (40)	0,612
Não	18 (39,13)	8 (50)	3 (60)	
<b>Primigesta</b>	<b>46</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	
Sim	25 (54,34)	7 (43,75)	0 (0)	0,069
Não	21 (45,65)	9 (56,25)	5 (100)	
<b>Perda prévia</b>	<b>46</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	
Sim	3 (6,52)	0 (0)	0 (0)	0,654
Não	43 (93,47)	16 (100)	5 (100)	
<b>Intercorrências</b>	<b>46</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	
Sim	3 (6,52)	3 (18,75)	1 (20)	0,179
Não	43 (93,47)	13 (81,25)	4 (80)	
<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>Média</b>	<b>Média</b>	<b>p-value</b>
Idade	25,2	27,31	30	0,14
Idade gestacional	32,61	33,25	34,8	0,47

da, visto que não considera as mulheres cujo medo do parto é tão severo que, por isso, não engravidam, assim como aquelas que recorrem a um abortamento provocado por causa da fobia.<sup>(11)</sup>

Ressalta-se também a influência da mídia na experiência da gestação, muitas vezes representando o parto com imagens de dor, sofrimento, desespero e descontrole. Rezende (2011),<sup>(22)</sup> ao analisar a representação da gestação em veículos de comunicação destinados às gestantes, observou que “o foco das matérias é a percepção de uma natureza emotiva à gravidez, durante a qual os sentimentos de medo e ansiedade seriam recorrentes”.

Ao averiguar a correlação com distúrbios psiquiátricos, Abdollahi *et al.* (2020)<sup>(23)</sup> evocam que gestantes com medo do parto possuem maiores taxas de transtornos de ansiedade, personalidade e humor e transtorno de estresse pós-traumático, assim como histórico de abusos físicos e/ou sexuais, esses associados principalmente à tocofobia em nulíparas.

O presente estudo buscou estimar a prevalência de medo do parto em gestantes do município de Santos, assim como possíveis variáveis correlacionadas. Foi utilizado o QMPP para a mensuração do nível de medo do parto da amostra, composta por 67 gestantes hípidas, maiores de 18 anos, com idade gestacional a partir da 28ª semana, alfabetizadas em português, em acompanhamento pré-natal de risco habitual e que pretendiam ter um parto por via vaginal.

Optou-se por selecionar uma amostra de gestações de risco habitual para evitar possíveis vieses que as complicações pré-natais ou gestações rotuladas como de alto risco acarretariam à amostra, como as repercussões de medo e ansiedade nas gestantes.

Até o momento da conclusão deste trabalho, em agosto de 2020, não foi encontrado nenhum relato da aplicação do QMPP em gestantes brasileiras nas bases de dados PubMed e SciELO, sendo este um trabalho pioneiro nesse sentido.

O período gestacional ideal de aplicação do QMPP não foi definido por Wijma em seu trabalho original. Porém, a maioria dos trabalhos internacionais optou por aplicá-lo no terceiro trimestre de gestação, possivelmente por ser essa a etapa que mais se aproxima do nascimento, intensificando as expectativas da gestante quanto ao trabalho de parto. O presente estudo decidiu-se por confluir com a literatura, utilizando como critério de inclusão gestantes a partir da 28ª semana.<sup>(215,20)</sup>

Observou-se prevalência de 31,4% de gestantes com escore maior ou igual a 85, que engloba medo do parto intenso e fobia. Tal achado é condizente com a literatura mundial, que aponta prevalência de medo do parto entre 3,7% e 43%.<sup>(3,8)</sup>

Concomitantemente, foi encontrada prevalência de 7,5% de tocofobia, correspondendo a escores maiores ou iguais a 100. Essa prevalência é estimada em 14% por uma metanálise internacional, porém essa utilizou diferentes

pontos de corte para estipular tal porcentagem.<sup>(3,5,8)</sup> Nesse sentido, Nilsson *et al.* (2018)<sup>(2)</sup> publicaram uma metanálise que incluiu 24 estudos metodologicamente fortes; três deles utilizaram como nota de corte escores maiores ou iguais a 100 no W-DEQ, resultando em uma média de 7,1% de prevalência de tocofobia nas gestantes, valor muito semelhante ao evidenciado pelo presente estudo.

Em contrapartida, a amostra de participantes que pontuaram escores maiores ou iguais a 100 foi de apenas 5, número pouco representativo para definir uma real prevalência de tocofobia nas gestantes santistas.

