



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

Luna Lira Bergamini

Medo do parto no período puerperal

Maceió
2024

Luna Lira Bergamini

Medo do parto no período puerperal

Dissertação do Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas-UFAL, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Epidemiologia, fisiopatologia e terapêutica em ciências médicas

Orientador: Profa. Dra. Mércia Lamenha Medeiros

Coorientadora: Profa. Dra. Auxiliadora Damianne Pereira Vieira da Costa

Coorientador: Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto

Maceió
2024

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

B494m Bergamini, Luna Lira.

Medo do parto no período puerperal / Luna Lira Bergamini. – 2024.
50 f. : il.

Orientadora: Mércia Lamenha Medeiros.

Coorientadores: Auxiliadora Damianne Pereira Vieira da Costa,
Valfrido Leão de Melo Neto.

Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Maceió, 2024.

Bibliografia: f. 38-42.

Apêndices: f. 43-49.

Anexo: f. 50.

1. Parto. 2. Medo. 3. Puérperas - Brasil. I. Título.

CDU: 618.6

Folha de Aprovação



Documento assinado digitalmente

LUNA LIRA BERGAMINI

Data: 19/08/2024 12:12:09-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Mestranda Luna Lira Bergamini

Medo do parto no período puerperal

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 29 de Julho de 2024.



Documento assinado digitalmente

MERCIA LAMENHA MEDEIROS

Data: 21/08/2024 08:08:28-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Mércia Lamenha Medeiros

Universidade Federal de Alagoas / Faculdade de Medicina

Orientadora



Documento assinado digitalmente

AUXILIADORA DAMIANNE PEREIRA VIEIRA DA COSTA

Data: 21/08/2024 08:41:23-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Auxiliadora Damianne Pereira Vieira da Costa e Silva

Universidade Federal de Alagoas / Faculdade de Medicina

Co-orientadora



Documento assinado digitalmente

VALFRIDO LEAO DE MELO NETO

Data: 21/08/2024 08:46:06-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto

Universidade Federal de Alagoas / Faculdade de Medicina

Co-orientador

Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente

TELMO HENRIQUE BARBOSA DE LIMA

Data: 24/08/2024 09:13:25-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Prof. Telmo Henrique Barbosa de Lima / UNCISAL

Examinador Externo à Instituição



Documento assinado digitalmente

ALESSANDRA PLACIDO LIMA LEITE

Data: 19/08/2024 18:13:08-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Profa. Alessandra Plácido Lima Leite / UFAL

Examinadora Externo ao Programa



Documento assinado digitalmente

REGINALDO JOSE PETROLI

Data: 20/08/2024 08:12:04-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Reginaldo José Petrolí / UFAL

Examinador do Programa

AGRADECIMENTOS

Um muito obrigada a minha família, por todo o apoio em todas as etapas deste processo. Em especial a minha mãe, Elizabeth Torres Homem Lira e ao meu padastro Leopoldino Silva Gomes de Melo, por me apoiar com minha filha, me permitindo estudar, escrever e participar de cada reunião, seja online ou presencial. Obrigada a meu pai, Cláudio Estevão Bergamini, por ser uma inspiração para mim, como professor e mestre. À minha filha, Maria Jerusa, quem me acompanhou em todo o processo, desde o meu ventre (na seleção), participando das atividades online (seja dormindo no meu colo ou mamando), até as reuniões presenciais, correndo e brincando com os avós enquanto mamãe estudava. Um agradecimento ao meu marido, Edmar Felipe Alves dos Santos (in memoriam), quem sempre esteve do meu lado, e me enchia de amor e motivação.

À Universidade Federal de Alagoas, FAMED e Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, os quais sempre me acompanharam, nas maiores conquistas da minha vida, da graduação, à residência, até a pós graduação, muito orgulho de ser “filha da casa”.

À maternidade Santo Antônio, por ser meu primeiro local de trabalho na obstetrícia, local de grande aprendizado e onde obtivemos grande colaboração das participantes do estudo. Agradeço a cada puérpera participante, obrigada por contribuir para o avanço da pesquisa científica em um momento tão lindo e sensível de suas vidas.

Agradeço ao CNPq, por financiar a bolsa dos exemplares estudantes de medicina, Pedro e Eduardo, alunos de pibic que participaram da coleta de dados, à escrita dos artigos e compartilharam das minhas dores e dificuldades. Obrigada por sempre me darem força e consolo.

À banca presente na qualificação, professora Dra. Alessandra Plácido e professor Dr. Samir Kassar, pelas orientações salutaras. Por fim, mas, não menos importante, sou imensamente grata à minha orientação: Dra. Mércia Medeiros, Auxiliadora Costa e Valfrido Leão. Sempre recebi muita compreensão e palavras de incentivo, obrigada por não me deixarem desistir.

Dedico ao meu amor, Edmar Felipe Alves dos Santos, quem sempre acreditou em mim

RESUMO

Introdução: O medo do parto é referido como um medo irracional do momento do parto, afetando a saúde mental das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. O instrumento de investigação mais utilizado atualmente é o Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, que foi traduzido para várias línguas e pode ser aplicado tanto no período gestacional como no pós-parto, versões A e B, respectivamente. O presente estudo teve como objetivo realizar uma adaptação transcultural da versão B do questionário para o português do Brasil e, em seguida, aplicar o instrumento em uma amostra de puérperas brasileiras, no intuito de identificar a prevalência e epidemiologia do medo severo do parto no Brasil.

Metodologia: O questionário WDEQ-B foi transculturalmente adaptado em português do Brasil e, em seguida, aplicado em 186 puérperas, internadas em três maternidades públicas. Adicionalmente, foram avaliadas informações sociodemográficas, clínico-obstétricas e percepção de suporte social das puérperas, ponderando-se possíveis associações com o medo severo do parto.

Resultados: Foi realizada uma adaptação transcultural do WDEQ-B, com razoável correspondência do instrumento original e amplamente compreensível pelas participantes. A prevalência de medo severo do parto encontrada em nossa amostra foi de 7.54% (14). A menor escolaridade, mostrou-se um fator protetor para o medo severo do parto, com razão de prevalência de 0.24 (IC 95%: 0.07 – 0.85; $p = 0.03$). Percepção de baixo suporte social (razão de prevalência 3.83, IC 95%: 1.40 – 10.51; $p < 0.01$), discordância entre via de parto inicialmente pretendida e parto atual (razão de prevalência 4.97, IC 95%: 1.43 – 17.27; $p = 0.01$) e alto risco obstétrico (razão de prevalência 6.4, IC 95%: 1.47 – 27.91; $p = 0.01$), correlacionaram-se positivamente com medo severo do parto.

Conclusões: Realizamos a adaptação transcultural de um instrumento de pesquisa crucial para identificar a presença de medo severo do parto entre mulheres brasileiras no período puerperal. Os resultados encontrados levantam várias questões sobre o medo do parto no Brasil, ressaltando a importância de ampliar nosso conhecimento nesta área.

Palavras-chave: medo, parto, questionário, adaptação transcultural, puerpério, Brasil

ABSTRACT

Background: Fear of Childbirth (FOC) is referred as an unreasonable fear of the coming birth and affects mental health of several women on puerperal pregnancy cycle. The most widely used research instrument currently, is the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, which has been translated into several languages and can be applied both at gestational and postpartum period, versions A e B, respectively. The present study aimed to perform a cross-cultural adaptation of the questionnaire's version B in Brazilian Portuguese, and then, apply the instrument on a sample of puerperal Brazilian women.

Study Design: We conducted a cross-sectional study encompassing a process of cross-cultural adaptation of the WDEQ-B in Portuguese of Brazil and applied the instrument on 186 puerperal women, hospitalized on three public maternities. Sociodemographic, Clinical-obstetrics information and perception of social support, were also evaluated, and its relation to severe FOC was assessed.

Results: We performed a cross-cultural adaptation of the WDEQ-B, with reasonable match from the original instrument and broadly comprehensible by the participants. The prevalence of FOC found on our sample was 7.54% (14). Low educational level showed to be a protective factor to severe FOC, prevalence ratio = 0.24 (CI 95%: 0.07 – 0.85; $p = 0.03$). Perception of low social support (prevalence ratio 3.83, CI 95%: 1.40 – 10.51; $p < 0.01$), disagreement between initially desired and actual type delivery (prevalence ratio 4.97, CI 95%: 1.43 – 17.27; $p = 0.01$) and high obstetric risk (prevalence ratio 6.4. CI 95%: 1.47 – 27.91; $p = 0.01$), showed a positive correlation to severe FOC.

Conclusion: We successfully performed a cross-cultural adaptation of a crucial research tool to identify the presence of severe FOC among postpartum women in Brazilian context. The results found, rise several questions about how FOC is depicted in Brazil and how important it is to broaden this field's knowledge in our population.

