

POSSÍVEIS ORIGENS E CONSEQUÊNCIAS DO MEDO DO PARTO

*POSSIBLE ORIGINS AND CONSEQUENCES
OF FEAR OF CHILDBIRTH*

*POSIBLES ORÍGENES Y CONSECUENCIAS
DEL MIEDO AL PARTO*

Livia Rangel de Christo Nunes ⁽¹⁾

Angela Donato Oliva ⁽²⁾

RESUMO

O medo do parto pode variar de uma preocupação leve até um medo fóbico. Neste caso, o medo é conhecido como “tocofobia” e pode afetar a saúde mental da mulher, assim como suas escolhas reprodutivas e sexuais. O objetivo deste ensaio foi discorrer sobre as possíveis origens do medo do parto, suas principais características cognitivas e comportamentais, e suas consequências para a saúde da mulher e do bebê. Para tal, foi realizado um estudo teórico sobre medo do parto a partir de uma perspectiva evolucionista, em diálogo com as neurociências e a abordagem cognitivo-comportamental. O medo do parto pode ser aprendido por condicionamento clássico, por condicionamento observacional ou por transmissão de informações. Fatores culturais podem dificultar ainda mais o trabalho de parto e reforçar o medo. Além disso, as crenças desempenham um papel importante na manutenção do medo e no aumento de comportamentos evitativos, como a escolha por cesáreas eletivas, submetendo mãe e bebê a riscos desnecessários.

Palavras-chave: medo do parto; tocofobia; cesárea.

⁽¹⁾ Doutora em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1253-159X> — email: psilivianunes@gmail.com

⁽²⁾ Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Adjunta da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), RJ, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4875-9078> — email: angeladonatoliva@gmail.com

ABSTRACT

The fear of childbirth can range from mild concern to a phobic fear. In this case, the fear is known as “tokophobia” and can affect the woman’s mental health, as well as her reproductive and sexual choices. The objective of this essay was to discuss the possible origins of the fear of childbirth, its main cognitive and behavioral characteristics, and its consequences for the health of the woman and the baby. To this end, a theoretical study on the fear of childbirth was conducted from an evolutionary perspective, in dialogue with neurosciences and the cognitive-behavioral approach. The fear of childbirth can be learned through classical conditioning, observational conditioning, or information transmission. Cultural factors may further complicate labor and reinforce fear. In addition, cognitions play an important role in maintaining fear and increasing avoidant behaviors, such as the choice of elective cesareans, exposing mother and baby to unnecessary risks.

Keywords: fear of childbirth; tokophobia; cesarean section.

RESUMEN

El miedo al parto puede variar desde una preocupación leve hasta un miedo fóbico. En este caso, el miedo es conocido como “tocefobia” y puede afectar la salud mental de la mujer, así como sus decisiones reproductivas y sexuales. El objetivo de este ensayo fue analizar los posibles orígenes del miedo al parto, sus principales características cognitivas y conductuales, y sus consecuencias para la salud de la mujer y del bebé. Para ello, se realizó un estudio teórico sobre el miedo al parto desde una perspectiva evolucionista, en diálogo con las neurociencias y el enfoque cognitivo-conductual. El miedo al parto puede ser aprendido por condicionamiento clásico, por condicionamiento observacional o por transmisión de información. Los factores culturales pueden dificultar aún más el trabajo de parto y reforzar el miedo. Además, las cogniciones desempeñan un papel importante en el mantenimiento del miedo y en el aumento de conductas evitativas, como la elección de cesáreas electivas, exponiendo a la madre y al bebé a riesgos innecesarios.

Palabras clave: miedo al parto; tocefobia; cesárea.

Introdução

O parto é frequentemente considerado um evento perigoso e arriscado (Haeusler et al., 2021; Roy, 2003). O termo “medo do parto” é utilizado para se referir às experiências de ansiedade, medo ou preocupação relacionadas ao parto. Em alguns casos, o medo pode ser extremo, também conhecido como “tofofobia” (O’Connell, Khashan et al., 2021; O’Connell, Martin & Jomeen, 2021). Não há nenhuma referência à “tofofobia” na quinta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2022), o que dificulta sua identificação e consequentemente seu manejo.

Mulheres com medo excessivo do parto estão mais propensas à cirurgia cesariana planejada ou de emergência (Nunes et al., 2022; O’Connell, Khashan et al., 2021). Quando a opção pela cesariana é a estratégia utilizada para lidar com o medo do parto, isso é preocupante e pode ser considerado um problema de saúde pública. Alguns dos riscos associados à cirurgia cesariana incluem parto prematuro, aumento do período de internação hospitalar do neonato, desmame precoce e maior risco de não ter o contato pele a pele com a mãe durante a primeira hora de vida (Martins et al., 2023).

A maior parte das cesarianas eletivas no Brasil é realizada em mulheres que recebem atenção médica por intermédio de plano ou seguro saúde (Marques, 2019). Apesar das tentativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de regular a diminuição das cesarianas sem indicação clínica, o problema é complexo e persiste. Alguns dos muitos fatores por trás da epidemia de cesarianas são a falta de autonomia concedida a outros profissionais aptos a atender gestantes de risco habitual e partos vaginais sem distocia como enfermeiras-obstetras/obstetrizes; a conveniência médica das cesarianas eletivas e a falta de fiscalização por parte do Conselho Profissional de Medicina dessa grave infração ética; a falta de plantão obstétrico nos hospitais e maternidades da rede suplementar; e a formação médica de cunho predominantemente cirúrgico e intervencionista (Marques, 2019).

