



FACULDADE

ViaSapiens

A IDENTIDADE DO CONHECIMENTO

**FACULDADE VIASAPIENS – FVS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

BRUNA DA SILVA DE OLIVEIRA

**IMPACTOS DA TOCOFOBIA NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES - UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

TIANGUÁ – CE

2025

BRUNA DA SILVA DE OLIVEIRA

**IMPACTOS DA TOCOFOBIA NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES - UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), modelo Artigo Científico, apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade ViaSapiens (FVS), como requisito obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Valdenia Rodrigues Teixeira

Professor: Prof(a) Me. Francisca Geisa Silva Martiniano

TIANGUÁ-CE

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca da Faculdade ViaSapiens com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

d229i da Silva de Oliveira, Bruna.

IMPACTOS DA TOCOFOBIA NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES - UMA
REVISÃO INTEGRATIVA: / Bruna da Silva de Oliveira - 2025. 49 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Faculdade ViaSapiens, Bacharelado em
Enfermagem, Tianguá. 2025

Orientação: Prof(a) Esp. Valdenia Rodrigues Teixeira; Coorientação: Prof(a) Me. Francisca
Geisa Silva Martiniano

1. tocofobia. 2. saude mental. 3. enfermagem obstetrica. I. Titulo.

CDD 342.2


BRUNA DA SILVA DE OLIVEIRA

**IMPACTOS DA TOCOFOBIA NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES - UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), modelo Artigo Científico, apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade ViaSapiens (FVS), como requisito obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.


Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA:

Documento assinado digitalmente
 **VALDENIA RODRIGUES TEIXEIRA**
Data: 13/12/2025 06:56:48-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Prof^ª. Esp. Valdenia Rodrigues Teixeira - Orientador

Faculdade Via Sapiens - FVS

Documento assinado digitalmente
 **LARISSA NUNES DE SOUSA**
Data: 13/12/2025 07:53:23-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Enf. Esp. Larissa Nunes de Sousa - 1^ª Examinador

Faculdade Via Sapiens – FVS

Documento assinado digitalmente
 **FRANCISCA ROOSLLANE LIMA ROCHA**
Data: 13/12/2025 11:14:15-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Enf. Esp. Roosllane - 2^ª Examinador

Faculdade Via Sapiens - FVS

Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais, ao meu irmão e meu sobrinho, e ao meu marido, pelo amor, pela força e por acreditarem em mim em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder saúde, sabedoria e forças para concluir mais esta etapa da minha vida.

Aos meus pais, ao meu irmão, ao meu sobrinho e ao meu marido, pelo apoio, incentivo e por estarem sempre presentes, mesmo nos dias mais difíceis da caminhada.

Agradeço também à minha orientadora e aos professores do curso de Enfermagem, pelo conhecimento compartilhado, pela paciência e pelo compromisso com a formação acadêmica.

Aos colegas de curso e a todos que, de alguma forma, contribuíram com palavras, gestos, apoio moral ou profissional, deixo meu sincero agradecimento.

IMPACTOS DA TOCOFOBIA NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES: Uma revisão Integrativa

IMPACTS OF TOKOPHOBIA ON WOMEN'S MENTAL HEALTH: An Integrative Review

Bruna da silva de oliveira¹

Prof. Esp. Valdenia Rodrigues Teixeira²

RESUMO

A tocofobia, caracterizada pelo medo intenso do parto, tem se destacado como um desafio relevante para a saúde mental das mulheres em idade reprodutiva. Essa condição afeta a vivência da gestação, a adesão ao pré-natal e a escolha do tipo de parto, sendo agravada por experiências negativas anteriores, traumas obstétricos e ausência de acolhimento nos serviços de saúde. Diante disso, este trabalho teve como objetivo geral analisar os impactos da tocofobia na saúde mental das mulheres, com ênfase no papel da enfermagem obstétrica no enfrentamento desse fenômeno. Trata-se de uma revisão integrativa, fundamentada em estudos publicados entre 2018 e 2023, extraídos de bases de dados científicas, conforme critérios metodológicos sistematizados. Os resultados apontaram que a tocofobia está associada a quadros de ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e maior prevalência de cesarianas eletivas. Evidenciou-se também a importância da escuta qualificada e da elaboração de planos de parto como estratégias para mitigar o medo e promover o protagonismo da gestante. Conclui-se que a qualificação das equipes de saúde e a institucionalização de protocolos de cuidado humanizado são caminhos promissores para o manejo da tocofobia.

Palavras-chave: Tocofofia; Saúde mental; Enfermagem obstétrica.

¹ Graduando do curso de Enfermagem da Faculdade ViaSapiens (FVS).

² Prof. Dr. do curso de Enfermagem da Faculdade ViaSapiens (FVS).

ABSTRACT

Tokophobia, characterized by an intense fear of childbirth, has emerged as a significant challenge to the mental health of women of reproductive age. This condition affects pregnancy experience, adherence to prenatal care, and the choice of delivery method, often exacerbated by past traumatic experiences and lack of support within health services. This study aimed to analyze the impacts of tokophobia on women's mental health, emphasizing the role of obstetric nursing in addressing the phenomenon. An integrative literature review was conducted based on scientific studies published between 2018 and 2023, selected from academic databases using systematic methodological criteria. Findings indicate that tokophobia is associated with anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, and a higher incidence of elective cesarean sections. The results also underscore the importance of active listening and birth plan development as strategies to reduce fear and enhance women's autonomy. It is concluded that strengthening healthcare professionals' training and institutionalizing humanized care protocols are essential for effective management of tokophobia.

Keywords: Tokophobia; Mental health; Obstetric nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 ASPECTOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICOS DA TOCOFOBIA NO CONTEXTO OBSTÉTRICO.....	10
2.2 EFEITOS PSICOLÓGICOS DO MEDO DO PARTO.....	15
2.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE COM TOCOFOBIA.....	21
3 METODOLOGIA.....	31
4 RESULTADOS.....	33
5 DISCUSSÃO.....	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

A tocofobia é um medo intenso do parto que pode surgir antes da gestação ou após vivências traumáticas. Esse sentimento compromete o bem-estar emocional da mulher e influencia suas decisões sobre a maternidade. Souza et al. (2024) apontam que a violência obstétrica agrava esse quadro, tornando a gestação uma experiência ainda mais difícil.

A maneira como o parto é visto socialmente também contribui para o medo. Muitas mulheres são submetidas a procedimentos sem consentimento e sem apoio emocional, reforçando a ideia do parto como algo doloroso e traumático. Silva, França e Marques (2023) criticam o modelo biomédico por desconsiderar a vivência subjetiva da gestante.

A psicologia feminista compreende que o sofrimento emocional das mulheres está profundamente ligado às desigualdades que enfrentam em suas vidas. Nesse contexto, a tocofobia reflete a desvalorização dos medos femininos. Souza e Simplicio (2022) alertam que esses sentimentos são frequentemente ignorados, o que enfraquece a qualidade do cuidado.

Superar a tocofobia exige ações conjuntas que priorizem a formação sensível dos profissionais de saúde, com foco na escuta qualificada e no respeito às escolhas da mulher. É essencial que ela se sinta amparada e livre para falar sobre seus medos, sendo acolhida em suas decisões. Silva, França e Marques (2023) reforçam a importância de valorizar as vivências individuais durante a gestação e o parto, reconhecendo cada história como única.

A Organização Mundial da Saúde (2018) afirma que o parto deve ocorrer de forma segura e com respeito às necessidades da mulher. Para isso, são indispensáveis a escuta, o apoio constante e o cuidado baseado na confiança. Essas recomendações indicam a urgência de transformar práticas que reforçam o medo e afetam a saúde emocional da gestante.

Considerando esse cenário, a presente pesquisa parte da seguinte problemática: como as mulheres vivenciam e enfrentam o medo extremo do parto (tocofobia) e quais os reflexos disso em sua saúde mental? A hipótese é que a tocofobia contribui para a intensificação da ansiedade, da depressão perinatal e de sintomas de estresse, afetando negativamente o bem-estar psicológico das gestantes e influenciando a forma como se relacionam com a experiência da maternidade.

A realização deste estudo se justifica pela importância de compreender a tocofobia tanto sob a ótica teórica quanto prática, uma vez que se trata de um transtorno de ansiedade que pode comprometer significativamente a saúde mental de gestantes. Estudos indicam que entre 6% e 15% das mulheres apresentam medo intenso do parto, com repercussões clínicas

que incluem o aumento de cesarianas eletivas e sofrimento psíquico durante a gestação (Fenwick et al., 2015; Rondung, Thomtén e Sundin, 2016). No Brasil, ainda que a temática seja pouco explorada na prática assistencial, cresce o número de pesquisas que apontam a invisibilidade da tocofobia nos serviços de saúde. Ao tomar contato com esse cenário, surgiu o interesse por aprofundar o debate acadêmico, com vistas à ampliação da visibilidade da condição e à contribuição para práticas clínicas mais acolhedoras.

O objetivo geral é analisar os impactos da tocofobia na saúde mental das mulheres, com base na literatura científica, destacando as consequências emocionais, psicológicas e a assistência prestada por profissionais de saúde. Para isso, os objetivos específicos são:

1. Descrever os principais impactos da tocofobia na saúde mental das mulheres, como ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT);
2. Relacionar a tocofobia à assistência pré-natal, evidenciando o papel dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, na abordagem desse medo; e
3. Analisar as estratégias descritas na literatura para a prevenção e o manejo da tocofobia no contexto da assistência humanizada.

Este trabalho está estruturado em três seções, além desta introdução. A primeira apresenta o referencial teórico sobre a tocofobia, incluindo suas manifestações clínicas, efeitos psicológicos e a atuação da enfermagem na assistência à gestante. Em seguida, a seção de metodologia descreve os critérios utilizados na realização da revisão integrativa. Por fim, são apresentados os resultados e a discussão dos estudos selecionados, seguidos das considerações finais, que sintetizam os achados e propõem recomendações para a prática profissional e pesquisas futuras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ASPECTOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICOS DA TOCOFOBIA NO CONTEXTO OBSTÉTRICO

A tocofobia é definida como o medo patológico do parto e da gestação, apresentando-se como um fenômeno psíquico de grande relevância clínica. O termo deriva do grego “*tokos*” (parto) e “*phobos*” (medo), e foi formalmente descrito por Hofberg e Brockington (2000), que caracterizaram a condição como um medo intenso, persistente e incapacitante, capaz de interferir na vida reprodutiva da mulher.

Esse medo não se limita à apreensão comum frente ao parto, mas assume proporções

desadaptativas, podendo resultar em sofrimento emocional significativo e recusa obstinada à experiência de parir. Segundo Rondung, Thomtén e Sundin (2016), a tocofobia é considerada um transtorno de ansiedade específico, com manifestações clínicas comparáveis a fobias sociais ou transtornos de estresse.

A tocofobia pode se apresentar de duas formas distintas: primária e secundária. A forma primária é observada em mulheres que nunca passaram por uma gestação, sendo comumente relacionada a experiências prévias de abuso, medo do desconhecido ou visões negativas sobre o parto. A forma secundária, por sua vez, surge após uma vivência traumática em partos anteriores, frequentemente envolvendo dor intensa, perda do bebê ou situações de violência obstétrica, conforme descrevem Hofberg e Brockington (2000).

Na forma primária, o medo está presente desde antes da concepção, sendo tão severo que pode levar à evitação da gravidez. Rondung *et al.* (2016) apontam que, em casos extremos, mulheres tocofóbicas podem solicitar procedimentos de esterilização voluntária, mesmo em idade reprodutiva, como estratégia de controle da própria ansiedade.

A forma secundária da tocofobia está relacionada à lembrança de um parto anterior marcado por experiências negativas, como ausência de apoio, falta de alívio para a dor ou realização de procedimentos invasivos sem consentimento. Esses episódios são recorrentes em pesquisas qualitativas com mulheres que relataram ter sido vítimas de violência obstétrica, como observam Souza *et al.* (2024) ao analisarem os efeitos dessas situações na saúde mental das puérperas.

Diferenciar o medo fisiológico do medo patológico é fundamental para reconhecer a presença da tocofobia. O medo fisiológico é uma resposta esperada, que pode ajudar a mulher a se preparar com mais atenção e cuidado para o parto. Já o medo que assume proporções intensas, como pânico, rejeição ao parto ou perda do controle emocional, passa a ser considerado patológico e requer acompanhamento profissional. Fenwick *et al.*, (2015) observam que mulheres com tocofobia costumam relatar pensamentos persistentes sobre possíveis complicações, morte do bebê ou dores insuportáveis, mesmo em gestação sem riscos, o que amplia a sensação de vulnerabilidade diante do parto.