Key-words: fear, childbirth, questionnaire, cross-cultural adaptation, postpartum women, Brazil

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e obstétricas das puérperas assistidas em maternidades públicas em Maceió, Alagoas (N=186).....	22
Tabela 2 – Correlação entre o medo severo do parto e variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais, das puérperas assistidas em maternidades públicas em Maceió, Alagoas.....	24
Tabela 3 – Análise multivariada das variáveis associadas ao medo severo do parto em puérperas assistidas em maternidades públicas em Maceió, Alagoas	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TEPT	Transtorno do Estresse Pós Traumático
WDEQ-B	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire - version B
WDEQ-A	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire - version A
EPDS	Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses
NOS	Newcastle Ottawa Scale
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
4 METODOLOGIA	16
4.1 Tipo de estudo e amostra	16
4.2 Critérios de inclusão e exclusão.....	16
4.3 Questionário sociodemográfico e anamnese dirigida	16
4.4 Questionário de percepção de suporte social	17
4.5 Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire version B	17
4.6 Aspectos éticos	18
4.7 Análise de dados	18
5 RESULTADOS	20
5.1 Análise descritiva do medo do parto na amostra estudada	20
5.2 Influência das variáveis sociodemográficas e obstétricas no medo severo do parto	20
6 DISCUSSÃO	26
7 PRODUTOS	33
8 CONCLUSÕES	34
9 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	41
APÊNDICE A Questionário sociodemográfico e anamnese dirigida	41
APÊNDICE B Escala de percepção de suporte social.....	42
APÊNDICE C Wijma delivery expectancy/experience questionnaire versão B adaptado transculturalmente para o português do Brasil	44
APÊNDICE D Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	46
ANEXOS	48
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.....	48

1 INTRODUÇÃO

O Medo do Parto, do inglês Fear of Childbirth, é uma condição clínica que afeta cerca de 14% das mulheres grávidas em todo o mundo, e vem apresentando uma tendência crescente nos últimos anos (O'CONNELL *et al.*, 2017). O medo severo do parto, ou tocofobia, é definido como um medo irracional do momento do parto e está relacionado a várias consequências negativas para a mulher, o conceito e a família. (DEMŠAR *et al.*, 2018; NORDENG *et al.*, 2012)

Essa condição clínica também está incluída no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais como transtorno de ansiedade fóbica, não especificado, e está associada à maior ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (DIKMEN-YILDIZ; AYERS; PHILLIPS, 2018; SÖDERQUIST *et al.*, 2009), depressão pós-parto (SÖDERQUIST *et al.*, 2009), transtornos de ansiedade e pior vínculo materno filial (MALAJU; ALENE; AZALE, 2022). Alguns estudos também correlacionam o medo do parto com maior índice de cesariana a pedido, parto prematuro, trabalho de parto prolongado, uso abusivo de contraceptivos e até de abortamentos provocados, tornando-se uma importante questão de saúde pública (JOMEEN *et al.*, 2021). (CALDERANI *et al.*, 2019; DEMŠAR *et al.*, 2018; NORDENG *et al.*, 2012; O'CONNELL *et al.*, 2017) (IMAKAWA *et al.*, 2022). O medo do parto tem relação ainda com maior insatisfação com o parto, que por sua vez pode gerar mais ansiedade e medo nas gestações subsequentes, podendo afetar, em alguns casos, até o futuro reprodutivo da mulher afetada. (MORTAZAVI; MEHRABADI, 2022)

Várias modalidades de intervenção já foram propostas para tratamento, incluindo intervenções educacionais, psicoterapia, psicoeducação em grupo com relaxamento, entrevistas motivacionais e terapia cognitivo comportamental, demonstrando alguma evidência de redução nos níveis do medo do parto, inclusive na mudança de escolha de via de parto entre as mulheres que passaram pela intervenção (ABDOLLAHI; FARAMARZI; DELAVAR, 2020; NERUM; HALVORSEN, 2006; ROUHE *et al.*, 2014).

O Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire foi desenvolvido em 1998, com a proposta de avaliar o medo do parto durante a gravidez e após o parto, e nos dias de hoje é o instrumento mais aceito e validado quando busca-se avaliar esta condição clínica (NILSSON *et al.*, 2018). Desde a criação da escala, vários pontos de

corte foram sugeridos, atualmente o mais aceito é 85, o que implica na presença de medo severo do parto e recomenda uma investigação mais ampla sobre essas mulheres (WIJMA; WIJMA; ZAR, 1998).

O estabelecimento desse ponto de corte específico foi defendido por Calderani *et al.*, após realizar um estudo observacional longitudinal com 106 mulheres, visando encontrar o ponto de corte ideal, tendo como padrão-ouro os critérios de Fobia Específica do DSM-5. Após a aplicação de questionários psicométricos investigando depressão, ansiedade e medo do parto, antes e após o momento do parto, o ponto de corte 85 demonstrou alta sensibilidade (100%) e especificidade (93,8%) para detectar medo do parto clinicamente relevante (CALDERANI *et al.*, 2019).

Um estudo brasileiro, investigando o medo do parto por meio do Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire foi realizado em Santos, São Paulo (MELLO *et al.*, 2021). O estudo avaliou 67 gestantes que realizavam pré-natal, aplicando o “Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP)”, uma versão em português europeu do WDEQ-A, validado por Loureiro *et al.* (LOUREIRO, 2013), para aplicação em mulheres portuguesas. A prevalência de medo intenso do parto foi de 31,4% (escore médio de 79,3), considerando um escore WDEQ igual ou superior a 85.

Os vínculos sociais no puerpério são de extrema importância para o bem-estar social, físico e mental da mulher, pois proporcionam sua melhor adaptação neste novo contexto que alberga o ciclo gravídico puerperal. O apoio social é um conceito que envolve quando e como os recursos humanos podem ajudar um determinado indivíduo necessitado. Alguns estudos comprovam uma associação entre o medo do parto e o apoio social insuficiente, atribuindo um importante fator de risco para o seu desenvolvimento (MORTAZAVI; AGAH, 2018).

Está havendo um aumento considerável no número de publicações sobre o medo do parto nas últimas décadas (DAI *et al.*, 2020), principalmente após 2000, atingindo um aumento de volume de quase 30 vezes, o que também se correlaciona com a época de criação do WDEQ (1998). No entanto, quase todos esses trabalhos científicos ocorreram em países europeus, para ilustrar, Finlândia, Suécia e Reino Unido são os três primeiros países em número de citações. Paradoxalmente, os países com maiores taxas de natalidade ainda não atingiram um número significativo de

estudos nessa área. O número de publicações sobre Medo do Parto no Brasil em 2020 foi de 30, o que correspondia à apenas 4% das publicações mundiais sobre o tema.

O medo do parto é um campo de pesquisa em ascensão, essencial para a saúde mental da mulher, influenciando não só o momento específico do parto, podendo também precipitar transtornos mentais e prejudicar a relação materno filial, influenciando a trajetória de vida da mulher. Brasil, assim como outros países emergentes, necessita, implementar ferramentas de triagem, acompanhamento e tratamento para o medo do parto. Este trabalho visou investigar a ocorrência do medo severo do parto em uma amostra brasileira, avaliando possíveis fatores associados, buscando ampliar o conhecimento acadêmico sobre o medo do parto no Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar a prevalência e epidemiologia do medo severo do parto, em puérperas internadas em maternidades SUS de Maceió.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar a adaptação transcultural do Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire version B para o português brasileiro;
- Avaliar o perfil sociodemográfico das puérperas usuárias da rede SUS de Maceió;
- Correlacionar os fatores associados ao medo severo do parto entre as puérperas;

3 REVISÃO DE LITERATURA

A prevalência mundial do medo severo do parto, no período pré-natal, foi estimada por meio de uma meta-análise realizada por O'connell et al, 29 estudos foram incluídos. A ferramenta de pesquisa mais utilizada foi o WDEQ-A, em 19 estudos, e destes, 12 utilizaram o ponto de corte de 85. Os estudos avaliados totalizaram 853.988 gestantes e a prevalência global encontrada foi de 14% (IC 95% 0.12 - 0.16), variando entre 4.7% e 43%, no entanto, foi observada heterogeneidade significativa ($I^2 = 99.25\%$). Considerando-se apenas os 12 estudos que utilizaram o WDEQ-A com o ponto de corte de 85, a prevalência encontrada foi de 12% (IC 95% 0.09 - 0.14) com uma heterogeneidade discretamente menor ($I^2 = 95.41\%$). (CONNELL; KHASHAN; LEAHY-WARREN, 2020)

Em uma revisão sistemática realizada em 2018 (NILSSON *et al.*, 2018) foram incluídos 24 trabalhos no intuito de compendiar pesquisas publicadas reportando prevalência do medo do parto em gestantes. Os estudos albergaram 9 países europeus, Austrália, Canadá e Estados Unidos, utilizando diferentes ferramentas de pesquisa para avaliação do medo do parto, sendo o WDEQ o questionário mais frequentemente utilizado, presente em 11 estudos. Quando considerados apenas os 7 estudos cujas prevalências foram alcançadas utilizando o WDEQ com o ponto de corte de 85, a prevalência encontrada foi de 11.1%, variando de 6.3 a 14.8%. A revisão sistemática concluiu que há uma ampla variação da prevalência do medo do parto entre os diferentes países, mesmo utilizando as mesmas ferramentas diagnósticas, e que mais pesquisas são necessárias para elucidar as razões para este fenômeno. O estudo ressalta ainda que utilizar o WDEQ com um ponto de corte de 85 é uma maneira válida e consistente em se avaliar o medo severo do parto, e recomenda esta estratégia de pesquisa em estudos futuros.

Até o momento, não há revisão sistemática ou meta-análise publicada, que se concentre no medo do parto especificamente no período puerperal, no entanto, a literatura mostra que este pode ser correlacionado com o medo do parto em período antenatal. Para ilustrar, em estudo realizado em Florença, Itália, estudaram-se 106 mulheres antes e após o parto (aplicação do WDEQ A e B), encontrando-se uma prevalência de 14.2% de medo severo do parto, em ambos os períodos. Este estudo correlacionou os scores de escalas para diversos transtornos psiquiátricos, estabelecendo o ponto de corte de 85 como ponto de corte ideal para estabelecimento do medo do parto em nível patológico. Foi observada ainda uma

correlação moderada entre medo do parto e a ansiedade pós-parto, ressaltando a importância de se rastrear esta condição no período gravídico puerperal. (CALDERANI et al., 2019)

Em outro estudo, realizado em uma população holandesa, a prevalência encontrada foi de 11%, avaliando-se 246 mulheres seis semanas após o parto, utilizando-se o WDEQ-B com o ponto de corte de 85, para a definição de medo severo do parto. Os autores também encontraram uma correlação positiva entre medo severo do parto e depressão pós-parto, avaliada pela Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) (Razão de chances 9.2, 95%, IC 95% 2.6 – 32; $p < 0.01$). (BANGMA et al., 2020).