Essas considerações são importantes para que o tema do medo do parto não se torne mais uma das formas de responsabilização da mulher pelo alto número de cesarianas. O “pedido” por uma cesariana está frequentemente submetido à influência dos fatores mencionados e a uma relação de poder desigual entre médico e paciente. Dessa forma, compreender o medo do parto e suas possíveis consequências para a saúde da mulher e do bebê não deve ser mais uma forma de responsabilizar a parte mais vulnerável nessa relação. Ao contrário, espera-se que a compreensão desse medo seja mais uma ferramenta de

voz aos pedidos de cesariana que são verdadeiramente um pedido de ajuda (Marques, 2019).

O medo do parto está associado à depressão pós-parto, ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), a sintomas de ansiedade e de depressão, à menor vinculação entre mãe e bebê, e à distocia ou prolongamento do trabalho de parto (Dal Moro et al., 2023; Elyasi et al., 2019; Horsch et al., 2024; Imakawa et al., 2022; Jochumsen et al., 2023). Quando comparadas ao atendimento pré-natal padrão, as intervenções psicológicas e educacionais estão relacionadas a uma redução significativa do medo do parto. Intervenções que se mostraram capazes de influenciar o nível desse medo em gestantes incluem as intervenções baseadas na atenção plena, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a psicoeducação, o aconselhamento e aulas de pré-natal (Alizadeh-Dibazari et al., 2024; Çankaya & Şimşek, 2021; Yörük & Acikgoz, 2023).

Discussão

Diante dos pontos apresentados, o objetivo do presente trabalho foi discutir as possíveis origens do medo do parto, suas principais características cognitivas e comportamentais e suas consequências para a saúde da mulher e do bebê. O referencial teórico que norteou essa reflexão procurou articular a perspectiva cognitivo-comportamental e a abordagem evolucionista, buscando nas neurociências dados empíricos para fundamentar essa discussão. Espera-se que os resultados contribuam para ampliar a compreensão desse medo e, conseqüentemente, as possibilidades de manejo clínico.

O processo evolutivo e as dificuldades do trabalho de parto

O trabalho de parto é frequentemente percebido como um evento arriscado (Haeusler et al., 2021; Roy, 2003). Em 2020 foram registradas cerca de 287 mil mortes maternas no mundo, quase 95% das quais ocorrem em países em desenvolvimento, e a maior parte poderia ter sido evitada (WHO, 2025). De acordo com Say et al. (2014), entre os anos 2003 e 2009 em torno de 73% de todas as mortes maternas foram devidas a causas diretas, enquanto aproximadamente 27,5% foram devidas a causas indiretas. Hemorragia foi a principal causa direta de morte materna, totalizando 27,1% das mortes. A segunda maior causa direta foi a hipertensão, responsável por 14% dos casos, seguida da sepse, ocasionando 10,7% dos casos. Apenas 2,8% das mortes tiveram como causa

complicações durante o parto e 2,8% foram devidas à obstrução do trabalho de parto (Say et al., 2014).

Os dados atuais sobre mortalidade materna não são tão drásticos quanto os de um passado relativamente recente. No final do século XIX e início do XX houve um aumento dramático da mortalidade materna (Stone, 2016), que levou profissionais das áreas biomédicas e antropológicas a refletirem sobre as dificuldades que as mulheres enfrentavam para dar à luz. Uma famosa hipótese para explicar o fenômeno ficou conhecida como o “dilema obstétrico” (Grunstra et al., 2023; Haeusler et al., 2021) e foi embasada nos estudos de Krogman (1951) e Washburn (1960). Segundo Krogman (1951), muitas das dificuldades que enfrentamos relacionadas aos nossos corpos são fruto de um “efeito colateral” da evolução.

Com o bipedalismo a pélvis precisou suportar a parte superior do nosso corpo (Krogman, 1951; Washburn, 1960). Uma das consequências dessa mudança foi o direcionamento do osso sacro para baixo, fazendo com que sua extremidade inferior se localizasse bem abaixo do encaixe do quadril e abaixo do nível superior da articulação pubiana. Essa transformação fez com que o sacro invadisse a cavidade pélvica e estreitasse o canal do parto, por onde nascem os bebês (Krogman, 1951). Tal estreitamento não seria um problema obstétrico relevante se não tivesse sido acompanhado paralelamente pelo aumento do crânio, causando uma desproporção entre o tamanho da cabeça do bebê e a pélvis feminina (Krogman, 1951; Washburn, 1960). Para Washburn (1960), esse dilema teria sido resolvido pelo nascimento do bebê num estágio mais precoce do desenvolvimento, quando ele ainda é muito dependente, mas também é menor.

Segundo Stone (2016) o dilema obstétrico foi utilizado no final do século XIX e início do século XX como forma de reforçar uma narrativa cultural e biomédica do risco associado ao parto. Em outros termos, se mulheres e crianças estavam morrendo em grande quantidade devido ao parto, parte da responsabilidade poderia ser atribuída à mãe natureza e ao processo evolutivo. Entretanto, seria a desproporção cefalopélvica suficiente para explicar sozinha as dificuldades do trabalho de parto? Os estudos mais recentes têm demonstrado que não. Vários fatores parecem aumentar a magnitude do dilema obstétrico, dos quais podemos destacar a alimentação materna e os nutrientes recebidos pela mãe e pelo bebê (Grunstra et al., 2023).