Os sinais e sintomas da tocofobia incluem insônia, crises de choro, ataques de pânico, pensamentos intrusivos, evitação de contato com temas relacionados à gestação e até preferência por cesarianas eletivas sem indicação médica. Em sua pesquisa, Ferreira *et al.*, (2024) demonstram que o medo do parto é um dos principais fatores que influenciam na escolha pela cesárea, mesmo em contextos de baixo risco.

Alvarenga *et al.*, (2018) destacam que a saúde mental materna é um componente

crucial da gestação saudável, e a presença da tocofobia pode prejudicar o vínculo da mulher com o bebê, afetando também o desenvolvimento infantil. A vivência da gestação sob constante medo interfere na autorregulação emocional e no planejamento reprodutivo futuro.

Além disso, o medo intenso pode prejudicar o acompanhamento pré-natal, levando à evasão das consultas, negação do estado gestacional e resistência ao contato com profissionais de saúde. Nelas *et al.*, (2021) observaram que grávidas com baixa percepção de saúde mental positiva demonstram maiores níveis de insegurança frente ao parto.

Identificar a tocofobia desde os primeiros sinais é essencial para que sejam adotadas medidas de prevenção e cuidado. Chitarra *et al.*, (2023) ressaltam que os profissionais de saúde precisam estar atentos a relatos de medo intenso, antecedentes de traumas obstétricos e solicitações frequentes por procedimentos médicos sem necessidade comprovada.

A avaliação deve levar em conta a vivência individual de cada mulher, respeitando suas histórias e acolhendo seus medos com seriedade. Para Rondung *et al.*, (2016), o medo do parto está muitas vezes relacionado à construção da identidade feminina e a experiências passadas, o que torna indispensável uma escuta sensível e bem preparada por parte da equipe de saúde.

“Mulheres que apresentaram altos níveis de medo do parto demonstraram preocupações quanto à sua capacidade de lidar com o processo, tinham maior probabilidade de solicitar uma cesariana e relataram respostas emocionais angustiantes ao pensar sobre o trabalho de parto e o nascimento.” (Fenwick *et al.*, 2015, p. 2).

Almeida *et al.*, (2024) ressaltam que a dor física intensa, associada à ausência de acolhimento emocional, está entre os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento da tocofobia secundária, especialmente em casos de parto emergencial ou complicações obstétricas graves.

O medo do parto pode estar vinculado a experiências passadas de abuso sexual ou violência de gênero. Hofberg e Brockington (2000) apontam que muitas mulheres com tocofobia primária têm histórico de abuso, o que reforça a importância de uma abordagem cuidadosa, que leve em consideração cada trajetória pessoal e ofereça acolhimento adequado às necessidades de cada mulher.

Segundo Ferreira *et al.*, (2024), a tocofobia pode estar associada a um sentimento de perda de controle sobre o próprio corpo, intensificado pelas práticas hospitalares que muitas vezes desconsideram a autonomia da mulher no processo do parto.

Em pesquisa realizada com gestantes que recebiam acompanhamento psicológico,

Rondung *et al.*, (2016) observaram que o medo do parto está muitas vezes associado a sentimentos de dor, isolamento e fracasso. Essa visão negativa interfere na possibilidade de vivenciar a gestação de forma mais segura e confiante.

“O parto, quando marcado por dor extrema, silêncio institucional e ausência de apoio, torna-se uma memória de terror. Essa memória é reproduzida de forma recorrente na mente da mulher, mesmo após o nascimento do bebê, interferindo em sua saúde mental e em futuros vínculos” (Souza *et al.*, 2024, p. 2).

Brito *et al.*, (2024) evidenciam que o uso indiscriminado de intervenções obstétricas sem necessidade contribui para a associação entre parto e sofrimento, o que pode gerar medo persistente em futuras gestações, criando um ciclo de insegurança e trauma.

O medo intenso do parto pode afetar diretamente o planejamento reprodutivo de mulheres que desejam ser mães, mas evitam a gravidez devido ao pavor relacionado à experiência do parto. Matos *et al.*, (2017) destacam que essa recusa pode provocar sentimentos de culpa, solidão e frustração, contribuindo para o surgimento ou agravamento de sintomas de ansiedade e depressão.

A avaliação da tocofobia deve levar em conta o histórico da mulher, suas percepções sobre o parto e os fatores que possam ter contribuído para o surgimento do medo. Romeiro, Castro e Carlotto (2024) afirmam que o diálogo emocional entre a paciente e o profissional de saúde pode facilitar a identificação de sinais de sofrimento psíquico, permitindo uma abordagem mais atenta e cuidadosa.

A diferenciação entre o medo fisiológico e a tocofobia é fundamental para o planejamento de cuidados adequados. O medo fisiológico, presente em muitas gestantes, é considerado natural e até protetivo, pois estimula a mulher a buscar informações e preparo para o parto. Contudo, quando esse medo se torna constante, paralisante e causa prejuízos emocionais ou comportamentais, é classificado como patológico (Rondung *et al.*, 2016).

Ferreira *et al.*, (2024) afirmam que, enquanto o medo fisiológico é transitório e manejável com apoio psicológico e educativo, a tocofobia provoca crises de ansiedade, recusa ativa do parto normal e até desistência do acompanhamento pré-natal. Esse quadro requer intervenções terapêuticas específicas e escuta qualificada.

Entre os sintomas mais relatados, destacam-se o pânico ao pensar na dor, a evitação de ambientes hospitalares, pesadelos com o parto e sensação de morte iminente. Esses sinais surgem tanto em mulheres grávidas quanto naquelas que sequer cogitam a gestação, especialmente na forma primária da tocofobia (Hofberg e Brockington, 2000).

O comprometimento do bem-estar emocional é progressivo, podendo evoluir para distúrbios psiquiátricos mais severos, como o transtorno de ansiedade generalizada ou episódios depressivos. Alvarenga *et al.*, (2018) ressaltam que o sofrimento psíquico materno influencia negativamente o vínculo mãe-bebê e pode gerar impactos duradouros na infância.

Além dos sintomas emocionais, algumas mulheres manifestam sintomas físicos diante do tema do parto, como sudorese, taquicardia, náusea e sensação de sufocamento. Esses quadros de somatização são comuns e muitas vezes confundidos com crises de pânico isoladas, dificultando o diagnóstico (Melchior *et al.*, 2018).

A intensidade dos sintomas da tocofobia pode variar conforme características individuais, como a personalidade da mulher, o suporte que recebe e suas vivências anteriores. Ferreira *et al.* (2024) observam que casos marcados por experiências traumáticas, como abuso sexual ou um parto violento, tendem a apresentar sintomas mais intensos e maior resistência às abordagens convencionais de cuidado.

Nem sempre o medo do parto é verbalizado de forma clara. Em muitos casos, ele se manifesta por meio de comportamentos como recusa ao acompanhamento pré-natal, isolamento, irritabilidade ou dificuldade em falar sobre a gravidez. Diante disso, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos a esses sinais sutis e iniciem, quando necessário, um processo de escuta e investigação clínica (Romeiro, Castro e Carlotto, 2024).

Em estudo de Fenwick *et al.*, (2015), mulheres com tocofobia relataram sentir-se “presas em seus corpos” e sem controle sobre o processo do parto. A ausência de autonomia e a medicalização excessiva intensificaram a percepção de ameaça e o sentimento de impotência.

“Eu não queria nem que me tocassem. Só de imaginar alguém dizendo que ‘estava na hora’ já me dava vontade de fugir. A ideia do parto era como se fosse uma sentença. Aquilo não era meu. Eu não tinha controle sobre nada” (Fenwick *et al.*, 2015, p. 7).

A escuta sensível é o primeiro passo para diferenciar o medo adaptativo do patológico. Nelas *et al.*, (2021) apontam que, quando acolhida de forma empática, a mulher sente-se autorizada a expressar seus medos, o que favorece a elaboração emocional e a possível reversão do quadro ainda na gestação.

A ausência de diagnóstico pode levar a consequências graves, como depressão pós-parto, dificuldade de vínculo afetivo com o recém-nascido e sentimentos de culpa e fracasso. Alvarenga *et al.*, (2018) enfatizam que o sofrimento não reconhecido durante a gravidez repercute diretamente na qualidade da maternidade exercida.

Rondung *et al.*, (2016) sugerem o uso de instrumentos específicos, como escalas de avaliação de medo do parto, entrevistas clínicas estruturadas e questionários adaptados culturalmente, como ferramentas que auxiliam no rastreamento da tocofobia ainda no pré-natal.

O medo patológico do parto também pode levar à escolha por cesarianas eletivas precoces, sem indicação obstétrica, como forma de controle da situação. Santos *et al.*, (2023) revelam que muitas dessas mulheres não desejam evitar a dor, mas sim o cenário imprevisível e incontrolável do parto vaginal.

A cesariana, nesses casos, funciona como uma tentativa de escapar do sofrimento psíquico, mas não resolve a angústia emocional. Segundo Chitarra *et al.*, (2023), o parto cirúrgico, quando motivado por medo intenso, pode gerar frustrações posteriores e sentimentos de arrependimento.

O reconhecimento do medo como legítimo e digno de atenção favorece o vínculo entre gestante e equipe de saúde, o que melhora a adesão ao pré-natal e a qualidade da experiência gestacional como um todo. Romeiro, Castro e Carlotto (2024) destacam a comunicação emocional como elemento-chave nesse processo.

2.2 EFEITOS PSICOLÓGICOS DO MEDO DO PARTO

A tocofobia durante a gestação pode gerar um estado prolongado de ansiedade, que se mantém desde o pré-natal até o parto. Esse medo intenso provoca reações emocionais frequentes e acentuadas, dificultando o bem-estar da gestante e o vínculo com o processo de gestar. De acordo com Silva *et al.*, (2022), níveis elevados de ansiedade nesse período aumentam o risco de complicações obstétricas e podem comprometer a saúde mental da mulher.

Mulheres com tocofobia costumam enfrentar uma gestação permeada por sofrimento emocional e sentimento de desamparo. A angústia persistente interfere na rotina diária, levando a gestante a enxergar a gravidez como algo ameaçador. Saviani-Zeoti e Petean (2015) destacam que a ansiedade intensa pode alterar a forma como a mulher percebe o próprio corpo, provocando insegurança e uma constante sensação de perda de controle.

A ansiedade pré-natal intensa, quando mantida sem intervenção, pode se agravar no período perinatal, influenciando diretamente no desfecho obstétrico. De acordo com Santos *et al.*, (2023), mulheres com medo extremo do parto estão mais propensas a desenvolver sinais de sofrimento psíquico agudo nas últimas semanas de gestação.

Em muitos casos, a tocofobia desencadeia um quadro de insônia persistente, tensão muscular crônica e hipervigilância, que comprometem o funcionamento global da mulher.

Morais *et al.*, (2017) destacam que esse nível de ansiedade contínua também afeta negativamente o vínculo materno-fetal, prejudicando a construção emocional da maternidade.

Além disso, a ansiedade relacionada à tocofobia pode evoluir para sintomas depressivos durante a gravidez. Modolo, Camacho e Vargas (2022) explicam que há uma estreita relação entre depressão gestacional e experiências de medo intenso, especialmente quando não há suporte emocional adequado.

As mulheres que vivenciam tocofobia demonstram maiores níveis de ambivalência quanto à maternidade, muitas vezes acompanhados de sentimentos de rejeição ou negação da gravidez. Potur *et al.*, (2017) observaram que o medo do parto compromete a aceitação da gestação, influenciando o desenvolvimento de estados depressivos.

Estudos apontam que o medo intenso do parto representa um fator de risco relevante para o desenvolvimento da depressão pós-parto. Figueira, Diniz e Filho (2011) identificaram uma relação significativa entre ansiedade durante a gestação e episódios depressivos no período pós-puerperal, principalmente entre mulheres que vivenciaram situações traumáticas anteriormente.

Monteiro *et al.*, (2018) reforçam essa relação ao demonstrar que o sofrimento psíquico não tratado durante a gravidez tende a se agravar após o parto, quando as exigências emocionais da maternidade aumentam. O impacto negativo sobre a autoestima e a percepção da competência materna pode gerar sentimentos de fracasso.

A depressão pós-parto se manifesta por meio de sentimentos de tristeza constante, desânimo, dificuldade em estabelecer vínculo com o bebê e sensação de incapacidade. Pereira e Araújo (2020) destacam que mulheres que passaram por partos marcados pelo medo ou por dor intensa apresentam maior vulnerabilidade para o surgimento desses sintomas.

Nascimento *et al.*, (2022) indicam que os efeitos da depressão pós-parto se manifestam não apenas na saúde mental da mulher, mas também no desenvolvimento infantil. A presença de sintomas depressivos compromete a responsividade materna e a qualidade do vínculo afetivo nos primeiros meses de vida.

A vivência de um parto traumático, associado à tocofobia, é um dos principais desencadeadores do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em mulheres. Souza *et al.*, (2024) identificaram que o TEPT pós-parto é mais comum em mulheres submetidas a situações de violência obstétrica ou intervenções invasivas não consentidas.

