



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Sentimientos de mujeres que vivenciaron el embarazo de alto riesgo: estudio descriptivo

Laís Antunes Wilhelm¹, Camila Neumaier Alves², Carolina Carbonell Demori², Silvana Cruz da Silva³, Sonia Maria Könzgen Meincke², Lúcia Beatriz Ressel¹

1 Universidad Federal de Santa Maria

2 Universidad Federal de Pelotas

3 Universidad Federal de Rio Grande do Sul

RESUMEN

Objetivo: conocer los sentimientos vivenciados por las mujeres que tuvieron un embarazo de alto riesgo.

Metodología: estudio cualitativo y descriptivo, realizado en el Hospital Universitario de Santa María, en el sur del país. Las participantes fueron seleccionadas a partir de la relación de los prontuarios de las mujeres atendidas en las consultas de prenatal de alto riesgo. Se entrevistaron a diez mujeres mayores de 18 años, consideradas embarazadas de alto riesgo y que habían parido por lo menos dos años antes. Los datos fueron analizados e interpretados conforme al análisis de contenido temático de la propuesta operativa.

Resultados: emergió la categoría "sentimientos de mujeres que vivenciaron el embarazo de alto riesgo" y como subcategorías los sentimientos de miedo, ansiedad, tristeza y felicidad. **Discusión:** se evidenció la exacerbación de sentimientos, muchas veces contradictorios, pues a pesar del miedo y la ansiedad se sentían felices, lo que también se describe en la literatura.

Descriptor: Enfermería; Salud de la Mujer; Embarazo de Alto Riesgo; Mujeres Embarazadas; Sentimiento.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un fenómeno fisiológico y por esta razón, gran parte de ellos ocurre sin problemas. Sin embargo, algunas mujeres pueden tener una evolución desfavorable durante el período gestacional, con complicaciones significativas en la salud materno-perinatal, representando el grupo llamado de "embarazo de alto riesgo"⁽¹⁾.

La asistencia para el embarazada considerada de riesgo es un desafío en el día a día de la atenece a la salud, pues los altos índices de mortalidad materna preocupan no sólo a la sociedad, sino también a las autoridades⁽²⁾. Según el Sistema de Información de Atención Básica(SIAB)⁽³⁾, en Brasil fueron registrados 55.527 casos de muertes maternas en el año 2013. Los principales motivos están relacionados a las causas directas obstétricas, o sea, aquellas resultantes de factores de riesgo maternos y complicaciones surgidas durante el embarazo, parto o puerperio⁽⁴⁾. Ellas pueden ser evitadas con el adecuado encaminamiento y manejo de las situaciones de alto riesgo a los servicios de la salud.

Es importante destacar el cuidado en el inicio del prenatal, pues este es una herramienta para detectar precozmente los factores que pueden transformar un embarazo de riesgo habitual en uno de alto riesgo, y suministrar la intervención oportuna para aquellos que son modificables⁽⁵⁾. Es posible notar que muchas veces la atención al prenatal, propuesta por el Ministerio de la Salud por medio de programas y acciones de atención a la salud de la mujer, no logra atender algunas demandas de las embarazadas consideradas de alto riesgo - especialmente aquellas relacionadas a la subjetividad, como los sentimientos que surgen de su experiencia y el apoyo emocional que ellas necesitan. Por eso, acaba siendo un cuidado negligenciado⁽⁶⁾.

El apoyo emocional se refiere a "intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo; es el poder contar con la resonancia y la buena voluntad del otro"⁽⁷⁾. Los sentimientos son considerados reacciones que alguien presenta frente a una situación, evento o de otra persona, y pueden ser tanto agradables como desagradables⁽⁸⁾.

El embarazo genera sentimientos que acarrear cambios biopsicosociales, entonces es necesario que existan cuidados que favorezcan a la salud a partir de la prevención de posibles complicaciones, siendo necesaria y obligatoria para minimizar los riesgos maternos. Las mujeres con embarazo de alto riesgo necesitan de atención interdisciplinar y evaluación abarcadora, además del reconocimiento de aspectos que se relacionan con su sentido de vida y espiritualidad⁽⁵⁾.

Se constata que se hace imprescindible conocer las necesidades y las características de cada embarazada por medio de la asistencia de enfermería humanizada, que puede contribuir para la mejoría de la calidad durante la atención prenatal y auxiliar a reducir sus ansiedades y temores, proporcionando un embarazo más tranquilo. Esos aspectos se refuerzan más aun, en la situación de embarazo de alto riesgo. Frente a lo expuesto, este artículo tiene como objetivo conocer los sentimientos vivenciados por las mujeres que pasaron por esa experiencia.

El estudio es resultado de una disertación de maestría que tuvo como cuestión de investigación: ¿Cuáles son los sentimientos, las prácticas de cuidado y las superaciones vivenciadas por las mujeres que tuvieron un mal embarazo de alto riesgo? El objetivo del estudio fue conocer la vivencia de esas embarazadas.

MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo de carácter descriptivo realizado en el Hospital Universitario de Santa María, en el sur de Brasil. La selección de las participantes ocurrió a partir de la relación de prontuarios de mujeres atendidas en el ambulatorio de prenatal de alto riesgo, componiendo una muestra intencional. Para la definición de la población del estudio, se consideró como criterio de inclusión, mujeres con edad superior a 18 años, consideradas embarazadas de alto riesgo y con parto ocurrido en lo máximo hace dos años. De esta forma, con acceso a los prontuarios, enlazaron aquellos pertenecientes a las mujeres que atendiesen a los criterios de inclusión.

