



**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO  
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

**MICHELLE ALEXANDRE LIRA**

**TRABALHO DE PARTO: O QUE PENSAM AS GESTANTES: UMA REVISÃO  
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**ICÓ – CE  
2023**

MICHELLE ALEXANDRE LIRA

**TRABALHO DE PARTO: O QUE PENSAM AS GESTANTES: UMA REVISÃO  
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso do curso bacharelado em fisioterapia do centro universitário vale do salgado, como pré-requisito para obtenção do título de bacharel em fisioterapia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Rauany Barrêto Feitoza

MICHELLE ALEXANDRE LIRA

**TRABALHO DE PARTO: O QUE PENSAM AS GESTANTES: UMA REVISÃO  
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso do curso bacharelado em fisioterapia do centro universitário vale do salgado, como pré-requisito para obtenção do título de bacharel em fisioterapia.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof.<sup>a</sup> Rauany Barrêto Feitoza**

Centro Universitário Vale do Salgado

*Orientador*

---

**Prof.<sup>a</sup> Nubia de Fátima Costa Oliveira**

Centro Universitário Vale do Salgado

*1<sup>a</sup> Examinadora*

---

**Prof.<sup>a</sup> Reíza Stéfany de Araújo e Lima**

Centro Universitário Vale do Salgado

*2<sup>a</sup> Examinador*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que sempre mostrando que seus planos são maiores que os meus, se fazendo presente em cada fase da minha vida, realizando cada sonho e mostrando que independente dos obstáculos a vitória iria vim, e realizando esse sonho que a Michelle de 4 anos de idade já sonhava, mesmo sem nem entender o que tudo isso significaria.

Gratidão ao meu marido Daniel Ferreira Dantas, que sempre me incentivou e acreditou em mim mesmo quando eu mesma não acreditava, jamais esquecerei tudo o que fez e faz por mim, você foi essencial para a conclusão dessa graduação, nenhum agradecimento será suficiente para agradecer, mais saiba que te admiro demais pelo homem, marido e pai que você é, te amo.

Ao meu filho Miguel Lira Dantas, pois ele é o meu maior motivo para não ter desistido, seu sorriso e seu olhar sempre será meu combustível para buscar sempre o melhor. Mamãe pedi desculpas, por não ter estado 100% em alguns momentos, para também se dedicar a esse sonho, mais um dia você entendera que um sonho nunca deve ficar para trás, mamãe te ama.

Aos meus pais, Rita Alexandre Lima e José Evilásio Lira, por todo amor incondicional e por terem sempre incentivado a educação e que o caminho do estudo sempre é o caminho certo a se seguir, sempre com muita luta e dedicação para que nada faltasse a me e meu irmão Michael Alexandre Lira que também se tornou um grande homem graças a vocês, espero ser pelo menos metade do que vocês são e representam em minha vida. Amo vocês.

Ao meu avô Luiz Elivardo Lira (in memoria), mais sei que de onde ele estiver está ao meu lado, pois o levo em meus pensamentos e coração, foi pouco tempo, mais sei que ele sabe que foi mais que só um avô, foi um pai também, sempre serei grata por tudo que me ensinou, cada conselho e sempre me incentivando a estudar e perguntando: O que você quer ser quando crescer? E hoje vô eu te falo FISIOTERAPEUTA.

A minha prima Maria Karolina Cambuir que foi minha parceira por um tempo na faculdade e sempre me incentivou a nunca desistir desse sonho, mesmo longe, sempre se fazendo presente quando eu mais precisava.

A querida amiga Viviane Nicolau que sempre se fez presente nesse momento acadêmico, me ajudando com meu bem mais precioso que é meu filho, nesse tempo se tornou uma grande amiga que sempre serei grata.

A minha orientadora e ousa dizer amiga Rauany Barreto, que ela foi uma inspiração para que eu voltasse para faculdade, tenho muito orgulho da professora, mulher que você é, que você continue inspirando as pessoas a seu redor com esse seu jeito único de ser, levando alegria por onde passa, mais sempre muito sensata e decidida nos seus argumentos. Sem dúvidas esse trabalho não teria se concluído sem você, por isso minha gratidão a você.

A minha coordenadora Nubia de Fatima, que foi sem dúvidas um pilar essencial para minha formação, me apoiando e acreditando em mim, sem dúvidas a melhor coordenadora dessa geração, gratidão por tudo.

A minha professora Carolina Pinheiro que sempre esteve disponível a me ajudar no que estivesse ao seu alcance, ousa dizer que hoje posso chamar de amiga, por todo carinho e admiração que tenho por ti.

Aos meus queridos professores Wanderleia, Reíza, Dyego, Dyone, Jeynna, Marcos Ray, Myrla, por terem sido essencial na minha formação acadêmica, espero ser motivo de muito orgulho para vocês.

A meu grupo de estagio, Leticia Brandão, Giordana Lima, Lorena Albuquerque, Kaelyne Souza, que sem elas esse estágio não teria fluído da mesma forma, com a mesma energia, vocês hoje são mais que amigas, são família e família a gente cuida, então sempre estarei aqui por vocês.

A minha dupla de graduação Leticia Brandão que foi minha parceira acadêmica, sempre juntas ao longo desses anos, se ajudando em cada obstáculo e vibrando cada vitória, pois nossa energia é e sempre será assim.

Dedico esse trabalho a meu marido Daniel Ferreira Dantas, meu filho Miguel Lira Dantas, a minha mãe Rita Alexandre Lima e minha prima Karolina Cambuir, que foram sempre me motivaram e foram meu alicerce para realizar esse sonho.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

## **LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS**

<b>A.C</b>	Antes de Cristo
<b>CBSEI</b>	Inventário de Auto eficácia no Parto
<b>DFS</b>	Escala de Medo do Parto
<b>FoB</b>	Medo do Parto
<b>FOC</b>	Medo do Parto
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>MAP</b>	Músculos do Assoalho Pélvico
<b>NorAQ</b>	NorVild Abuse Questionnaire
<b>PC</b>	Parto Cesário
<b>PNAISM</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>PRAQ</b>	Pregnancy- related anxiety Questionnaire
<b>TPV</b>	Trabalho de Parto Vaginal
<b>W-DEQ</b>	O Medo do Parto Contributo para Validação do W-DEQ para Gravidas Portuguesas

## RESUMO

É visto que no Brasil o parto normal é mais escolhido por mulher mais velhas e as mulheres mais jovens optam por cesáreas, dado isso as crenças, mitos e opiniões que estão ligadas ao medo do parto, com a troca de experiências entres essas mulheres, uma assistência em saúde desqualificada, condutas malsucedidas, durante os partos vaginais faz com que mulheres prefiram realizar um parto cesáreo. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa da Literatura, de caráter descritivo. No qual foi feito um levantamento bibliográfico para alcançar os objetivos propostos na pesquisa que são os medos que estão relacionados ao parto na visão das gestantes, foi realizado na Biblioteca virtual em saúde (BVS) e contemplou as seguintes bases de dados: MEDLINE e LILACS, com os Descritores em gravidez AND medo do parto em português e inglês, onde foram identificados 67 artigos, destes foram selecionados 6 artigos para essa revisão, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para esse estudo. **RESULTADOS e DISCUSSÕES:** Dentre os artigos que foram utilizados para o estudo, foi possível identificar que o medo influencia no medo do parto das gestantes, como principais medos a dor no momento do parto, para identificar tal achado foi utilizado questionários que em 4 dos 6 estudos utilizaram o Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) questionário. Os estudos apontaram que essa influência faz com que gestantes optem por outro tipo de parto para evitar a dor no momento do parto. **CONCLUSÃO:** Conclui-se a importância de levar conhecimento para essas gestantes e capacitar cada profissional para ajudar essas gestantes a escolherem uma via de parto mais saudável e segura.

**Palavra-chave:** Trabalho de Parto; Gestação; Fisioterapia.

## **ABSTRACT**

It is seen that in Brazil normal birth is more chosen by older women and younger women opt for cesarean sections, given that the beliefs, myths and opinions that are linked to the fear of childbirth, with the exchange of experiences between these women, a disqualified health care, unsuccessful conducts, during vaginal deliveries make women prefer to perform a cesarean delivery. **METHODOLOGY:** This is an Integrative Literature Review study, of a descriptive nature. In which a bibliographic survey was carried out to achieve the objectives proposed in the research, which are the fears that are related to childbirth in the view of pregnant women, it was carried out in the Virtual Health Library (VHL) and included the following databases: MEDLINE and LILACS, with the Descriptors pregnancy AND fear of childbirth in Portuguese and English, where 67 articles were identified, of which 6 articles were selected for this review, taking into account the inclusion and exclusion criteria established for this study. **RESULTS and DISCUSSIONS:** Among the articles that were used for the study, it was possible to identify that fear influences the fear of childbirth in pregnant women, as the main fears are pain during childbirth, to identify this finding, questionnaires were used that in 4 of the 6 studies used the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) questionnaire. Studies have shown that this influence makes pregnant women opt for another type of delivery to avoid pain during delivery. **CONCLUSION:.** It is concluded that it is important to bring knowledge to these pregnant women and to train each professional to help these pregnant women to choose a healthier and safer delivery life.

**Keywords:** Labor; Gestation; Physiotherapy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
3.1 TIPOS DE PARTO.....	14
3.2 HISTORIA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....	16
3.3 VIOLÊNCIAS OBSTETRICAS E MEDO DO PARTO .....	19
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
4.2 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	23
4.3 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DE DADOS.....	23
4.3.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	24
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	24
<b>5 RESULTADO E DISCUSSÕES .....</b>	<b>25</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

Foi verificado em 2020 no Brasil, um total de 2.730.145 partos, gerando um percentual de partos normais de 1.165.641 e de cesarianas com 1.562.282, o parto normal obtendo um percentual com 42% e a taxa de parto cesárea chegando a 58%, esses dados foram obtidos após um estudo com 788 pacientes no qual foi constatado uma diferença significativa na qual o parto normal é mais escolhido por mulher mais velhas e com conhecimento sobre o parto, no caso das cesáreas são mulheres com idade inferior e que optaram por cesárea após o segundo filho, ressaltando a importância da importância do conhecimento da mulher para escolha do parto (DATA SUS, 2022).