Em estudo indiano, Jha et al. realizaram a validação da versão Hindi do Wijma Delivery Experience Questionnaire Version B e encontraram uma prevalência de Medo do Parto de 13.1%, com um ponto de corte também de 85, analisando 1.004 puérperas em Chhattisgarh. Além disso, pontuações mais altas do WDEQ-B foram positivamente associadas a sintomas de depressão pós-parto, avaliados também por meio da aplicação da EPDS (JHA et al., 2018).

Já no Irã, Mortazavi et al., avaliaram 662 puérperas, encontrando uma taxa de medo severo do parto de 21.1%, utilizando, similarmente, um ponto de corte de 85 no score do WDEQ-B. Os autores também examinaram variáveis de cunho psicossocial, demonstrando que baixa satisfação com a relação conjugal (Razão de chances 2.59; $p < 0.01$), com o apoio do marido (Razão de chances 2.06; $p < 0.01$) e com a renda familiar (Razão de chances 1.62; $p < 0.01$) previam a ocorrência de medo severo do parto. No entanto, não houve utilização de questionário validado para examinar essas variáveis, e estas foram avaliadas através de perguntas diretas, respondidas em escalas de *Likert*, que variavam de 1 a 5. (MORTAZAVI; MEHRABADI, 2021)

Outros estudos avaliaram o medo do parto no pós-parto através da aplicação do WDEQ-B utilizando diferentes pontos de cortes: ≤ 37 representando baixo nível de medo, 38-65 representando medo moderado e ≥ 66 representando medo elevado. No Malawi, avaliando-se 153 puérperas, 49% relataram baixos níveis de medo do parto; 41% níveis moderados e 10% medo elevado. (KHWEPEYA et al., 2018) Os mesmos pontos de corte foram utilizados em um estudo australiano, que examinou 243 mulheres com seis semanas pós-parto, encontrando: 26% de baixo nível de medo do parto; 48% nível moderado e 26% com nível elevado (FENWICK et al., 2009).

Em nenhum desses dois estudos, idade, escolaridade e paridade foram destacadas como determinantes dos níveis de medo do parto. Além disso, esses pontos de corte

foram baseados no quarto quartil dos dados obtidos por um estudo pioneiro em medo do parto, considerando sua população examinada, e não em sua apresentação clínica, conforme critério utilizado no presente estudo (ZAR; WIJMA; WIJMA, 2001).

Conforme explicitado acima, há bastante variabilidade quando avaliamos o medo severo do parto no período puerperal, a depender da população e variáveis estudadas. Assim, foi realizada, adicionalmente a este estudo transversal, uma revisão sistemática e metanálise em medo do parto no período puerperal (Produto 7.2).

Na revisão sistemática e metanálise, foram incluídos estudos observacionais do tipo coorte, caso controle e transversais, publicados após 1998, que avaliaram o medo do parto através do Wijma Delivery Experiency Questionnaire – Version B, considerando medo severo do parto um score ≥ 85 , aplicado nas primeiras 6 semanas pós-parto. As bases de dados pesquisadas foram a Medline, acessada via PubMed, Elsevier, Lilacs, SciELO, Open Access Theses and Dissertations (OATD) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

Um total de 1196 trabalhos foram encontrados e após aplicação de critérios de inclusão e exclusão, 6 artigos foram incluídos. A prevalência global encontrada foi de 21% ($I^2 = 97\%$; IC 95% 0.14 - 0.30; $p < 0,01$). A ocorrência de sintomas depressivos, cesareana de emergência e longa duração entre admissão e parto, foram os principais fatores envolvidos no desenvolvimento do medo severo do parto.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo e amostra

O presente estudo tem um desenho observacional transversal, realizado nas maternidades de referência, que prestam serviço ao Sistema Único de Saúde de Alagoas. A coleta de dados teve início em outubro de 2022 e encerrou-se em abril de 2023.

O cálculo amostral foi realizado através da calculadora statcalc do programa Epiinfo 7.2.5, considerando-se a prevalência estimada de medo severo do parto em 14%, conforme metanálise de O'connel *et al.*. Para realização do cálculo foi considerado um nível de significância de 5% e efeito do desenho de 1.0, com estimativa de 20% de perdas, chegando-se à amostragem de 185 puérperas. A coleta de dados foi realizada em maternidades públicas de três unidades de saúde, sendo uma maternidade de alto risco obstétrico e duas de baixo risco obstétrico, localizadas em Maceió, Alagoas. Os instrumentos aplicados incluíram: Questionário sociodemográfico e anamnese dirigida (Apêndice A), Escala de percepção de suporte social (Apêndice B) e o Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire version B adaptado transculturalmente para o português do Brasil (Apêndice C).

4.2 Critérios de Inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão do estudo englobaram: puérperas dentro da janela de 1 semana pós-parto, que estavam nas dependências dos hospitais incluídos na pesquisa; idade > 14 anos; e presença de capacidade intelectual de responder ao questionário. Os critérios de exclusão se configuraram como: puérperas fora da janela de 1 semana pós-parto; puérperas que tiveram partos de natimortos, recém-nascidos com malformações graves ou gemelares; incapacidade intelectual de compreender as perguntas dos questionários e pacientes internadas em unidades de cuidados intensivos ou de terapia intensiva.

4.3 Questionário sociodemográfico e anamnese dirigida

O questionário em questão foi criado especificamente para este estudo e é dividido em duas seções principais, a primeira de dados sociodemográficos e a segunda de anamnese dirigida, contendo informações clínicas e obstétricas da participante. Os dados sociodemográficos coletados incluíram: nome, idade, estado civil, profissão, cidade, bairro, e-mail e renda familiar (em salários mínimos). Na seção de anamnese dirigida foi questionado: paridade (número de gravidezes, partos e abortos), via de parto atual, satisfação com o parto

atual (respondido em uma escala de *Likert* de 1 a 6), histórico de doença psiquiátrica, doenças prévias à gestação, intercorrências em gestação atual, se houve necessidade de internação em gestação atual, qual a preferência de via de parto antes do parto e se a mesma foi mantida após a ocorrência do parto. Nesta seção há ainda uma pergunta aberta: “Qual apoio você teve no trabalho de parto?”.

4.4 Questionário de percepção de suporte social

O questionário de percepção de suporte social foi desenvolvido e utilizado no Medical Outcomes Study (MOS), pesquisa realizada em 1991, que entrevistou 2.987 pacientes com doenças crônicas. Construiu-se então um questionário autoaplicável, objetivo e de fácil compreensão, buscando avaliar a percepção do indivíduo sobre o seu próprio suporte social. O questionário em questão, originalmente denominado Medical Outcomes Study Social Support Scale (MOS-SSS), foi validado para o português brasileiro por Griep et al. (GRIEP *et al.*, 2005), através de sua aplicação em 4.030 funcionários inseridos no estudo Pró Saúde. O questionário abrange três dimensões principais do suporte social: material, afetivo - interação social positiva e emocional-informacional e é composto por 19 questões, respondidas em uma escala *Likert* de cinco itens: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre.

4.5 Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire version B

O Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire atualmente é o instrumento mais aceito quando busca-se avaliar o medo do parto (NILSSON *et al.*, 2018). O questionário foi desenvolvido em 1998 e é formado por 33 questões que investigam sentimentos e pensamentos que podem ocorrer em relação ao parto, avaliando o medo do parto durante a gravidez (aplicação da versão A) e/ou após o parto (aplicação da versão B). As questões são respondidas em uma escala *Likert* que varia de 1 (“extremely”) a 6 (“not at all”), o autor original escolheu essa variação (de 1 a 6) para que o sujeito não pudesse escolher uma resposta neutra. A pontuação final varia de 0 a 165 e é determinada pela soma de todas as respostas, não obstante, os itens que correspondem a sentimentos positivos (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) devem ser invertidos para o cálculo. Desde a criação da escala, vários pontos de corte foram sugeridos, atualmente o mais aceito é 85, o que implica na presença de medo severo do parto e

recomenda uma investigação mais ampla e intervenção adequada para esta população (WIJMA; WIJMA; ZAR, 1998).

O passo inicial da pesquisa englobou o processo de adaptação transcultural do WDEQ-B, que visa alcançar equivalência entre as versões original e alvo de um questionário, observando não apenas o idioma, mas também os aspectos culturais inerentes a cada nação. Este processo dá origem a um instrumento mais confiável, já que visa à construção de uma ferramenta para ser utilizada especificamente em um determinado contexto cultural, reduzindo assim o viés e aumentando a viabilidade do estudo. O processo de adaptação transcultural ocorreu em cinco etapas, segundo Beaton et al. (BEATON *et al.*, 2000), compreendendo tradução, síntese, retrotradução, revisão por comitê de especialistas e fase pré-teste. Foi desenvolvido assim, o Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire version B adaptado transculturalmente para o português do Brasil, cujo processo de elaboração encontra-se detalhado na seção de produtos.

4.6 Aspectos éticos

Todas as participantes foram convidadas a participar do estudo durante seu período de internamento após o parto nas maternidades citadas. Os pesquisadores envolvidos na coleta de dados explanaram sobre os objetivos, benefícios e riscos do estudo, esclarecendo quaisquer dúvidas das participantes. Para todas as participantes foi entregue e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), entregando-se ainda uma cópia assinada por pelo menos um dos pesquisadores.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética e pesquisa local da Universidade Federal de Alagoas, de acordo com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 58827122.4.1001.5013 (Anexo A).

4.7 Análise de dados

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha Excel, construída para este estudo. Primeiramente, os dados foram examinados descritivamente por meio do programa STATA versão 16.0, utilizando o formato de média e desvio padrão. Testes T foram realizados representando uma amostra normal de acordo com as análises de Shapiro-Wilk, com um $p < 0,001$. A amostra foi então categorizada em dois grupos principais, com e sem medo severo do parto, de acordo com o ponto de corte e 85 no score do WDEQ-B. Esses grupos foram então comparados quanto às variáveis: idade, estado civil, escolaridade,

profissão, renda, procedência (capital ou interior), risco obstétrico, paridade, comorbidades prévias, intercorrências obstétricas, internações durante a gestação, via de parto atual, via de parto preferencial, percepção de baixo suporte social, e suas dimensões.