Wells et al. (2012) sugerem que esses fatores tenham se exacerbado na transição humana para a agricultura, influenciando os fenótipos maternos e

infantis, de forma que o dilema obstétrico tenha sido mais dramático nos últimos 100 mil anos do que era para nossos antepassados caçadores-coletores. Segundo os autores, comparações paleodemográficas entre caçadores-coletores e agricultores sugerem que os primeiros tinham menores taxas de mortalidade perinatal. Assim, os autores sugerem que parir era mais fácil para nossas ancestrais. De acordo com Roy (2003), a partir de um ponto de vista evolutivo, faria mais sentido que essas mulheres não apresentassem distocia frequentemente, ou seja, fetos desproporcionalmente grandes ou mal posicionados, uma vez que isso dificultaria a sobrevivência da espécie.

O autor também dá como exemplo grupos étnicos contemporâneos, cujo estilo de vida se assemelha ao dos antigos caçadores-coletores e que têm maior facilidade para dar à luz. Segundo Roy (2003), esses grupos consomem uma dieta rica em proteínas, diferente de nossos ancestrais agricultores, cuja alimentação era proveniente do cultivo básico. Uma dieta baseada em grãos e vegetais, juntamente com a deficiência de proteínas e vitaminas, e as doenças que surgem devido à aglomeração de pessoas, podem ter propiciado uma redução do peso ao nascer. Assim, ao decorrer de centenas de gerações, ter uma grande capacidade pélvica seria desnecessário, já que os bebês se tornaram menores e uma pélvis de menor capacidade já não era mais um empecilho para a sobrevivência. Contudo, enquanto mudanças genéticas levam centenas de gerações, mudanças sociais podem ocorrer de forma muito rápida. Estudos sugerem que, nos dias atuais, uma oferta mais abundante de alimentos com maior teor calórico pode ter favorecido o aumento do peso do bebê ainda no útero, dificultando o trabalho de parto (Grunstra et al., 2023; Roy, 2003).

Além do impacto trazido pelo estilo de vida dos agricultores, outros fatores passaram a influenciar o trabalho de parto com o passar do tempo. A partir do século XVIII, o parto começou a transitar de um evento íntimo e doméstico para um evento médico e hospitalar (Stone, 2016). No Brasil, até o final do século XIX parir fora de casa era uma situação considerada anormal e assustadora (Mott, 2012). Com a hospitalização do parto cresceu também o risco de infecção (Stone, 2016) e a padronização da posição supina durante o nascimento, que não favorece o alargamento da cintura pélvica tanto quanto o agachamento ou uma postura de pé (Haeusler et al., 2021; Stone, 2016; Wells et al., 2012).

Ademais, o século XIX foi impactado pela era vitoriana, na qual a combinação de uma alimentação empobrecida com a falta de sol e o uso de espartilhos resultou num aumento do comprometimento da cintura pélvica das mulheres europeias (Stone, 2016). A evolução pode não ter facilitado o nascimento, mas o aumento da mortalidade materna no século XIX favoreceu a percepção do parto

como um evento perigoso, disseminando esse temor em meio ao mundo ocidental. Atualmente, o acompanhamento pré-natal adequado, os cuidados com a higiene e a redução de intervenções desnecessárias são algumas das medidas que tornam o trabalho de parto mais seguro (Ministério da Saúde, 2017). Não obstante, a ideia do parto como evento perigoso ainda paira no imaginário social (Haeusler et al., 2021).

A etiologia do medo do parto

Não é raro encontrar mulheres que sentem medo de parir (O'Connell, Khashan et al., 2021). Grande parte dessas mulheres nunca pariu, mas já ouviu relatos, viu diretamente ou teve acesso a imagens de mulheres dando à luz uma criança. Assim, de que forma o medo do parto é aprendido? Na literatura sobre medo do parto (Rondung et al., 2016; Webb et al., 2021) é comum encontrar referências a Rachman (1977), para quem o condicionamento clássico não era suficiente para embasar uma explicação abrangente da aquisição do medo. Entre seus motivos estava o fato de que alguns medos são adquiridos de forma indireta, como, por exemplo, pela observação. Como alternativa, Rachman (1977) propôs três possíveis formas de aquisição do medo: por condicionamento clássico, por exposição vicária ou pela transmissão de informações. Essas três formas de aquisição seriam, portanto, as mais citadas quando o intuito é explicar a etiologia do medo de parir (Rondung et al., 2016; Webb et al., 2021).

Contudo, após Rachman, novos estudos nos levaram a questionar se a aquisição do medo por exposição vicária não seria apenas uma forma de condicionamento clássico. Mineka e Cook (1993) encontraram uma grande semelhança entre o condicionamento clássico e a exposição vicária (ou condicionamento observacional) a nível descritivo. O estudo dos autores demonstrou que macacos inicialmente sem medo de cobras adquiriam o medo quando observavam a reação de outros macacos com medo intenso. Segundo os autores, no condicionamento observacional, o medo apresentado pelo macaco-modelo na presença da cobra funciona como estímulo incondicionado (EI) para o macaco-observador, causando uma reação incondicionada (RI) de medo no observador durante a sessão de condicionamento (fase observacional). O resultado do pareamento entre o estímulo incondicionado (reação do macaco-modelo) e o estímulo condicionado (a cobra), resulta numa reação condicionada (RC) de medo no macaco-observador quando na presença exclusiva da cobra (fase de teste).