A palavra humanizar já vem de anos atrás, a humanização traz várias versões entre elas a mudança e compreensão, para defesa da mulher, criança e até mesmo da família na hora do trabalho de parto, solicitando cuidados em um parto mais saudável e seguro para ambos. Incluindo a assistência não violenta, dando a essas mulheres a oportunidade de aprender escolher os procedimentos a serem feitos no parto sem complicações e que não ocorra uso de instrumentos desnecessário com o intuito desse parto ser mais rápido, assim respeitando o corpo e escolha da mulher (DINIZ,2005).

O Ministério da Saúde, traz iniciativas com o objetivo de melhorar as estimulações para o trabalho de parto vaginal, trazendo uma assistência durante o período gestacional, cada mulher portando seu cartão, descrito com o que deseja durante seu parto, favorecendo a redução de cesáreas desnecessárias, havendo modelos inovadores para as mulheres, com isso também não ocorrendo partos mal assistidos, e com uma assistência melhor, respeitando os desejos dos quais a gestante tanto se organizou durante o período gestacional (ROCHA,2015).

Atualmente a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde brasileiro traz um manuseio maior no trabalho de parto, no qual está incluso o estímulo de posições variadas onde a mulher se sinta mais confortável, ingestão de líquidos, relações sexuais, métodos não farmacológicos para diminuição da dor, liberdade de movimento, massagens, imersão na água e entre outros. Essas são algumas tecnologias com mais acessibilidade, com um baixo custo e não invasivas, com isso é possível ser oferecidas a qualquer serviço de saúde (LEAL et al., 2014).

A dimensão de crenças, mitos e opiniões estão relacionadas ao medo do parto, já que ocorre a troca de relatos e informações sobre as experiências vividas por essas mulheres e profissionais que na maioria das vezes não são experiências relativamente boas, e acaba que instalando esse bloqueio em algumas mulheres, principalmente mães de primeira viagem, que por falta de conhecimento e sem pesquisar sobre o assunto não tem o conhecimento dos benefícios do parto vaginal e cria esse medo e opta por outro tipo de parto (TRAVANCAS; VARGENS, 2020).

O então medo da dor na hora do parto e uma assistência em saúde desqualificada, condutas feitas por profissionais a área, podem interferir na decisão da gestante. A preferência por realizar um parto cirúrgico, acaba se tornando a principal escolha, pois acredita-se que é indolor, havendo a falsa impressão de ser um parto mais rápido e menos dolorosos, visto que em alguns partos vaginais podem ocorrer a episiotomia ou laceração na hora da expulsão (RODRIGUES et al., 2022).

A importâncias de catalogar o medo dessas mulheres no parto ajudariam a entender melhor o que elas pensam e como levar conhecimento para elas possam entender os benefícios, e fazer uma escolha mais empoderada sem ser pautada apenas nas experiências de outras mulheres, já que essas experiências oscilam de modo positivo e negativo (FERREIRA; TEIXEIRA, 2020).

Atualmente não tem muitas escalas específicas para investigar o medo do parto, e tão pouco que seja validada ou criada para realidade de mulheres brasileiras. Das escalas encontradas e validadas algumas estão associadas a ansiedade, medo ou receio, que tentam rastrear o que está de fato afetando ou bloqueando e gerando esse medo nas mulheres (FERREIRA; TEIXEIRA, 2020).

Perante o que foi relatado anteriormente o fisioterapeuta é essencial durante o período da gestação bem como para o parto, dessa maneira é esperado que as gestantes observem e conheçam a importância da assistência dos profissionais. Diante desta situação originou-se a seguinte problemática: Quais mitos e experiências negativas despertam o medo nas mulheres diante do parto vaginal?

Segundo Dasmasceno e Marciano (2029), o parto já foi um momento onde não havia intervenções, apenas mulheres ajudando a outra no momento do parto, contudo com toda a evolução e avanços da medicina, as intervenções começaram a aparecer, mulheres parindo em salas de hospitais, sem seus familiares do lado, apenas pessoas desconhecidas e sem ao menos entender o que iria acontecer, quais materiais seriam usadas, gerando assim o medo nessas mulheres. Hoje a falta de conhecimento sobre benefícios e malefícios dos tipos de parto fazem as mulheres ficarem com medo e optarem por um parto cesáreo já que acreditam que nesse tipo de parto suas escolhas vão ser respeitadas. A escolha da via de parto pode estar atrelada ao medo e aos relatos de experiências negativas de outras mulheres, portanto se faz necessário que os profissionais que trabalham com assistência obstétrica conheçam métodos de rastreio do medo para que possam aplicar junto as gestantes, e assim ofertar uma assistência humanizada.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Conhecer quais são os medos relacionados ao parto vaginal na visão das gestantes, através de uma revisão de literatura.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever o perfil sociodemográfico das participantes do estudo.
- Listar os principais medos que envolvem o parto de via vaginal.
- Conhecer os instrumentos que avaliam o medo do parto em gestantes.
- Descobrir se o medo influencia na escolha da via do parto.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 – TIPOS DE PARTO

Na antiguidade as mulheres quando entravam no trabalho de parto só era vivenciado e conhecido os partos de forma natural, no qual não era realizado nenhuma manobra ou procedimento invasivo. Assim por muitas vezes as gestantes passavam horas em trabalho de parto e já sem força, cansada ou pelo manuseio incorreto das parteiras, essas mulheres vinham a óbito, já que antes do século XX essas mulheres só tinham seus filhos em suas próprias casas, onde só quem era permitido acompanhar eram mulheres e parteiras (RODRIGUES, 2022).

O parto normal deveria ser de baixo risco já que seria um evento natural, mais com a presa e sem muitas vezes se preocupar com a mulher os partos eram conduzidos com intervenções que agrediam muito as mulheres como o uso fórceps no qual seu objetivo era ajudar na passagem do feto, o extrator a vácuo que fixado na cabeça do feto e o profissional puxava o bebe, causando inúmeras lesões, o que acabava traumatizando muitas mulheres, a quererem optar por outro tipo de parto ou até mesmo não engravidar mais (GIGLIO; FRANÇA; LAMOLINIER, 2011).

O trabalho de parto vaginal (TPV) nada mais é que fenômenos fisiológicos que acontece para que o bebê nasça, com isso começa com a fase de dilatação que começa de forma lenta e junto vem as contrações que no início são irregulares e quanto mais dilatação mais contrações com menos intervalos e regulares, isso ocorre por conta da dilatação do colo do útero que começa de 1 até 10 centímetros e em seguida pode vim o rompimento da bolsa amniótica que pode estourar até mesmo antes de toda dilatações (OLIVEIRA et al., 2019).

Na fase de expulsão do TPV, as contrações são mais fortes, a dilatação está completa e o bebê já está posicionado com a cabeça inclinada para baixo, nesse momento é quando a equipe solicita que essa mulher faça força para que o bebê saia, a mulher ira sentir um ardor e o médico vai pedir que ela diminua a força para a saída do feto ser mais lenta e diminuir riscos de lacerações e complicações no períneo, para finalizar com duração de 5 a 10 minutos a expulsão da placenta que sai de forma natural, e por fim o Greenberg que é o primeiro contato mãe e filho, o útero se contrai, e a liberação de ocitocinas para firmar esse contato (OLIVEIRA et al., 2019).

Mas em meados da década de 1930, a assistência obstétrica brasileira teve várias mudanças de logística, obstétricas e estruturais, já que antes os partos eram em suas casas e com parteiras ou doulas e então passou a ser em hospitais com médicos unicamente, com isso houve uma diminuição considerável da mortalidade da mãe e filho, mesmo assim esse cenário veio com seus malefícios já que começaram as manobras e procedimentos invasivos levando danos para ambos (ALIPIO; MADEIRA; SILVA, 2021).

Com tudo que estava se passando durante os trabalhos de parto normal, esse momento começou a se tornar temido por causa do sofrimento moral e físico gerado nas gestantes, e quando essas mulheres engravidavam de novo ou contavam as outras mulheres o que passaram, todo o medo, dor e tensão, não queriam mais passar por aquilo, por receio de todo sofrimento que já haviam passado, o que culminou para o aumento de cesáreas, no qual mesmo com os benefícios que o parto normal trazia, as mulheres não aceitavam mais (MOURA, 2007).

Pela metade do século XX, com o avanço da medicina, os partos cesáreos(PC) começaram a ser incluídos, mais com restrições para gestantes que estavam com risco de vida ou o feto estivesse com algum problema que não pode-se esperar os 9 meses, apesar que desde de 1985 a OMS mostrava uma taxa de cesarianas com valores de 15%, apesar que essa porcentagem chegue hoje a 55%, um valor bastante alto, levando o Brasil a segundo lugar com maior taxa de cesáreas, podendo essa porcentagem subir colocando com unidades públicas e privadas, podendo chegar a 86% (FREITAS et al., 2005).

A cesariana é um cirurgia na qual será feito um corte, cortando a pele, gordura, fásia muscular, musculo, peritônio parietal, perito visceral e o útero, são 7 camadas até chegar no bebê, mesmo sendo um procedimento com anestesia, a mulher sente a sensação do corte, o puxado para abrir mais essas musculaturas e todos os movimentos que estão sendo feitos, mais sem sentir dor, algumas podem relatar enjoos ou aflição por essa sensação, a escolha desse procedimento deve ser em escolhas de risco para mãe ou bebê já que estamos falando de uma cirurgia e por mais que não venham a sentir dor durante o procedimento o pós parto chega a ser mais doloroso, pois além de estar se recuperando do parto tem a recuperação da cirurgia (DUARTE, 2004, p. 22).