As pontuações do questionário de percepção do suporte social foram somadas e depois dicotomizadas, usando o primeiro quartil de distribuição como ponto de corte (DOS SANTOS *et al.*, 2012). A definição de alto ou baixo risco obstétrico foi realizada de acordo com o Manual da Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2022).

A comparação entre os grupos foi avaliada por análises de qui-quadrado. As associações entre a presença de medo severo do parto e as variáveis categóricas foram avaliadas por análises de regressão de Poisson. As associações entre o medo severo do parto e variáveis contínuas foi realizada através de regressão logística multinomial. Foi realizada ainda análise de regressão logística multivariada, incluindo as variáveis que demonstraram uma associação com o medo severo do parto com um valor de p menor ou igual a 0.05. Foram adotadas como estatisticamente significantes, análises com valor de $p < 0.05$.

5. RESULTADOS

5.1 Análise descritiva do medo do parto em puérperas assistidas em maternidades públicas

A prevalência do medo do parto encontrada na amostra do estudo, compreendendo 186 puérperas entrevistadas, foi de 7.54%, correspondendo a 14 participantes. O score variou de 9 a 111, com uma média de 62.9 (Desvio Padrão= 17.7).

5.2 Influência das variáveis sociodemográficas e obstétricas no medo do parto

As características sociodemográficas e clínico-obstétricas da amostra estão descritas na tabela 1. As associações entre o medo severo do parto e as variáveis estudadas estão descritas na tabela 2. Foi realizada ainda uma análise multivariada, descrita na tabela 3, na qual apenas as variáveis cuja relação com o medo severo do parto demonstraram uma associação com valor de $p < 0.05$ foram inseridas no modelo de regressão, na intenção de verificar como estas variáveis se comportariam sob a influência umas das outras.

A idade das participantes variou entre 16 e 41 anos, com uma média de 26.4 (tabela 1). No grupo medo severo do parto houve variação entre de 21 a 41 anos. Entre as puérperas com medo severo do parto, 14.29% (2) possuíam idade maior ou igual à 35 anos. Analisando-se os extremos de idade, com relação à presença de medo severo do parto não houve significância estatística.

Entre as participantes da amostra, 30.11% (56) não tinham parceiro. A correlação entre a ausência de parceiro e medo severo do parto gerou uma razão de prevalência de 0.39 (CI 95% 0.09 – 1.68), com um valor de p de 0.20 (tabela 2).

Quanto à escolaridade, 52.69% (98) das participantes completaram o ensino fundamental, o que foi designado como menor escolaridade, enquanto, 47.3% (88) possuíam uma escolaridade de ensino médio completo a ensino superior completo. Analfabetismo não foi declarado. Ao analisarmos menor escolaridade com a presença de medo severo do parto, foi observada uma razão de prevalência de 0.24 (CI 95% 0.03 – 0.85), com valor de $p = 0.03$.

Não foram encontradas associações entre a presença de medo severo do parto e as variáveis referentes à renda e atividade profissional. Para esta última, consideramos como

inativas, as mulheres que se declararam como desempregadas, e ativas, as que se declararam como do lar ou com alguma ocupação específica.

Ao avaliar local de ocorrência do parto, 48,39% (90) das participantes foram entrevistadas em maternidade de alto risco obstétrico e 10,75% (20) tiveram a necessidade de internação durante a gestação. Entre as intercorrências, a mais comum foi síndrome hipertensiva, em 39,78% (74), englobando as entidades de: hipertensão gestacional, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica.

Outras intercorrências, em ordem de frequência, foram: diabetes gestacional (16), rotura prematura de membranas ovulares (7), diabetes mellitus pré-gestacional (3) e asma (2). Em ocorrência única encontramos ainda: cardiopatia reumática, síndrome do anticorpo antifosfolípide, endometriose, trombose venosa profunda, prematuridade, incompetência istmo cervical e hemorragia pós-parto. Avaliando-se a variável de internação hospitalar na gestação vigente, demonstrou-se uma associação estatisticamente significativa com a ocorrência do medo severo do parto (tabela 2).

As variáveis analisadas referentes à via de parto demonstraram: 41,40% (77) tiveram parto normal e 58,60% (109) foram submetidas a parto cesárea. Esta última via apresentou tendência à associação com a presença de medo severo do parto (tabela 2). Entre as cesarianas, 56,88% ocorreram em maternidade de alto risco, ao analisarmos os resultados, surgiu o questionamento de qual seria a via de parto mais temerosa neste contexto clínico-obstétrico. A cesárea no alto risco demonstrou associação significativa estatisticamente com o medo severo do parto (razão de prevalência 2.23; IC 1.14 – 4.38; $p = 0.02$), enquanto o parto normal, nesse mesmo contexto, não (razão de prevalência 0.94; IC 0.25 – 3.59; $p = 0.94$).

Em nosso instrumento de pesquisa, perguntou-se a preferência de via de parto da paciente, antes do início do trabalho de parto, observou-se que, 56,99% (106) preferiam parto normal.

Das 106 participantes que preferiam parto normal, cerca de metade, 52, foram submetidas a parto cesariano, com tendência a associação com o medo severo do parto (razão de prevalência de 2.58; IC 95% 0.95 – 7.01; $p = 0.07$). Entre as 80 mulheres que

tinham preferência por parto cesariano, 27 evoluíram para parto normal, sem associação com o medo severo do parto (razão de prevalência 1.02; IC 95% 0.24 – 4.34; $p = 0.97$).

A taxa geral de discordância entre a via de parto desejada e a realizada foi de 42.3% (79). Esta variável esteve associada com a presença de medo severo do parto (tabela 2).

Em relação a variáveis psicossociais, observamos que 25.81% (45) das participantes possuíam uma percepção de baixo suporte social, o que apresentou uma associação positiva com a ocorrência de medo severo do parto (tabela 2). Esta variável foi então, recategorizada em três dimensões de suporte social, previamente citadas na metodologia. Apenas a dimensão de suporte emocional-informacional mostrou uma tendência de associação com o medo severo do parto (razão de prevalência 2.44; IC 95% 0.90 – 6.65; $p = 0.08$). Em nossa amostra, nenhuma das participantes com medo severo do parto apresentava doença psiquiátrica diagnosticada na gestação ou previamente a ela.

Na análise multivariada, descrita na Tabela 3, permaneceram de forma estatisticamente significantes, associadas ao medo severo do parto, as variáveis de menor escolaridade e percepção de baixo suporte social. O modelo gerado explica 24% (R^2 ajustado = 0.24) da ocorrência de medo severo do parto, na amostra estudada.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e obstétricas das puérperas assistidas em maternidades públicas em Maceió, Alagoas (N=186)

Variáveis	Média ± DP	n(%)
Idade	26.48 ± 6.0	
WDEQ-B	62.95 ± 17.7	
Estado civil		
Solteira		56 (30.11)
Casada ou com união estável		130 (68.89)
Nível educacional		
Menor escolaridade		98 (52.69)
Maior escolaridade		88 (47.31)
Atividade profissional		
Inativas		107 (57.53)
Ativas		79 (42.47)
Renda		
≤ 1 salário mínimo		138 (87.63)
>1 salário mínimo		48 (25.81)
Procedência do interior		87 (46.77)
Maternidade de alto risco obstétrico		90 (48.39)
Internações durante a gestação		20 (10.75)
Paridade		
Primípara		64 (34.41)
Múltipara		122 (65.59)
Via de parto		
Vaginal		77 (41.40)
Cesareana		109 (58.60)
Preferência de via de parto		
Vaginal		106 (56.99)
Cesareana		80 (43.01)
Discordância de via de parto		79 (42.43)

Tabela 2 – Correlação entre o medo severo do parto e variáveis socioeconômicas, obstétricas e psicossociais, das puérperas assistidas em maternidades públicas em Maceió, Alagoas

Variável	Medo severo do parto (n=14) 28.5	Sem medo severo do parto (n=172) 26.32	Razão de prevalência	IC 95%	Valor de p
Média de idade					
Idade ≥ 35	2 (14.28)	19 (11.05)	1.31	0.31 – 5.47	0.71
Ausência de parceiro	2 (14.28)	54 (31.39)	0.39	0.09 – 1.68	0.21
Menor escolaridade	3 (21.43)	95 (55.32)	0.24	0.07 – 0.85	0.03*
Inatividade profissional	6 (42.86)	101 (58.72)	0.55	0.20 – 1.54	0.26
Renda ≤ 1 salário mínimo	9 (64.28)	129 (75.00)	0.63	0.22 – 1.78	0.38
Percepção de baixo suporte social	8 (57.4)	40 (23.25)	3.83	1.40 – 10.51	< 0.01*
Primiparidade	7 (50.00)	57 (31.14)	1.91	0.70 – 5.21	0.21
Cesareana	12 (85.71)	97 (56.39)	4.24	0.97 – 18.47	0.05
Preferência cesariana	5 (35.14)	75 (43.60)	0.74	0.25 – 2.11	0.57
Discordância de via de parto	11 (78.57)	68 (39.53)	4.97	1.43 – 17.27	0.01*
Alto risco obstétrico	12 (85.71)	78 (45.35)	6.40	1.47 – 27.91	0.01*
Internações	4 (28.57)	16 (9.30)	2.98	1.02 – 8.72	0.04*

Dados da pesquisa 2024

*valor de p < 0.05

Tabela 3 – Análise multivariada das variáveis associadas ao medo severo do parto em puérperas assistidas em maternidades públicas em Maceió, Alagoas

Variáveis	Razão de prevalência	Intervalo de confiança 95%		p
Menor escolaridade	0.26	0.07	0.91	0.03*
Percepção de baixo suporte social	3.97	1.43	10.99	< 0.01*
Discordância entre via de parto inicialmente pretendida e parto atual	2.57	0.70	9.40	0.15
Maternidade de alto risco obstétrico	3.07	0.63	14.96	0.16
Internações durante a gestação	2.78	0.97	7.94	0.06

Dados da pesquisa 2024

*valor de $p < 0.05$

6. DISCUSSÃO

A prevalência de medo severo do parto no presente estudo, 7.54%, encontra-se dentro da média mundial segundo meta-análise de O'Connell *et al.*, entre 3.4 e 43%, e pela revisão sistemática de Nilsson *et al.*, entre 6.3% e 14.8%. Avaliando-se a média do score do WDEQ-B encontrada, 62.95, sob a ótica da classificação sugerida por ZAR; WIJMA; WIJMA, 2001 e utilizada por outros autores, (FENWICK *et al.*, 2009; KHWEPEYA *et al.*, 2018; MORTAZAVI; MEHRABADI, 2021), podemos observar que a média da amostra se encontra classificada como medo moderado (escore entre 38 e 65).