A pontuação média no QMPP foi de 79,3, representando uma média de medo reduzido-moderado do parto, considerando a maioria dos trabalhos internacionais que utilizam como nota de corte 85.<sup>(3)</sup> Porém, segundo Zar *et al.* (2001),<sup>(20)</sup> esse mesmo valor seria classificado como medo elevado do parto. Ainda, se analisada conforme o trabalho original de Wijma *et al.* (1998),<sup>(6)</sup> que preconizou uma nota de corte de 66, a amostra seria considerada como portadora de medo intenso do parto.<sup>(6,15,20)</sup>

O presente trabalho demonstrou fraca correlação positiva entre a idade da gestante e a pontuação no QMPP, sugerindo que quanto mais velha a mulher, maiores os seus níveis de medo do parto.

Ao analisar a variável estado civil, foi observada uma correlação estatisticamente significativa entre mulheres casadas ou em união estável e os grupos de medo intenso e tocofobia. No entanto, tal diferença pode ser atribuída às limitações quantitativas da amostra, visto que o grupo de fobia foi totalmente constituído por mulheres casadas. Essa mesma correlação não se mostrou estatisticamente significativa quando avaliada a pontuação numérica do QMPP.

Em relação à idade gestacional, não se observaram diferenças significativas com a pontuação do QMPP ou a estratificação em grupos, contrapondo com um estudo transversal finlandês que demonstrou maiores pontuações no QMPP após a 21ª semana de gestação.<sup>(10)</sup>

Da mesma forma, não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas entre participantes primíparas e múltíparas em relação à pontuação ou ao grupo pertencente. Rouhe *et al.* (2009)<sup>(10)</sup> afirmaram que o medo do parto seria mais intenso em nulíparas.

Não foi evidenciada associação estatisticamente significativa entre escolaridade e medo do parto. Loureiro (2013)<sup>(15)</sup> correlacionou desemprego e menor nível de escolaridade com maiores pontuações no QMPP, não encontrando associação significativa com outras variáveis. Todavia, o presente trabalho utilizou como parâmetro de escolaridade a conclusão do ensino médio, e não os anos de escolaridade, como feito pelo estudo citado. Tal divergência na mensuração possivelmente impactou os seus resultados.

Não foi demonstrada diferença estatística na pontuação do QMPP em relação às perdas gestacionais prévias ou intercorrências gestacionais. Uma das limitações do estudo é que a pesquisa dessas variáveis foi feita por

meio de interrogação direta às participantes, fator que pode ter ocasionado viés de memória, pelas dificuldades de discernir entre aborto e perda gestacional ou mesmo desconhecimento desse histórico, assim como certa desinformação em relação às intercorrências durante a gravidez. Sugere-se que tais informações sejam checadas em prontuários em futuras pesquisas.

Infelizmente, considerando as repercussões da pandemia de COVID-19, a coleta de dados precisou ser interrompida com uma amostra aquém da desejada. Essa decisão levou em conta dois motivos: primeiro, por prezar pela saúde tanto das gestantes como dos pesquisadores; segundo, cogitou-se que os reflexos da pandemia poderiam exacerbar as sensações de medo e ansiedade nas participantes, influenciando os resultados da pesquisa.

Pelos motivos expostos, pontua-se que seria pertinente a replicação do QMPP no cenário da pandemia, para, assim, ao comparar futuros resultados com aqueles encontrados nesta pesquisa, averiguar os impactos da atual conjuntura epidemiológica no medo do parto.

Ressalta-se também que a amostra do presente trabalho não é suficientemente representativa para toda a população brasileira ou mesmo para a população usuária do sistema público de saúde santista. Nesse sentido, a ampliação da amostra no futuro poderia tanto fornecer a real prevalência de medo do parto no Brasil como constatar de maneira mais fidedigna as variáveis implicadas, colaborando com metanálises sobre o tema.

Durante a aplicação dos questionários, os pesquisadores notaram certa dificuldade por parte das participantes em compreender o funcionamento do QMPP nos moldes da escala de Likert. Para muitas delas, foi preciso que os pesquisadores esclarecessem oralmente mais de uma vez a dinâmica dele, apesar das instruções de preenchimento devidamente impressas no topo do questionário.

Sabe-se que o QMPP foi originalmente desenvolvido na Suécia, país cuja população possui escolaridade superior à da brasileira. Uma vez que 43,3% das participantes desta pesquisa não possuíam ensino médio completo, questiona-se se o QMPP não seria demasiado complexo para ser aplicado em participantes de baixa escolaridade. Sugere-se a criação de uma nova escala ou adaptação dela para a mensuração do medo do parto de forma mais acessível a essas gestantes.