Os partos operatórios ou PC nos últimos anos está sendo um problema de saúde pública já que muitos são realizados sem indicações, com isso tem um aumento no custo do financiamento por conta de mais mediações utilizadas, internação, médicos, enfermeiras. Ainda trazendo um risco perinatal e materna, por estar ligado as complicações decorrente a cesárea com morbimortalidade e a placenta anômala, dessa forma as políticas públicas vem tentando fazer uma mudança para diminuição dos partos cesáreos desnecessários, como Programas de Humanização, Atenção à Saúde da Mulher (GAMA et al., 2013).

Aos poucos o trabalho de parto foi começando a ser visto como patológico, visto que muitas medicações e técnicas despersonalizadas eram usadas e a falta de apoio a gestante, é nítido a importância da tecnologia na obstetrícia, trazendo inúmeros benefícios para vida da mãe, feto e para melhor assistência medica, mais o uso e aumento inadequado dessas cesáreas, deixou os órgãos da OMS e MS e também órgão não governamentais preocupados e desse modo começaram a encaixar e resgatar o parto normal mais de forma humanizada (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Com a implantação da inserção da Política de Humanização, começou a levar mais temas sobre humanizar o parto, levando conhecimento para as mulheres e gestões dos hospitais para melhorar e beneficiar as conversões de saúde, esse tipo de parto tem variedades de condutas que podem ser realizadas durante o trabalho de parto mais de forma que respeite todo o processo e tempo que leve de mulher para mulher e o feto, portanto o parto humanizado é voltado diretamente para a mulher de forma individualizada sem usar intervenções para aceleração desse parto (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

### 3.2 HISTÓRIA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

O parto já passou por muitas mudanças desde antes de cristo (A.C) até atualmente, até em meados do século XIX as mulheres tinham seus filhos sozinhas ou com parteiras, em suas casas. Depois médicos só eram solicitados caso acontecesse algum problema durante o parto e com isso procedimentos invasivos foram sendo adotados durante o processo, com o avanço das tecnologias o mundo mudando, os partos começaram a ser em hospitais, com tudo a mulher deixou de ouvida e acabou sendo submetida a várias intervenções e técnicas desnecessárias (POSSATI et al., 2017).

Com a grande mudança nesses partos, as organizações OMS e MS, vem tentando resgatar o parto natural, o cuidado com a mulher, tentando levar ações que incentivem esses gestores a insistir com essa mulher a ter um parto normal, explicar a ela os benefícios que traz essa escolha. Nos anos 2000 o Programa de Humanização veio para tentar qualificar e trazer esse acesso as mulheres, mostrando atitudes, condutas, práticas e conhecimento para todos que desejam saber mais sobre o parto humanizado (POSSATI et al., 2017).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), ainda estar em vigor no Brasil, com vários avanços na PNAISM começou a encaixar uma nova visão sobre as mulheres, de forma mais cuidadosa, vendo essa mulher não só mais no período gestacional, mais como cidadãs que tem seus direitos. Mesmo como a prioridade a saúde da mulher no período gestacional, a organização leva orientações sobre saúde da mulher em todas as fases da vida, para que essa mulher tenha autonomia nas escolhas que deve fazer sobre tipo de parto, condutas a serem realizadas e tenham todo conhecimento, sobre seus direitos e assistência as mulheres vítimas de violência (SOUTO; MOREIRA, 2021).

O parto é descrito como um processo fisiológico feminino, sem quais quer tipo de intervenções, com o passar do tempo os profissionais queriam avançar o trabalho de parto, deixando todo o processo natural de lado, chegando a ser proibido parteiras no momento do parto, mais o estado se preocupou com a saúde da mulher, e as parteiras poderão voltar mais com tudo elas não podiam

intervir, já que esse papel seria para área da medicina, e as parteiras só podiam ficar presente para auxiliar (CARREGAL et al., 2020).

A humanização no Brasil, é uma linguagem usadas para falar e levar movimentos sociais ligados aos cuidados, as mulheres durante o parto e a respeitando desde da gestação e tomada de decisões, essa nomenclatura veio a ser empregada por volta de 1990 como um modelo mais atual de atenção ao parto e nascimento, dessa vez trazendo os direitos humanos dessas mulheres e evidencias científicas. Deixando a mulher que é de fato o momento dela opinar e o médico sempre esclarecendo e orientando sobre tudo que está fazendo, para que a mulher tenha ciência das decisões a serem tomadas (BOURGUIGNON, 2020).

Com o aumento e evolução da medicina e tomadas científicas, o estímulo a participação da família durante o parto se tornou necessário encorajando essa mulher a ser mais ativa e ser a pessoa principal em todo processo, técnicas e procedimentos que antes eram utilizados de forma desnecessária começaram a não ser mais usados e ou foram alterados por outros métodos que trouxesse mais segurança e proteção para esse momento, mais ainda só sendo utilizado em últimos casos e se assim for desejo da mulher (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

O acompanhamento ideal no trabalho de parto humanizado, traz a necessidade de uma equipe com apoio, segurança e confiança passado dos profissionais para a gestante, embora seja visto que não seja a realidade de muitas lugares, onde não priorizam a mulher, nem a atual política pública do Brasil, quando visto a qualidade da humanização nesses momentos, os direitos, cuidado com a gestante, família e recém-nascido é possível notar o aumento de partos normais, mais em contra partida quando não são respeitados são usados procedimentos inadequados, no qual as mulheres acabam ficando traumatizadas e se afastando dos próximos atendimentos (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

A humanização volta para recuperar o cuidado com a mulher o contato pele a pele entre mãe e filho, que é a primeira conexão após o nascimento, nele a mulher é a protagonista, dessa maneira suas escolhas são priorizadas, não é necessário que esse parto seja feito em casa ou na água e sim como será o acompanhamento dos profissionais durante esse momento, fazendo com que esse ocasião seja novamente um processo fisiológico, no qual nosso corpo foi e o feto vão decidir qual a hora certa, é um momento no qual a mulher se sente mais acolhida e segura de suas escolhas (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

Por volta de 1996, a OMS recomendou o uso de boas práticas na assistência a obstetrícia na publicação maternidade segura, onde são divididas em categorias para melhorar as práticas e estimulações utilizadas e eliminar as que não tem evidencias suficiente, dentre essas práticas deve se destacar as estimulações como ingestão de líquidos por via oral, o respeito da mulher escolher se quer

ou não acompanhante durante o trabalho de parto, esclarecer dúvidas e passar informações que essas mulheres desejem saber, massagem de relaxamento, liberdade movimento e posição (FUJITA; SHIMO, 2014).

Ainda a muito o que se falar sobre o parto humanizado, a escassez de conscientização, divulgação sobre esse tema dificulta a escolha da mulher nesse momento, já que por falta de conhecimento, ela não irá saber quais os tipos de parto, nem seus direitos como mulheres naquele momento, essa temática já vem de anos mais pouco conhecida entre as mulheres apesar dos seus inúmeros benefícios. Mesmo a cesárea podendo ser uma forma humanizada, menos dolorosa para mãe, a criança é retirada de forma força, já no parto normal é respeitado o corpo da mulher e o bebe (VINHA; PAIXÃO, 2022).

Muito se fala sobre humanização do parto vaginal, apesar da cesárea ser uma cirurgia também está inclusa para essa tema, já que esse método é para ressaltar as mulheres se quais quer conduta que ela não queria que façam, do mesmo que que outros tipos de parto, nele mesmo a mulher usando medicações para dor, ela opta por segurar seu filho, não utilizar anestesia completa, saber sobre todo procedimento, ouvir música e ter uma pessoa ao seu lado em cada momento, assim durante todo o momento os profissionais vão estar respeitando a vontade da mulher (PATAN; MALIK, 2011).

Nas últimas décadas a fisioterapia vem acompanhando essa e as outros tipos de parto, trazendo diversas reflexões, condutas a serem realizadas, no parto humanizado é permitido intervenções desde de que respeite a gestante e suas vontades. Os fisioterapeutas podem e devem estar na equipe obstétrica colaborando com todo o parto, ajudando essa mulher a sincronizar sua respiração, auxiliar nas posições que diminuam as dores, com isso contribuindo de forma ativando diante do parto, apesar de não ser obrigatório o fisioterapeuta durante esse momento (BACHA; PEREIRA, 2021).

Quando a mulher entra em trabalho de parto, ela está passando por um misto de sensações, essas gestantes precisam ser tratadas com todo respeito e carinho, levando a essa mulher informações com evidencias para ajuda lá nas decisões que precisão ser tomadas, com isso os profissionais e toda equipe que fara parte desse parto deveram estabelecer um contato real de confiança com essa mulheres, para que elas deixem claro seus desejos, o que querer ou não durante o parto, como uso de analgésicos, comer antes ou até mesmo durante o parto, um acompanhante, música e posição (MINISTERIO DA SAUDE, 2017).

As técnicas utilizadas pela fisioterapia como massagens, termoterapia, exercícios que auxiliam na respiração e entre outros, são métodos de grande ajuda nesse momento, levando em conta que alguns são de baixo custo, possibilitando dessa gestante um parto humanizado mais relaxando, com diminuição dos desconfortos causados pelas contrações, sem uso de medicamentos ou de

cirurgia, essas técnicas já foram comprovadas suas eficácias durante os partos, sendo assim garantindo respeito e segurança a essa mulher (BACHA; PEREIRA, 2021).

As abordagens fisioterapêuticas mostram que a dor não aumentou durante o período da intervenção, o que mostra benefícios durante essa fase, foi notada nessas mulheres a diminuição de estresse, ansiedade, no qual elas se sentiam tão realizadas em ter todo esse apoio que se sentiam seguras. De certa forma as orientações feitas a essa gestante mostrando a ela conhecimentos sobre ela mesma, sobre seu corpo iram ajudar ela a se concentrar no que precisa ser feito o que facilitara na hora do parto, já que se ela não tem esse conhecimento acaba gerando medo, insegurança, ansiedade e são fatores que iram contribuir para aumento dessa dor (CASTRO, AMANDA; CASTRO, ANA, 2012).