Quando analisamos apenas os trabalhos que avaliaram o medo severo do parto em período puerperal, com o WDEQ-B, com um ponto de corte de 85, observamos prevalências e médias de escores superiores à encontrada no presente estudo. Contudo, o presente trabalho se tratou de um estudo pioneiro, sobre o medo do parto no pós-parto no Brasil, e não foram identificadas pesquisas prévias disponíveis para compararmos com esta população.

Um estudo brasileiro que investigou o medo do parto por meio do WDEQ em nossa população (MELLO *et al.*, 2021), encontrou uma prevalência substancialmente superior (31.4% gestantes, com escore médio de 79.3), numa amostra de 67 gestantes que faziam o pré-natal em Santos-SP. Porém, o instrumento de pesquisa utilizado foi o Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP), versão portuguesa do Wijma Delivery Expectancy/Experience (LOUREIRO, 2013), Questionnaire versão A, e as entrevistas deram-se no período pré-natal. Dessa forma, podemos ressaltar que se necessitam de mais estudos brasileiros, que investiguem o medo do parto no pós-parto, para que melhor, se esclareçam os fatores que poderiam explicar a prevalência desta condição encontrada em nossa população. Além disso, o presente estudo realizou uma adaptação transcultural de uma importante ferramenta de pesquisa, permitindo assim, seu uso em estudos futuros, buscando-se uma maior compreensão sobre o medo do parto e seus efeitos, em populações brasileiras.

Avaliando-se a influência da idade na presença de medo severo do parto, nosso estudo sugeriu que, idade inferior a 21 anos, pode ser uma tendência para um fator predisponente para a ocorrência desta. Coincidindo com estudo realizado no Irã, no qual,

mulheres com idade inferior a 30 anos apresentaram níveis mais elevados de medo do parto (razão de chance ajustada 0.05), entretanto, mais uma vez, sem significância estatística ($p = 1.43$). (MORTAZAVI; MEHRABADI, 2021). Por outro lado, Mello *et al.* sugerem que mulheres mais velhas tenderiam a ter uma expectativa de experiência de parto mais temerosa (MELLO *et al.*, 2021). Assim, ainda não está totalmente claro qual seria o papel da idade, na ocorrência do medo severo do parto, podemos inferir apenas uma influência variável, a depender da amostra populacional, e não se mostra como fator preponderante para sua ocorrência.

Nas últimas décadas, tem sido reportado um aumento significativo no índice de cesarianas em todo o mundo, Betran *et al.*, em uma análise longitudinal, avaliando as taxas de cesariana em nível mundial, entre 1990 e 2014, estimou uma taxa de crescimento global em 12.4%, subindo para 19.4%, quando analisados os países Latino Americanos e Caribe (BETRAN *et al.*, 2021). No Brasil, este aumento é identificado em todas as classes sociais, etnias e estados brasileiros. Entre 2000 e 2018, o índice de cesarianas nas maternidades SUS Brasileiras foi de 48.7%, enquanto a Organização Mundial de Saúde afirma que esta porcentagem deveria estar entre 10 e 15%, albergando os casos em que este procedimento cirúrgico é realmente necessário para o bem estar materno e fetal. (GUIMARÃES *et al.*, 2021) Neste trabalho, a ocorrência de partos cesarianos foi ainda maior, chegando a uma prevalência de 58.5%, ilustrando a alta taxa de cesariana no território brasileiro.

Estima-se ainda que 1 a 9% dos procedimentos cirúrgicos são realizados em resposta a pedidos maternos, sem indicação obstétrica clara. Diversos estudos sugerem que esta demanda está frequentemente associada a razões psicossociais e mais especificamente ao medo do parto vaginal. (BETRAN *et al.*, 2021; CALDERANI *et al.*, 2019; NERUM; HALVORSEN, 2006). Em nosso estudo, foi demonstrada uma tendência de correlação positiva, entre parto cesariano e medo severo do parto. Jha *et al.* também demonstraram este achado, evidenciando que o medo do parto no puerpério foi mais prevalente entre as puérperas submetidas ao procedimento (JHA *et al.*, 2018).

Os resultados do nosso estudo sugeriram que, mulheres com discordância entre a via de parto atual e a inicialmente pretendida, tenderam a ter medo severo do parto, com uma tendência ligeiramente maior, naquelas participantes que desejavam um parto normal, mas foram submetidas à cesariana. Este achado também foi sugerido por outro estudo que analisou 496 primíparas suecas para investigar as diferenças entre a

experiência do parto em mulheres que tiveram uma cesariana eletiva e outros tipos de parto, usando o WDEQ-A no período pré-natal e o WDEQ-B aplicado 3 meses após o parto. De acordo com os achados, houveram mais experiências negativas de parto entre as mulheres que planejaram um parto natural, mas tiveram uma cesariana de emergência ou parto vaginal assistido, em comparação com aquelas que tiveram cesariana eletiva ou parto vaginal espontâneo ($p < 0.001$ na ANOVA testes comparando os grupos)(WIKLUND *et al.*, 2008).

A cesareana de emergência impõe importante quebra de expectativa, uma vez que sua ocorrência está associada a mudanças individuais nos planos de cada mulher, podendo levar a sentimentos de decepção, insatisfação e perda de controle sobre o processo, o que afeta negativamente a experiência pós-parto e a satisfação com o nascimento. Mulheres que planejaram ou esperavam um parto vaginal podem se sentir frustradas quando há necessidade de uma cesareana de emergência (LARSSON *et al.*, 2011).

Por outro lado, também foi demonstrado que elevado nível de medo do parto durante a gravidez é um fator de risco para a realização de uma cesareana eletiva (RYDING *et al.*, 2016). Tal achado foi sugerido em grande estudo prospectivo multicêntrico, com 6549 gestantes em sua rotina pré-natal, no qual foram incluídos seis países europeus: Bélgica, Islândia, Dinamarca, Estônia, Noruega e Suécia. A preferência de via de parto foi pesquisada durante a gestação, e evidenciou-se que multíparas e nulíparas com medo severo do parto, tinham 1.66 e 1.87 vezes mais chance, respectivamente, de optarem por procedimento cirúrgico eletivo. Evidenciou-se ainda que, a preferência por cesárea eletiva se correlacionou positivamente com: medo severo do parto e experiência negativa de parto prévio nas multíparas; e sintomas depressivos nas nulíparas. (RYDING *et al.*, 2016).

No entanto, nosso estudo demonstrou que, mesmo após o parto cesariano, os scores do WDEQ-B eram elevados, e que a cesariana eletiva não parece ser uma boa estratégia para a redução do medo severo do parto. Pelo contrário, nas mulheres que desejavam inicialmente parto vaginal e foram submetidas à cesárea, houve tendência a maior frequência de medo severo de parto. Além disso, no contexto de alto risco obstétrico, a cesárea foi associada estatisticamente ao medo severo do parto, enquanto o parto normal, não demonstrou tal associação.

Assim, provavelmente, a via de parto desempenha um papel significativo na percepção de satisfação das mulheres e no desenvolvimento no medo do parto. Esta condição é um importante fator a ser considerado, quando pensamos em políticas públicas que estimulem as taxas de parto vaginal, minimizando assim o medo de parto entre parturientes. Além de levar à diminuição das altas taxas de parto cesáreo em nosso país, diminuindo-se assim, conseqüentemente, custos de saúde e morbidade materno-infantil.

No presente trabalho, a variável de percepção de baixo suporte social apresentou associação importante com o medo severo do parto, permanecendo assim na análise multivariada. Em estudo longitudinal italiano, 179 nulíparas foram avaliadas quanto a influência do suporte social materno em sua experiência de parto e no desenvolvimento de depressão pós-parto. O questionário de suporte social materno foi aplicado no terceiro trimestre, e a EPDS um mês após o parto. Nesta última, um score acima de 12 indica provável transtorno depressivo, e sugere maior investigação psiquiátrica nestas mulheres. Achados demonstraram que, o suporte social é um fator protetor para a ocorrência de um trabalho de parto longo e difícil, visto que participantes com maior suporte tiveram menor necessidade do uso de ocitocina e métodos analgésicos. Suporte social mostrou-se protetor também para a ocorrência de sintomas depressivos, tanto diretamente, quanto indiretamente, visto que faz a mediação para boas características clínicas de parto (TANI; CASTAGNA, 2016).