Com a expansão do conhecimento sobre o medo do parto e suas implicações, diversas pesquisas vêm sendo conduzidas nas áreas de psicologia e psiquiatria a fim de encontrar abordagens para os quadros mais severos. Abdollahi *et al.* (2020)<sup>(23)</sup> relataram que a psicoterapia reduziu o medo do parto e o escore no QMPP mais efetivamente do que o acompanhamento pré-natal de rotina. Duncan *et al.* (2017)<sup>(24)</sup> concluíram que 18 horas de treinamento em *mindfulness* direcionado à maternidade reduziram o medo e a dor no trabalho de parto em grávidas. Foi descrito por Rouhe *et al.* (2015)<sup>(25)</sup> que treinamentos em grupos de relaxamento reduziram os escores do QMPP em 10,3 pontos. Nessa mesma direção,

Haapio *et al.* (2017)<sup>(26)</sup> reportaram que níveis de medo do parto foram diminuídos com apenas duas horas de treinamento em parto por parteiras e doulas. Richter *et al.* (2012)<sup>(27)</sup> demonstraram os efeitos da terapia cognitivo-comportamental no abrandamento do estresse e dos níveis de cortisol em gestantes com sintomas de ansiedade, estresse e depressão.

Com base nas intervenções propostas pelos estudos citados e considerando que as gestantes do presente trabalho apresentavam, em média, medo do parto elevado, e 31,4% apresentavam medo intenso ou fóbico, ressalta-se a necessidade de adoção de medidas efetivas de controle do medo do parto durante o pré-natal. Tais intervenções, se bem orientadas e aplicadas por meio de políticas públicas de saúde, corroborariam a longo prazo com a redução das despesas em saúde, diminuindo taxas de cesariana eletiva, solicitação por analgesia epidural, tempo de internação em UTI neonatal, custos com fármacos para depressão pós-parto, entre outros gastos com complicações já citadas.<sup>(1,5,19)</sup>

Garthus-Niegel *et al.* (2014)<sup>(28)</sup> demonstraram que mulheres que preferiam um parto cesariano eletivo tinham maiores níveis de medo do parto, maior ansiedade pré-natal e maiores índices de transtorno de estresse pós-traumático do que aquelas que se submetiam ao parto vaginal.<sup>(28,29)</sup> Nesse sentido, reforça-se a importância da abordagem do medo do parto para diminuir as altas taxas de cesariana eletiva sem indicação obstétrica.<sup>(1)</sup>

Por fim, ao observar todas as repercussões que o medo do parto ocasiona na vida da gestante e de seu recém-nascido, constata-se que aspectos psicológicos não devem ser ignorados em um pré-natal de qualidade. Nesse sentido, por ser uma ferramenta rápida, custo-efetiva e confiável, levanta-se a possibilidade de o QMPP ser globalmente aplicado em consultas pré-natais. Desse modo, ao melhor compreender os anseios da gestante e efetivar um diagnóstico de medo do parto, abrem-se caminhos para uma intervenção psicoterápica precoce, assim como a promoção de um atendimento integral e estreitamento da relação médico-paciente.

## CONCLUSÃO

A presente pesquisa demonstrou prevalência de 31,4% de gestantes com medo do parto intenso e fóbico, com pontuação média de 79,3 no QMPP, correspondendo a medo elevado do parto. Foi observada fraca correlação positiva entre a idade e a pontuação do QMPP. Não foram evidenciadas outras associações entre as variáveis e a pontuação ou estratificação em grupos. Em vista dos resultados, acredita-se que as informações reunidas nesta pesquisa podem auxiliar na compreensão do medo do parto no Brasil, abrindo portas para que políticas públicas de controle de medo e ansiedade em gestantes sejam instituídas, aprimorando a assistência à saúde biopsicossocial da mulher e promovendo um parto mais humanizado.

## REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos ALR, Bacha AM, Alencar Junior CA, Leocádio EMA, Calderon IMP, Schirmer J, et al. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. 2001 [cited 2020 Apr 21]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)
2. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):28. doi: 10.1186/s12884-018-1659-7
3. Calderani E, Giardinelli L, Scannerini S, Arcabasso S, Compagno E, Petraglia F, et al. Tocophobia in the DSM-5 era: outcomes of a new cut-off analysis of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire based on clinical presentation. *J Psychosom Res*. 2019;116:37-43. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.11.012
4. Hofberg K, Ward MR. Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric-psychiatric interface. *Clin Obstet Gynecol*. 2004;47(3):527-34. doi: 10.1097/01.grf.0000132527.62504.ca
5. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(3):201-8.
6. 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*. 1998;19(2):84-97. doi: 10.3109/01674829809048501
7. Georgsson Ohman S, Saltvedt S, Grunewald C, Waldenström U. Does fetal screening affect women's worries about the health of their baby? A randomized controlled trial of ultrasound screening for Down's syndrome versus routine ultrasound screening. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83(7):634-40. doi: 10.1111/j.0001-6349.2004.00462.x
8. Kacperczyk-Bartnik J, Bartnik P, Symonides A, Sroka-Ostrowska N, Dobrowolska-Redo A, Romejko-Wolniewicz E. Association between antenatal classes attendance and perceived fear and pain during labour. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2019;58(4):492-6. doi: 10.1016/j.tjog.2019.05.0
9. Veringa IK, de Bruin EI, Bardacke N, Duncan LG, van Steensel FJ, Dirksen CD, et al. '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 the quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):377. doi: 10.1186/s12888-016-1070-8
10. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*. 2009;116(1):67-73. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x
11. O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P. Women's experiences of interventions for fear of childbirth in the perinatal period: a meta-synthesis of qualitative research evidence. *Women Birth*. 2020 Jun 7. doi: 10.1016/j.wombi.2020.05.008. [ahead of print].
12. Smorti M, Ponti L, Simoncini T, Pancetti F, Mauri G, Gemignani A. Psychological factors and maternal-fetal attachment in relation to epidural choice. *Midwifery*. 2020;88:102762. doi: 10.1016/j.midw.2020.102762
13. Mortazavi F, Agah J. Childbirth fear and associated factors in a sample of pregnant Iranian women. *Oman Med J*. 2018;33(6):497-505. doi: 10.5001/omj.2018.91
14. Wijma K, Alehagen S, Wijma B. Development of the delivery fear scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002;23(2):97-107. doi: 10.3109/01674820209042791
15. Loureiro SAM. O medo do parto: contributo para a validação do W-DEQ para grávidas portuguesas [dissertation Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2013 [cited 2019 Aug 1]. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70813/2/31089.pdf>
16. Takegata M, Haruna M, Matsuzaki M, Shiraishi M, Murayama R, Okano T, et al. Translation and validation of the Japanese version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A. *Nurs Health Sci*. 2013;15(3):326-32. doi: 10.1111/nhs.12036
17. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*. 2002;29(2):101-11. doi: 10.1046/j.1523-536x.2002.00170.x

18. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Oian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*. 2006;33(3):221-8. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00107.x
19. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(7):807-13. doi: 10.1080/00016340902998436
20. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Ther*. 2001;30(2):75-84. doi: 10.1080/02845710152507418
21. Ministério da Saúde. Secretaria Estadual de Saúde. Datasus. Declaração de Nascidos Vivos [Internet]. Rio de Janeiro: Coordenação Geral de Disseminação de Informações em Saúde. 2017 [cited 2019 Sep 9]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def>
22. Rezende CB. Um estado emotivo: representação da gravidez na mídia. *Cad Pagu*. 2011;(36):315-44. doi: 10.1590/S0104-8332011000100012
23. Abdollahi S, Faramarzi M, Delavar MA, Bakouei F, Chehrizi M, Gholinia H. Effect of psychotherapy on reduction of fear of childbirth and pregnancy stress: a randomized controlled trial. *Front Psychol*. 2020;11:787. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00787
24. Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):140. doi: 10.1186/s12884-017-1319-3
25. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Ryding EL, et al. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience-randomised controlled. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2015;36(1):1-9. doi: 10.3109/0167482X.2014.980722
26. Haapio S, Kaunonen M, Arffman 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*. 2017;31(2):293-301. doi: 10.1111/scs.12346
27. Richter J, Bittner A, Petrowski K, Junge-Hoffmeister J, Bergmann S, Joraschky P, et al. Effects of an early intervention on perceived stress and diurnal cortisol in pregnant women with elevated stress, anxiety, and depressive symptomatology. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2012;33(4):162-70. doi: 10.3109/0167482X.2012.729111
28. Garthus-Niegel S, von Soest T, Knop C, Simonsen TB, 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 Childbirth*. 2014;14:191. doi: 10.1186/1471-2393-14-191
29. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, 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 Childbirth*. 2017;17(1):195. doi: 10.1186/s12884-017-1371-z