Lopes *et al.*, (2024) explicam que o parto, quando marcado por desrespeito e dor

emocional, pode gerar uma memória traumática persistente. Essa vivência leva a sintomas como flashbacks, pesadelos recorrentes, evitação de situações relacionadas à maternidade e hipersensibilidade emocional.

O TEPT pode afetar profundamente a qualidade de vida da puérpera, comprometendo o vínculo com o recém-nascido e interferindo nas rotinas familiares. Simplicio *et al.*, (2023) apontam que esse transtorno frequentemente passa despercebido pelos profissionais de saúde, dificultando o acesso ao tratamento adequado.

A dor psíquica não processada pode perdurar por longos períodos, gerando dificuldades emocionais em gestações futuras ou até levando à decisão de não ter filhos. Segundo Hammoud *et al.*, (2023), é comum que mulheres marcadas por esse tipo de trauma escolham não engravidar novamente para evitar o sofrimento vivenciado anteriormente.

Segundo Bhatia e Jhanjee (2012), a tocofobia não se restringe à gestação atual, mas tem efeitos duradouros na história reprodutiva da mulher. O medo persistente pode levá-la a evitar relações sexuais ou a tomar decisões definitivas sobre não ter filhos.

Em estudo realizado com mulheres jovens, Güney, Okyay e Uçar (2022) demonstraram que o medo do parto é um dos principais fatores que levam à evitação da gravidez mesmo entre mulheres sem histórico gestacional. Essa negação é sustentada por relatos negativos, insegurança quanto ao sistema de saúde e pânico diante da dor.

A escolha por cesarianas eletivas como alternativa ao parto vaginal é outro impacto recorrente da tocofobia. Sydsjö *et al.*, (2011) evidenciaram que mulheres com medo intenso do parto normal frequentemente solicitam cesárea, mesmo quando não há indicação clínica, buscando um suposto controle sobre a experiência.

Essa escolha, no entanto, nem sempre elimina o sofrimento emocional. Aguilera-Martín *et al.*, (2020) afirmam que, mesmo após a cesariana, algumas mulheres mantêm sentimentos de frustração e culpa, por não terem conseguido vivenciar o parto conforme desejavam ou esperavam.

Para muitas mulheres, a cesárea se torna uma forma de evitar o sofrimento, mas não resolve o medo que originou a decisão. Segundo Tan *et al.*, (2013), após gestações complicadas ou traumáticas, há um aumento significativo na incidência de desejo de não ter mais filhos.

A decisão de não engravidar novamente, ainda que racionalizada, pode estar enraizada em um medo profundo e não elaborado. Isso representa um impacto direto da tocofobia sobre o planejamento reprodutivo da mulher, restringindo sua liberdade de escolha (Güney *et al.*, 2022).

A mulher que convive com a tocofobia sente-se frequentemente impotente diante de seu próprio corpo. A percepção de que não conseguirá suportar a dor ou conduzir o parto gera sentimentos de inadequação e baixa autoestima (Saviani-Zeoti & Petean, 2015).

Esse comprometimento da autonomia corporal é agravado em contextos onde a mulher é pouco escutada ou desacreditada. Tesser *et al.*, (2015) criticam a naturalização da violência obstétrica como fator que reforça a vulnerabilidade da mulher no cenário hospitalar.

Lopes *et al.*, (2024) apontam que o silenciamento da mulher no parto está relacionado à perpetuação de desigualdades de gênero, que afetam não apenas a saúde física, mas também a psíquica. A impossibilidade de expressar medo ou recusa é, por si só, uma forma de violência.

Em estudo de Silva *et al.*, (2019), observou-se que gestantes com sintomas depressivos intensos no fim da gestação relataram menor confiança em sua capacidade materna e maiores índices de arrependimento frente à experiência de parto, sobretudo quando marcada por medo e dor.

Santos *et al.*, (2023) ressaltam que a saúde mental durante a gestação influencia diretamente no desenvolvimento fetal, uma vez que o estresse materno afeta a neuroplasticidade e o equilíbrio hormonal do bebê em formação. Como destacam Morais *et al.*, (2017),

“Os sintomas depressivos e ansiosos durante a gravidez estão fortemente relacionados à redução do comportamento responsivo da mãe, o que compromete as trocas afetivas e o desenvolvimento da relação precoce com o filho” (p. 4).

As experiências vividas durante a gestação e o parto exercem forte impacto sobre a saúde mental da mulher. Quando presente, a tocofobia provoca um sofrimento psíquico significativo, comprometendo as expectativas em relação à maternidade e afetando a estabilidade emocional da gestante. Saviani-Zeoti e Petean (2015) explicam que a antecipação negativa do momento do parto tem influência direta sobre o equilíbrio psicológico da mulher.

O medo intenso do parto está ligado ao aumento do cortisol e à disfunção do sistema nervoso autônomo, o que compromete o equilíbrio hormonal da gestante. Conforme apontam Santos *et al.*, (2023), essas mudanças no funcionamento neuroendócrino favorecem o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão ao longo da gestação.

Silva *et al.*, (2022) observaram que gestantes com sintomas ansiosos intensos demonstram maior dificuldade em lidar com as mudanças corporais e emocionais típicas da gestação. A tocofobia, nesses casos, atua como um fator amplificador do sofrimento e

dificulta a elaboração psíquica da nova identidade materna.

Além da depressão pós-parto, o medo patológico do parto pode desencadear crises de pânico, transtornos de adaptação e distúrbios do sono. Monteiro *et al.*, (2018) ressaltam que esses sintomas, quando não tratados, prejudicam significativamente a experiência do puerpério e o processo de recuperação emocional. Morais *et al.*, (2017) afirmam que:

“A presença de sintomas depressivos e ansiosos durante o período perinatal compromete o funcionamento emocional e cognitivo da mãe, afetando diretamente sua responsividade e sensibilidade diante das demandas do bebê” (Morais *et al.*, 2017, p. 6).

O desenvolvimento de transtornos pós-traumáticos após o parto representa uma das formas mais graves de impacto psíquico da tocofobia. Souza *et al.*, (2024) reforçam que a recorrência de imagens mentais intrusivas e o sentimento de reviver o trauma indicam um comprometimento duradouro da saúde mental materna.

A violência obstétrica, frequentemente relacionada à origem da tocofobia, agrava os quadros de TEPT, pois intensifica o sentimento de impotência e violação. Lopes *et al.*, (2024) explicam que intervenções desrespeitosas durante o parto deixam marcas profundas, tanto físicas quanto emocionais, que repercutem por longos períodos.

Simplicio *et al.*, (2023) alertam que a detecção precoce dos sintomas emocionais no ciclo gravídico-puerperal é fundamental para o enfrentamento da depressão e do trauma. A ausência de um olhar clínico sobre o sofrimento psíquico contribui para a cronicidade do quadro e a perda de funcionalidade da mulher.

Na prática clínica, a subnotificação dos sintomas psíquicos é comum, pois muitas mulheres se sentem culpadas por não vivenciarem a gestação como um período de felicidade plena. Segundo Nascimento *et al.*, (2022), o discurso social que romantiza a maternidade dificulta o reconhecimento do sofrimento emocional legítimo.

Outro impacto da tocofobia é a dificuldade de aceitação da própria gravidez. Em alguns casos, mesmo planejada, a gestação se torna uma fonte de angústia e inquietação, devido ao medo paralisante do parto. Aguilera-Martín *et al.*, (2020) afirmam que esse medo intenso pode comprometer o envolvimento emocional com o bebê ainda intraútero.

O vínculo materno-fetal, quando fragilizado pela ansiedade, apresenta efeitos negativos no desenvolvimento emocional da criança. Santos *et al.*, (2023) relatam que alterações hormonais e comportamentais na gestante impactam diretamente o funcionamento neurobiológico do feto, com possíveis consequências para a infância.

Além disso, a idealização de um parto perfeito e a frustração frente à realidade vivida

contribuem para o surgimento de sentimentos de fracasso e inadequação. Monteiro *et al.*, (2018) apontam que esse descompasso entre expectativa e vivência é terreno fértil para o surgimento de quadros depressivos no pós-parto.

As repercussões emocionais da tocofobia também se manifestam na experiência de maternidade como um todo. A insegurança adquirida no parto pode gerar dúvidas sobre a própria capacidade de cuidado, influenciando a construção da identidade materna. Figueira *et al.*, (2011) relacionam essa insegurança ao aumento da dependência emocional e à instabilidade afetiva no puerpério.

A falta de reconhecimento institucional do sofrimento psíquico materno amplia o isolamento e a negligência no cuidado em saúde mental. Tesser *et al.*, (2015) reforçam que o sistema de saúde ainda prioriza os aspectos biológicos da gestação, negligenciando o sofrimento subjetivo da mulher.

Bhatia e Jhanjee (2012) destacam que, para muitas mulheres, o medo da gestação e do parto está profundamente enraizado em experiências sociais e culturais de dor, controle e silêncio. Esse cenário reforça um ciclo de reprodução do trauma, especialmente em contextos de desigualdade de gênero.

As mulheres que vivenciam a maternidade sob o peso da tocofobia tendem a apresentar maior risco de rupturas emocionais em relações afetivas e familiares. Moraes *et al.*, (2017) identificam que os conflitos conjugais, a sobrecarga emocional e a ausência de rede de apoio ampliam o impacto do sofrimento psíquico no pós-parto.

O estigma associado aos transtornos mentais no ciclo gravídico-puerperal dificulta a busca por ajuda profissional. Simplicio *et al.*, (2023) relatam que muitas mulheres resistem ao tratamento por medo de serem julgadas como mães inadequadas ou incapazes.

O sofrimento psíquico também interfere na organização das tarefas cotidianas. Mulheres com sintomas de TEPT ou depressão apresentam dificuldade de concentração, falta de energia e alterações no apetite e no sono, o que impacta diretamente no cuidado com o recém-nascido (Silva *et al.*, 2022).

Por fim, reconhecer a tocofobia como um fenômeno que ultrapassa o medo individual e se insere em um contexto social de controle sobre o corpo feminino é essencial. Tesser *et al.*, (2015) enfatizam que só será possível combater seus impactos quando se compreender que o sofrimento da mulher é legítimo, histórico e precisa ser escutado.

2.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE COM TOCOFOBIA

A presença da tocofobia tem se tornado um desafio cada vez mais comum na rotina dos profissionais que atuam no pré-natal. O medo intenso do parto compromete a participação da gestante no acompanhamento durante a gestação e demanda uma postura mais atenta e acolhedora por parte da equipe de saúde. Souza *et al.*, (2024) enfatizam que a escuta atenta e o fortalecimento do vínculo entre profissional e gestante são medidas fundamentais para amenizar os efeitos emocionais desse quadro.

Oferecer um ambiente acolhedor e sem julgamentos é fundamental para reconhecer precocemente o medo intenso relacionado ao parto. Silva e Ambrosio (2024) destacam que a postura receptiva da equipe de enfermagem durante o pré-natal contribui para fortalecer a confiança da gestante e incentivá-la a expressar suas preocupações e medos.

No cotidiano do pré-natal, a equipe de enfermagem desempenha um papel central na escuta e no acompanhamento constante do estado emocional da gestante. Conforme apontam Sobreira *et al.*, (2024), a atuação frequente do enfermeiro nesse período possibilita perceber alterações de comportamento e identificar sinais discretos de sofrimento psicológico.

A relação de confiança entre profissional e gestante permite desenvolver um cuidado humanizado, que considera de forma concreta as necessidades da mulher. Ferreira *et al.*, (2021) afirmam que um vínculo pautado na empatia é essencial para incentivar o autocuidado e fortalecer a autonomia durante a gestação. Segundo Romeiro, Castro e Carlotto (2024),

“a comunicação emocional é um instrumento técnico que qualifica a prática assistencial, promovendo o reconhecimento de emoções que afetam diretamente a saúde e o vínculo terapêutico” (Romeiro, Castro e Carlotto, 2024, p. 2).

O medo do parto muitas vezes é negligenciado por estar naturalizado no discurso social, sendo interpretado como algo esperável. Contudo, o acolhimento prestado pela enfermagem deve ir além do protocolo clínico, considerando os aspectos emocionais e subjetivos da experiência gestacional (Souza *et al.*, 2024).

A abordagem centrada na mulher pressupõe que suas queixas, medos e expectativas sejam considerados elementos legítimos para o planejamento do cuidado. Para Nery, Oliveira e Costa (2021), o cuidado em saúde não deve se limitar à técnica, mas incorporar a escuta como prática terapêutica.

A presença do enfermeiro no acompanhamento pré-natal é fundamental para identificar sinais de sofrimento emocional que podem anteceder transtornos como ansiedade e depressão. Simplicio *et al.*, (2023) apontam que esse profissional desempenha papel central na

escuta e na detecção precoce de sintomas ligados à saúde mental da gestante.