Diversos estudos demonstram a correlação entre sintomas depressivos e medo severo do parto no pós-parto. Bangma *et al.*, Jha *et al.* e Calderani *et al.*, avaliaram a presença dos sintomas através da aplicação da EPDS. A prevalência de participantes com sintomas depressivos importantes foi de 11% em estudo holandês (BANGMA *et al.*, 2020), 15,1% no estudo italiano (CALDERANI *et al.*, 2019) e 17.1% em estudo indiano (JHA *et al.*, 2018). Calderani *et al.* resalta ainda que, a presença de um histórico de doença psiquiátrica também é um fator importante como preditor do medo severo do parto, já que pode levar a uma maior vulnerabilidade psicopatológica, predispondo a uma experiência de parto mais temerosa. Sentimentos de ansiedade, medo da responsabilidade, medo de ser incapaz de cuidar do recém-nascido ou de desenvolver depressão severa podem estar envolvidos neste processo.

Mães com depressão pós-parto vivenciam sentimentos de falta de afeição pelo seu filho, o que gera sentimentos de culpa e inutilidade, diminuindo seu senso de competência

no papel da maternidade. Estes fatores, associados à idealização da maternidade preconizada pela sociedade, e ao estigma da doença mental, levam ao subdiagnóstico destas condições, e a perpetuação dos sintomas depressivos (TANI; CASTAGNA, 2016). Estes achados são consonantes com o estudo de Malaju *et al.* (MALAJU; ALENE; AZALE, 2022), que avaliaram o impacto de diversas condições de saúde em termos de funcionamento, em 775 puérperas, através da aplicação do instrumento WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule). O estudo concluiu que, tanto a depressão, quanto o medo severo do parto, levaram a prejuízo funcional no pós-parto, e que 53% das mulheres que apresentaram o medo severo do parto, avaliado pelo WDEQ-B, sofreram impacto significativo em seu funcionamento avaliado até 18 semanas após o parto.

Analisando-se a escolaridade das participantes, em nossa amostra foi observado que participantes com nível médio completo e acima, possuíram uma maior tendência a apresentar medo severo do parto. Este achado difere do encontrado em um estudo iraniano, avaliando fatores associados ao parto vaginal, no qual mulheres com menor escolaridade tendiam a apresentar níveis mais elevados de medo do parto (MORTAZAVI; MEHRABADI, 2021).

Estes dados demonstram ainda que, a escolaridade formal, não garante conhecimento sobre a saúde feminina, e que esta temática pode estar sendo desconsiderada nos currículos educacionais brasileiros.

Em revisão sistemática de ensaios clínicos, focando na redução do medo do parto, foi demonstrado que, ações educacionais realizadas no período gravídico-puerperal, são capazes de reduzir o medo do parto, e consequentemente, diminuir morbidade materna. Dessa forma, a aquisição de conhecimentos específicos referentes a saúde da mulher e o parto, podem contribuir para uma experiência de parto mais positiva e saudável, gerando assim melhor estabelecimento do vínculo materno filial e menos sofrimento psíquico (CHALLACOMBE *et al.*, 2021; MOGHADDAM HOSSEINI; NAZARZADEH; JAHANFAR, 2018).

Ensaio clínico recente realizado na Turquia demonstra ainda que, estratégias de educação antenatal são efetivas em diminuir o medo do parto no pós-parto, depressão, ansiedade e o estresse em comparação ao grupo controle, além de aumentar os índices de parto vaginal (ÇANKAYA; ŞİMŞEK, 2021). Em revisão integrativa brasileira, avaliando a

influência do pré-natal na escolha da via de parto, os autores colocam que a maioria das mulheres não recebem as devidas orientações sobre o parto durante o pré-natal. Embora algumas possuam a tendência de agir instintivamente, outras necessitam de ações norteadoras para se tranquilizar durante o parto (SANTOS CARVALHO; FARIAS NUNES CERQUEIRA, 2020).

O parto normal é uma experiência profundamente transformadora que vai além do aspecto físico. Envolve a mulher em uma jornada de força e empoderamento, capacitando-a a lidar com a intensidade da parturição, reconhecendo a dor como parte integrante desse processo natural. A falta de informações sobre o parto em si, durante o pré-natal, torna-se uma barreira para a vivência deste momento com segurança e autodeterminação (SANTOS CARVALHO; FARIAS NUNES CERQUEIRA, 2020).

Apesar da implantação de programas de educação pré-natal serem uma realidade em muitos países europeus, ainda há carência de programas estruturados implantados a nível nacional. No Brasil, políticas como a Rede Cegonha e mais recentemente a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rami), são exemplos de tentativas de humanização e melhoria na atenção dedicada às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. Estas políticas propõem a melhoria do atendimento às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto, abrangendo ainda o recém-nascido e às crianças com até dois anos de idade (MORTELARO *et al.*, 2022).

Portanto, há necessidade crescente de estratégias educacionais que trabalhem especificamente o parto, reafirmando sua ocorrência como fenômeno natural, que marca o nascimento de um ser, e que por isso, deve ser encarado de maneira positiva e leve. Esta visão, associada à criação de ambientes de parto centrados na mulher, onde esta se sinta livre e segura, com baixo risco de uma experiência de parto negativa ou traumática, são estratégias capazes de diminuir os índices do medo severo do parto e suas consequências. Assim, é imperativa a implantação de políticas governamentais, que apoiem o melhor preparo das equipes de saúde para a realização de um pré-natal que aborde os sentimentos da gestante quanto ao parto, e que invista em medidas que visem a ocorrência de um parto respeitoso e humanizado.

Uma das estratégias possíveis, mostrada em um estudo iraniano previamente citado (MORTAZAVI; AGAH, 2018) é a presença da doula durante o trabalho de parto, não ter a

profissional durante o parto, aumentou em 1.47 vezes o risco do desenvolvimento do medo severo do parto. No Brasil, a Rami tem promovido aumento da distribuição dos recursos em saúde materno-infantil, e a figura da doula tem tido mais espaço nas maternidades públicas, atuando na melhora da percepção do parto como evento natural pelas mulheres assistidas, e na sensação de segurança, para a paciente e seus familiares, em relação ao processo.

No entanto, uma das grandes dificuldades em nosso país é a heterogeneidade encontrada na implantação da Rami, na qual os recursos disponíveis encontram-se condicionados a fatores particulares de cada sistema local de saúde. Em muitos territórios, as usuárias do SUS não possuem acesso a um pré-natal adequado, e consequentemente não são orientadas sobre informações do que deve ser esperado em um trabalho de parto fisiológico. Outra questão a ser discutida é a qualificação profissional adequada que alinhe as diferentes áreas de saúde em boas práticas obstétricas, buscando maior humanização do cuidado (JUNIOR, 2015). Assim, o presente trabalho se configura como um passo inicial para a melhor compreensão do medo do parto no puerpério no Brasil e aponta possíveis grupos de risco para o desenvolvimento desta condição clínica.

7. PRODUTOS

1. Artigo submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI)
QUALIS B1 em Medicina I – Plataforma Sucupira (Quadriênio 2017-2020)
BERGAMINI, Luna Lira; SILVA, Pedro Henrique do Nascimento; BARRETTO, Eduardo Pereira; COSTA, Auxiliadora Damianne Pereira Vieira da; DE-MELO-NETO, Valfrido Leão; MEDEIROS, Mércia Lamenha. Cross-cultural adaptation of the Wijma Delivery Experience Questionnaire version B in Brazilian Portuguese. Rev. bras. saúde matern. Infant. 2024
2. Artigo submetido à Revista de Ciências Médicas e Biológicas
QUALIS A4 em Medicina I – Plataforma Sucupira (Quadriênio 2017-2020)
BERGAMINI, Luna Lira; SILVA, Pedro Henrique do Nascimento; BARRETTO, Eduardo Pereira; COSTA, Auxiliadora Damianne Pereira Vieira da; VELOSO, Felipe; MEDEIROS, Mércia Lamenha. O medo do parto no puerpério: uma revisão sistemática e metanálise. Revista de Ciências Médicas e Biológicas. 2024
3. Artigo a ser submetido à Clinical Neuropsychiatry
QUALIS A3 em Medicina I – Plataforma Sucupira (Quadriênio 2017-2020)
BERGAMINI, Luna Lira; SILVA, Pedro Henrique do Nascimento; BARRETTO, Eduardo Pereira; COSTA, Auxiliadora Damianne Pereira Vieira da; DE-MELO-NETO, Valfrido Leão; MEDEIROS, Mércia Lamenha. Fear of childbirth in Brazil: a cross-sectional study. Clinical Neuropsychiatry. 2024

8. CONCLUSÃO

A prevalência do medo do parto encontrada neste estudo transversal foi de 7.54%, correspondendo a 14 participantes. Além disso, coloca-se em evidência a alta taxa de cesariana em nossa amostra de conveniência e sua correlação com o medo severo do parto no puerpério. Fatores de: percepção de baixo suporte social, menor escolaridade, alto risco obstétrico, internações na gestação e discordância entre via de parto inicialmente pretendida e parto atual, se configuram em importantes preditores no desenvolvimento do medo do parto.

É imprescindível que o medo severo do parto seja um fator considerado na atenção à saúde mental da mulher, visto as circunstâncias adversas que podem ser geradas através do seu desenvolvimento. A melhoria do cuidado atenção pré-natal, e na infraestrutura e qualidade do atendimento hospitalar oferecido durante o parto, podem ajudar a identificar grupos de mulheres que estão em maior risco de desenvolver medo severo do parto, e oferecer intervenções apropriadas para a redução desta condição.

9. LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Uma das limitações deste trabalho foi seu caráter transversal, o seguimento da participante durante a gestação, puerpério, e pós-parto tardio, poderia fornecer mais aspectos importantes associados ao medo do parto e suas consequências.

Este trabalho configura como um dos primeiros passos para a investigação do medo do parto no Brasil, e seus achados, precisam ser confirmados, ou refutados, por mais estudos na área. Outro ponto interessante seria a aplicação de métodos de intervenção para a redução do medo do parto, aplicados em nossa população, em amostra de pacientes apresentando esta condição. Assim, testaríamos a eficácia de métodos de intervenção, na diminuição dos scores de medo de parto, e se haveria influência na preferência de via de parto, parto atual e morbidades psiquiátricas e psicossociais associadas.