Apesar da humanização do parto ser um tema bastante discutido em várias ações e debates na área da saúde, a fisioterapia ainda não é tão mencionada acerca das suas colaborações para a humanização, visto a importância desse profissional durante o trabalho de parto, com isso as técnicas utilizadas como cinesioterapia, eletroterapia e entre outras iram ajudar no suporte a essa mulher respeitando a individualidade de cada gestante, trazendo de forma ativa e fisiológica todo processo natural do parto (BRITO et al., 2019).

O parto humanizado vem para trazer cuidado a saúde das mulheres na hora do trabalho de parto, deixando essa gestante mais satisfeita e confortável, as técnicas usadas são para valorizar e preferenciar o parto fisiológico, deixando para trás o uso de medicamentos para aumentar as contrações e alívio da dor, com isso a mulher terá mais controle do parto e conseqüentemente os efeitos colaterais vão ser diminuídos, o ambiente, a sala que essa gestante vai estar contribui para a liberdade e controle das suas emoções, por isso a importância da conscientização da equipe em respeitar e confortar o máximo essa mulher (FREITAS et al., 2017).

É definido como parto humanizado, um conjunto de ações que leva a essa mulher, assistência e pessoas para acompanhá-la, escolher o local do parto, escolher o tipo de parto, acolher e respeitar as experiências sexuais ou familiares que deseja passar, apoio emocional, proteção contra quaisquer negligências ou condutas inapropriadas, apoio moral e emocional, essas condutas traçam uma nova visão para essas mulheres em futuros partos e para as que pensam em engravidar, pois todo medo, ansiedade, ressentimento por partos passados serão esquecidos, já que as experiências de um parto mais acolhedor será lembrado com um momento feliz e não doloroso (FREITAS et al., 2017).

### 3.3 VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS E O MEDO DO PARTO

O parto e o nascimento são momentos marcantes na vida das mulheres e da sua família, como passar dos anos o ato de parir foi mudando e se modificando graças as inúmeras tecnologias que se

avançam cada vez mais, com isso reduzindo o tempo do trabalho de parto, como muito falado antes as mulheres eram acompanhadas por parteiras que eram mulheres que faziam vários partos e ia passando esse conhecimento para as próximas gerações, mais depois de anos os partos passaram a ser realizados em hospitais, deixando todo o conforto e segurança de suas casas para um local desconhecido e por muitas vezes hostil (OLIVEIRA et al., 2019).

Com a mudança do local e acompanhamento onde essas mulheres iam fazer o parto, imaginaram que haveria uma alta redução de mortalidade perinatal como materna, visto o quanto esses acontecimentos impactavam na economia da nação, no início os resultados foram positivos, já que estava havendo essa diminuição, mais com tudo o parto deixou de ser fisiológico e passou a ser patológico, juntamente com uso de técnicas, intervenções e materiais desnecessários, dessa forma houve um aumento ainda maior dessas intervenções levando a altas taxas de cesarianas, sem pensar nos malefícios feitas (CAMPOS et al., 2020).

A Venezuela foi o primeiro país a adotar em lei a linguagem “violência obstétrica”, graças aos movimentos feministas do país, nele foi colocado o reconhecimento desse tipo de conduta como um problema público, político e social, esse tipo de violência é visto como se os profissionais da saúde tirassem esse momento das gestantes utilizando de métodos invasivos, uso de medicações, e a troca de parto do normal para o patológico, impedido a mulher de decidir ou opinar sobre seu corpo naquele momento, o que leva a um trauma para o resto da vida (SENNA; TESSER, 2017).

A violência obstétrica é caracterizada por abusos contra mulheres que vão aos serviços de saúde na hora do trabalho de parto, esses abusos e violências podem ser de forma física, psicológica verbal, causando o que deveria ser um momento especial se torna traumático na vida dessa mulher. Esse termo não tem uma definição fechada, visto que pode ser apresentado por diferentes organizações de saúde, vale ressaltar que esse tipo de violência não se dá só pela equipe de saúde que está fazendo o acompanhamento, mas também por falta de equipamentos e estrutura (CAMPOS et al., 2020).

Mesmo o parto sendo um acontecimento importante, ele pode trazer benefícios ou prejuízos psicológicos, já que como esse momento é marcado por muitos acontecimentos que podem ser críticos, de dúvidas e medo, causados por falta de conhecimento e informações durante o período gestacional. Com isso a falta de informação ou acesso tardio delas, acaba por gerar essa insegurança e insatisfação na hora do parto, levando essa mulher a perder o controle e privacidade do seu corpo, abrindo mão de decisões que deveriam ser tomadas por elas (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017).

O modelo tecnocrático ainda é usado no Brasil no qual o médico e sua equipe são os dirigentes de todo processo de parto, omitindo as escolhas e anatomia de cada mulher que deveria ser

protagonista ativa desse momento, os métodos impostos a essas mulheres como não poder deambular, jejum, posição horizontal, episiotomia e uso de medicamentos, acaba reprimindo a autonomia da gestante. Desse modo as mulheres ficam com medo e receio de parir sozinhas e vim acontecer esse ou outros tipos de violência e quando não são escutadas, elas preferem optar pela cesariana (NASCIMENTO; SOUZA, 2022).

Vemos que não a muitas denúncias ou notificações sobre violências obstétricas, isso se dá pelo medo, constrangimento e humilhações que essa mulher tem receio de passar, uma grande parte dessas mulheres são de comunidades, periferias, com rendas baixas, não tem coragem, nem métodos e muito menos voz, para lutar pelos seus direitos, uma vez que essas mulheres não sabem o que esse tipo de violência significa, e por fim ficam traumatizadas, sendo assim podendo desenvolver quadros depressivos e de ansiedade visto pelo que já passou (ZANCHETTA et al., 2021).

Muitas mulheres não sabem como vai ser a hora do parto, e chegam nessas maternidades sem nenhuma informação que as ajude a serem mais ativas durante alguma conduta inadequada, a falta de empatia e vínculo entre gestante e profissional, implica na ausência de comunicação e omissão de informações que são essenciais na hora do parto, o que para essa mulher naquele momento que os hormônios estão alterados, várias contrações e dores, se sentem abandonadas, em um local onde não conhecem os profissionais (MELO et al., 2022).

Uma pesquisa feita no Brasil, foi vista que uma de quatro mulheres sofrem de algum tipo de violência obstétrica, desde ocultação de informações, a gritos, humilhações, xingamentos e procedimentos dolorosos, ainda por cima sem consentimento, essas gestantes passam por episiotomia, infusão de ocitocina, ruptura artificial da membrana amniótica com o único intuito da aceleração do parto, manobras como de Kristeller que é uma pressão feita no abdômen da mãe para ajudar a expulsar o bebê, todos procedimentos e técnicas agressivas que trazem prejuízo e traumas para mulher e criança (LANSKY et al., 2018).

A lei do acompanhante no. 11.108, está no Brasil desde 2005, onde estabelece que os serviços de saúde permitam que a gestante escolha um acompanhante para ficar com ela durante o trabalho de parto, mesmo essa lei já está em vigor a muitos anos, muitas instituições não permitem que essa mulher seja acompanhada por alguém, isso faz com que essa mulher não se sinta apoiada, gerando desvantagens durante o trabalho de parto, por conta das interferências fisiológicas, aumento de desconforto, ocorrendo um medo maior nessas mulheres levando as a cesáreas desnecessárias (RODRIGUES et al., 2016).

Um dos medos das mulheres em partos vaginais é o da episiotomia que é uma incisão cirúrgica na região do períneo, com a intenção de aumentar a passagem na fase expulsiva do trabalho de parto, essa conduta só é indicada em apenas casos restritos no qual mostre sofrimento fetal, mesmo assim

essa técnica é utilizada de forma desnecessária e sem consentimento prévio da mulher, o que contribui para traumas físicos e emocionais, e com a integridade do tecido rompido essa mulher no pós parto muitas vezes terá um certo bloqueio nas suas atividades sexuais (CARNIEL; VITAL; SOUZA, 2019).

Muitas mulheres vivenciam intervenções desnecessárias, partos dolorosos, preconceito, ofensas e humilhações sobre a sexualidade e saúde, isso acontece de forma corriqueira e cruel, violando vários direitos. Essa violação também acontece quando a mulher por medo do parto vaginal, opta pela cesariana, por ser um parto rápido e de certa forma programado com anestésico, mais com isso vem a perda de suas decisões e condutas e termos técnicos que muitas não sabem o que significa e ainda por cima os profissionais no momento do parto acabam por esquecer da mulher e focam apenas no procedimento a ser feito, e mais uma vez tornando esse momento traumático (ZANARDO et al., 2016).

Muitas vezes a escolha pelo parto cesáreo se dá pelo bem estar da mulher e bebê, visto que a toda uma comodidade, um atendimento bem feito, mais essa escolha é feita mais em mulheres com uma classe social melhor, que podem optar por um sistema privado, escolher médicos e toda a equipe que estará no momento do parto, já mulheres com a classe mais baixa não tem o privilégio de escolhas e com isso o parto é feito pela equipe que tem, com mal comportamento dos profissionais, deixando essa mulher realmente despreparada e desconfortável, tornando assim um momento amedrontador para essas mulheres (PAIVA et al., 2021).

## 4 METODOLOGIA DA PESQUISA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura.

A revisão integrativa, por fim, é a mais ampla abordagem metodológica mais ligada às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Ele também combina dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (SOUZA; SILVA; CARVALHO., 2010).

### 4.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram levados alguns levantamentos bibliográficos para alcançar os objetivos propostos na pesquisa, foram realizados no Portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que foram identificados artigos das bases de dados da MEDLINE, LILACS, BDENF com os Descritores em *Gravidez AND medo do parto* em português e inglês. As buscas dos artigos foram no período de Abril de 2023.