Quando a tocofobia é reconhecida a tempo, é possível adotar medidas educativas e preventivas, além de encaminhamentos terapêuticos quando necessário. Essa abordagem contribui para reduzir complicações emocionais e físicas tanto no parto quanto no pós-parto (Souza *et al.*, 2024).

Ferreira *et al.*, (2021) reforçam que a continuidade da assistência prestada pela enfermagem cria condições para que a mulher se sinta amparada e respeitada. Essa relação continuada amplia a possibilidade de compreensão dos medos e oferece segurança para o enfrentamento das incertezas do parto.

O modelo biomédico tradicional, centrado na objetividade e na resolução clínica de demandas, muitas vezes falha ao lidar com emoções complexas. Romeiro *et al.*, (2024) argumentam que a predominância do modelo tecnicista limita o reconhecimento da subjetividade, comprometendo o vínculo terapêutico e a integralidade do cuidado.

O enfermeiro, por estar mais próximo da gestante em consultas frequentes, assume uma posição privilegiada para criar planos de parto que considerem as preferências da mulher. Sobreira *et al.*, (2024) apontam que a escuta ativa permite a personalização da assistência e favorece o protagonismo materno no processo de parir.

A construção de planos individualizados é uma estratégia fundamental para o enfrentamento da tocofobia. Nery *et al.*, (2021) destacam que a autonomia da mulher deve ser incentivada com base em informação qualificada, apoio emocional e respeito à sua experiência.

A partir de um plano de parto bem estruturado, a gestante pode se sentir mais segura e confiante para enfrentar o trabalho de parto, mesmo que ainda haja medo. Para Silva e Ambrosio (2024), esse planejamento favorece a participação ativa da mulher e reduz a sensação de impotência. Segundo Souza *et al.*, (2024),

“A mulher que se sente incluída nas decisões sobre o próprio parto tende a apresentar melhores desfechos emocionais e menor risco de trauma psíquico, especialmente quando há diálogo aberto com os profissionais de saúde” (Souza *et al.*, 2024, p. 4).

A equipe de enfermagem desempenha também o papel de mediadora entre a gestante e os demais profissionais da equipe multiprofissional. Essa articulação é crucial para garantir coerência no cuidado, evitando falhas de comunicação que possam agravar o medo da parturiente (Ferreira *et al.*, 2021).

Em contextos marcados por intervenções obstétricas frequentes e por condutas

impessoais, a escuta sensível do enfermeiro pode ser o único momento de acolhimento real que a gestante experimenta. Souza *et al.*, (2024) observam que a ausência de empatia contribui para a perpetuação da violência simbólica.

A escuta ativa implica não apenas ouvir, mas acolher sem julgamento, legitimar os sentimentos da mulher e oferecer informações que ampliem sua percepção de controle sobre o próprio corpo. Segundo Romeiro *et al.*, (2024), essa prática fortalece a aliança terapêutica e melhora a qualidade da assistência.

O medo do parto, quando escutado com seriedade, pode ser ressignificado ao longo do acompanhamento pré-natal. Andrade, Mandu e Duarte (2019) mostram que mulheres que se sentem ouvidas durante o pré-natal enfrentam o parto com menor índice de sofrimento emocional.

A presença da enfermagem obstétrica no pré-natal é um avanço significativo na construção de um cuidado mais próximo e respeitoso. De acordo com Lemos e Madeira (2019), o acompanhamento feito por enfermeiros obstetras favorece a criação de vínculos de confiança, eleva a satisfação das gestantes com o atendimento e fortalece sua autonomia ao longo da gestação.

A atuação do enfermeiro vai além dos cuidados clínicos, estendendo-se à orientação detalhada sobre o processo do parto. Ao explicar as fases do trabalho de parto, os métodos não farmacológicos para alívio da dor e as diferentes formas de vivenciar esse momento, o profissional contribui para diminuir o medo do desconhecido e reforça a confiança da gestante em suas escolhas (Ferreira *et al.*, 2017).

Oferecer informações claras e apropriadas durante o pré-natal é uma estratégia eficaz para lidar com o medo do parto. Cândido, Couto e Oliveira (2024) destacam que esse tipo de orientação fortalece a saúde emocional da mulher, proporcionando maior tranquilidade não apenas na gestação, mas também no período após o nascimento.

Considerar o parto como uma experiência que envolve emoções e significados profundos é essencial para garantir um cuidado verdadeiramente humanizado. Bomfim *et al.*, (2021) ressaltam que a presença ativa da equipe de enfermagem nesse momento contribui para que a mulher se sinta ouvida, respeitada e acolhida, o que impacta positivamente sua vivência do nascimento.

Gonçalves *et al.*, (2022) reforçam que a assistência pré-natal de qualidade deve promover um cuidado integral, que inclua não apenas os aspectos clínicos da gestação, mas também os emocionais e sociais. Essa visão ampliada é essencial para enfrentar o medo patológico do parto.

A percepção da mulher sobre a qualidade da assistência é fortemente influenciada pela capacidade do profissional de estabelecer vínculo e transmitir segurança. Medeiros *et al.*, (2020) indicam que a expectativa por um cuidado empático e informativo é recorrente entre gestantes de alto risco. Jorge *et al.*, (2015) afirmam que:

“A assistência pré-natal deve promover a escuta qualificada e o respeito à autonomia da mulher como diretrizes prioritárias, superando a lógica intervencionista e padronizada que ainda predomina no cuidado” (Jorge *et al.*, 2015, p. 143).

O cuidado humanizado no pré-natal tem sido defendido como estratégia central para enfrentar os efeitos emocionais negativos da gestação, sobretudo entre mulheres que apresentam medo do parto. Segundo Ferreira *et al.*, (2017), a qualidade da assistência está diretamente ligada à capacidade dos profissionais de saúde em construir relações de confiança com as gestantes.

A continuidade do cuidado é uma característica da enfermagem que possibilita a criação de vínculos duradouros e acolhedores. Cândido, Couto e Oliveira (2024) afirmam que o acompanhamento sistemático da mulher durante toda a gestação fortalece a percepção de segurança, fator essencial para a redução do medo.

A insegurança quanto ao parto, especialmente em mulheres com histórico traumático, pode ser amenizada por meio da educação em saúde. Nery, Oliveira e Costa (2021) destacam que o fornecimento de informações claras e adaptadas à realidade da mulher contribui para a compreensão do processo de parto e favorece a elaboração do medo.

O enfermeiro é, muitas vezes, o primeiro profissional a perceber sinais de sofrimento emocional relacionados à tocofobia. Romeiro, Castro e Carlotto (2024) ressaltam que a comunicação terapêutica é um recurso fundamental no processo de acolhimento da mulher, sendo uma prática que deve ser intencional e técnica.

A construção de planos de parto individualizados, com base em diálogo e escuta, representa um avanço importante na assistência obstétrica. Sobreira *et al.*, (2024) defendem que essa estratégia contribui para a autonomia da mulher e a construção de uma experiência de parto menos traumática.

Esses planos permitem que a gestante expresse suas preferências e limites, dando voz ativa ao seu protagonismo no momento do parto. Ferreira *et al.*, (2021) explicam que o planejamento prévio é também uma medida de prevenção contra a violência obstétrica, especialmente quando mediado por profissionais sensíveis. Segundo Nery *et al.*, (2021):

“A mulher que participa ativamente da construção do seu plano de parto desenvolve maior capacidade de enfrentamento das situações adversas, fortalecendo sua autonomia e autoestima, mesmo diante de intercorrências” (Nery *et al.*, 2021, p. 4).

Apesar da valorização crescente do cuidado centrado na mulher, muitas práticas ainda reproduzem o modelo biomédico tradicional, que reduz o corpo feminino a um objeto de intervenção técnica. Souza *et al.*, (2024) afirmam que essa lógica invisibiliza a dor emocional e ignora o sofrimento subjetivo da gestante.

A atuação do enfermeiro é essencial para romper com essa lógica e promover um cuidado que valorize a experiência feminina como singular. Kawatsu *et al.*, (2020) mostram que a sensibilidade do profissional ao contexto emocional da mulher tem impacto direto na satisfação com a assistência recebida.

O treinamento em comunicação afetiva e abordagem humanizada deve ser incorporado na formação em saúde. Romeiro *et al.*, (2024) defendem que a competência emocional é tão necessária quanto a técnica, especialmente em situações que envolvem sofrimento e medo.

A escuta sensível permite captar nuances emocionais que muitas vezes não são verbalizadas diretamente. Silva e Ambrosio (2024) observam que a expressão do medo pode ocorrer por meio de comportamentos de evitação, irritabilidade ou choro, exigindo atenção apurada do profissional.

Desenvolver uma escuta sensível exige prática constante e compromisso ético com o cuidado. Ferreira *et al.*, (2021) destacam que o profissional precisa estar genuinamente disponível para acolher as emoções da gestante, evitando julgamentos e respostas prontas.

Essa forma de escuta contribui para a construção de um ambiente acolhedor dentro dos serviços de saúde, onde a mulher se sente validada em suas angústias e expectativas. Segundo Souza *et al.*, (2024), quando há espaço para que a gestante seja ouvida de forma respeitosa, ela se sente mais amparada e fortalecida para enfrentar o processo do parto.

Outro aspecto importante é a sensibilização dos profissionais para os impactos da violência obstétrica na saúde mental. Nery *et al.*, (2021) reforçam que o enfermeiro pode atuar na prevenção dessas práticas ao defender os direitos da gestante e mediar condutas mais respeitadas. Sobreira *et al.*, (2024), afirmam que:

“A atuação da enfermagem no contexto do parto não se limita ao suporte técnico, mas deve ser orientada por princípios de dignidade, empatia e compromisso com o bem-estar da mulher” (Sobreira *et al.*, 2024, p. 6).

A presença da enfermagem durante o trabalho de parto contribui para a criação de um

ambiente de cuidado afetivo, favorecendo o controle da dor e o relaxamento. Bomfim *et al.*, (2021) relatam que as mulheres se sentem mais tranquilas quando acompanhadas por profissionais que escutam suas necessidades.

A observação atenta do estado emocional da gestante ao longo do pré-natal é uma etapa essencial para reconhecer sinais precoces de tocofobia. De acordo com Simplicio *et al.*, (2023), mesmo sem instrumentos complexos, a escuta qualificada já possibilita identificar mulheres mais expostas ao sofrimento psíquico nesse período.

Quando esse reconhecimento ocorre de forma oportuna, é possível encaminhar a gestante para acompanhamento psicológico, favorecendo o enfrentamento do medo e contribuindo para uma experiência de parto mais tranquila. Cândido *et al.*, (2024) ressaltam que unir os cuidados em saúde mental ao atendimento obstétrico representa um avanço significativo na qualidade da assistência oferecida.

A prevenção da tocofobia requer uma abordagem que vá além da identificação do medo, incorporando estratégias de escuta, acolhimento e empoderamento da mulher desde o início da gestação. Nesse sentido, a assistência humanizada surge como eixo central, valorizando a experiência da parturiente como um processo singular e sensível (Busanello *et al.*, 2011).

A educação perinatal é uma das estratégias mais eficazes para reduzir o medo do parto, pois promove o acesso à informação e fortalece o protagonismo da gestante. Santos *et al.*, (2024) ressaltam que a compreensão dos processos fisiológicos da gestação e do parto reduz a ansiedade e melhora a percepção de controle da mulher sobre seu corpo.

O compartilhamento de vivências entre gestantes, por meio de rodas de conversa, atua como ferramenta terapêutica, quebrando o ciclo de silêncio em torno do medo. Segundo Frota, Martins e Alves (2024), o acolhimento em grupo fortalece a rede de apoio e diminui o sentimento de solidão, comum entre mulheres com tocofobia.

Grupos educativos realizados por equipes de saúde permitem que dúvidas sejam esclarecidas, medos sejam validados e mitos desfeitos. Dias, Quirino e Damasceno (2022) destacam que encontros periódicos contribuem para a construção de uma gestação mais consciente, especialmente entre primíparas.

Além disso, a psicoterapia breve durante o pré-natal tem se mostrado eficaz no manejo da tocofobia. Furtado, Machado e Carneiro (2019) apontam que intervenções baseadas em técnicas de imaginação guiada ajudam a gestante a ressignificar medos e a elaborar experiências traumáticas prévias.

A utilização de práticas integrativas como a auriculoterapia, o uso da bola suíça e a

musicoterapia também são apontadas como recursos positivos para o alívio da ansiedade durante o trabalho de parto. Almeida *et al.*, (2020) demonstram que tais práticas reduzem o nível de cortisol e favorecem o relaxamento muscular.

A humanização da assistência é definida, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como um conjunto de práticas que garantem respeito, dignidade, autonomia e cuidado centrado na mulher. A diretriz publicada pela OMS (2018) afirma que:

“Toda mulher tem o direito a uma experiência positiva de parto, que inclui respeito à sua dignidade, escolhas e necessidades emocionais e físicas durante todo o processo.” (OMS, 2018).