## Anexo 1. Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP)

INSTRUÇÕES		Nº FICHA: _____
<p>Este questionário é sobre sentimentos e pensamentos que as mulheres possam ter perante a perspectiva do trabalho de parto e do parto.</p> <p>As respostas a cada questão aparecem como uma escala de 0 a 5. As respostas extremas (0 e 5 respetivamente) correspondem aos extremos opostos de um certo sentimento ou pensamento.</p> <p>Por favor preencha cada questão desenhando um círculo à volta do número que representa a resposta que melhor corresponde a como <b>imagina</b> que o seu trabalho de parto e parto serão. Por favor responda como <b>imagina</b> que o seu trabalho de parto e parto serão – não da forma como espera que sejam.</p>		
<b>I De uma forma geral, como pensa que irá ser o seu trabalho de parto e parto?</b>		
1	Extremamente fantástico	0 1 2 3 4 5 Nada fantástico
2	Extremamente assustador	0 1 2 3 4 5 Nada assustador
<b>II De uma forma geral, como acha que se vai sentir durante o trabalho de parto e parto?</b>		
3	Extremamente só	0 1 2 3 4 5 Nada só
4	Extremamente forte	0 1 2 3 4 5 Nada forte
5	Extremamente confiante	0 1 2 3 4 5 Nada confiante
6	Extremamente amedrontada	0 1 2 3 4 5 Nada amedrontada
7	Extremamente isolada	0 1 2 3 4 5 Nada isolada
8	Extremamente fraca	0 1 2 3 4 5 Nada fraca
9	Extremamente segura	0 1 2 3 4 5 Nada segura
10	Independente	0 1 2 3 4 5 Dependente
11	Extremamente desolada	0 1 2 3 4 5 Nada desolada
12	Extremamente tensa	0 1 2 3 4 5 Nada tensa
13	Extremamente contente	0 1 2 3 4 5 Nada contente
14	Extremamente orgulhosa	0 1 2 3 4 5 Nada orgulhosa
15	Extremamente abandonada	0 1 2 3 4 5 Nada abandonada
16	Extremamente calma e serena	0 1 2 3 4 5 Nada calma e serena
17	Extremamente relaxada	0 1 2 3 4 5 Nada relaxada
18	Extremamente feliz	0 1 2 3 4 5 Nada feliz
<b>III O que pensa que vai sentir durante o trabalho de parto e parto?</b>		
19	Extremo pânico	0 1 2 3 4 5 Nenhum pânico
20	Extrema falta de esperança	0 1 2 3 4 5 Nenhuma falta de esperança
21	Extremo desejo de ter a criança	0 1 2 3 4 5 Nenhum desejo de ter a criança
22	Extrema autoconfiança	0 1 2 3 4 5 Nenhuma autoconfiança
23	Muita confiança nos outros	0 1 2 3 4 5 Nenhuma confiança nos outros
24	Extrema dor	0 1 2 3 4 5 Nenhuma dor
<b>IV O que pensa que vai acontecer quando o trabalho de parto for mais intenso?</b>		
25	Me comportarei extremamente mal	0 1 2 3 4 5 Não me comportarei nada mal
26	Permitirei que o meu corpo assuma o controle total	0 1 2 3 4 5 Não permitirei que o meu corpo assuma o controle total
27	Perderei totalmente o controle de mim mesma	0 1 2 3 4 5 Não perderei de todo o controle de mim mesma
<b>V Como imagina que vai sentir o momento exato do parto?</b>		
28	Extremamente agradável	0 1 2 3 4 5 Nada agradável
29	Extremamente natural	0 1 2 3 4 5 Nada natural
30	Exatamente como deveria ser	0 1 2 3 4 5 Nada como deveria ser
31	Extremamente perigoso	0 1 2 3 4 5 Nada perigoso
<b>VI Durante o último mês, imaginou sobre o trabalho de parto e parto, como por exemplo...</b>		
32	... imaginou que o seu bebé vai morrer durante o trabalho de parto ou parto?	Nunca 0 1 2 3 4 5 Muito frequentemente
33	... imaginou que o seu bebé vai ficar ferido durante o trabalho de parto ou parto?	Nunca 0 1 2 3 4 5 Muito frequentemente
<b>Agora poderia, por favor, verificar se não se esqueceu de responder a nenhuma questão?</b>		