Outra possibilidade, segundo os autores, seria a do estímulo incondicionado ser na realidade um estímulo condicionado prévio. Nesse caso, o estímulo incondicionado original pode ter sido qualquer situação traumática vivenciada pelo observador na qual um coespecífico esboçou uma reação de medo. Assim, a reação de medo do coespecífico seria na realidade um estímulo condicionado (EC_1) que causa no observador uma reação condicionada (RC) de medo. Se esse for o caso, a situação de condicionamento envolvendo a cobra é na realidade um condicionamento de segunda ordem, no qual o estímulo condicionado – reação de medo de um coespecífico (EC_1) – é associado ao estímulo condicionado cobra (EC_2), resultando numa resposta condicionada de medo de segunda ordem.

As semelhanças entre os mecanismos de condicionamento clássico e condicionamento observacional do medo em humanos foram expostas por Olsson et al. (2007). Segundo o estudo realizado pelos autores, a expressão facial de estresse de outro humano, usada como modelo de aprendizagem por observação, também pode atuar como um estímulo aversivo incondicionado. Além disso, os autores observaram uma sobreposição nas áreas de ativação da amígdala direita e esquerda durante a fase observacional e durante a fase de teste. A amígdala tem um papel central no condicionamento pelo medo (LeDoux, 1998), que, segundo o estudo, se estende também para o medo aprendido por meio da observação (Olsson et al., 2007).

Outras regiões como a ínsula anterior (IA) e o córtex cingulado anterior (CCA), que são ativadas no exercício da empatia (Keum & Shin, 2019), também parecem ter um papel relevante tanto no condicionamento clássico do medo (Büchel et al., 1988), quanto no observacional (Keum & Shin, 2019). No estudo de Olsson et al. (2007), essas áreas tiveram maior ativação na fase de teste do que na fase observacional. Contudo, devido ao papel dessas regiões na empatia, os autores escolheram analisar uma possível correlação entre a força da ativação dessas áreas na fase observacional e a subsequente resposta de aprendizagem na fase de teste. Encontrou-se então uma correlação positiva e moderada entre as duas fases tanto para a região da IA ($r=0,61$, $P<0,05$) quanto para a região do CCA ($r=0,67$, $P<0,05$ – após a exclusão de um indivíduo *outlier*). Assim, é possível hipotetizar uma relação entre o nível de empatia do sujeito durante a fase de observação e o grau do condicionamento por ele adquirido. Outros estudos confirmaram a sobreposição do substrato neural da empatia e da aquisição de medo por observação (Keum & Shin, 2019). Mas, e quanto ao medo adquirido pela transmissão de informações?

Sabemos que instruções verbais podem ter um grande impacto na aquisição de medo e são capazes tanto de criar diretamente o medo quanto de moderar medos criados pelo pareamento de estímulos (Mertens et al., 2018). Além disso, o condicionamento do medo mediante instruções verbais provoca ativação neural em áreas do cérebro que também são tipicamente ativadas no condicionamento clássico do medo (Phelps et al., 2001). Essas considerações são relevantes, sobretudo para a prática clínica, pois significam que o medo pode ser modulado por habilidades psicológicas como a empatia e a linguagem.

Apesar das semelhanças entre as formas de aquisição do medo, distinguir entre condicionamento clássico, exposição vicária e transmissão de informações ajuda a compreender como o medo do parto é adquirido. A literatura separa o medo do parto em primário e secundário (Hofberg & Brockington, 2000; Rondung et al., 2016). O medo secundário surge de experiências traumáticas anteriores, como um parto difícil ou eventos obstétricos como aborto espontâneo ou provocado, e está associado ao condicionamento clássico (Hofberg & Brockington, 2000). Em estudo realizado por Hofberg e Brockington (2000), de 14 mulheres com medo do parto secundário, nove apresentavam sintomas de TEPT.

O medo primário do parto surge antes da experiência de parto, geralmente na adolescência ou início da fase adulta, e é adquirido por observação ou por informações (Hofberg & Brockington, 2000; Rondung et al., 2016). Cenas de parto na mídia e relatos sobre a dor reforçam esse medo (Mello et al., 2021; Travancas & Vargens, 2020). Além disso, a generalização de outros medos, como de injeção ou agulhas, pode também levar a um maior temor frente ao parto (Rondung et al., 2016). Todavia, sabemos que nem todas as mulheres que vivenciam um parto difícil, assistem a cenas de partos dolorosos em filmes hollywoodianos ou escutam histórias traumáticas sobre dar à luz desenvolvem medo de parir. São inúmeros os fatores que podem estar relacionados ao medo do parto, dos quais se destacam nossas cognições.

Cognições e comportamentos relacionados ao medo do parto

Segundo Beck (2021), o sofrimento psicológico comumente está relacionado a pensamentos disfuncionais que influenciam o humor e o comportamento. Dessa forma, nossas cognições têm um papel importante na forma como nos sentimos e agimos. As cognições relacionadas à autoeficácia, por exemplo, influenciam a forma como as mulheres se sentem em relação ao parto (Huang et al., 2021; Rondung et al., 2016). No estudo realizado por Hofberg

e Brockington (2000), todas as 13 mulheres com tocofobia secundária mantinham a crença de que não eram capazes de parir seus bebês.