A presença contínua de profissionais qualificados durante o trabalho de parto é considerada uma estratégia preventiva da tocofobia. Moura *et al.*, (2020) mostram que a assistência prestada de forma ininterrupta pela enfermagem cria um ambiente de segurança e reduz a sensação de abandono da parturiente.

Rocha *et al.*, (2021) argumentam que o respeito às decisões da mulher, mesmo em contextos clínicos mais delicados, é uma medida de prevenção contra o trauma obstétrico, promovendo maior adesão ao parto vaginal e reduzindo cesáreas por demanda de medo.

A formação dos profissionais de saúde também é um ponto-chave para o sucesso das estratégias humanizadas. Feijão, Boeckmann e Melo (2017) observam que enfermeiros residentes com maior conhecimento sobre boas práticas no parto apresentam condutas mais empáticas e respeitosas com as gestantes.

A falta de preparo técnico e sensibilidade por parte da equipe de saúde pode intensificar o medo do parto e piorar os sintomas da tocofobia. Castro e Castro (2020) alertam que a violação de direitos nesse momento causa impactos profundos e duradouros na saúde mental da mulher, sendo uma fonte evitável de sofrimento.

Desde o início do pré-natal, é essencial abrir espaço para que a gestante fale sobre suas expectativas e receios. Lopes *et al.*, (2024) ressaltam que o diálogo aberto entre profissional e paciente é fundamental para construir um plano de parto que respeite seus desejos e proporcione segurança.

Permitir que a mulher participe das decisões sobre o próprio parto ajuda a evitar sensações de impotência e abandono. Oliveira e Cruz (2014) destacam que estratégias como o uso da bola suíça e a liberdade de movimento durante o trabalho de parto contribuem para o fortalecimento da autonomia.

O cuidado deve envolver diferentes áreas, como enfermagem, psicologia e obstetrícia,

garantindo uma abordagem mais completa. Pires *et al.*, (2010) apontam que essa atuação integrada favorece o vínculo com a gestante e melhora a qualidade da assistência.

Ramos, Moraes e Maciel (2018) identificaram que mulheres acolhidas por equipes que seguem princípios da humanização relatam menos medo e maior satisfação. Esses dados reforçam o valor da escuta e do acolhimento como parte essencial do cuidado.

As diretrizes da OMS (2018) reforçam a importância de respeitar os tempos da mulher e evitar intervenções desnecessárias.

“A assistência ao parto deve priorizar práticas baseadas em evidências, evitando procedimentos invasivos e respeitando a fisiologia do processo, desde que não haja risco clínico.” (OMS, 2018).

Segundo Oliveira *et al.*, (2024), o suporte emocional oferecido pela equipe de enfermagem no pós-parto imediato é um fator de proteção contra a perpetuação da tocofobia. A atenção estendida à saúde mental no puerpério previne o surgimento de TEPT e depressão pós-parto.

A construção de planos de parto é também uma ação concreta que traduz o cuidado humanizado em prática efetiva. Frota *et al.*, (2024) afirmam que esse documento deve ser construído com base na escuta da gestante e ser revisto ao longo da gravidez conforme suas necessidades mudam.

Os benefícios do parto humanizado não se limitam à saúde mental da mulher, mas se estendem ao recém-nascido. Lopes *et al.*, (2024) relatam melhores desfechos neonatais, como estabilidade térmica, sucesso na amamentação precoce e vínculo afetivo mais sólido.

O fortalecimento das políticas públicas voltadas ao parto humanizado é essencial para ampliar o acesso das mulheres a esses cuidados. Busanello *et al.*, (2011) defendem a revisão dos currículos de formação em saúde, incluindo temas como escuta ativa, empatia e práticas baseadas em evidências.

Ainda que a tocofobia seja um fenômeno individual, sua prevenção depende de ações coletivas e institucionais. Santos e Díaz (2024) afirmam que a criação de protocolos de atendimento humanizado contribui para padronizar condutas éticas e protetivas em todos os níveis da assistência.

A implantação de Centros de Parto Normal (CPN) tem se mostrado uma estratégia eficaz na humanização da assistência. Moura *et al.*, (2020) destacam que esses espaços oferecem ambiente menos medicalizado, mais acolhedor e respeitoso às decisões da parturiente.

Uma comunicação respeitosa, com linguagem simples e acessível, é essencial para

reduzir o medo da gestante. Santos *et al.*, (2024) alertam que termos técnicos ou falas alarmistas, quando não explicados, podem abalar a confiança da mulher e aumentar sua insegurança.

Ambientes calmos, com pouca luz e pouco ruído, ajudam a promover o relaxamento e facilitam a liberação de ocitocina, o que favorece o andamento do parto. Castro e Castro (2020) destacam que essas condições contribuem para diminuir a tensão e melhorar a forma como a dor é percebida.

Feijão *et al.*, (2017) recomendam que a implementação de boas práticas de assistência ao parto seja acompanhada de treinamentos contínuos, com foco na escuta, no manejo da dor e no enfrentamento da violência obstétrica.

A adoção de técnicas complementares durante o pré-natal pode ajudar a aliviar a tensão e preparar a gestante para o parto. Ramos, Morais e Maciel (2018) destacam que exercícios de respiração, massagens e estímulo à movimentação da pelve auxiliam na liberação de substâncias que promovem bem-estar e reduzem o impacto do estresse.

Práticas como o mindfulness também têm mostrado bons resultados no cuidado emocional das gestantes. De acordo com Furtado, Machado e Carneiro (2019), o foco na atenção plena favorece o autoconhecimento, melhora o controle das emoções e diminui os pensamentos negativos sobre o momento do parto.

A utilização da música como recurso terapêutico durante o trabalho de parto tem mostrado efeitos positivos na redução da ansiedade. Ferreira *et al.*, (2021) verificaram que a presença de sons agradáveis contribui para o relaxamento da gestante, melhora o conforto e ameniza a percepção da dor.

Na atenção básica, o vínculo construído com a equipe de enfermagem é fundamental para perceber sinais de sofrimento emocional ainda no início da gestação. Santos e Díaz (2024) destacam que a escuta constante e atenta permite que sentimentos como medo e angústia sejam reconhecidos e acolhidos de forma adequada.

A incorporação de estratégias de educação em saúde nos encontros de pré-natal fortalece o conhecimento da mulher sobre seus direitos e sobre as fases do parto. Busanello *et al.*, (2011) enfatizam que a formação da gestante como protagonista do próprio processo melhora os desfechos emocionais e clínicos.

Para além das técnicas terapêuticas, o simples reconhecimento do medo como legítimo tem impacto positivo na saúde mental da mulher. Santos *et al.*, (2024) relatam que o acolhimento da equipe é capaz de reverter quadros leves de tocofobia antes que se tornem incapacitados.

A avaliação individualizada dos fatores que desencadeiam o medo é fundamental para escolher as melhores estratégias de manejo. Furtado *et al.*, (2019) sugerem que o plano de cuidado deve considerar o histórico de violência, traumas anteriores e crenças culturais sobre o parto.

A autonomia da gestante deve ser preservada em todas as etapas do atendimento. Moura *et al.*, (2020) observam que o respeito às escolhas da mulher, inclusive quando envolvem preferências quanto à posição de parto, acompanhantes e métodos de alívio da dor, fortalece sua autoestima.

Lopes *et al.*, (2024) reforçam que partos em que a mulher se sente respeitada e escutada têm menores índices de arrependimento, trauma e insatisfação. Isso demonstra que o respeito às subjetividades é mais eficaz do que qualquer protocolo padrão. Segundo Oliveira *et al.*, (2024):

“A confiança no processo de parir se constrói a partir da escuta, do cuidado contínuo e da presença de profissionais que validam os sentimentos da mulher sem minimizar sua dor ou seu medo” (Oliveira *et al.*, 2024 ,p. 6).

A criação de vínculos afetivos com a equipe também favorece o fortalecimento da rede de apoio emocional. Frota, Martins e Alves (2024) afirmam que a construção de laços entre a gestante e os profissionais reduz o risco de abandono emocional durante o parto.

Em ambientes onde predomina a lógica hospitalocêntrica, a implementação de estratégias humanizadas encontra maior resistência. Busanello *et al.*, (2011) alertam que a verticalização do atendimento e a hierarquização das decisões médicas enfraquecem a escuta da mulher e limitam sua autonomia.

A inserção de doulas e acompanhantes no trabalho de parto é apontada pela OMS como prática recomendada para a melhoria da experiência de parto. A diretriz da organização destaca que:

“Toda mulher tem direito ao apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto, por uma pessoa de sua escolha, como medida de promoção de bem-estar e redução de ansiedade.” (OMS, 2018)

A implementação de salas de parto com estrutura menos intervencionista e atmosfera acolhedora é uma tendência crescente. Santos, Vieira e Martins (2024) relatam que esses espaços promovem sensação de segurança e conforto, colaborando para uma vivência mais positiva.

Garantir um atendimento baseado na empatia, no diálogo e na informação não é um

diferencial, mas parte essencial da conduta profissional. Moura *et al.*, (2020) lembram que atitudes simples, como acolher e escutar, fazem diferença na prevenção de danos emocionais durante o parto.

3 METODOLOGIA

Este estudo constitui uma revisão integrativa com abordagem qualitativa, cujo objetivo é analisar os impactos da tocofobia na saúde mental das mulheres, com ênfase no papel dos profissionais de enfermagem na assistência pré-natal e no manejo humanizado do medo do parto. A revisão foi delineada segundo os princípios metodológicos recomendados por Grant e Booth (2009), que estabelecem diretrizes específicas para revisões de natureza qualitativa.

A pergunta norteadora foi construída com base na estratégia SPIDER, adequada para revisões com enfoque qualitativo. Assim, definiu-se: S (*Sample*) – mulheres em idade reprodutiva; PI (*Phenomenon of Interest*) – tocofobia e seus impactos na saúde mental; D (*Design*) – estudos qualitativos, revisões integrativas ou sistemáticas; E (*Evaluation*) – efeitos psíquicos, práticas de cuidado, acolhimento e manejo; R (*Research type*) – pesquisas primárias ou secundárias de abordagem qualitativa.

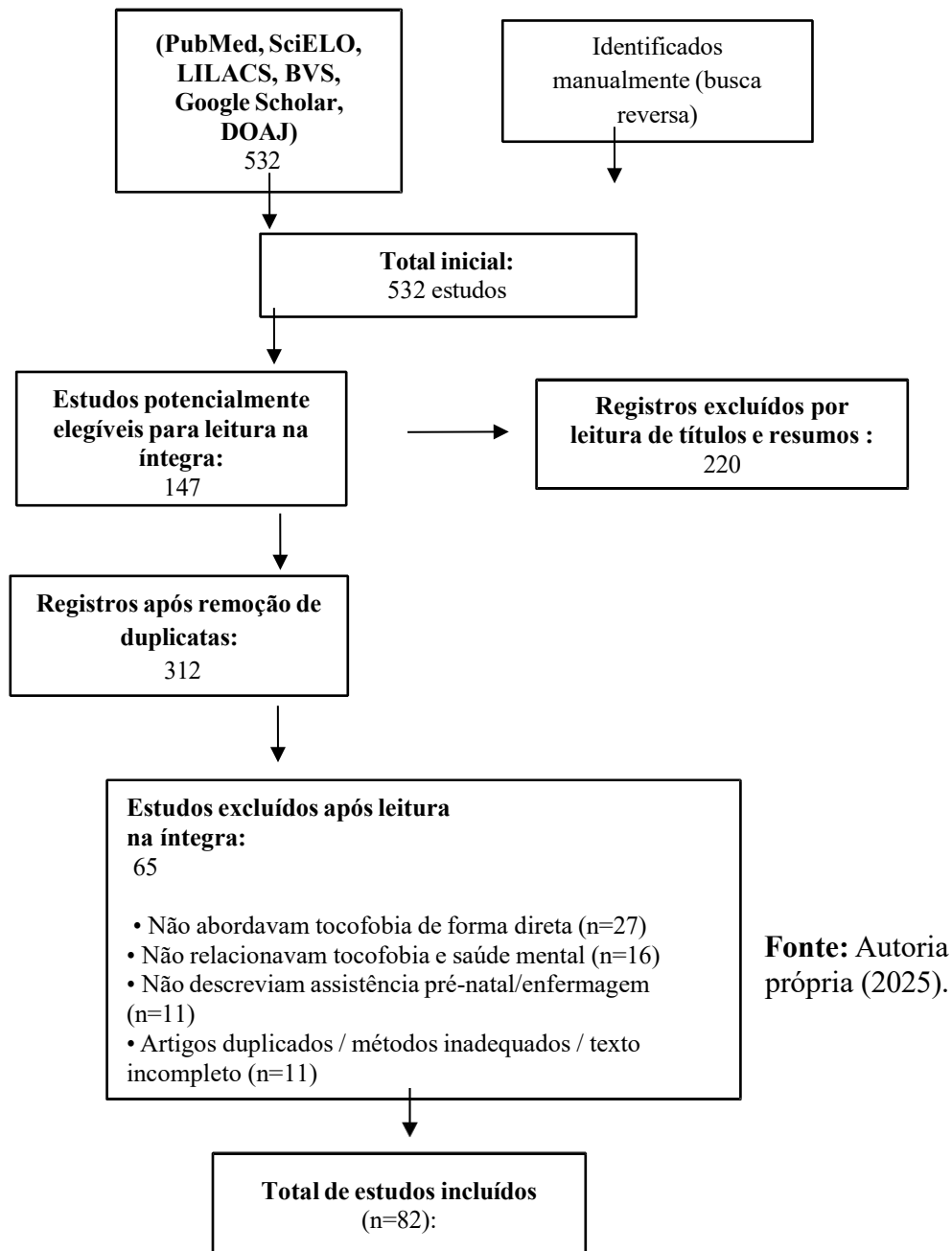
A busca dos estudos foi realizada entre março e abril de 2025, nas seguintes bases de dados: PubMed, SciELO, LILACS, Google Scholar, BVS Brasil e DOAJ. Foram utilizados os seguintes descritores e combinações com operadores booleanos: “*tocofobia*” OR “*fear of childbirth*” AND “*saúde mental*” OR “*mental health*” AND “*pré-natal*” OR “*prenatal care*” AND “*enfermagem*” OR “*nursing care*” AND “*assistência humanizada*” OR “*humanized birth*”. Os termos foram utilizados em português e inglês para garantir o maior número possível de resultados relevantes.