### 4.3 SELEÇÃO DO ESTUDOS E EXTRAÇÃO DE DADOS

A fase de coleta dos dados foi realizada a partir da aplicação dos descritores da pesquisa nas bases de dados. Logo após, iniciou a seleção dos artigos, composta em três etapas: 1. Análise dos títulos dos artigos identificados por meio de estratégias de busca, sendo excluídos os que não contemplam o tema, artigos repetidos nas bases de dados e artigos de revisão; 2. Leitura dos resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão definidos; 3. Leitura do texto na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores, relacionando-os com os objetivos da pesquisa. A seguir no quadro 1, apresentando as fases de seleção deste estudo.

**Quadro 1:** Etapas do processo de seleção dos artigos.

<b>Etapa 1</b>	Análise dos títulos dos artigos
<b>Etapa 2</b>	Leitura dos resumos dos artigos selecionados na etapa 1.
<b>Etapa 3</b>	Leitura do texto na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores, direcionando-os com os objetivos da pesquisa.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2023.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram selecionados artigos que atendem aos seguintes critérios de inclusão: texto completo; em português e inglês; na forma de artigos científicos, publicados entre 2018 e 2023, estudo observacional.

Como critérios de exclusão: Estudos que não apresentassem o tema proposto, artigos duplicados, em idiomas diferentes do português e inglês, publicações que falassem; revisão de literatura, estudos e atualizações teóricas, capítulos de livros, monografias, dissertações, teses, revistas, cartas, contos, sem questionários, puérperas, nulíparas.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A tabela de PICO é capaz de ser utilizada para construir questões de pesquisa de naturezas diversas, oriundas da clínica, gerenciamento de recursos humanos e materiais, e busca de instrumentos para avaliação de sintomas (SANTOS; PIMENTA; NOBRE., 2007).

#### Quadro 2: Estratégia de PICO.

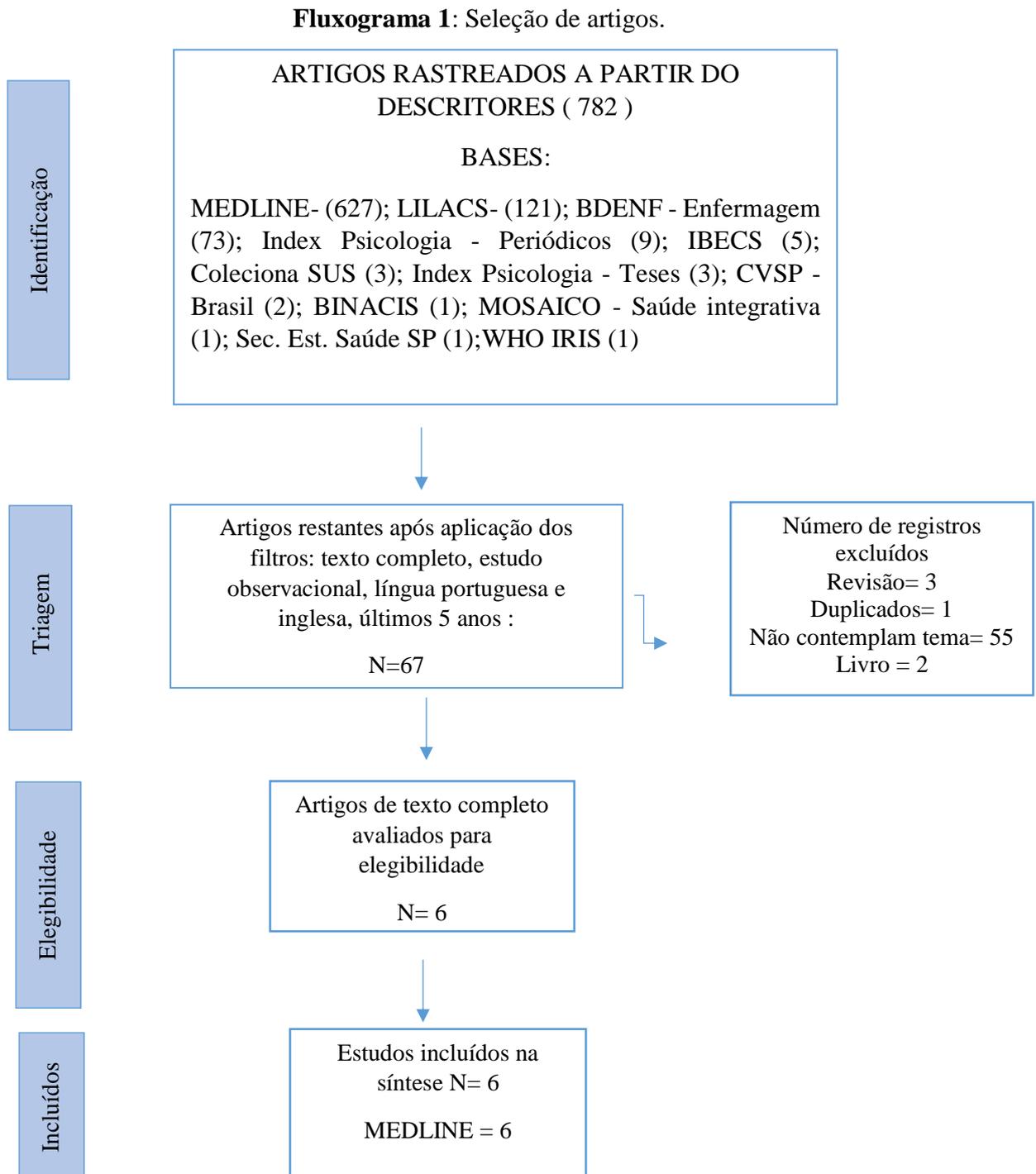
ACRÔNIO	DEFINIÇÃO	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
<b>P</b>	Participantes	Todos os estudos com mulheres adultas jovens entre 20 a 24 anos as gestantes.	Todos os estudos onde os participantes eram mulheres adultas jovens não gestantes ou puérperas
<b>I</b>	Intervenção	Estudos observacionais que abordem a temática do medo das mulheres sobre o parto.	Estudos que não eram observacionais ou que não abordavam o medo das mulheres sobre o parto
<b>C</b>	Comparação	Não se aplica	Não se aplica
<b>O</b>	Outcomes	Conhecer os principais medos que ceram a mulher medo do parto.	

**Fonte: Elaborados pela autora, 2023.**

Os dados encontrados na fase 3 do estudo foram organizados em tabelas do Microsoft Excel 2011 para facilitar a visualização e análise dos dados. As informações extraídas de cada estudo incluem autor, título, ano de publicação, desenho do estudo, características da população do estudo, ferramentas de coleta de dados, descrição da intervenção e medidas de resultados. Logo apresentamos os dados por meio de uma tabela de pontos relevantes de cada artigo para facilitar a observação e compreensão dos resultados e discurso.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), identificou 67 artigos da MEDLINE, LILACS e BDEFN, destes foram selecionados 3 artigos para essa revisão, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para esse estudo. O fluxograma 1 representa o fluxograma da seleção dos artigos, com cada fase executada.



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Conforme o Fluxograma 1, verificou-se que durante o rastreio dos artigos utilizando os descritores “*Gravidez AND medo do parto*”, foram encontrados com a aplicação dos filtros: texto completo, estudo observacional, língua portuguesa e língua inglesa, últimos 5 anos, restaram somente 67 artigos. Durante a triagem desses artigos, foi realizado a exclusão desses, cujo foi identificado que: 3 artigos era Revisão, 55 não contemplaram o tema e 2 eram livros. Com isso, restou 6 artigos no qual foram utilizados para a construção do estudo, sendo os 6 artigos da medline, e estavam todos com os critérios de inclusão para o desenvolvimento dessa Revisão de Literatura.

**Tabela 1 – Distribuição dos estudos por perfil sócio demográfico e objetivo da pesquisa**

<b>AUTOR/ ANO/ TÍTULO</b>	<b>AMOSTRA</b>	<b>OBJETIVO DO ESTUDO</b>
<b>Berhanu et al.,(2022)</b>  <b>The magnitude and associated factors of childbirth fear among pregnant women attending antenatal care at public hospitals in Ethiopia: a cross-sectional study</b>	A população para este estudo foi todas as mulheres grávidas que frequentavam cuidados pré-natais em hospitais públicos na Zona Oeste de Welega. Com faixa etária entre 25- 27 anos de idade. Com a idade gestacional de 28 semanas.	Avaliar a magnitude e os fatores associados ao medo do parto entre gestantes atendidas no pré-natal em hospitais públicos da Zona Oeste de Wollega.
<b>Massae et al., (2021)</b>  <b>Predictors of fear of childbirth and depressive symptoms among pregnant women: a cross-sectional survey in Pwani region, Tanzania</b>	A mostra foi composta por 694 mulheres gestantes com pelo menos 32 <sup>a</sup> semanas de gestação, falando Kiswahili, com idade mediana de 26 anos.	Avaliar a prevalência de Medo do parto (FoB) entre gestantes e determinar preditores de cada um e de ambos, com foco em preditores sociodemográficos e obstétricos.
<b>Shakarami et al., (2021)</b>  <b>Comparison of fear, anxiety and self-efficacy of childbirth among primiparous and multiparous women</b>	Estudo transversal, foi realizado com 200 gestantes (100 primíparas e 100 múltíparas) Plano de parto normal de acordo com o autorrelato, estar com idade gestacional de 36 semanas, com idade de 24 a 29 anos.	Comparar o medo do parto, estado e traço de ansiedade e autoeficácia no parto entre mulheres primíparas e múltíparas em Ahvaz, sudoeste do Irã.
<b>Gelaw et al., (2020)</b>  <b>Fear of childbirth among pregnant women attending antenatal care in Arba Minch town, southern Ethiopia: a cross-sectional study</b>	Estudo transversal, um total de 387 mulheres grávidas participaram deste estudo. A idade dos participantes variou de 18 a 42 anos, mais da metade (52,5%) das participantes do estudo estavam no terceiro trimestre de gravidez.	Avaliar a magnitude do medo do parto e fatores associados entre mulheres grávidas que frequentam cuidados pré-natais em unidades de saúde pública na cidade de Arba Minch, sul da Etiópia.