Outra forma de cognição que parece estar relacionada ao medo do parto, mais especificamente ao medo da dor do parto, é a catastrofização da dor. Esta pode ser compreendida como uma estratégia de regulação emocional caracterizada por uma preocupação catastrófica (Petrini & Arendt-Nielsen, 2020). Em estudo realizado por Dehghani et al. (2014), encontrou-se que a catastrofização da dor atua como variável mediadora entre o medo da dor e a escolha por uma cesárea eletiva. Além disso, mulheres com maior nível de catastrofização da dor anteciparam e vivenciaram mais dor durante o parto e tiveram uma recuperação pós-parto pior do que aquelas que não foram classificadas como catastrofizadoras (Bartholomew et al., 2024; Flink et al., 2009). Todavia, numa amostra de mulheres não grávidas e nulíparas, não foi encontrada correlação entre o medo do parto e a catastrofização da dor (Clark et al., 2022).

A intolerância à incerteza também pode estar relacionada ao medo do parto (Rondung et al., 2016). No estudo realizado por Han et al. (2022), a intolerância à incerteza apareceu como um dos fatores de risco para o medo do parto na amostra estudada. Esse achado reforça a importância do acesso a informação de qualidade a respeito do parto para a saúde mental da mulher (Han et al., 2022).

Alguns dos principais focos de medo relacionados ao parto são: medo de intervenções de emergência; da anestesia; de hemorragias; da dor do parto; da morte materna ou infantil; de morbidades infantis; de perder o controle; do imprevisível/desconhecido; de não ser competente; e medo da equipe médica (Rondung et al., 2016). Já os comportamentos associados ao medo do parto incluem evitar ou adiar a gravidez, evitar pensamentos, memórias, situações ou assuntos que “ativem” o medo relacionado ao parto, e optar por uma cesárea como via de nascimento (Hendrix et al., 2022; O’Connell, Khashan et al., 2021; Rondung et al., 2016).

A terapia cognitivo-comportamental e o tratamento do medo do parto

Em 2020, Aguilera-Martín et al. (2021) publicaram uma revisão de literatura sobre estudos clínicos randomizados para a redução do medo do parto. A revisão sugeriu que a psicoeducação é eficaz na redução do medo, enquanto a TCC e outras terapias necessitam de mais investigação. Já a revisão de O’Connell, Khashan et al. (2021) indicou que diferentes tipos de intervenções não farmacológicas, incluindo a TCC, podem reduzir os níveis de medo do parto.

Alizadeh-Dibazari et al. (2024) realizaram uma meta-análise dos efeitos de intervenções não farmacológicas sobre o medo do parto, encontrando uma redução significativa entre mulheres que receberam a TCC, em comparação com aquelas que receberam apenas atendimento pré-natal padrão.

Além disso, dois estudos recentes, um quase-experimental e outro clínico randomizado, avaliaram os efeitos da TCC em gestantes iranianas. No estudo de Khojasteh et al. (2022), quatro sessões de TCC reduziram significativamente o medo do parto em adolescentes grávidas, enquanto Alivand et al. (2023) observaram uma redução significativa em mulheres após oito sessões de TCC em grupo. As técnicas da TCC permitem trabalhar a interpretação das emoções relacionadas ao medo, os pensamentos associados e os comportamentos de resposta. A atenção plena, a reestruturação cognitiva e a exposição são algumas das técnicas terapêuticas frequentemente utilizadas no tratamento do medo do parto (Nunes et al., 2022).

No entanto, a falta de padronização nos modelos de intervenção baseados em TCC dificulta a generalização e replicabilidade dos resultados, além de dificultar a identificação de quais técnicas contribuem mais significativamente para a melhora dos sintomas. Mesmo assim, o medo do parto pode ser classificado como uma fobia específica, e há forte respaldo científico para o uso de técnicas de exposição, frequentemente aplicadas na TCC, no tratamento de fobias (Society of Clinical Psychology, 2022).

A influência do medo do parto sobre a forma de nascer

O medo da dor do parto tem sido associado à escolha da cesariana como via de nascimento (Hendrix et al., 2022; O'Connell, Khashan et al., 2021). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015), à medida que as taxas de cesariana se aproximam de 10% numa população, observa-se uma redução nas mortes maternas e neonatais. No entanto, quando essas taxas ultrapassam 10%, não há evidências de que isso traga melhorias nas taxas de mortalidade. No Brasil, dados preliminares de 2023 indicam que 59% dos partos foram cesarianas (MS-SVSA-DAENT, 2023), uma taxa 5,9 vezes maior do que o recomendado pela OMS (WHO, 2015). Na saúde suplementar, os números são ainda mais preocupantes: dados da ANS (2019) revelam que, em 2019, 83,2% dos partos realizados por planos de saúde foram cesarianas.

Em 2015, a ANS, em parceria com o Hospital Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da

Saúde, desenvolveu o Projeto Parto Adequado (Campos et al., 2024). O objetivo do projeto é identificar modelos de atenção ao parto que promovam o parto vaginal seguro e contribuam para a redução das cesáreas sem indicação clínica na saúde suplementar. Num estudo retrospectivo, Campos et al. (2024) constataram uma menor chance de cesarianas entre as maternidades da cidade de São Paulo que participaram do projeto desde sua primeira fase, quando comparadas às maternidades exclusivamente privadas que em nenhum momento integraram o programa.

Na contramão dos incentivos ao parto vaginal, o governo de São Paulo aprovou em agosto de 2019 a Lei Estadual 17.137, que “garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal” (SP, 2019). Sabemos que a cirurgia cesariana realizada por indicação médica, sob condições ideais, é um procedimento seguro e que pode salvar vidas (Antoine & Young, 2021). Além disso, a negação da via de parto escolhida pela mulher pode estar relacionada ao desenvolvimento do TEPT (Hofberg & Brockington, 2000). Por outro lado, altas taxas de cesarianas têm sido correlacionadas a um maior risco de morbidade natal e perinatal, quando comparadas ao parto vaginal (Antoine & Young, 2021; Martins et al., 2023).