Os critérios de inclusão abrangeram estudos publicados entre 2000 e 2025. Optou-se por esse intervalo ampliado devido à escassez de publicações recentes que tratem de forma abrangente a tocofobia no contexto da saúde mental e da assistência pré-natal, especialmente no que se refere à atuação da enfermagem. A ampliação do recorte temporal permitiu contemplar evidências relevantes acumuladas nas últimas duas décadas.

Foram considerados estudos em português, inglês e espanhol, com textos completos disponíveis e que abordassem de forma direta a tocofobia, suas consequências psicológicas, sua relação com a assistência pré-natal e o papel dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem. Foram excluídos trabalhos duplicados, relatos de caso isolados, editoriais e estudos que não apresentavam relação direta com os objetivos da pesquisa.

O presente estudo respeitou os princípios éticos aplicáveis a revisões sistemáticas e seguiu os padrões metodológicos estabelecidos pela PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), garantindo a transparência e a reprodutibilidade da pesquisa. O processo de seleção dos estudos incluídos está detalhado no fluxograma PRISMA a seguir (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma Prisma



O fluxograma apresentado resumirá de forma clara as etapas de identificação e seleção dos estudos. O processo será conduzido com critérios definidos previamente, o que

contribuirá para a consistência da amostra final. Com isso, a metodologia adotada assegurará a coerência entre os objetivos da revisão e os dados analisados.

4 RESULTADOS

A análise dos 27 estudos selecionados permitiu identificar um conjunto de evidências que não apenas descrevem a tocofobia como medo extremo do parto, mas revelam como esse fenômeno se estrutura a partir de interações complexas entre fatores emocionais, socioculturais e assistenciais. A busca inicial, composta por 630 estudos, foi filtrada até a seleção final, que reúne pesquisas de diferentes países e contextos, mas que dialogam de forma consistente acerca dos determinantes e repercussões da tocofobia

Hofberg e Brockington (2000) estabeleceram os fundamentos teóricos ao definirem a tocofobia como um transtorno de ansiedade associado tanto a experiências traumáticas anteriores quanto a fatores emocionais prévios. Essa concepção dialoga diretamente com O'Connell et al. (2017), que demonstram que mulheres expostas a intervenções dolorosas, violência obstétrica ou partos traumáticos têm maior probabilidade de desenvolver medo extremo do parto

Ambos os estudos reforçam que o medo não é fruto de um único evento, mas de um conjunto de vivências que se acumulam ao longo da trajetória reprodutiva da mulher.

Nilsson et al. (2018) e Kim et al. (2020) ampliam essa compreensão ao evidenciarem que a tocofobia também é alimentada por distorções cognitivas, baixa autoeficácia e crenças negativas internalizadas sobre o parto. Esses achados conversam com Saisto et al. (2001), que identificam pensamentos intrusivos, sensação de perda de controle e percepção de incapacidade como elementos frequentes na formação do medo. Assim, enquanto Hofberg e Brockington (2000) apresentam a base conceitual, Saisto et al. (2001) e os estudos mais recentes avançam ao explicitar como emoções, cognições e expectativas se inter-relacionam.

No contexto brasileiro, esses achados encontram apoio em estudos como Figueiredo e Barbosa (2021) e Souza et al. (2024), que mostram que a tocofobia está fortemente associada à má qualidade da assistência pré-natal, ao relato de experiências desumanizadas e ao impacto das narrativas negativas de parto transmitidas entre gerações. Souza et al. (2024), por exemplo, demonstram que a violência obstétrica não apenas desencadeia o medo, mas o cristaliza, deixando marcas psicológicas profundas que repercutem em gestações futuras .

Por outro lado, estudos como Fenwick et al. (2015) e Toohill et al. (2014) evidenciam que intervenções psicossociais especialmente aquelas conduzidas por enfermeiras obstétricas têm impacto expressivo na redução da ansiedade e na promoção do bem-estar emocional. Esses autores dialogam com Aguilera-Martín et al. (2020), cuja revisão sistemática confirma que abordagens psicológicas, particularmente as de base cognitivo-comportamental, fortalecem a autonomia da gestante ao ressignificar suas crenças e percepções sobre o parto.

A presença da enfermagem também se destaca nos estudos de Romeiro et al. (2024) e Simplicio et al. (2023), que mostram que escuta ativa, comunicação terapêutica e identificação precoce do medo são práticas capazes de reduzir significativamente o sofrimento emocional da gestante. A Tabela 1 sintetiza essas contribuições ao apresentar o conjunto de estudos revisados e suas implicações para a prática clínica e para o cuidado humanizado

Portanto, os resultados apontam para a convergência teórica: a tocofobia é um fenômeno multifatorial sustentado por experiências traumáticas, distorções cognitivas, fragilidades assistenciais e falta de acolhimento institucional. Os estudos mostram também que a assistência humanizada e o fortalecimento da autonomia são determinantes para sua prevenção e manejo.

Tabela 1 – Síntese dos Resultados dos Estudos Incluídos

Autor/Ano	Tipo de Estudo	Local/Contexto	Principais Resultados	Contribuição Científica
Hofberg e Brockington (2000)	Revisão de literatura	Reino Unido	Descreveram a tocofobia primária e secundária, associando-a a traumas e transtornos de ansiedade.	Fundamentaram a base conceitual do medo patológico do parto.
Rondung <i>et al.</i> (2016)	Estudo qualitativo	Suécia	Identificaram a tocofobia como transtorno de ansiedade específico, com repercussões emocionais e comportamentais.	Reforçaram o reconhecimento clínico do medo do parto.
Fenwick <i>et al.</i> (2015)	Ensaio clínico	Austrália	Demonstraram que programas educativos com parteiras reduzem o medo e	Evidenciaram eficácia de intervenções psicoeducativas.

			melhoram o bem-estar emocional.	
Aguilera-Martín <i>et al.</i> (2020)	Revisão sistemática	Espanha	Intervenções psicológicas reduzem o medo e aumentam a percepção de controle da mulher.	Comprovaram a importância da psicoterapia no pré-natal.
Souza <i>et al.</i> (2024)	Estudo qualitativo	Brasil	Relacionaram a violência obstétrica a traumas e medo do parto, destacando falhas no acolhimento.	Contribuíram para o debate sobre humanização e saúde mental.
Ferreira <i>et al.</i> (2024)	Estudo transversal	Brasil	Identificaram associação entre medo e preferência por cesariana eletiva sem indicação clínica.	Apontaram impacto da tocofobia sobre decisões obstétricas.
Romeiro <i>et al.</i> (2024)	Estudo teórico-prático	Brasil	A comunicação terapêutica melhora o vínculo e reduz a ansiedade gestacional.	Enfatizaram o papel da enfermagem na escuta ativa.
Simplicio <i>et al.</i> (2023)	Revisão integrativa	Brasil	Destacaram diagnóstico precoce e escuta ativa como práticas centrais.	Propostas de atuação da enfermagem frente à tocofobia.
Frota <i>et al.</i> (2024)	Estudo qualitativo	Brasil	Mostraram que o empoderamento feminino transforma a experiência de parto.	Fundamentaram a importância da autonomia no cuidado.
Santos e Díaz (2024)	Estudo teórico	Brasil	Defenderam o reconhecimento do medo como demanda legítima de cuidado.	Sustentaram a ética e a humanização como eixos da prática.

Fonte: Autor (2025)

5 DISCUSSÃO

A discussão dos achados permite compreender a tocofobia como um fenômeno que se expressa na confluência entre sofrimento psíquico individual, contexto sociocultural e práticas

obstétricas vigentes. Ao dialogarem entre si, os autores analisados constroem um arcabouço teórico sólido que revela como o medo extremo do parto emerge, se mantém e pode ser mitigado.

Hofberg e Brockington (2000) estruturam a base conceitual ao explicarem que a tocofobia pode ser primária ou secundária, ambas caracterizadas por medo incapacitante que antecede ou decorre de experiências traumáticas anteriores. Essa compreensão dialoga com os achados empíricos de O'Connell et al. (2017), que observam que vivências de dor, abandono, violência ou imposição de procedimentos sem consentimento aumentam significativamente a probabilidade de desenvolvimento do medo extremo

Ambos os estudos, em conjunto, ajudam a compreender por que Diniz et al. (2015) e Bastos et al. (2020) identificam no Brasil um terreno fértil para o surgimento da tocofobia, dado o histórico de práticas obstétricas marcadas pela falta de autonomia e pela desconsideração da experiência subjetiva da gestante.

Autores como Rouhe et al. (2012) e Saisto et al. (2001) complementam essa análise ao evidenciar que a ansiedade moderada ou grave é um dos principais preditores para o desenvolvimento da tocofobia. Seus achados conversam diretamente com Nilsson et al. (2018) e Kim et al. (2020), que mostram como crenças negativas, baixa autoconfiança e antecipações catastróficas intensificam o medo e levam à busca por cesarianas eletivas como estratégia de fuga do parto vaginal

No campo dos impactos emocionais, Santos et al. (2023) revelam que o estresse materno altera mecanismos neurobiológicos do feto, enquanto Monteiro et al. (2018) mostra que a discrepância entre expectativas e vivências reais do parto favorece quadros depressivos no pós-parto. Esses estudos conversam com Morais et al. (2017), que afirmam que sintomas ansiosos e depressivos prejudicam o vínculo materno-fetal e reduzem a responsividade da mãe, com repercussões emocionais duradouras.

No âmbito assistencial, os estudos convergem ao demonstrar que a qualidade da relação profissional-gestante é determinante na formação ou redução da tocofobia. Diniz et al. (2015) e Bastos et al. (2020) mostram que falta de acolhimento, comunicação falha e práticas desrespeitosas não apenas aumentam o medo, mas reforçam sua legitimidade como mecanismo de defesa. Em contrapartida, Fenwick et al. (2015), Toohill et al. (2014) e Aguilera-Martín et al. (2020) demonstram que intervenções baseadas em apoio emocional,

educação psicossocial e terapia cognitivo-comportamental reduzem a ansiedade, fortalecem a confiança e promovem autonomia.

Essa perspectiva conecta-se estreitamente aos achados brasileiros de Romeiro et al. (2024) e Simplicio et al. (2023), que demonstram que a enfermagem obstétrica, por meio da comunicação terapêutica, da escuta qualificada e da construção de vínculos, é capaz de transformar a percepção da gestante sobre o parto. Frota et al. (2024) reforçam esse argumento ao mostrar que o empoderamento feminino — quando promovido no pré-natal altera significativamente a vivência do parto ao substituir o medo pelo protagonismo

Por fim, a Organização Mundial da Saúde (2018) sustenta que a assistência humanizada, o apoio contínuo e o respeito às escolhas da mulher são mandatórios para uma experiência segura e emocionalmente saudável, dialogando com todo o corpo de evidências encontrado nesta revisão

Em síntese, os autores convergem ao demonstrar que:

- a tocofobia nasce da interação entre trauma, ansiedade e práticas assistenciais inadequadas;
- o sofrimento psíquico repercute no vínculo materno-fetal, no puerpério e nas escolhas reprodutivas;
- a intervenção profissional qualificada é capaz de prevenir, manejar e ressignificar o medo;
- a enfermagem obstétrica ocupa posição estratégica nesse processo.

