

Miedo e inseguridad de la gestante durante el trabajo de parto como motivos para la demanda de internación precoz

Thais Erika Peron Giaxa¹
 Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira²

Resumen

Objetivo. Identificar los motivos que tienen las mujeres al final de la gestación para buscar atención hospitalaria en forma precoz. **Metodología.** Estudio con enfoque cualitativo y de naturaleza fenomenológica del tipo socio-existencial, propuesto por Alfred Schütz. Se entrevistaron nueve embarazadas que consultaron a la maternidad sin estar en verdadero trabajo de parto. **Resultados.** Emergieron las siguientes categorías: presentar señales o síntomas diferentes de los que habían sentido o de los cuales fueron informadas; no identificar el verdadero trabajo de parto, miedo a las complicaciones fetales por acercarse la fecha probable del parto, sentirse más tranquila con la asistencia de profesionales de la institución, insuficiencia de los otros servicios en resolver su problema, tener miedo a la ocurrencia del parto en extrahospitalario, simular el verdadero trabajo de parto, buscar tranquilidad en la idealización del parto y modificar el comportamiento. **Conclusión.** Las mujeres sienten miedo e inseguridad por una asistencia fragmentada. En este sentido, no se perciben ligadas al programa de control prenatal y, al mismo tiempo, no encuentran la asistencia hospitalaria que desean.

Palabras clave: trabajo de parto; servicio de ginecología y obstetricia en hospital; accesibilidad a los servicios de salud; investigación cualitativa.

Pregnant women fear and insecurity during labor as reasons for demanding early admission

Abstract

Objective. To identify reasons why women look for early health care attention at the end of pregnancy. **Methodology.** Qualitative study based in socio-existential phenomenology proposed by Alfred Schütz. Nine pregnant women who consulted to the maternity service without being in real labor were interviewed. **Results.** The following analysis categories emerged: Having different symptoms or signals from the ones they had felt or been informed about, not being able to identify real labor, fear to fetal complications for being close to the probable labor date, feeling calmer when being

1 Enfermera, Maestra en Enfermería Obstétrica y Urgencias/Emergencias. Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidade de Marília; Brasil. email: thaiserika@hotmail.com

2 Enfermera, Magíster y Doctora en Enfermería. Profesora del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina de Botucatu de la Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil. email: malusa@fmb.unesp.br

Subvenciones y ayudas: ninguna.

Conflicto de intereses: ninguno a declarar.

Fecha de recibido: 30 de julio de 2010.

Fecha de aprobado: 16 de agosto de 2011.

Cómo citar este artículo: Giaxa TEP, Ferrerira MLSM. Miedo e inseguridad de la gestante durante el trabajo de parto como motivos para la demanda de internación precoz. Invest Educ Enferm. 2011;29(3): 363-370.

seen by professionals of the institution, lack of problem solving by other services of the health institution, fearing out of hospital delivery, imitating real labor, looking for tranquility in the idealization of labor and modifying behaviors to guarantee attention. **Conclusion.** Women are insecure and fear because of a fragmented health care, where they do not perceive themselves linked to the prenatal control program anymore, and at the same time they don't find the health care assistance they want.

Key words: labor, obstetric; obstetrics and gynecology department, hospital; health services accessibility; qualitative research.

Medo e insegurança da gestante durante o trabalho de parto como motivos para a demanda de internação precoce

▣ **Resumo** ▣

Objetivo. Identificar os motivos pelos que as mulheres ao final da gestação procuram atendimento hospitalar em forma precoce. **Metodologia.** Estudo com enfoque qualitativo e de natureza fenomenológica do tipo sócio-existencial, proposto por Alfred Schütz. Entrevistaram-se nove gestantes que conferiram à maternidade sem estar em trabalho de parto verdadeiro. **Resultados.** Emergiram as seguintes categorias de análises: apresentar sinais ou sintomas diferentes aos que tinha sentido ou sido informada, não saber identificar o trabalho de parto verdadeiro, medo às complicações fetais por acercar-se a data provável do parto, sentir-se mais calma com a assistência de profissionais da instituição, falta de resolução de seu problema por outros serviços da instituição de saúde, ter medo à ocorrência do parto extra-hospitalário, simular o trabalho de parto verdadeiro, procurar tranquilidade na idealização do parto e modificar o comportamento para garantir o atendimento. **Conclusão.** As mulheres sentem medo e insegurança por uma assistência de saúde fragmentada, onde já não se percebem unidas ao programa de controle pré-natal, e ao mesmo tempo não encontram na assistência hospitalar que desejam.