Nesse sentido, cabe destacar que a Lei 17.137 (SP, 2019) está alinhada à autonomia e ao direito à escolha, em conformidade com os direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Contudo, quando a saúde está em pauta, a liberdade de escolha deve, ainda mais, ser acompanhada por medidas educativas e de suporte psicológico, para que não incorra no risco de se tornar negligente. Oferecer à mulher o direito à escolha, sem antes capacitá-la para a melhor escolha, é retirar dela e de seu bebê maiores chances de receberem o atendimento mais seguro e mais benéfico possível.

Os dados sobre a saúde suplementar são fundamentais para refletirmos sobre um cenário em que, teoricamente, as mulheres sempre tiveram o direito de escolher a via do parto, desde que em condições normais. No entanto, a realidade mostra uma desproporção significativa nas taxas de cesarianas. No Brasil, o poder de decisão sobre o parto é frequentemente delegado ao médico, o que muitas vezes resulta em decisões sem fundamentação em evidências científicas que levam ao uso não criterioso de intervenções clínicas (Campos et al., 2024). Além disso, o medo da dor do parto é um fator relevante na escolha da cesárea eletiva (O’Connell, Khashan et al., 2021). Quando o sistema de saúde não

oferece o suporte adequado para manejar esse medo, a liberdade de escolha pode ser comprometida, resultando em decisões influenciadas por temor, insegurança e falta de informações baseadas em evidências.

Considerações finais

A principal limitação desta reflexão teórica é a impossibilidade de se incluir todos os possíveis modelos explicativos do medo do parto, que não se resumem à abordagem evolucionista, neurocientífica e cognitivo-comportamental. Além disso, trata-se de um constructo ainda em definição, o que limita a compreensão de sua origem, etiologia, identificação e tratamento. Este estudo propõe uma investigação preliminar sobre como condições sociais, biológicas, cognitivas e comportamentais contribuem para o surgimento desse medo, sem a pretensão de esgotar o tema, mas oferecendo uma visão inicial capaz de contribuir para futuras investigações teóricas e empíricas.

Ainda que as reflexões apresentadas sejam iniciais, pode-se observar um papel importante da percepção cultural do parto como um evento perigoso, e do corpo feminino como estruturalmente problemático, na promulgação do medo. A visão do parto como um evento sofrido, aliada à possibilidade de o medo do parto ser aprendido por meio de informações e ser um assunto tão comum na mídia e no dia a dia das pessoas torna ainda mais relevante o uso de informações sobre o parto baseadas em evidências.

Além disso, o medo do parto pode ser aprendido por condicionamento clássico ou observacional. Dessa forma, um atendimento respeitoso e atencioso ao parto é fundamental para que se possam prevenir experiências de parto negativas. Uma das formas de prevenção seria o próprio manejo do medo, já que o medo intenso, sobretudo da dor, pode estar relacionado a uma experiência mais violenta de dor durante o parto. Como consequência, o medo de partos futuros poderia ser reforçado, gerando assim um ciclo. Ademais, as cognições e os comportamentos relacionadas ao medo do parto também desempenham um papel importante no surgimento e na manutenção do medo. Assim, técnicas da TCC como a psicoeducação, a reestruturação cognitiva e a exposição são ferramentas potencialmente benéficas para seu manejo.

A ausência de diretrizes específicas e baseadas em evidências para o manejo do medo do parto no Brasil demanda ainda maior atenção quando consideramos a quantidade de cirurgias cesarianas realizadas no país. A escolha

da cesariana como via de nascimento pode ser uma consequência do medo, muitas vezes negligenciado. Dessa forma, oferecer uma atenção adequada para o manejo do medo pode ser uma forma de diminuir o número de cesáreas desnecessárias, quando não há indicação médica real. Por fim, esperamos que essa reflexão suscite maiores questionamentos a respeito das origens do medo do parto, formas de preveni-lo e formas de tratá-lo, quando necessário. A maior compreensão do constructo é fundamental para a elaboração de intervenções capazes de promover o alívio do medo e consequentemente maior bem-estar tanto para a mãe quanto para seu bebê.

Referências

- Aguilera-Martín, Á.; Gálvez-Lara, M.; Blanco-Ruiz, M.; García-Torres, F. (2021). Psychological, educational, and alternative interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, 77(3), 525-555. <https://doi.org/10.1002/jclp.23071>
- Alivand, Z.; Nourizadeh, R.; Hakimi, S.; Esmailpour, K.; Mehrabi, E. (2023). The effect of cognitive-behavioral therapy and haptonomy on fear of childbirth in primigravida women: A randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, 23(1), 929. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05414-3>
- Alizadeh-Dibazari, Z.; Maghalain, M.; Mirghafourvand, M. (2024). The effect of non-pharmacological prenatal interventions on fear of childbirth: An overview of systematic reviews and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 24(1), 415. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05870-5>
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar (2019). *Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde*. <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>
- Antoine, C.; Young, B. K. (2021). Cesarean section one hundred years 1920-2020: The good, the bad and the ugly. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(1), 5-16. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0305>
- APA – American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed, rev. (DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Bartholomew, V.; Hundley, V.; Clark, C. J.; Parris, B. A. (2024). The RETHINK study: Could pain catastrophising explain why some women are more likely to attend hospital during the latent phase of labour. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 39, 100941. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100941>