Assim, a discussão revela que a tocofobia deve ser compreendida e tratada como um fenômeno multidimensional que exige uma abordagem integrada, ética, acolhedora e centrada na mulher.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta revisão integrativa permitiram compreender que a tocofobia constitui um fenômeno multidimensional, com repercussões clínicas e emocionais relevantes para a saúde materna. A análise dos 27 artigos incluídos evidencia que o medo extremo do parto não pode ser compreendido como uma reação isolada, mas como um marcador de sofrimento

psicológico significativo, frequentemente associado a ansiedade, depressão perinatal e eventos traumáticos relacionados ao ciclo gravídico, conforme já apontado por Hofberg e Brockington (2000) e aprofundado em estudos posteriores de Rouhe *et al.* (2012) e Saisto *et al.* (2001).

A literatura analisada mostra que experiências pregressas de parto traumático, violência obstétrica, falhas na comunicação profissional e baixa autonomia da gestante são fatores determinantes para o desenvolvimento da tocofobia, achados consistentes com pesquisas brasileiras como Diniz *et al.* (2015) e Bastos *et al.* (2020). Esses elementos reforçam que o medo intenso do parto está imerso em um cenário que combina vulnerabilidades emocionais individuais com práticas institucionais historicamente marcadas por desigualdades, medicalização excessiva e fragilidades na humanização da assistência.

Por outro lado, os estudos incluídos demonstram que intervenções psicossociais, psicológicas e educativas, especialmente aquelas baseadas em abordagens cognitivo-comportamentais, desempenham papel fundamental na mitigação do medo e no fortalecimento da confiança materna no processo de parto, achados também ressaltados por Toohill *et al.* (2014) e Fenwick *et al.* (2015). A integração dessas práticas à rotina do pré-natal se mostra eficaz na redução dos sintomas de ansiedade, no aumento da percepção de controle e na melhoria da experiência gestacional.

Além disso, as diretrizes nacionais e internacionais, como Brasil (2017) e OMS (2018), apontam que modelos de cuidado centrados na mulher, com comunicação empática, escuta qualificada e participação ativa nas decisões, são estratégias essenciais para prevenir o agravamento da tocofobia e promover experiências de parto seguras, respeitadas e informadas. Nesse contexto, a enfermagem emerge como categoria estratégica, dada sua proximidade com a gestante, seu potencial educativo e sua posição central no acompanhamento longitudinal.

Diante dessas evidências, conclui-se que a tocofobia exige abordagem interdisciplinar, sensível e humanizada, capaz de articular saúde mental, assistência obstétrica e políticas públicas comprometidas com práticas baseadas em evidências e no respeito aos direitos reprodutivos. A promoção de escuta ativa, a redução de intervenções desnecessárias, o fortalecimento da autonomia materna e a valorização da enfermagem como agente de cuidado integral representam caminhos indispensáveis para enfrentar o medo patológico do parto e construir modelos assistenciais mais saudáveis, acolhedores e alinhados às necessidades das mulheres.

Por fim, esta revisão aponta a necessidade de novas pesquisas no contexto brasileiro, especialmente estudos qualitativos e longitudinais que ampliem a compreensão sobre os determinantes emocionais, sociais e institucionais da tocofobia, permitindo o

desenvolvimento de intervenções mais precisas, culturalmente sensíveis e efetivas para o cuidado em saúde materna.

REFERÊNCIAS

- AGUILERA-MARTÍN, Á.; GÁLVEZ-LARA, M.; RUIZ, M. et al. Psychological, educational, and alternative interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: a systematic review. **Journal of Clinical Psychology**, v. 77, n. 3, p. 525-555, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jclp.23071>. Acesso em: 17 maio 2025.
- ALMEIDA, I.; SILVA, P.; ALENCAR, L. et al. Caracterização clínica de mulheres submetidas à histerectomia obstétrica por consequência da hemorragia pós-parto. **Revista Enfermagem Atual in Derme**, v. 97, n. 4, e023207, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.4-art.1975>. Acesso em: 17 maio 2025.
- ALMEIDA, M.; DINIZ, J.; LEITE, F. et al. Efeitos da auriculoterapia na ansiedade de gestantes no pré-natal de baixo risco. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0016>. Acesso em: 17 maio 2025.
- ALVARENGA, P.; PAIXÃO, C.; SOARES, Z. et al. Impacto da saúde mental materna na interação mãe-bebê e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. **Psico**, v. 49, n. 3, p. 317-327, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.3.28475>. Acesso em: 16 maio 2025.
- ANDRADE, Ú.; MANDU, J.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS, Campo Grande, MS. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 53-61, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.585>. Acesso em: 14 maio 2025.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BHATIA, M.; JHANJEE, A. Tokophobia: a dread of pregnancy. **Industrial Psychiatry Journal**, v. 21, n. 2, p. 158, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0972-6748.119649>. Acesso em: 15 maio 2025.
- BOMFIM, A.; COUTO, T.; LIMA, K. et al. Percepções de mulheres sobre a assistência de enfermagem durante o parto normal. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.39087>. Acesso em: 18 maio 2025.
- BRITO, A.; BRITO, G.; ESTECHE, C. et al. Uso de analgesia farmacológica durante o trabalho de parto e desfechos obstétricos. **Revista Enfermagem Atual in Derme**, v. 98, n. 1, e024278, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.98-n.1-art.1857>. Acesso em: 14 maio 2025.
- BUSANELLO, J.; KERBER, N.; FERNANDES, G. et al. Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i1.8533>. Acesso em: 14 maio 2025.
- CÂNDIDO, I.; COUTO, M.; OLIVEIRA, L. A importância da educação em saúde na assistência pré-natal para saúde mental da mulher no puerpério. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 15, e151689, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1689>. Acesso em: 15 maio 2025.
- CASTRO, L.; CASTRO, M. A efetividade do direito à saúde de parturientes no Brasil.

Revista de Estudos Empíricos em Direito, v. 7, n. 3, p. 146-162, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.19092/reed.v7i3.450>. Acesso em: 18 maio 2025.

CESAR, L.; MAGALDI, F.; LIMA, L. et al. Os desafios enfrentados por enfermeiros durante as consultas de pré-natal em tempos de pandemia do COVID-19. **Enfermagem Brasil**, v. 22, n. 6, p. 845-857, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v22i6.5295>. Acesso em: 16 maio 2025.

CHITARRA, F.; NACIF, G.; IZIDORO, N. et al. Fatores de risco associados ao medo do parto durante a gestação. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 5, p. 25497-25507, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-387>. Acesso em: 15 maio 2025.

DIAS, J.; QUIRINO, S.; DAMASCENO, A. Atuação da enfermagem obstétrica na humanização do parto eutócico. **Enfermagem em Foco**, v. 13, spe1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2022.v13.e-202242esp1>. Acesso em: 19 maio 2025.

FEIJÃO, L.; BOECKMANN, L.; MELO, M. Conhecimento de enfermeiras residentes acerca das boas práticas na atenção ao parto. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2017.v8.n3.1318>. Acesso em: 15 maio 2025.

FELÍZ, H.; SILVA, A.; MATIAS, T. et al. A percepção de gestantes sobre os diferentes tipos de parto. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 5, p. 497-503, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v17i5.2125>. Acesso em: 17 maio 2025.

FENWICK, J.; GAMBLE, J.; CREEDON, M. et al. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 15, p. 284, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26467253/>. Acesso em: 14 maio 2025.

FERREIRA, L.; SOUZA, I.; GONÇALVES, G. et al. Efeitos da musicoterapia no trabalho de parto. **Anais do Congresso Brasileiro de Musicoterapia**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5151/comusc2021-06>. Acesso em: 16 maio 2025.

FERREIRA, M.; BARRÊTO, A.; LIRA, E. et al. Principais fatores associados ao medo do parto (tocofobia) entre mulheres. **ConSaMu**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.58871/consamu24.c8>. Acesso em: 17 maio 2025.

FERREIRA, R.; SILVA, M.; JORGE, H. et al. Assistência dos profissionais de saúde em situação de perda gestacional. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762-20210057>. Acesso em: 16 maio 2025.

FERREIRA, T.; MELO, F.; ARAÚJO, D. et al. Avaliação da assistência com foco na consulta de atendimento pré-natal. **Revista Ciência Plural**, v. 3, n. 2, p. 4-15, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2017v3n2id12333>. Acesso em: 15 maio 2025.

FIGUEIRA, P.; DINIZ, L.; FILHO, H. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, p. 71-75, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0101-81082011005000009>. Acesso em: 19 maio 2025.

FROTA, R.; MARTINS, T.; ALVES, J. Benefícios e desafios na assistência ao parto humanizado. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 11, p. 92-112, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n11p92-112>. Acesso em: 18 maio 2025.

FURTADO, A.; MACHADO, P.; CARNEIRO, M. Técnica de imaginación guiada en el manejo de la ansiedad materna durante el embarazo: revisión integradora. **Enfermería Global**, v. 18, n. 1, p. 608-645, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.313361>. Acesso em: 14 maio 2025.

GAIOSO, E.; SANTOS, F.; FERREIRA, A. et al. Gestante de baixo risco atendidas em um hospital de referência no SUS: quem são e quais as razões? **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 1, p. 33-39, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v5i1.194>. Acesso em: 15 maio 2025.

GONÇALVES, R.; FIDELES, A.; TISSI, M. et al. Assistência pré-natal: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 1, p. 2735-2740, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-179>. Acesso em: 18 maio 2025.

GÜNEY, E.; OKYAY, E.; UÇAR, T. The relationship between fear of childbirth and the desire to avoid pregnancy among young unmarried women. **Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care**, v. 16, n. 4, p. 736-743, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1132535>. Acesso em: 16 maio 2025.

HAMMOUD, S.; TAMURA, G.; BARDUCO, J. et al. Análise epidemiológica da mortalidade materna no estado do Paraná: repercussão da pandemia da COVID-19. **Revista de Medicina**, v. 102, n. 5, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v102i5e-204857>. Acesso em: 19 maio 2025.

HANDELL, I.; CRUZ, M.; SANTOS, M. Avaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de saúde da família de município do Centro-Oeste brasileiro, 2008-2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 101-110, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742014000100010>. Acesso em: 14 maio 2025.

HOFBERG, D.; BROCKINGTON, I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. **British Journal of Psychiatry**, v. 176, n. 1, p. 83-85, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10643521/>. Acesso em: 15 maio 2025.

JORGE, H.; HIPÓLITO, M.; MASSON, V. et al. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 140-148, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p140>. Acesso em: 17 maio 2025.

KAWATSU, M.; MONCAYO, É.; LOURENÇO, M. et al. Percepção das puérperas em relação ao atendimento recebido na unidade básica de saúde durante a consulta de pré-natal. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 21, n. 4, p. 170-176, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/10.23925/1984-4840.2019v21i4a6>. Acesso em: 16 maio 2025.

KLIEMANN, A.; BÖING, E.; CREPALDI, M. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: revisão sistemática de artigos empíricos. **Mudanças: Psicologia da Saúde**, v. 25, n.

2, p. 69-76, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76>. Acesso em: 19 maio 2025.

LEMOS, A.; MADEIRA, L. Assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro obstetra: a percepção da puérpera. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3281>. Acesso em: 14 maio 2025.

LOPES, A.; MASLINKIEWICZ, A.; BARBOZA, A. et al. O efeito do parto humanizado na experiência materna e nos resultados neonatais. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 6, e7206, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.6-010>. Acesso em: 15 maio 2025.

LOPES, P.; OLIVEIRA, F.; EUGÊNIO, A. et al. Violência de gênero e saúde da mulher: impactos físicos, psicológicos e sociais e as estratégias de intervenção no cuidado integral. **ARE**, v. 6, n. 4, p. 11296-11307, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev6n4-024>. Acesso em: 15 maio 2025.

LOPES, S.; MENDES, C. Prematuridade e assistência pré-natal em Salvador. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 12, n. 4, p. 460, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v12i4.9190>. Acesso em: 15 maio 2025.

MATOS, M.; MAGALHÃES, A.; FÉRES-CARNEIRO, T. et al. Construindo o vínculo pai-bebê: a experiência dos pais. **Psico-USF**, v. 22, n. 2, p. 261-271, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220206>. Acesso em: 15 maio 2025.

MEDEIROS, F.; LOURENÇO, J.; RODRIGUES, M. et al. Expectativa e satisfação do acompanhamento pré-natal em gestantes de alto risco. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 40, e2792, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e2792.2020>. Acesso em: 18 maio 2025.

MELCHIOR, L.; BARRETO, R.; ALENCAR, L. et al. Avaliação do estado de ansiedade pré-operatória em pacientes cirúrgicos hospitalizados. **Revista de Enfermagem da UFJF**, v. 4, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/2446-5739.2018.v4.14023>. Acesso em: 14 maio 2025.

MODOLO, D.; CAMACHO, B.; VARGAS, A. et al. Depressão gestacional: fatores associados à sua ocorrência e as influências no vínculo mãe-filho. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, e545111336017, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i13.36017>. Acesso em: 17 maio 2025.