<p><b>Hassanzadeh et al., (2020)</b></p> <p><b>Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes</b></p>	<p>Estudo é transversal, foram 204 gestantes primíparas com idade gestacional de 35 a 37 semanas, com idade de 25 a 27 anos.</p>	<p>Comparar o medo do parto, a ansiedade e a depressão durante a gravidez em três grupos de gestantes primíparas que não frequentavam, frequentavam irregularmente ou frequentavam regularmente as aulas de preparação para o parto.</p>
<p><b>Lindstad et al., (2018)</b></p> <p><b>Women's preference for caesarean section and the actual mode of delivery – Comparing five sites in Norway</b></p>	<p>O número total de gestantes incluídas em nosso estudo foi de 2.177. Destas, 453 mulheres foram recrutadas em Trondheim, 361 em Tromsø, 479 em Alesund, 423 de Drammen e 461 de Oslo. A taxa média de resposta foi de 50%, sendo a mais alta em Oslo (61%) e a mais baixa em Alesund (44%) com idade acima de 35 anos.</p>	<p>Investigar as diferenças no modo de parto preferido das mulheres durante a gravidez entre cinco hospitais na Noruega e relacionar isso com o tipo de parto real.</p>

**Fonte: Dados da pesquisa, 2023.**

Os estudos foram realizados com quantidade de mulheres diferentes, o artigo com menor quantidade foi de 204 gestantes e a maior quantidade 2.431. A maioria dos estudos foi com faixa etária de 27 a 46 anos, maioria das gestantes eram casadas, com escolaridade variável tendo desde participantes analfabetas a pós-graduandas. No estudo de Berhanu 2022, tinham mulheres que trabalhavam como diaristas e donas de casa. No de Shakarami et al., 2021 haviam mulheres donas de casa e que também eram funcionárias em algum emprego não citado. Com status econômicos de fraco a bom, 23 gestantes relataram que sofreram abuso em algum momento da vida, quanto ao local de moradia haviam participantes nos estudos tanto residentes de zona urbana e rural, no status ocupacional as participantes oscilaram em desempregadas até estudantes, de gravidez planejadas a não planejadas e indesejadas, nos estudos de Gelaw et al., 2020 e Hassanzadeh et al., 2020 falam sobre a satisfação conjugal de muito alto a baixo. Nos estudos selecionados foi verificado que os objetivos dos estudos se assemelham a proposta.

Diante do apresentado, é possível ver que a temática sobre o medo diante do parto vem sendo estudada, e que a população de mulheres tem um perfil bem misto, sinalizando que o medo do parto está presente em todas as idades, nas mulheres que serão mães de primeira viagem, mas também naquelas que já tem alguma experiência com trabalho de parto. É possível também observar que o medo de parto está presente em mulheres independente de sua renda, ou nível de escolaridade.

**Tabela 2 - Distribuição da amostra por autor, ano, medo e influência ou não na escolha.**

<b>AUTOR/ ANO</b>	<b>PRINCIPAIS MEDOS LISTADOS ENTRE AS MULHERES RELACIONADOS AO PARTO</b>	<b>O MEDO INFLUENCIOU NA ESCOLHA DA VIA DE PARTO?</b>
<b>Berhanu et al., 2022</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicações anteriores na gravidez;</li> <li>• Experiências passadas de complicações no parto e presença de forte apoio social aumentam a probabilidade de sentir medo do parto prolongado;</li> <li>• Dores de parto;</li> <li>• Perda do controle do intestino e/ou da bexiga;</li> <li>• Sangramento excessivo durante o parto;</li> <li>• Medo da morte;</li> <li>• Laceração perineal anterior;</li> <li>• Cesariana anterior.</li> </ul>	SIM
<b>Massae et al., 2021</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não estar mentalmente e/ou fisicamente preparado para dar à luz;</li> <li>• Uma expectativa de dor insuportável;</li> <li>• Uma sensação de perda de controle durante o parto e o nascimento;</li> <li>• Medo da morte;</li> <li>• O apoio inadequado da equipe de parto contribui para a baixa confiança no parto entre as mulheres,</li> <li>• Gravidez indesejada;</li> <li>• Suporte social inadequado (emocional, físico e financeiro) e relacionamentos ruins com o cônjuge/parceiro, como conflitos existentes em relação às práticas sexuais;</li> <li>• Cuidados insuficientes;</li> <li>• Problemas psicológicos pré existentes.</li> </ul>	SIM
<b>Shakarami et al., 2021</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter medo de uma dor desconhecida e de sua incapacidade de controlá-la;</li> <li>• Complicações de gestações anteriores.</li> </ul>	SIM
<b>Gelaw et al., 2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimentos de incerteza e ansiedade antes, durante ou após o parto, pensando no futuro trabalho de parto e parto;</li> <li>• Experiências de respostas de medo de outras pessoas ao parto;</li> <li>• Complicações durante a gravidez;</li> <li>• Dor intensa durante o trabalho de parto e part,;</li> <li>• Duração do trabalho de parto;</li> <li>• Experiências anteriores de trabalho de parto difícil.</li> </ul>	SIM
<b>Hassanzadeh et al., 2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medo de aborto espontâneo;</li> <li>• Medo de anormalidades fetais;</li> </ul>	SIM

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medo de não ser uma boa mãe;</li> <li>• Dor do parto;</li> <li>• A falta de conhecimento e o medo do desconhecido durante a gravidez e o parto.</li> </ul>	
<b>Lindstad et al., 2018</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trauma de um parto vaginal espontâneo passado;</li> <li>• medo do uso de instrumentos durante o trabalho de parto como o vácuo e o fórceps.</li> </ul>	<b>SIM</b>

---

**Fonte: Dados da pesquisa, 2023.**

Os seis estudos abordaram como principal medo a dor na hora do parto, 5 estudos por medo de questões sociais como empregos( Massae et al., 2021, Shakarami et al., 2021, Gelaw et al., 2020, Hassanzadeh et al., 2020, Lindstad et al., 2018 ), 3 estudos sobre uso de instrumentos (Berhanu et al., 2022, Lindstad et al., 2018, Gelaw et al., 2020), 1 estudo por medo da morte (Berhanu et al., 2022), 1 estudo por relacionamentos ruins com os parceiros( Massae et al., 2021), 2 por ansiedade e depressão(Gelaw et al., 2020, Hassanzadeh et al., 2020). Todos os estudos demonstram que o medo interfere na escolha da via de parto.

A dor do parto aparece neste estudo como sendo o principal medo que as mulheres referem sentir. tal medo acaba por interferir nas escolhas da via de parto levando, na maioria das vezes a essas mulheres a optarem por cesarianas, associado a esse medo da dor ainda existe o medo de sofrer algum tipo de violência no momento do parto, as gestantes também referem essa escolha de parto para que suas escolhas sejam respeitadas (FERREIRA; ROCHA,. 2020).

O momento do parto é muito esperado pelas gestantes o que faz com que essas gestantes comecem a procurar informações e investigar as vias de partos. O medo também faz com que as gestantes busquem relatos de outras mulheres que já viveram a experiência do parto, seja ele normal ou cesáreo. Porém, na minoria das vezes os relatos de parto normal são associados a experiências negativas e os relatos de cesárea são associados a experiências mais positivas. Tais relatos, acabam por ser considerados, mesmo que estas mulheres nunca tenham vivido a experiência, levando essas mulheres a terem uma preferência pelo parto cesáreo, 1,6 milhões de gestantes optaram por partos cesáreos na última década, por medo do que o parto vaginal. (TRANVANCAS; VARGENS, 2020).

Tabela 3 – Distribuição da Amostra por Autor, ano e instrumentos de avaliação

AUTOR/ ANO	INSTRUMENTOS	DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS
Berhanu et al., (2022)	<i>Questionário relacionado à experiência anterior e Escala Multidimensional de Percepção de Suporte Social.</i>	Um questionário estruturado administrado por entrevistador foi adaptado de estudos relacionados e usado. O questionário foi primeiro preparado em inglês, depois traduzido para Afaan Oromo e retraduzido para o inglês por especialistas em idiomas para manter sua consistência. Os questionários continham cinco partes: características sociodemográficas, detalhes obstétricos, Escala de Medo do Parto, questionário relacionado à experiência anterior e Escala Multidimensional de Percepção de Suporte Social. As escalas usadas para avaliar o medo do parto e o suporte social percebido contêm perguntas do tipo Likert de 7 pontos com respostas variando de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (7).
Massae et al., (2021)	<i>WDEQ- A.</i>	O W-DEQ-A é um questionário em escala Likert de 6 pontos com 33 itens que variam de 0 (nada) a 5 (extremamente), com pontuação mínima de 0 e máxima de 165. Quanto maior a pontuação, mais intenso o FoB. Foram entrevistadas quanto às características sociodemográficas (idade, escolaridade, ocupação, renda e estado civil) e obstétricas (gravidez, paridade, situação gravídica e intercorrências em gestações anteriores).
Shakarami et al., (2021)	<i>Questionário demográfico, Escala de Medo de Parto (DFS), e Inventário de Autoeficácia no Parto (CBSEI).</i>	O DFS foi projetado por Wijma et al. (2002) para avaliar o medo do parto durante o trabalho de parto. O DFS é um questionário de autoavaliação de 10 itens com pontuações de 1 (discordo totalmente) a 10 (concordo totalmente). O escore total é igual à soma dos escores obtidos em todos os itens, e sua variação é de 10 a 100. Escores mais altos indicam mais medo
Gelaw et al., (2020)	<i>Questionário estruturado e pré-testado. Wijma Delivery Expectancy Questionnaire.</i>	O W-DEQ foi projetado especialmente para medir o operacionalizado pela avaliação cognitiva do parto. Esta escala de classificação de 33 itens tem uma escala Likert de 6 pontos como formato de resposta, variando de 'nada' (= 0) a 'extremamente' (= 5), resultando em uma faixa de pontuação entre 0 e 165. As perguntas dos itens (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) têm a pontuação invertida para o cálculo da pontuação individual da mulher. O grau de medo do parto foi operacionalizado como: pontuação total do W-DEQ < 38 (medo de baixo grau) W-DEQ de 38–65,9 (medo de grau moderado), W-DEQ de 66 -84,9 (medo de alto grau) e W-DEQ ≥ 85 (grau grave de medo do parto)
Hassanzadeh et al., (2020)	Questionário demográfico, Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) – Versão A. Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire (PRAQ) de Van den Bergh.	O questionário demográfico incluiu itens sobre idade, idade de início da vida sexual, escolaridade, ocupação, Índice de Massa Corporal (IMC) idade do cônjuge, escolaridade e ocupação, apoio do cônjuge e satisfação conjugal. O apoio do cônjuge e a satisfação conjugal foram avaliados com um item subjetivo e as respostas foram baseadas em uma escala Likert de 5 pontos, incluindo muito alto, alto, moderado, baixo e muito baixo, e os participantes podiam escolher uma das opções. No presente estudo, os dados foram