- Beck, J. S. (2021). *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática* (3ª ed.). Artmed.
- Büchel, C.; Morris, J.; Dolan, R. J.; Friston, K. J. (1988). Brain systems mediating aversive conditioning: An event-related fMRI study. *Neuron*, 20(5), 947-957. [https://doi.org/10.1016/s0896-6273\(00\)80476-6](https://doi.org/10.1016/s0896-6273(00)80476-6)
- Campos, A. S. Q.; Rattner, D.; Diniz, C. S. G. (2024). Efetividade do Programa Parto Adequado na diminuição das taxas de cesárea de maternidades privadas no município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(9), e00216623. <https://doi.org/10.1590/0102-3111XPT216623>
- Clark, C. J.; Kalanaviciute, G.; Bartholomew, V.; Cheyne, H.; Hundley, V. A. (2022). Exploring pain characteristics in nulliparous women: A precursor to developing support for women in the latent phase of labour. *Midwifery*, 104, 103174. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103174>
- Çankaya, S.; Şimşek, B. (2021). 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*, 30(6), 818-829. <https://doi.org/10.1177/1054773820916984>
- Dal Moro, A. P. M.; Soecki, G.; Fraga, F. S.; Petterle, R. R.; Rückl, S. Z. (2023). Fear of childbirth: Prevalence and associated factors in pregnant women of a maternity hospital in Southern Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 632. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05948-0>
- Dehghani, M.; Sharpe, L.; Khatibi, A. (2014). Catastrophizing mediates the relationship between fear of pain and preference for elective caesarean section. *European Journal of Pain*, 18(4), 582-589. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2013.00404.x>
- Elyasi, F.; Khani, S.; Azizi, M. (2019). The effect of tokophobia on mother and child's health: A literature review. *Journal of Pediatrics Review*, 7(5), 17-17. <https://jpr.mazums.ac.ir/article-1-293-en.html>
- Flink, I. K.; Mroczek, M. Z.; Sullivan, M. J. L.; Linton, S. J. (2009). Pain in childbirth and postpartum recovery: The role of catastrophizing. *European Journal of Pain*, 13(3), 312-316. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.04.010>
- Grunstra, N. D. S.; Betti, L.; Fischer, B.; Haeusler, M.; Pavlicev, M.; Stansfield, E.; Trevathan, W.; Webb, N. M.; Wells, J. C. K.; Rosenberg, K. R.; Mitteroecker, P. (2023). There is an obstetrical dilemma: Misconceptions about the evolution of human childbirth and pelvic form. *American Journal of Biological Anthropology*, 181(4), 535-544. <https://doi.org/10.1002/ajpa.24802>
- Haeusler, M.; Grunstra, N. D. S.; Martin, R. D.; Krenn, V. A.; Fornai, C.; Webb, N. M. (2021). The obstetrical dilemma hypothesis: There's life in the old dog yet. *Biological Reviews*, 96(5), 2031-2057. <https://doi.org/10.1111/brv.12744>

- Han, L.; Bai, H.; Lun, B.; Li, Y.; Wang, Y.; Ni, Q. (2022). The prevalence of fear of childbirth and its association with intolerance of uncertainty and coping styles among pregnant Chinese women during the Covid-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 935760. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.935760>
- Hendrix, Y. M. G. A.; Baas, M. A. M.; Vanhommerig, J. W.; De Jongh, A.; Van Pampus, M. G. (2022). Fear of childbirth in nulliparous women. *Frontiers in Psychology*, 13, 923819. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.923819>
- Hofberg, K.; Brockington, I. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases. *British Journal of Psychiatry*, 176(1), 83-85. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.1.83>
- Horsch, A.; Garthus-Niegel, S.; Ayers, S.; Chandra, P.; Hartmann, K.; Vaisbuch, E.; Lalor, J. (2024). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: Definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 230(3suppl), S1116-S1127. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089>
- Huang, J.; Huang, J.; Li, Y.; Liao, B. (2021). The prevalence and predictors of fear of childbirth among pregnant Chinese women: A hierarchical regression analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 643. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04123-7>
- Imakawa, C. S. O.; Nadai, M. N.; Reis, M. I.; Quintana, S. M.; Moises, E. C. D. (2022). Fear of childbirth: It is time to talk about it!. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 44(10), 907-908. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1758467>
- Jochumsen, S.; Hegaard, H. K.; Rode, L.; Jørgensen, K. J.; Nathan, N. O. (2023). Maternal factors associated with labor dystocia in low-risk nulliparous women: A systematic review and meta-analysis. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 36, 100855. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100855>
- Keum, S.; Shin, H.-S. (2019). Neural basis of observational fear learning: A potential model of affective empathy. *Neuron*, 104(1), 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2019.09.013>
- Khojasteh, F.; Afrashte, M.; Khayat, S.; Navidian, A. (2022). Effect of cognitive-behavioral training on fear of childbirth and sleep quality of pregnant adolescent slum dwellers. *Journal of Education and Health Promotion*, 11(1), 311. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_133_22
- Krogman, W. M. (1951). The scars of human evolution. *Scientific American*, 185(6), 54-57. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican1251-54>
- LeDoux, J. (1998). *Cérebro emocional: Os misteriosos alicerces da vida emocional*. Objetiva.
- Marques, R. A. (2019). *Assistência ao parto na saúde suplementar* (tese de doutorado). Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). <https://doi.org/10.11606/T.5.2019.rde-10072019-142048>