MONTEIRO, K.; GODOI, B.; TOLEDO, O. et al. Evidências de sintomatologia depressiva no pós-parto imediato. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 4, p. 379-388, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2018v22n4.33808>. Acesso em: 15 maio 2025.

MORAIS, A.; SIMÕES, V.; RODRIGUES, L. et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00032016>. Acesso em: 16 maio 2025.

- MOURA, J.; LEITE, J.; OLIVEIRA, V. et al. Humanização do parto na perspectiva da equipe de enfermagem de um centro de parto normal. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n3.3256>. Acesso em: 14 maio 2025.
- NASCIMENTO, J.; CONCEIÇÃO, D.; FILHO, A. et al. Fatores associados à ocorrência de depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, e43811326858, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26858>. Acesso em: 18 maio 2025.
- NELAS, P.; CHAVES, C.; COUTINHO, E. et al. Conhecimentos das grávidas em saúde mental positiva. **International Journal of Developmental and Educational Psychology: Revista INFAD de Psicologia**, v. 2, n. 1, p. 225-232, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2096>. Acesso em: 18 maio 2025.
- NERY, E.; OLIVEIRA, S.; COSTA, R. Violência obstétrica: o papel da enfermagem na prevenção. **Educação, Ciência e Saúde**, v. 8, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.20438/ecs.v8i2.413>. Acesso em: 16 maio 2025.
- OLIVEIRA, J.; BATISTA, L.; LUCAS, J. et al. Desafios na saúde mental pós-parto: estratégias de intervenção e papel da enfermagem no apoio materno. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 5, e4494, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/rcv4n5-208>. Acesso em: 17 maio 2025.
- OLIVEIRA, L.; CRUZ, A. A utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 2, p. 175-180, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.4034/rbcs.2014.18.02.13>. Acesso em: 15 maio 2025.
- OKUNOLA, T.; BOLA-OYEBAMIJI, S.; SOWEMIMO, O. et al. Determinantes da indução do trabalho de parto bem sucedida em hospital-escola na Nigéria: uma revisão de 10 anos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 23, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000228>. Acesso em: 16 maio 2025.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS para os cuidados durante o parto para uma experiência positiva de parto**. Genebra: OMS, 2018. Acesso em: 18 maio 2025.
- PIRES, D.; FERTONANI, H.; CONILL, E. et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 2, p. 191-197, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1519-38292010000200006>. Acesso em: 16 maio 2025.
- PEREIRA, D.; ARAÚJO, L. Depressão pós-parto: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 8079-8092, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-069>. Acesso em: 18 maio 2025.
- POTUR, D.; MAMUK, R.; ŞAHIN, N. et al. Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. **International Nursing Review**, v. 64, n. 4, p. 576-583, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12378>. Acesso em: 14 maio 2025.

RAMOS, M.; OLIVEIRA, T.; BAPTISTA, I. et al. Perspectivas das gestantes sobre o medo do parto normal em uma maternidade do Médio Paraíba/Rio de Janeiro: estudo transversal observacional. **Revista Científica do UBM**, p. 73-89, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.52397/rcubm.v26i50.1803>. Acesso em: 19 maio 2025.

RAMOS, S.; MORAIS, V.; MACIEL, D. Estratégias fisioterapêuticas para alívio da dor durante trabalho de parto. **Scire Salutis**, v. 8, n. 2, p. 76-87, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.6008/cbpc2236-9600.2018.002.0008>. Acesso em: 17 maio 2025.

ROCHA, G.; LEITE, I.; SOUSA, H. et al. Violência obstétrica e sua influência na saúde da mulher. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, e493101523290, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23290>. Acesso em: 19 maio 2025.

ROMÃO, R.; FUZISSAKI, M.; PRUDÊNCIO, P. et al. Qualidade da assistência obstétrica relacionada ao parto por via vaginal: estudo transversal. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2907>. Acesso em: 14 maio 2025.

ROMEIRO, F.; CASTRO, E.; CARLOTTO, M. Comunicação emocional em saúde: apresentando a ferramenta de codificação de Verona de sequências emocionais (VR-CoDES). **Quaderns de Psicologia**, v. 26, n. 1, e1972, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1972>. Acesso em: 19 maio 2025.

RONDUNG, E.; THOMTÉN, J.; SUNDIN, Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 44, p. 80-91, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27277572/>. Acesso em: 17 maio 2025.

SANTOS, C.; VIEIRA, V.; MARTINS, W. Vivências e desafios do parto humanizado: percepções de parturientes e profissionais de saúde. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 15, e151363, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1363>. Acesso em: 15 maio 2025.

SANTOS, E.; DÍAZ, K. A importância da assistência de enfermagem no parto humanizado: impactos na experiência da parturiente e nos desfechos materno-infantis. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 11, p. 3964-3977, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.16821>. Acesso em: 14 maio 2025.

SANTOS, J.; ARRUDA, J.; ROCHA, J. et al. Parto vaginal e cesáreo no Brasil: uma análise retrospectiva. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 3, p. 11828-11840, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n3-188>. Acesso em: 14 maio 2025.

SANTOS, P.; MENEZES, L.; CAETANO, F. et al. Impactos da depressão gestacional no desenvolvimento fetal: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 5, e12812541617, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41617>. Acesso em: 15 maio 2025.

SAVIANI-ZEOTI, F.; PETEAN, E. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, n. 4, p. 675-683, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-166x2015000400010>.

Acesso em: 19 maio 2025.

SILVA, E.; AMBROSIO, V. Importância do acolhimento na criação de vínculo entre gestante e enfermeiro (a) no pré-natal na atenção primária de Governador Valadares, Minas Gerais. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 5, n. 1, p. 10-22, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.51161/integrar/rem/4202>. Acesso em: 15 maio 2025.

SILVA, H.; SILVA, A.; ROCHA, R. et al. Ansiedade e depressão em gestantes. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, e51811325570, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.25570>. Acesso em: 18 maio 2025.

SILVA, S.; FRANÇA, M.; MARQUES, L. Mulheres e saúde mental: reflexões a partir da bibliografia e de um relato de experiência. **Revista Psicofae Pluralidades em Saúde Mental**, v. 12, n. 2, p. 43-56, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.55388/psicofae.v12n2.432>. Acesso em: 19 maio 2025.

SILVA, V.; FERREIRA, C.; BASÍLIO, A. et al. Sintomatologia depressiva no termo da gestação, em mulheres de baixo risco. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 2, p. 65-71, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000229>. Acesso em: 19 maio 2025.

SIMPLICIO, G.; CIRILO, L.; MELO, L. et al. A depressão pós-parto na atenção primária: uma revisão da literatura sobre a importância da detecção precoce e manejo adequado. **ED. Academic**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.58871/ed.academic18092023.09>. Acesso em: 17 maio 2025.

SOBREIRA, E.; GONDIM, I.; MARCELINO, M. et al. Revisão da atuação da enfermagem em cuidados durante o pré-natal e puerpério na saúde coletiva. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 3, p. 1487-1504, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p1487-1504>. Acesso em: 18 maio 2025.

SOUZA, C.; BRAZIL, I.; MARINHO, L. et al. Análise dos impactos da violência obstétrica na saúde mental da mulher. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 17, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.51249/easn17.2024.1836>. Acesso em: 16 maio 2025.

SOUZA, J.; SIMPLICIO, A. A condição de gênero como fator para o sofrimento psíquico em mulheres e a psicologia feminista. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 3, p. 8688-8712, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n3-056>. Acesso em: 18 maio 2025.

SOUZA, M.; OLIVEIRA, R.; VIANA, B. et al. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a violência obstétrica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 3, p. 587-601, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i3.13144>. Acesso em: 14 maio 2025.

SYDSJÖ, G.; SYDSJÖ, A.; GUNNERVIK, C. et al. Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 91, n. 1, p. 44-49, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01242.x>. Acesso em: 19 maio 2025.

TAN, P.; EVSEN, M.; SOYDİNÇ, H. et al. Increased psychological trauma and decreased

desire to have children after a complicated pregnancy. **Journal of the Turkish-German Gynecological Association**, v. 14, n. 1, p. 11-14, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5152/jtgga.2013.03>. Acesso em: 15 maio 2025.

TESSER, C.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Acesso em: 17 maio 2025.

VEIGA, A.; MEDEIROS, L.; BACKES, D. et al. Qualificação interprofissional da atenção pré-natal no contexto da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 993-1002, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.14402022>. Acesso em: 18 maio 2025.



DECLARAÇÃO DE REVISÃO

Eu, Daniela Viviane Pereira, CPF 323.076.208-85, formado(a) em Licenciatura em pedagogia pela Universidade Católica Paulista, **DECLARO** para os devidos fins que realizei a revisão ortográfica e gramatical da obra de título **“IMPACTOS DA TOCOFOBIA NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES**

- UMA REVISÃO INTEGRATIVA” de responsabilidade do aluno Bruna da Silva de Oliveira e orientado pelo(a) Prof.(a) Esp. Valdenia Rodrigues Teixeira.

Tianguá/CE, 12/12 /
2025.

Documento assinado digitalmente
gov.br DANIELA VIVIANE PEREIRA
Data: 11/12/2025 22:17:52 -0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Nome completo do Revisor

Faculdade ViaSapiens – FVS ▪ Av. Prof. Jaques Nunes, 1739 - Centro,
Tianguá - CE, CEP:62320-069 ▪ CNPJ: 05.754.032/0001-04
Fone (88) 9.9329-6773 ▪ <http://www.faculdadeviasapiens.com.br>

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Bruna da Silva de Oliveira, CPF 076.287.873-80, acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem, orientado pelo(a) professor (a) Esp. Valdenia Rodrigues Teixeira, **DECLARO** para os devidos fins que o Projeto de Pesquisa/Monografia/Artigo Científico, cujo título é Impactos da tocofobia na saúde mental das mulheres - uma revisão integrativa, atendem as normas técnicas e científicas exigidas no Manual da Disciplina de TCC I e II do Curso de Enfermagem da Faculdade Via Sapiens, bem como que o referido trabalho acadêmico é de minha criação.

DECLARO AINDA QUE ESTOU CIENTE DAS IMPLICAÇÕES LEAIS E CRIMINAIS DECORRENTES DA CONSTATAÇÃO DE PLÁGIO, CONFORME O ART. 184 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO:

Violação de direito autoral

Art. 184. Violar direitos de autor e os que lhe são conexos: [\(Redação dada pela Lei nº 10.695, de 1º.7.2003\)](#)

Pena – detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa. [\(Redação dada pela Lei nº 10.695, de 1º.7.2003\)](#)


§ 1º Se a violação consistir em reprodução total ou parcial, com intuito de lucro direto ou indireto, por qualquer meio ou processo, de obra intelectual, interpretação, execução ou fonograma, sem autorização expressa do autor, do artista intérprete ou executante, do produtor, conforme o caso, ou de quem os represente: [\(Redação dada pela Lei nº 10.695, de 1º.7.2003\)](#)

Pena – reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa. [\(Redação dada pela Lei nº 10.695, de 1º.7.2003\)](#)

§ 2º Na mesma pena do § 1º incorre quem, com o intuito de lucro direto ou indireto, distribui, vende, expõe à venda, aluga, introduz no País, adquire, oculta, tem em depósito, original ou cópia de obra intelectual ou fonograma reproduzido com violação do direito de autor, do direito de artista intérprete ou executante ou do direito do produtor de fonograma, ou, ainda, aluga original ou cópia de obra intelectual ou fonograma, sem a expressa autorização dos titulares dos direitos ou de quem os represente. [\(Redação dada pela Lei nº 10.695, de 1º.7.2003\)](#)

DECLARO AINDA MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE PELO TRABALHO ACADÊMICO APRESENTADO. POR SER VERDADE E POR TER CIENCIA DA MINHA RESPONSABILIDADE LEGAL, FIRMO A PRESENTE DECLARAÇÃO.

Tianguá/CE, 12 / 12 / 2025.


Documento assinado digitalmente
 BRUNA DA SILVA DE OLIVEIRA
 Data: 12/12/2025 23:41:24 -0300
 Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Nome completo do Aluno
Acadêmico em Enfermagem

DECLARAÇÃO DE APTIDÃO PARA DEPÓSITO

Eu, Valdenia Rodrigues Teixeira, CPF 995.538.133-72, **DECLARO** para os devidos fins que a obra de título “ **IMPACTOS DA TOCOFOBIA NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES – UMA REVISÃO INTEGRATIVA**” de autoria do aluna : **BRUNA DA SILVA DE OLIVEIRA** foi revisado conforme as recomendações da banca examinadora e está apto para depósito na Biblioteca Institucional sob minha responsabilidade.

Tianguá/CE, 13 / 12 / 2025.

Documento assinado digitalmente
 **VALDENIA RODRIGUES TEIXEIRA**
Data: 13/12/2025 12:07:31-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Valdenia Rodrigues Teixeira