Há várias medidas interessantes que poderiam ser propostas neste sentido, incluindo: treinamento de equipes de saúde no pré-natal e parto, introdução da figura da doula, ações educativas com gestantes e acompanhantes, fortalecimento do suporte social e mudanças infraestruturais e assistenciais nas maternidades. A conscientização dos profissionais de saúde sobre esta condição é muito importante para a implantação de assistência individualizada e integral à saúde materna.

REFERÊNCIAS

ABDOLLAHI, Somayeh; FARAMARZI, Mahbobeh; DELAVAR, Mouloud Agajani. Effect of Psychotherapy on Reduction of Fear of Childbirth and Pregnancy Stress : A Randomized Controlled Trial. **Front. Psychol.**, [s. l.], v. 11, n. May, p. 1–12, 2020.

BANGMA, Meike *et al.* The association between depressive symptoms during pregnancy and post-delivery fear of childbirth; a prospective study. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, [s. l.], v. 38, n. 4, p. 367–377, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1753031>.

BEATON, Dorcas E *et al.* Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **SPINE** Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M.B., 2000. **Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. Spine (Phila. Pa. 1976).** 25, 3186–3191., [s. l.], v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.

BETRAN, Ana Pilar *et al.* Trends and projections of caesarean section rates: Global and regional estimates. **BMJ Global Health**, [s. l.], v. 6, n. 6, p. 1–8, 2021.

CALDERANI, Enrico *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. **Journal of Psychosomatic Research**, [s. l.], v. 116, n. November 2018, p. 37–43, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.11.012>.

ÇANKAYA, Seyhan; ŞİMŞEK, Bülent. 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**, [s. l.], v. 30, n. 6, p. 818–829, 2021.

CHALLACOMBE, Fiona L. *et al.* Fear of childbirth during pregnancy: associations with observed mother-infant interactions and perceived bonding. **Archives of Women's Mental Health**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 483–492, 2021.

CONNELL, Maeve A O; KHASHAN, Ali S; LEAHY-WARREN, Patricia. Women ' s experiences of interventions for fear of childbirth in the perinatal period : A meta-synthesis of qualitative research evidence. **Women and Birth**, [s. l.], n. 2019, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.05.008>.

DAI, Lijing *et al.* Worldwide research on fear of childbirth: A bibliometric analysis. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 15, n. 7 July, p. 1–13, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0236567>.

DEMŠAR, Karin *et al.* Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. [s. l.], v. 46, n. September 2014, p. 151–154, 2018.

DIKMEN-YILDIZ, Pelin; AYERS, Susan; PHILLIPS, Louise. Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v. 229, p. 377–385, 2018.

DOS SANTOS, Letícia Marques *et al.* Maternal mental health and social support: Effect on childhood atopic and non-atopic asthma symptoms. **Journal of Epidemiology and Community Health**, [s. l.], v. 66, n. 11, p. 1011–1016, 2012.

FENWICK, Jennifer *et al.* Pre-and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. **Journal of Clinical Nursing**, [s. l.], v. 18, n. 5, p. 667–677, 2009.

GRIEP, Rosane Harter *et al.* Construct validity of the Medical Outcomes Study ' s social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 703–714, 2005.

GUIMARÃES, Nara Moraes *et al.* Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro : prevalência e perfil das parturientes Childbirths under the unified health system (SUS) of brazil : prevalence and profile of parturients. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], p. 11942–11958, 2021.

IMAKAWA, Cibele Santini Oliveira *et al.* Is it Necessary to Evaluate Fear of Childbirth in Pregnant Women? A Scoping Review. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, [s. l.], v. 44, n. 7, p. 692–700, 2022.

JHA, Paridhi *et al.* Fear of childbirth and depressive symptoms among postnatal women: A cross-sectional survey from Chhattisgarh, India. **Women and Birth**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. e122–e133, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.07.003>.

JOMEEN, J. *et al.* Tokophobia and fear of birth: a workshop consensus statement on current issues and recommendations for future research. **Journal of Reproductive and Infant**

Psychology, [s. l.], v. 39, n. 1, p. 2–15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1843908>.

JUNIOR, ANTONIO RODRIGUES FERREIRA. **PROFISSIONALIZAÇÃO INVISÍVEL: FORMAÇÃO E TRABALHO DE DOULAS NO BRASIL**. 2015. - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - Unicamp, [s. l.], 2015.

KHWEPEYA, Madalitso *et al.* Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1–10, 2018.

LARSSON, Christina *et al.* Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. **Sexual and Reproductive Healthcare**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 83–89, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2010.11.003>.

LOUREIRO, Soraia Andrea Miranda. **O MEDO DO PARTO - CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DO W-DEQ PARA GRÁVIDAS PORTUGUESAS**. 2013. - Universidade do Porto Orientador:, [s. l.], 2013.

MALAJU, Maregn Tilahun; ALENE, Getu Degu; AZALE, Telake. Longitudinal functional status trajectories and its predictors among postpartum women with and without maternal morbidities in Northwest Ethiopia: A group based multi-trajectory modelling. **BMJ Global Health**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 1–17, 2022.

MELLO, Rafaela Saragiotto Ferreira De *et al.* Medo do parto em gestantes. **femina**, [s. l.], v. 49, n. 1, 2021.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de Gestão de Alto Risco [recurso eletrônico]** /, [s. l.], p. 180–187, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>.

MOGHADDAM HOSSEINI, Vahideh; NAZARZADEH, Milad; JAHANFAR, Shayesteh. Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. **Women and Birth**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 254–262, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.007>.

MORTAZAVI, Forough; AGAH, Jila. Childbirth Fear and Associated Factors in a Sample of

Pregnant Iranian Women. **Oman Med J.**, [s. l.], v. 33, n. 6, p. 497–505, 2018.

MORTAZAVI, Forough; MEHRABADI, Maryam. Predictors of fear of childbirth and normal vaginal birth among Iranian postpartum women: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 21, n. 316, p. 1–12, 2021.

MORTAZAVI, Forough; MEHRABADI, Maryam. Predictors of low birth satisfaction among Iranian postpartum women: A cross-sectional study. **Nursing Open**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 604–613, 2022.

MORTELARO, Priscila Kiselar *et al.* Da Rede Cegonha à Rami : tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico- puerperal. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 48, n. 140, p. 1–15, 2022.

NERUM, Hilde; HALVORSEN, Lotta. Maternal Request for Cesarean Section due to Fear of Birth : Can It Be Changed Through Crisis-Oriented Counseling ?. **Birth**, [s. l.], n. September, p. 221–228, 2006.

NILSSON, C *et al.* Definitions , measurements and prevalence of fear of childbirth : a systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], p. 1–15, 2018.

NORDENG, Hedvig *et al.* Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. **Archives of Women's Mental Health**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 203–209, 2012.

O'CONNELL, Maeve A *et al.* Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, [s. l.], v. 96, n. 8, p. 907–920, 2017.

ROUHE, Hanna *et al.* Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience – a randomised controlled trial. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**, [s. l.], v. 8942, p. 1–9, 2014.

RYDING, Elsa Lena *et al.* Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth – a six-country cohort study. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 37, n. 3, p. 75–83, 2016.

SANTOS CARVALHO, Silas; FARIAS NUNES CERQUEIRA, Raiane. Influência Do Pré Natal Na Escolha Do Tipo De Parto: Revisão De Literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 63, p. 120–128, 2020.

SÖDERQUIST, J. *et al.* Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, [s. l.], v. 116, n. 5, p. 672–680, 2009.

TANI, Franca; CASTAGNA, Valeria. Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, [s. l.], p. 1–4, 2016.

WIJMA, K.; WIJMA, B.; ZAR, M. Psychometric aspects of the W-DEQ; A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 84–97, 1998.

WIKLUND, I *et al.* Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. **BJOG**, [s. l.], p. 324–331, 2008.

ZAR, Margareta; WIJMA, Klaas; WIJMA, Barbro. Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. **Scandinavian Journal of Behaviour Therapy**, v. 30, n. 2, p. 75–84, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário sociodemográfico e anamnese dirigida

- Questionário Sociodemográfico

Nome: _____

Idade: _____ Estado Civil: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Viúva ☐ União estável

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Cidade e bairro: _____

Email: _____

Renda Familiar: (em salário mínimo R\$ 1212,00) ☐ <1 ☐ =1 ☐ 1-2 ☐ >2

- Anamnese dirigida

Nº de gravidezes: _____ Nº de partos anteriores: _____ (incluindo o atual)

Nº de abortos (e em que idade gestacional): _____

Se teve partos anteriores, de que tipo foram?

☐ normal ☐ ventosa ☐ forceps ☐ normal com episiotomia ☐ cesariana

Via de parto: ☐ normal ☐ normal com episiotomia ☐ cesariana de urgência

Satisfação com o parto: Insatisfeita 0 1 2 3 4 5 Extremamente satisfeita

- Qual apoio você teve no trabalho de parto?

- Possui história de doença psiquiátrica prévia? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, especifique: ☐ Ansiedade ☐ Depressão ☐ Tentativa de suicídio ☐ Esquizofrenia

☐ Uso de drogas - Se sim, qual droga? _____

Outros: _____

- Doenças prévias à gestação: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Hipotireoidismo ☐ Obesidade ☐ Epilepsia ☐

Outro _____

- Intercorrências nesta gestação:

☐ Pré Eclampsia ☐ Diabetes gestacional ☐ Pielonefrite ☐ Trabalho de Parto Prematuro

☐ Outro _____

- Internações nesta gestação: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, quantos dias e qual a principal hipótese diagnóstica?

- Qual era a sua preferência de via de parto? ☐ normal ☐ cesariana

Foi mantida? ☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE B – Questionário de percepção de suporte social

Questionário de percepção de suporte social

1. Com quantos parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, incluir esposo, companheiro ou filho nesta resposta).