Palavras chave: trabalho de parto; unidade hospitalar de ginecologia e obstetrícia; acesso aos serviços de saúde; pesquisa qualitativa.

Introducción

El trabajo de parto es un acontecimiento muy esperado por la mujer y sus familiares, el cual está lleno de significados (re)construidos dinámicamente en la cultura, que pueden desencadenar en sentimientos diferentes (recelo, miedo, alegría y sorpresa), exponiendo así a la mujer a la vulnerabilidad emocional.^{1,2} El diagnóstico de trabajo de parto no siempre es fácil y se establece cuando existen contracciones uterinas rítmicas a intervalos regulares, las cuales van progresivamente en frecuencia e intensidad, no disminuyen con el reposo y provocan alteraciones progresivas en el cuello uterino de la gestante.³⁻⁸

Tal situación promueve un alto grado de ansiedad ante la inminencia del nacimiento y es uno de los

principales motivos que llevan a las gestantes a acudir al hospital. De hecho, la asistencia pre-hospitalaria en el ámbito del Sistema Único de Salud fue implementada en Brasil a través de la disposición n. 1864/GN 29 ene. 2003, que estableció el Servicio de Atención Móvil de Urgencia, el SAMU,⁹ responsable del transporte gratuito de un gran número de gestantes a la maternidad, en la ciudad de Marília (Estado de São Paulo). Es frecuente que en el triage obstétrico hospitalario se encuentren gestantes, que, aunque reconocen los signos y síntomas del trabajo de parto, buscan el servicio de asistencia en forma precoz, lo que conduce a ser devueltas a su domicilio después de evaluadas, pues se trataba de la popularmente conocida como "Falsa alarma". La investigación

bibliográfica realizada sobre el tema mostró la insuficiencia de información con la que se cuenta para poder comprender las razones porque las gestantes consultan precozmente a los servicios de salud. Además, cuando no son internadas, solicitan posteriormente desde sus viviendas el servicio del SAMU.

El objetivo fue identificar los motivos por los cuales las mujeres en el final de la gestación buscan atención hospitalaria en forma precoz.

Metodología

Este estudio está estructurado en un enfoque cualitativo fenomenológico, pues el interés de la investigación se encuentra en el proceso y en la forma cómo el fenómeno se manifiesta.¹⁰ De acuerdo a lo anterior, la fenomenología social permite desvelar el sentido de ser en el mundo, de ser con el otro, contextualizado en la intersubjetividad y configurando un grupo social. Se utilizó, como hilo conductor para la comprensión de los significados, el pensamiento del sociólogo y fenomenólogo Alfred Schütz, para quien la conducta humana es una ciencia simple y particular.¹¹

La investigación fue realizada en el año 2009 en la ciudad de Marília (Estado de São Paulo, Brasil), en un hospital filantrópico sin ánimo de lucro, que atiende a las gestantes de bajo riesgo obstétrico de la región. La población a investigar estuvo constituida por las mujeres que terminaron las consultas del programa prenatal y que fueron llevadas al hospital por el SAMU por encontrarse en trabajo de parto.

Se hicieron entrevistas semiestructuradas, las que fueron grabadas después de la firma del consentimiento informado, según exigencia del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina de Marília, quien aprobó el protocolo de investigación mediante acta número 597/08. Estas entrevistas se transcribieron en un proceso continuo, de manera que las categorías emergentes orientaron la búsqueda de información documental complementaria. Se dio por finalizada la recolección de la información cuando las entrevistas no aportaron elementos nuevos.

La información recolectada se dividió en unidades temáticas, a las que se asignaron códigos, los que posteriormente fueron agrupados de acuerdo con su naturaleza y contenido. La teorización se realizó contrastando, agrupando y ordenando categorías, estableciendo nexos, enlaces y relaciones. Se dio la saturación teórica después de la realización de nueve entrevistas.