coletados por meio de questionários demográficos e obstétricos, o Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) – Versão A, o Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire (PRAQ) de Van den Bergh. A versão persa de todos os instrumentos usados neste estudo foram validados no Irã após a obtenção da licença dos detentores dos direitos autorais da versão em inglês das ferramentas.

O W-DEQ foi desenvolvido por Wijma et al. em 1998 e mede medos e expectativas pré-natais com 33 itens. As mães especificam seus sentimentos pessoais e cognição com base em uma escala Likert de seis pontos (de 'nunca' =0 a 'muitas vezes' =5). O escore total desse questionário é a soma dos escores de todos os itens, variando de 0 a 165, sendo que escores mais altos sugerem maior medo do parto. Os itens 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27 e 31 são pontuados ao contrário. Wijma et al.

O PRAQ foi introduzido por Van den Bergh em 1999 e contém 34 itens em cinco domínios. Huizink et al. realizaram uma análise fatorial e identificaram os domínios com alta carga fatorial e categorizaram os cinco domínios em três, a saber: 1- Medo de dar à luz; 2- Preocupa-se em ter um filho com deficiência física ou mental; e 3- Preocupação com a própria aparência. Eles reduziram os itens de 34 para dez. A pontuação deste questionário é baseada na escala Likert, com “Definitivamente Verdadeiro” marcando cinco pontos e “Definitivamente Não Verdadeiro” marcando um ponto. Pontuações mais altas indicam maior ansiedade na respondente.

**Lindstad et al., (2018)** *Questionário de Expectativa/Experiência de Entrega Wijma (W-DEQ).*

Questionário sociodemográficas com idade e a idade gestacional, provável via de parto. A medo do parto (FOC) foi avaliada com o W-DEQ, instrumento validado para avaliar a FOC. O W-DEQ consiste em uma escala de classificação de autoavaliação de 6 pontos e 33 itens, com pontuação mínima de 0 e pontuação máxima de 165. Uma mulher foi definida como tendo FOC grave se a pontuação total fosse 85 ou superior.

---

**Fonte: Dados da pesquisa, 2023.**

Como visualizado na tabela acima, 4 estudos utilizaram o Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) questionário, Lindstad et al., 2018, Hassanzadeh et al., (2020), Gelaw et al., (2020), Massae et al., (2021), 1 estudo utilizou o questionário NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ), Hassanzadeh et al., (2020), 6 estudos usaram questionário sociodemográfico, Lindstad et al., 2018, Hassanzadeh et al., (2020), Gelaw et al., (2020), Massae et al., (2021), Shakarami et al., (2021), Berhanu et al., (2022), 1 estudo utilizou Escala de Medo de Parto (DFS), Shakarami et al., (2021), 1 estudo utilizou Questionário relacionado à experiência anterior e Escala Multidimensional de Percepção de Suporte Social, Berhanu et al., (2022).

O estudo de Berhanu et al., (2022), utilizou o Questionário relacionado à experiência anterior e Escala Multidimensional de Percepção de Suporte Social, no qual teve uma pontuação de 71.10 %

para baixo medo de parto e 28.90% para alto medo de parto, para essas mulheres o medo variava de moderado a grave, o que para as 28.90% fariam optar por outra via de parto. Já no estudo de Massae et al., 2021 O W-DEQ-A é um questionário em escala Likert, nesse teve uma pontuação de cerca de 37 (5,3%) das gestantes tinham medo do parto e depressão, 68 (9,8%) tinham medo do parto, mas não depressão, 86 (12,4%) tinham depressão, mas não medo do parto e 503 (72,5%) não tinham nenhum dos dois. Para as mulheres que tinham medo do parto era um grau moderado mais que influenciava na sua via de parto. No estudo de Shakarami et al., 2021, ele usou o questionário demográfico, Escala de Medo de Parto (DFS), e Inventário de Autoeficácia no Parto (CBSEI), considerando  $42,80 \pm 17,59$  média  $\pm$  escore de desvio padrão de medo do parto em primíparas,  $29,51 \pm 17,59$  média  $\pm$  escore de medo do parto em mulheres múltíparas, visualizando um alto nível de medo em mulheres grávidas do primeiro filhos, com parado com mulheres com mais gestações.

No estudo de Gelaw et al., 2020 que utilizou também o Questionário estruturado e pré-testado. Wijma Delivery Expectancy Questionnaire, foi verificado que 40 (10,3%) gestantes apresentaram medo de baixo grau, 154(39,8%) medo de grau moderado, 98(25,3%) medo de alto grau e 95(24,5%) medo de parto de grau grave. Já no estudo de Hassanzadeh et al., 2020 que utilizou o Questionário demográfico, Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) mais na Versão A, foi verificado uma variação de 60% a 40% para um nível de médio a alto. O estudo de Lindstad et al., 2018 que também usou o Questionário de Expectativa/Experiência de Entrega Wijma (W-DEQ), foi verificado uma taxa mais alta de 60% e mais baixa de 40%, nesse as mulheres primíparas optavam por parto normal e já as outras gestantes cesárias.

A Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (EMSSP), desenvolvida por Zimet et al. (1988). O instrumento compõe-se de 12 itens, divididos em três fatores (família, amigos, outros significativos), a serem respondidos pela de escala Likert de sete pontos, alternando de discordo, muito, fortemente (1) a concordo, muito, fortemente (7). Para a tradução da escala, foi primeiro traduzida e retradução (back- -translation), que é uma tradução dos itens para o português, e depois da tradução desta versão novamente para o inglês e da comparação das duas versões, com intuito de verificar se houve uma equivalência conceitual (BYRNE, 2012).

A versão traduzida e adaptada do W-DEQ avalia os dados sociodemográficos e obstétricos e as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS-21). A versão original do W-DEQ, versão A, avalia o medo do parto da gestante visualizando suas expectativas. Essa versão é uma tradução e adaptação para o português usando o método de tradução e retrotradução, e com recurso a um painel de peritos. Com a aplicação dos testes nesse estudo foi verificado um nível elevado de

medo do parto, com uma elevação maior em participantes desempregadas e com menor escolaridade, com valores de ( $M = 66,75$ ), com 57,22% da amostra situada neste nível, dos quais 17,78% apresentando medo intenso ( $\geq 85$ ) e 6,11% medo do parto muito intenso ( $\geq 100$ ) (LOUREIRO, 2013).

Para Massae (2022) também foi utilizado o questionário com questões sociodemográficas (idade, escolaridade, ocupação, renda e estado civil) e obstétricas (gravidez, paridade, estado de gravidez e complicações da gravidez anterior). W-DEQ-A e W-DEQ-B continham itens para simplificar as comparações dos achados obtidos durante o parto. As entrevistadas do W-DEQ-B responderam às perguntas a experiências e sobre o processo de parto.  $> 0,90$  é considerado excelente,  $> 0,80$  é bom,  $> 0,70$  aceitável,  $> 0,60$  questionável e  $< 0,50$  inaceitável.

Esse foi o primeiro estudo na versão em chinês mandarim do W-DEQ-A em uma grande amostra. Nele foi verificado que a escala é validada e de confiança para realizar a medida dos FOC em grávidas. Nesse estudo foi descoberto que 17,3% das mulheres grávidas experimentam medo clínico, comparando com as 11% das mulheres nos países europeus. Mostrando a necessidade de se concentrar na saúde mental das mulheres grávidas. A pontuação foi maior que 85 na proporção de um estudo norueguês. É notado que o FOC seja influenciado por diversos fatores, temporal, geográfico, mito, crenças, portanto, o nível de medo pode variar de mulheres para mulheres em diferentes países. Com isso as participantes não se consideraram fortes o suficiente para o momento do parto, com pontuações mais altas no nível 4 (HAN et al., 2022).

Esse estudo usou A Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), traduzida e adaptada ao português, nele as mulheres foram classificadas deprimidas quando tiveram os escores  $\geq 13$ , nessa pontuação que apresentou 63,6% de sensibilidade, 98,9% de especificidade, 94,0% de valor preditivo positivo e 88,0% de valor preditivo negativo na validação brasileira para essas mulheres (KONRADT, 2011).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo principal conhecer os medos que envolvem as gestantes sobre o momento do parto, por meio de uma revisão. E diante do exposto foi possível perceber que o medo do parto vaginal está presente nas mulheres independente de sua idade, escolaridade, presença/ausência de companheiro, renda ou planejamento da gestação.