_____ parentes 0- nenhum

2. Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua esposo, companheiro ou filho nesta resposta).

_____ amigos 0- nenhum

3. Se você precisar, com que frequência conta com alguém que a ajude se ficar de cama?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

4. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para lhe ouvir, quando você precisa falar?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

5. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

6. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para levá-la ao médico?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

7. Se você precisar, com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

8. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para se divertirem juntos?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

9. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para lhe dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

10. Se você precisar, com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

11. Se você precisar, com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

12. Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem relaxar?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

13. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

14. Se você precisar, com que frequência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

15. Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

16. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar doente?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

17. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

18. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

19. Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

20. Se você precisar, com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

21. Se você precisar, com que frequência conta com alguém que você ame e faça você se sentir querido?

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre

APÊNDICE C – Wijma delivery expectancy/experience questionnaire version B adaptada transculturalmente para o português do Brasil

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre sentimentos e pensamentos que as mulheres podem ter após o parto. As respostas para cada pergunta aparecem como uma escala de 1 a 6. As respostas mais nas laterais (1 e 6 respectivamente) correspondem aos opostos de um certo sentimento ou pensamento. Por favor, complete cada questão circulando o número da resposta que mais se aproxima de como você acha que aconteceu seu trabalho de parto. Por favor, responda como você acha que seu parto foi - não do jeito que você gostaria que tivesse sido.

I No geral, como você experimentou seu trabalho de parto e o parto?

1.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
fantástica					fantástica
2.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
assustadora					assustadora

II No geral, como você se sentiu durante o trabalho de parto e o parto?

3.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
solitária					solitária
4.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
forte					forte
5.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
confiante					confiante
6.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
amedrontada					amedrontada
7.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
desamparada					desamparada
8.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
fraca					fraca
9.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
segura					segura
10.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
independente					independente
11.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
desolada					desolada

12.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
tensa					tensa
13.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
satisfeita					satisfeita
14.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
orgulhosa					orgulhosa
15.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
abandonada					abandonada
16.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
serena					serena
17.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
relaxada					relaxada
18.

1	2	3	4	5	6
Extremamente					Nem um pouco
feliz					feliz

III O que você sentiu durante o seu trabalho de parto e o parto?

19.

1	2	3	4	5	6
Extremo					Nem um pouco
pânico					de pânico
20.

1	2	3	4	5	6
Extrema					Nem um pouco
desesperança					de desesperança
21.

1	2	3	4	5	6
Extremo anseio					Nem um pouco
de ter a criança					de anseio de ter a criança
22.

1	2	3	4	5	6
Extrema					Nem um pouco
autoconfiança					de autoconfiança
23.

1	2	3	4	5	6
Extrema					Nem um pouco
confiança					de confiança

24.

1	2	3	4	5	6
Extrema			Nem um pouco		
dor			de dor		

IV O que aconteceu quando o trabalho de parto ficou mais intenso?

25.

1	2	3	4	5	6
Me comportei			Não me comportei		
extremamente mal			nem um pouco mal		
26.

1	2	3	4	5	6
Desisti totalmente			Eu não desisti nem		
de controlar meu			um pouco de controlar		
corpo			meu corpo		
27.

1	2	3	4	5	6
Perdi totalmente o			Não perdi nem um		
controle de mim			pouco o controle de		
mesma			mim mesma		

V Como foi o momento exato em que você deu à luz ao bebê?

28.

1	2	3	4	5	6
Extremamente			Nem um pouco		
divertido			divertido		
29.

1	2	3	4	5	6
Extremamente			Nem um pouco		
natural			natural		

30.

1	2	3	4	5	6
Extremamente			Nem um pouco		
evidente			evidente		

31.

1	2	3	4	5	6
Extremamente			Nem um pouco		
perigoso			perigoso		

VI Você teve, durante seu trabalho de parto e parto, pensamentos como, por exemplo...

32. ... pensamentos de que seu filho morreria durante o trabalho de parto/parto?
- | | | | | | |
|-------|---|---|----------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | Muito | | |
| | | | frequentemente | | |
33. ... pensamentos de que seu filho seria ferido durante trabalho de parto/parto?
- | | | | | | |
|-------|---|---|----------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | Muito | | |
| | | | frequentemente | | |

Por favor, verifique agora se você não esqueceu de responder alguma pergunta.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) – para adultos

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntária da pesquisa e pelo responsável

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu,..... tendo sido convidada a participar como voluntári(o,a) do estudo “Avaliação do medo do parto entre puérperas atendidas no serviço público de Maceió – adaptação transcultural e aplicação do Wijma Delivery Experience Questionnaire”, recebi da Dra. Luna Lira Bergamini, médica residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

1. Que o estudo se destina a: a) estabelecer a prevalência e epidemiologia do medo do parto nas puérperas atendidas nas maternidades SUS de Maceió, através do Wijma Delivery Experience Questionnaire adaptado transculturalmente para o Brasil; b) Comparar a prevalência do medo de parto entre as puérperas atendidas nas maternidades de alto e baixo risco SUS de Maceió; d) Correlacionar o medo do parto em puérperas com as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de percepção da qualidade de suporte social;
2. Que esse estudo começará em 15 de junho de 2022 até 15 de março de 2024
3. Que o estudo será feito da seguinte maneira: entrevista com profissional de saúde ou acadêmico de medicina para aplicação dos questionários. O prontuário contendo informações pessoais, os formulários e as informações coletadas pela equipe serão vistos apenas pelos profissionais e acadêmicos diretamente envolvidos nesta pesquisa.
4. Que não há outros meios conhecidos para se obter os mesmos resultados.
5. Que os incômodos que poderão surgir decorrentes dessa participação são os seguintes: na consulta médica você poderá se sentir constrangida na aplicação dos questionários, Questionário sociodemográfico e anamnese dirigida, Wijma Delivery Experience Questionnaire adaptado transculturalmente para o Brasil e Escala de Suporte Social do estudo MOS (Medical Outcomes Study). Em todas essas situações, é garantido que a equipe tomará as providências para que estes incômodos sejam mínimos, através de treinamento adequado com psiquiatra para a correta aplicação dos formulários da pesquisa..
6. Que deverei contar com a assistência dos responsáveis pela pesquisa caso tenha dúvidas em relação a mesma, podendo entrar em contato com eles através dos telefones cujos números se encontram adiante neste documento.
7. Que tenho direito a solicitar indenização para eventuais danos decorrentes da minha participação na entrevista.
8. Que tenho direito ainda a solicitar ressarcimento financeiro, caso tenha alguma despesa com minha participação na pesquisa.
9. Que os benefícios que posso esperar com a participação no estudo são a definição do diagnóstico de medo severo do parto e avaliação da minha percepção de suporte social. Além disso, o benefício indireto é a contribuição das informações para a ampliação do conhecimento atual sobre o medo do parto.

10. Que serei informada sobre o resultado final desta pesquisa, e sempre que desejar me serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. Tais informações sobre os resultados serão realizadas via email, fornecido neste documento.
11. Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo. Poderei ainda me recusar a responder a qualquer pergunta feita a qualquer tempo da aplicação dos questionários.
12. Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto pela equipe da pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
13. Que os dados da pesquisa serão armazenados em arquivo digital e, após conclusão da pesquisa, ficará armazenado em base dados digital pessoal da pesquisadora principal.
14. Informo ainda que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), o qual é um colegiado interdisciplinar e independente, criado com o objetivo de defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e de contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Res. CNS 196/96,II.4). Assim o CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.
15. Que me foi garantido receber uma via assinada do presente termo.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e, para isso, eu **DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.**

Contato de urgência: Dra. Luna Lira Bergamini / Contato (82)996000765
Endereço dos responsáveis pela pesquisa: Instituição: Hospital Universitário/Universidade Federal de Alagoas Endereço Avenida Lourival de Melo Mota S/N. Tabuleiro do Martins, CEP 57072-970, Maceió-AL Telefones p/contato: – (82) 3202-3800
ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária - Telefone: 3214-1041

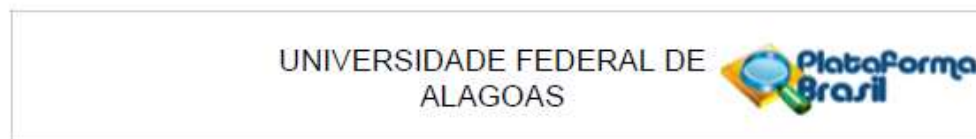
Maceió, de de 20.....

Assinatura ou impressão datiloscópica
da voluntária ou responsável legal

Nome e Assinatura do(s) responsável(eis)
pelo estudo

ANEXO

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



Continuação do Parecer: 5.526.773

Básicas do Projeto	ETO_1946153.pdf	16:44:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA.pdf	06/06/2022 16:43:38	LUNA LIRA BERGAMINI	Aceito
Outros	TALE_MESTRADO.pdf	06/06/2022 16:43:15	LUNA LIRA BERGAMINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MESTRADO.pdf	06/06/2022 16:42:55	LUNA LIRA BERGAMINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_BROCHURA.pdf	18/05/2022 20:34:13	LUNA LIRA BERGAMINI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	18/05/2022 20:32:08	LUNA LIRA BERGAMINI	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA_SAT.pdf	18/05/2022 20:30:55	LUNA LIRA BERGAMINI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INFRAESTRUTURA.pdf	18/05/2022 20:30:25	LUNA LIRA BERGAMINI	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_INEXISTENCIA_D E ACORDOS.pdf	18/05/2022 20:29:37	LUNA LIRA BERGAMINI	Aceito
Outros	CRITERIOS_PARA_ENCERRAR.pdf	18/05/2022 20:28:52	LUNA LIRA BERGAMINI	Aceito
Outros	PUBLICIZACAO.pdf	18/05/2022 20:28:25	LUNA LIRA BERGAMINI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 14 de Julho de 2022