Resultados

Según los datos de la ficha de atención, las características generales de las entrevistadas fueron las siguientes: tenían entre 20 y 22 años de edad, la mayoría se encontraba en unión estable, tenían 39 semanas de gestación, una de cada dos era primigestante, todas realizaron más de seis consultas prenatales y solamente una de ellas participó en un curso de preparación para el parto. Cuando acudieron al hospital por creer que era el momento del parto, la mitad de ellas lo hizo por primera vez y el resto ya había consultado (para una de cada tres era la tercera consulta).

De los relatos de las mujeres sobre el motivo de la búsqueda precoz de la atención hospitalaria relacionados con el miedo y la inseguridad sentidos al final de la gestación, emergieron las siguientes categorías:

Categoría 1. Por presentar señales o síntomas diferentes de los que ya habían sentido o de los cuales fueron informadas. Mediante los discursos se comprendió esta situación aunque muchas de las gestantes, por la sintomatología desconocida, no se sienten preparadas para identificar si se encontraban en trabajo de parto, o por el contrario, aún les faltaba tiempo: (...) *No estaba muy segura si ya era la hora... pero tuve mucho miedo....* (E1), (...) *porque la otra vez no tuve dolor (...) me quedo perdida, nunca he tenido dolores de parto, el bebé estaba sentado, me tuvieron que hacer cesárea, tuve dolor después de la cesárea, en el corte, pero el dolor del parto no lo conozco (...)* (E7).

Categoría 2. Por identificar el trabajo previo al parto como verdadero trabajo de parto. La dificultad en reconocer el trabajo de parto, también

es percibida en los relatos de algunas mujeres que aunque con hijos, siguen teniendo dudas con respecto al parto: (...) *ellos me dicen que será en la hora en que debe nacer, y yo digo, y ¿si no siento mucho dolor? Hay mujeres que no tienen dolor en el parto, mi madre dice que no lo sintió en el parto de mi hermano (...) y si espero y no tengo dolor...* (E4), (...) *porque la otra vez no tuve dolor (...) me quedo perdida, nunca he tenido dolor de parto, el bebé estaba sentado, me hicieron cesárea, (...), tuve dolor después de la cesárea, en el corte, pero el dolor de parto no lo conozco (...)* (E7).

Categoría 3. Miedo asociado a posibles complicaciones fetales por acercarse la fecha probable de parto.

Esta justificación se revela cuando las mujeres expresan que el sentimiento de duda provoca una sensación de miedo, relacionado principalmente a complicaciones fetales. Ese sentimiento se intensifica cuando se acerca la fecha probable del parto, que para ellas significa el límite de esa angustiante espera: (...) *como puede pasar algo, (...) no se puede explicar el miedo que tiene una madre de perder a su hijo...*(E6); (...) *No me importa ir a casa, temo que le suceda algo al bebé (...) sabes, porque una oye unas historias (...) ah, ¡qué el bebé muera en la hora del parto! la mujer de no sé quién murió en el parto, el bebé y ella murieron...* (E4).

Tener presente la fecha probable de parto demuestra la necesidad de la gestante de apoyarse en datos concretos, en reglas que las ayuden a tomar una decisión. Saber que el bebé está bien, y librarse de la posible responsabilidad de no haber acudido a consulta si había un problema con el niño, hizo que algunas de las gestantes buscasen la tranquilidad solicitando anticipadamente la atención en el hospital: (...) *tengo miedo a que ya sea demasiado tarde, ya tengo 40 semanas, ¿qué sé yo que le pase algo, como tragar el líquido?, ¿sabes que algunos niños lo tragan cuando rompes aguas?.. Se esperaba que ella naciera hoy, pensé que iban a dejar para hacerme una cesárea si no tengo dilatación, ahora ¿tengo que volver a casa y esperar qué si ella debía nacer hoy?* (E8)

Categoría 4. Por sentirse más tranquila con la asistencia de profesionales de la institución.