Os principais medos que envolvem o parto de via vaginal é o medo da dor na hora do parto, questões sociais como se poderiam trabalhar ou perderiam seus respectivos empregos, uso de instrumentos, medo da morte, relacionamentos ruins com os parceiros, ansiedade e depressão. Sendo possível identificar em todos os estudos que o medo interfere na escolha da via de parto.

Os instrumentos que avaliam o medo do parto em gestantes o Questionário estruturado e pré-testado Wijma Delivery (WDEQ- A) foi o mais utilizado, ele se apresenta como uma ferramenta eficaz para o rastreio do medo do parto, sendo ele de baixo custo e de fácil aplicação além de pode ser associado a outras escalas, como a de ansiedade e depressão, experiência e expectativa de cada mulher.

Fica perceptível nessa revisão que embora o medo do parto seja real entre as gestantes, muito ainda precisa ser feito, na tentativa de minimizar esta realidade. Portanto, é extremamente necessário que os profissionais de saúde que prestam assistência a este público não só conheçam questionários que possam auxiliar no rastreio do medo dessas gestantes como também adotem medidas que possam minimizar o mesmo como: mesas redondas, encontros, feiras gestacionais, onde essas mulheres possam expressar seus medos e suas dúvidas com relação ao parto. Garantindo assim uma assistência mais humana e qualificada.

## REFERÊNCIAS

- \_\_\_\_\_. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/ico.html>> Acesso em: 2 de outubro de 2022.
- ALIPIO, L.A.; MADEIRA, L.M.; SILVA, F.A.F.L. Integridade perineal em partos vaginais: fatores maternos, neonatais e relacionados a assistência. **Enferm Foco**, v.12 n.4, p.- 739-745, 2021.
- BARBOSA, L. C.; FABBRO, M.R. C.; MACHADO, G. P. R. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Avances En Enfermería**, [S.L.], v. 35, n. 2, p. 188-205, 1 maio 2017.
- BAVARESCO, G. Z et al. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2011, v. 16, n. 7 [Acessado 29 Outubro 2022] , pp. 3259-3266. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800025>>.
- BERHANU, RD, Abathun, AD, Negessa, EH et al. A magnitude e os fatores associados ao medo do parto entre gestantes atendidas no pré-natal em hospitais públicos na Etiópia: um estudo transversal. **BMC Gravidez Parto** 22 , 222 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04544-y>.
- BITENCOURT, A.C.; OLIVEIRA, S.; RENNÓ, G. M. Significado de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao parto. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 787-793, 31 dez. 2021. Conselho Federal de Enfermagem – Cofen.
- BOEIRA, J.T.R; SILVA, Y.P; FURLANETTO, M.P. O papel da fisioterapia pélvica na atenção primária à gestante: uma revisão integrativa. **Fisioter Bras**, v.22 n.6, p.-1-14,2021.
- BORBA, E.O.; AMARANTE, M.V. L.; DEBORA, A.J. Assistência fisioterapêutica no trabalho de parto. **Fisioterapia e Pesquisa** [online]. 2021, v. 28, n. 3 [Acessado 29 Outubro 2022] , pp. 324-330. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-2950/21000628032021>>. Epub 26 Nov 2021.
- BOURGUIGNON, A.M.; GRISOTTI, M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.485-502, 2020.
- CARREGAL, F. A. S. et al. Resgate histórico dos avanços da Enfermagem Obstétrica brasileira. **História Da Enfermagem: Revista Eletrônica (HERE)**, 11(2), 1–10, 2020.
- DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde coletiva**, v.10 n.3, p.- 627- 637, 2005.
- FERREIRA, M.J.S.; TEIXEIRA, Z.M. Estudo preliminar das Escalas do Medo do Parto antes da Gravidez numa amostra de estudantes universitários. **Revista de Enfermagem Referência**, V.5 n.3, p.-1-8,2020.
- FREITAS, D. A. M. et al. Experiência de Mulheres que Tiveram Parto Natural. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, [S.L.], p. 187-199, 10 abr. 2022.
- GELAW, T., et al (2020). Medo do parto entre mulheres grávidas que frequentam cuidados pré-natais na cidade de Arba Minch, sul da Etiópia: um estudo transversal. **BMC Gravidez e Parto**, 20(1). doi:10.1186/s12884-020-03367-z.
- HASSANZADEH, R., et al (2020). Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. **BMC Women's Health**, 20(1). doi:10.1186/s12905-020-01048-9.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019.

LEAL, S.Y. Pinto; PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 1-7, 18 abr. 2018.

LEITE, T.H. et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 483-491, fev. 2022.

LIMA, E.G.S. et al. Intervenções fisioterapêuticas para os músculos do assoalho pélvico no preparo para o parto: revisão da literatura e proposta de manual de orientação. **Fisioter Bras**, v. 22 n. 2, p.- 1-14, 2021.

LOZADA, G.; NUNES, K.S. **Metodologia Científica**. [Porto Alegre]: Grupo A, 2019. E-book, ISBN 9788595029576. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595029576/>. Acesso em: 1 out. 2022.

LUCENA, M.R.L.; SOARES, E.C.S.S.; BOAS, W.W.V. Anestesia geral para cesariana. **Rev Med Minas Gerais**, v.20 n.4, p.- 7-16, 2010.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia Científica**. [Rio de Janeiro]: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559770670. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595029576/>. Acesso em: 1 out. 2022

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595029576/>. Acesso em: 1 out. 2022

MARQUES, G. M.; NASCIMENTO, D.Z. Alternativas que contribuem para a redução da violência obstétrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 12, p. 4743-4744, dez. 2019.

MASSAE, AF, Larsson, M., Leshabari, S. et al. Preditores de medo do parto e sintomas depressivos entre mulheres grávidas: uma pesquisa transversal na região de Pwani, Tanzânia. **BMC Gravidez Parto** 21 , 704 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04169-7>.

MATINNIA, N., et al (2017). Further evidence of psychological factors underlying choice of elective cesarean delivery (ECD) by primigravidae. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 40(1), 83–88. doi:10.1590/1516-4446-2017-2229.

MELO, B.L.P.L et al. Violência obstétrica à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. **Revista Cuidarte**, v.13, p.- 1-16, 2022.

MENEZES, G.S.; COSTA, S.S.S.; AZEVEDO, G.S. Perfil dos profissionais de saúde de um hospital público e sua percepção acerca da atuação do fisioterapeuta no enfrentamento da COVID-19. **Acta Fisiatr**, v. 29i2a181882, p.- 1- 6, 2022.

MOLGORA, S., et al (2018). Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. **Women and Birth**, 31(2), 117–123. doi:10.1016/j.wombi.2017.06.022.

NASCIMENTO, L.P. **Elaboração de projetos de pesquisa**: monografia, dissertação, tese e estudo de caso, com base em metodologia científica, Cengage Learning Brasil, 2016.

NGUYEN, LD; et al (2021). Medo do parto e preferências por serviços de prevenção entre gestantes urbanas em um país em desenvolvimento: um estudo multicêntrico, Estudo transversal. **Int. J. Environ. Res. Saúde pública** 2021,18, 5382. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105382>.

NOVAES, L.; FARBIARZ, J.L.; COUTO, R.M.S. **Metodologias de campo: perspectivas interdisciplinares**. [Rio de Janeiro]: Editora Blucher, 2022. E-book. ISBN 9786555500523. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555500523/>. Acesso em: 1 out. 2022.

- O'CONNELL, M., et al (2019). A prevalência e os fatores de risco do medo do parto entre mulheres grávidas: um estudo transversal na Irlanda. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**. doi:10.1111/aogs.13599.
- PALMA, C.C.; DONELLI, T. M.S. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, [S.L.], v. 48, n. 3, p. 216, 29 set. 2017
- PATAH, L.E.M.; MALIK, A.M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev Saúde Pública**, V.45 N.1, P.- 185-194, 2011.
- PEREIRA, M. F. R. et al. Experience of women in the transfer from planned home birth to hospital. **Rev Rene**, [S.L.], v. 21, p. 1-9, 17 jul. 2020.
- POSSATI, A.B et al. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. **Escola Anna Nery** [online], v. 21, n. 4, 2017.
- RIGHETTI, R. F. et al. Physiotherapy Care of Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - **A Brazilian Experience**. *Clinics* [online]. 2020, v. 75 [Accessed 26 October 2022] , e2017.
- ROCHA, N.F.F.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 125, p. 556-568, jun. 2020
- SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B. **Metodologia de Pesquisa**. [Porto Alegre]: Grupo A, 2013. E-book. ISBN 9788565848367. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788565848367/>. Acesso em: 1 out. 2022.
- SANTOS, J.A.; FILHO, D.P. **METODOLOGIA CIENTÍFICA**. [São Paulo]: Cengage Learning Brasil, 2012. E-book. ISBN 9788522112661. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522112661/>. Acesso em: 3 out. 2022.
- SENA, L.M.; TESSER, C.D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 21, n. 60, p. 209-220, 3 nov. 2016.
- SHAKARAMI, A., Mirghafourvand, M., Abdolalipour, S. et al. Comparação do medo, ansiedade e autoeficácia do parto entre primíparas e múltiparas. **BMC Gravidez Parto** 21 , 642 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04114-8>.
- SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M.M.; SOUZA, K.V. História, conquistas e perspectivas no cuidado a mulher e a criança. **Contexto Enferm Florianópolis**, v.14 n.4, p.- 585-593, 2005.
- SOUTO, K.; MOREIRA, M.R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 45, n. 130, p. 832-846, set. 2021.
- TORNQUIST, C.S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas** [online], v. 10, n. 2, 2002.
- VAAJALA, M., LIUKKONEN, R., KUITUNEN, I. *et al.* Fatores associados ao medo do parto em uma gravidez subsequente: uma análise de caso-controle nacional na Finlândia. **BMC Women's Health** 23 , 34 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02185-7>.
- VIEIRA, S. M et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2011, v. 20, n. spe [Acessado 29 Outubro 2022] , pp. 255-262. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500032>>.