- Martins, J. R.; Costa, J. C. L.; Mantovani, E. R. (2023). Cesárea eletiva e eventos adversos para o neonato. *Research, Society and Development*, 12(7), e2412742324. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i7.42324>
- Mello, R. S. F.; Toledo, S. F.; Mendes, A. B.; Melarato, C. R.; Mello, D. S. F. (2021). Medo do parto em gestantes. *Femina*, 49(2), 121-128. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224070/femina-2021-492-p121-128-medo-do-parto-em-gestantes.pdf>
- Mertens, G.; Boddez, Y.; Sevenster, D.; Engelhard, I. M.; De Houwer, J. (2018). A review on the effects of verbal instructions in human fear conditioning: Empirical findings, theoretical considerations, and future directions. *Biological Psychology*, 137, 49-64. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.07.002>
- Mineka, S.; Cook, M. (1993). Mechanisms involved in the observational conditioning of fear. *Journal of Experimental Psychology: General*, 122(1), 23-38. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.122.1.23>
- Ministério da Saúde (2017). *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (versão resumida)*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
- MS-SVSA-DAENT – Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (2023). *Painel de monitoramento de nascidos vivos (ano de referência 2023)*. <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>
- Mott, M. L. (2002). Assistência ao parto: Do domicílio ao hospital (1830-1960). *Projeto História*, 25, 197-219. <https://revistas.pucsp.br/revph/article/view/10588/7878>
- Nunes, L. R. C.; Coutinho, F. C.; Santos, V. A. (2022). Medo do parto: Uma revisão das intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia: Teoria e Prática*, 24(1), ePTPCP14089. <https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/14089>
- O'Connell, M. A.; Khashan, A. S.; Leahy-Warren, P.; Stewart, F.; O'Neill, S. M. (2021). Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(7), CD013321. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013321.pub2>
- O'Connell, M. A.; Martin, C. R.; Jomeen, J. (2021). Reconsidering fear of birth: Language matters. *Midwifery*, 102, 103079. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103079>
- Olsson, A.; Nearing, K. I.; Phelps, E. A. (2007). Learning fears by observing others: The neural systems of social fear transmission. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(1), 3-11. <https://doi.org/10.1093/scan/nsm005>
- Petrini, L.; Arendt-Nielsen, L. (2020). Understanding pain catastrophizing: Putting pieces together. *Frontiers in Psychology*, 11, 603420. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.603420>

- Phelps, E. A.; O'Connor, K. J.; Gatenby, J. C.; Gore, J. C.; Grillon, C.; Davis, M. (2001). Activation of the left amygdala to a cognitive representation of fear. *Nature Neuroscience*, 4(4), 437-441. <https://doi.org/10.1038/86110>
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 375-387. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90041-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90041-9)
- Rondung, E.; Thomtén, J.; Sundin, Ö. (2016). Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 80-91. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.007>
- Roy, R. P. (2003). A Darwinian view of obstructed labor. *Obstetrics & Gynecology*, 101(2), 397-401. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(02\)02367-0](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(02)02367-0)
- Say, L.; Chou, D.; Gemmill, A.; Tunçalp, Ö.; Moller, A.-B.; Daniels, J.; Gülmezoglu, A. M.; Temmerman, M.; Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e323-e333. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(14\)70227-x](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(14)70227-x)
- Society of Clinical Psychology (2022). *Exposure therapies for specific phobias*. Division 12 of the American Psychological Association. <https://div12.org/treatment/exposure-therapies-for-specific-phobias/>
- SP – Estado de São Paulo (2019). *Lei 17.137, de 23/08/2019 – Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal*. <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html>
- Stone, P. K. (2016). Biocultural perspectives on maternal mortality and obstetrical death from the past to the present. *American Journal of Biological Anthropology*, 159(S61), 150-171. <https://doi.org/10.1002/ajpa.22906>
- Travancas, L. J.; Vargens, O. M. C. (2020). Fatores geradores do medo do parto: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10, e96. <https://doi.org/10.5902/2179769241385>
- Washburn, S. L. (1960). Tools and human evolution. *Scientific American*, 203(3), 62-75. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0960-62>
- Webb, R.; Bond, R.; Romero-Gonzalez, B.; Mycroft, R.; Ayers, S. (2021). Interventions to treat fear of childbirth in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(12), 1964-1977. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002324>
- Wells, J. C. K.; DeSilva, J. M.; Stock, J. T. (2012). The obstetric dilemma: An ancient game of Russian roulette, or a variable dilemma sensitive to ecology?. *American Journal of Biological Anthropology*, 149(S55), 40-71. <https://doi.org/10.1002/ajpa.22160>
- WHO – World Health Organization (2015). *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf
- WHO – World Health Organization (2025). *Maternal mortality*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality/>

Yörük, S.; Acikgoz, A. (2023). Effect of antenatal class attendance on fear of childbirth and antenatal stress. *Revista de Saúde Pública*, 57(1), 18. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004272>

Contribuição de cada autora para o artigo

Lívia Rangel de Christo Nunes: Investigação, curadoria de dados, análise formal e redação original do manuscrito.

Angela Donato Oliva: Conceitualização do estudo, metodologia, revisão e edição do manuscrito.

Este estudo não recebeu qualquer tipo de financiamento.

Não há conflitos de interesse a declarar.

Editora de seção

Jaqueline Moraes.

Editora-chefe

Jaqueline de Carvalho Rodrigues.

Recebido: 28 de janeiro de 2022

Aceito: 04 de novembro de 2024