Esa reflexión solo fue posible después de que se concretara la acción: (...) *pues es mejor que siempre venga acá, aunque tenga que irme después, pero por lo menos me dijeron que está todo bien con él, así me quedo más tranquila...* (E1).

Categoría 5. Por la incapacidad de los otros servicios para resolver su problema.

Este desamparo se revela en los testimonios de algunas de las gestantes que intentaron recobrar el lazo que se estableció en el control prenatal: (...) *iba al puesto, pero el médico estaba de vacaciones, solo hay médico por la tarde, entonces dije vamos de nuevo a Gota (Hospital de Marília) (E5). (...) Entonces me fui allá, pero ya no había formularios para el obstetra, y la mujer que da los formularios me dijo: si tiene dolor, váyase a Gota (Hospital de Marília)...* (E8). Muchas de las mujeres enfrentaron esta situación, para lo cual hicieron uso del bagaje de conocimientos adquirido a lo largo de sus vidas. En la búsqueda de soluciones para sus problemas, depositaron en el personal del hospital la esperanza de ser acogidas: (...) *Es duro siempre venir y volver (...) por lo menos aquí es seguro, por lo menos hay alguien para socorrerte a la hora que nazca el bebé (...) por eso prefiero quedarme acá...*(E9); (...) *Aquí no me preocupó, si pasa algo, hay gente que sabe lo que tiene que hacer (...) Si estoy aquí, hay todos los recursos para él. Así es. Llamé al SAMU, porque si hace falta, ellos también hacen* (E5).

La gestante se quiere hospitalizar con el propósito de disminuir la ansiedad, quiere estar en contacto con las personas que la puedan liberar del sufrimiento del trabajo de parto. Esas experiencias directas del mundo social son descritas por Schütz, como la situación de cara a cara¹¹ y que solo acontece cuando yo aprehendo directamente al otro.¹⁶

Categoría 6. Por miedo a la ocurrencia del parto extrahospitalario.

Muchas de las apuntan como motivo de la búsqueda del hospital por la preocupación con el tiempo que gastarían para recorrer la distancia que lo separa de su residencia. Por otra parte, justifican esta ansiedad por miedo a que el parto ocurra sin asistencia adecuada: (...)

pero quisiera mucho que naciera aquí, en el hospital... (E5); (...) entonces prefiero quedarme aquí... (E9); Me gustaría quedarme aquí ya, porque si pasa algo, hay gente para ayudar, sabes, las enfermeras (...), aquí hay gente que te entiende, me quiero quedar (E5).

También, muchas mujeres proyectan también la mucha responsabilidad que los profesionales de salud tienen en las complicaciones fetales: (...) *Hasta ahora no hay ninguna explicación, no voy a quedarme internada, pero si mi bebé está bien o no, no lo sé, solo se sabe que el corazón está latiendo y estoy aquí esperando el examen de orina (...) Es lo que dije, no salgo de aquí hasta que me muestren a mi bebé (...) Me preocupo (...) porque ¿si pasa algo, no voy a sentir más nada, el bebé no va a nacer, o si nace con algún problema... (...) voy a averiguar qué pasa, solo voy a salir de allá cuando tenga una decisión cierta, una posición, si nó, no salgo. (E9).*

Categoría 7. Por buscar tranquilidad en el parto intentan modificar el comportamiento. Las mujeres toman una actitud de resistencia para evitar que sean enviadas de nuevo a sus casas: (...) *y cuando llego aquí, no me internan, entonces me voy. Me pongo angustiada (...) y el dolor parece que empeora. Creo que voy a tener que gritar (...) ¿será que voy a tener que hacer escándalo para que me internen?... (E5).*

Al vivenciar la experiencia del trabajo previo al parto algunas mujeres reflexionan y perciben la necesidad de un cambio para el futuro: (...) *solo vengo cuando no tenga cómo andar, quiero llegar aquí y tener a mi bebé, y si no estoy dilatada, les tocará hacer una cesárea (E2); (...) quiero ir a la maternidad para tener a mi hijo ¿sabes? no quiero esperar días para tenerlo, quiero venir para dar a luz inmediatamente... (E4).*

Discusión

El significado de la consulta precoz al hospital por el miedo y la inseguridad sentidos por las mujeres durante el trabajo de parto nos ha permitido com-

prender por una parte que sus motivaciones son internas, provenientes de sus propias vivencias; y, por otra, que los incentivos externos son importantes para que tengan un cambio, una ruptura del paradigma de sus ideas preformadas. Buscan en su acervo de conocimientos disponibles -*motivos de por qué-*, mientras que la reflexión retrospectiva de estos conocimientos, las motivan a tener acciones proyectadas para el futuro, aspiraciones y deseos que quieren lograr -*motivos para-*.

El parto es un momento crítico en la vida de la mujer y marca el inicio de una serie de importantes eventos. Sin embargo, mientras los cambios durante el embarazo son lentos y graduales en el parto son intensos y bruscos cuya consecuencia inmediata es la transformación del esquema corporal; asimismo, se presentan alteraciones profundas del ritmo y de la rutina familiar con la llegada del bebé y, además, se da la separación física de dos seres que han estado unidos por nueve meses. Lo imprevisible, lo incontrolable y lo desconocido son características que hacen del parto un momento crítico en el que surgen muchas ansiedades.¹¹

En la categoría *por presentar señales o síntomas diferentes de los que ya ha sentido o de los cuales fue informada*, se notó que la manera como muchas mujeres experimentan el parto y el nacimiento puede afectar directamente sus percepciones y creencia respecto a los eventos vividos. Teniendo como principio el pensamiento de Schütz, se comprende que las gestantes están ligadas a significaciones típicas de las relaciones de sus predecesoras, las que permean la vivencia de este período del ciclo gravídico. Así, los motivos para esta experiencia tienen fundamentos en los valores y creencias, que son adquiridos socialmente.¹²

Para la categoría *por identificar el trabajo previo al parto como trabajo de parto verdadero*, durante el inicio del trabajo de parto se intensifica la búsqueda de conocimientos y experiencias de otras mujeres, muchas en condiciones diferentes a las suyas, facilitando la transmisión cultural.

El miedo asociado a posibles complicaciones fetales por acercarse la fecha probable de parto,

es una categoría donde necesariamente nos remitimos a las ideas de Schütz que hablan sobre la importancia del conocimiento de otras vivencias en las que el trabajo de parto no ocurrió como se deseaba. Este conocimiento se convierte en un factor perturbador durante toda la gestación, trabajo de parto y parto. Esos motivos son conocimientos, experiencias adquiridas a lo largo de la vida, mediante los relatos de complicaciones fetales asociados al atraso en la búsqueda de asistencia hospitalaria. Los conocimientos que las personas tienen a la mano sirven de código de interpretación de experiencias pasadas y presentes, así también como determinantes de anticipación de lo que vendrá.¹³ La experiencia en curso puede ser identificada con una anterior que se repite, o como una experiencia anterior semejante pero modificada, sin lo cual la experiencia en curso parecería extraña.¹⁴ El modo de obrar de las gestantes es una actitud natural y específica, el significado atribuido a la acción está basado en la situación biográfica, en aquello que han aprendido de sus predecesoras y que lo siguen haciendo; con una postura que reconoce los hechos objetivos, las condiciones para las acciones de acuerdo con los objetos a su alrededor.¹⁵

En la categoría *por sentirse más tranquila con la asistencia de profesionales de la institución*, la gestante se encuentra con barreras y dificultades que debe enfrentar para poder vencerlas.¹³ En este sentido, al procurar resolver las dudas sobre lo que están sintiendo, algunas de las gestantes buscaron la atención obstétrica de emergencia. En el hospital, se encuentran cara a cara con los que establecen una relación social que es intersubjetiva de motivos.¹⁴ La evaluación realizada por el profesional tranquiliza a la madre, reduciendo la vulnerabilidad que siente en las últimas semanas de gestación.

Por la incapacidad de los otros servicios en resolver su problema, fue la categoría que resumió el miedo de las mujeres después de que la atención brindada por los profesionales de salud durante el control prenatal no es observada cuando la gestante acude a la institución de salud sin cumplir los criterios para poder ser hospitalizada.

Otra categoría muy importantes fue la de *por miedo a la ocurrencia del parto extrahospitalario*, muchas de las gestantes argumentan esta razón, como si en el hospital, la probabilidad de supervivencia del hijo estuviese garantizada.

La categoría *por buscar tranquilidad en el parto intentan modificar el comportamiento*, se presentó como una de las más importantes al mostrar cómo algunas mujeres hacen resistencia ante las normas del sistema de salud.¹⁶ Al no conseguir la internación esperada, se muestran inseguras y abandonadas, además de insatisfechas y desconfiadas de la capacidad técnica de los profesionales; esto las lleva a expresar su sufrimiento de modo “escandaloso”, como gemir mucho durante las contracciones, lo que muchas veces es suficiente para conseguir la internación.¹⁷ Las experiencias vividas por las gestantes en la búsqueda de la asistencia obstétrica son bien ilustrados por Soifer¹⁸ cuando refiere que la internación es tenida como un premio, y ser mandada a casa es un castigo. Conviene estar alerta a esa situación, pues la mujer puede pasar a reprimir lo que siente y por consiguiente postergará al máximo la búsqueda de atención para no volver a vivir nuevamente la experiencia de negación de la internación.

La fenomenología social de Alfred Schütz ha permitido la comprensión del miedo y la inseguridad sentidos por las mujeres en el trabajo de parto, quienes consultaron en el hospital en un contexto particular: presentaron señales que las hacían creer que estaban en trabajo de parto, tenían miedo a pasarse de la fecha probable de parto y sufrían por posibles complicaciones fetales. Fue su propia decisión, esperar o acudir al servicio; querían que el parto ocurriera en un ambiente hospitalario, buscando la tranquilidad de la asistencia profesional. Así es posible alejar el miedo y la inseguridad que sienten al final de la gestación.

Este estudio también brindó información actualizada que puede ser utilizada en el diseño de estrategias tendientes a la disminución de la demanda hospitalaria innecesaria en el tiempo de la espera del trabajo de parto. Los resultados mostraron la importancia de la asistencia cumplida al programa de control prenatal, en el que se debe preparar a la mujer para el término del período de la gestación.

Es preciso que la academia y los profesionales de salud reconozcan que las gestantes necesitan comprender la información que se les da, con el fin de que colaboren con la institución cuando acuden en el momento adecuado. También, el personal de salud debe tener en cuenta los aspectos que subyacen dentro del contexto socioeconómico y cultural, necesarios para la planeación de una atención integral a la mujer.

Como conclusión, las mujeres sienten miedo e inseguridad por una asistencia fragmentada. En este sentido, no se perciben ligadas al programa de control prenatal y, al mismo tiempo, no encuentran la asistencia hospitalaria que deseaban.

Referencias

1. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro 1999-2001. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(1):520-33.
2. Pacheco AP, Figueiredo B, Costa RA. Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Rev Port Psicossomat*. 2005;7(1/2):7-41.
3. Merck S, Dohme B. Problemas de saúde da mulher: trabalho de parto e parto [Internet]. Brasil: 2000 [acceso 2008 nov 17]. Disponible en: <http://www.manualmerck.com.br>
4. Polden M, Mantle J. *Fisioterapia em obstetrícia e ginecologia*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
5. *Tratado de Obstetrícia* Febrasgo. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
6. Rezende J, Montenegro CA. *Obstetrícia fundamental*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério de Saúde; 2001.
8. Bittar RE. Trabalho de parto prematuro. In: Zugaib M, Bittar RE. *Protocolos assistenciais da clínica obstétrica*. São Paulo: Atheneu; 1999. p. 214.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: El Ministério; 2004.
10. Minayo MCS. O conceito de metodologia de pesquisa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz NO, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 1998.
11. Capalbo C. *Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz*. Londrina: UEL; 1998.
12. Merighi MAB, Gonçalves R, Rodrigues IG. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(6):775-9.
13. Wagner H. *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz*. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
14. Schutz A. *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
15. Schutz A, Luckman T. *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu; 1977.
16. Merighi MAB. Trajetória profissional de enfermeiras obstetras egressas da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. *Rev Latinoam Enferm*. 2002;10(5):644-53.
17. Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(3):414-21.
18. Soifer R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1980.