El primer contacto fue realizado por medio de una llamada telefónica, en la que se invitaron a las participantes. Tras la aceptación, a entrevista fue agendada de acuerdo con la disponibilidad de cada mujer, siendo su domicilio, el lugar de la recolección de los datos. Siendo así, las participantes fueron 10 mujeres atendidas en la atención prenatal de alto riesgo, a partir de 2011. Se destaca que la recolección de los datos se encerró después de su saturación, definida cuando las declaraciones de las participantes comenzaron a repetirse⁽⁹⁾.

Se escogió como método de recolección de los datos la entrevista semiestructurada, con preguntas cerradas, relativas a la caracterización de las mujeres, y cuestiones abiertas, referentes a la temática en cuestión. Este tipo de entrevista le permite al participante la posibilidad de descorrer sobre el tema propuesto sin prenderse a la indagación formulada y sin respuestas o condiciones prefijadas por el investigador, ampliando la comunicación verbal⁽⁹⁾.

Las entrevistas se realizaron entre mayo y septiembre de 2013, grabadas, transcritas y posteriormente averiguadas por medio del análisis

de contenido temático de la propuesta operativa⁽⁹⁾. Este tipo de análisis se caracteriza por dos momentos operativos: el primero abarca las determinaciones de base del estudio, siendo delineado en la fase exploratoria de la investigación; y el segundo es la fase de interpretación, estando subdividida en más dos fases, la de ordenación de los datos y la de clasificación de los mismos. Esta última le permite al investigador entender las estructuras de relevancia y las ideas centrales, con la elaboración de una síntesis para construir un informe final⁽⁹⁾.

La investigación siguió las normas de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, del Ministerio de la Salud, que regula las normas de pesquisas con seres humanos. Para esto, fue evaluada por un Comité de Ética en Pesquisas, y aprobado con el número de CAAE 13178713.3.0000.5346. Se viabilizó el anonimato de las participantes con la utilización del sistema alfanumérico de representación de los datos, siendo utilizado el término "entrevista" y seguido de los números conforme la orden.

RESULTADOS

Cuanto al perfil de las respondientes, se obtuvieron los siguientes resultados: edades entre 24 y 37 años; predominio de mujeres con pareja de hecho; respeto al nivel de escolaridad, cuatro mujeres tenían la enseñanza fundamental incompleta, dos habían cursado la enseñanza fundamental completa, tres poseían enseñanza media completa y una poseía enseñanza superior incompleta. Cuanto a la ocupación, tres eran amas de casa, dos cocineras, una manicure, una técnica de enfermería, una vendedora, una estudiante y una estaba desempleada en el momento de la colecta de los datos.

Los factores que las caracterizaron como embarazadas de alto riesgo fueron: diabetes

mellitus, hipertensión arterial sistémica, obesidad, número elevado de cesáreas, pielonefritis, preclamsia, dislocamiento de placenta, placenta marginal, trabajo prematuro de parto, diabetes mellitus gestacional y aborto habitual. Se destaca que los factores de riesgo de mayor ocurrencia fueron la diabetes mellitus gestacional (tres mujeres) e hipertensión arterial sistémica (cinco mujeres).

Además de esos aspectos, se observó la predominancia de partos múltiples entre las mujeres, con cinco partos (tres mujeres) y dos partos (tres mujeres). En lo que se refiere al aborto, cuatro mujeres pasaron por esa situación y una de ellas también vivenció la ocurrencia de un natimuerto.

En relación al último embarazo que las caracterizó como embarazadas de alto riesgo, ocho mujeres lograron tener sus bebés con salud; una mujer tuvo un niño prematuro, que después de 20 días de su nacimiento murió debido al diagnóstico de neumonía y choque séptico; y una mujer tuvo un natimuerto con 37 semanas de embarazo.

Relacionado a los sentimientos relatados por las mujeres, el miedo (deponentes 3, 4, 7 y 10), la ansiedad (deponentes 2, 10 y 6), la tristeza (deponentes 2, 3 y 5) y la felicidad (deponentes 1, 8 y 9) fueron mencionados. Como resultados del análisis de las declaraciones de las mujeres entrevistadas, emergió la categoría "Sentimientos de las mujeres que vivenciaron el embarazo de alto riesgo", la cual será presentada a seguir.

Sentimientos de las mujeres que vivenciaron el embarazo de alto riesgo.

De acuerdo con los sentimientos comunes, revelados por las deponentes, en todos los embarazos, se destacan el miedo, la ansiedad, la tristeza y la felicidad, que en este estudio fueron considerados como subcategorías:

Miedo

Este sentimiento fue evidenciado en la mayoría de las declaraciones. El miedo se refiere a un estado emocional resultante de una amenaza y/o peligro, como se puede notar por medio de lo que fue expresado por las entrevistadas:

Sufrimos mucho cuando descubrimos (que el embarazo era de riesgo), porque yo tenía miedo realmente, yo tenía miedo de lo que oía hablar. (Entrevista 3)

¡Yo tenía miedo, claro! Miedo de no conseguir llevar el embarazo. (Entrevista 4)

Estaba con miedo, pero no se lo dije (a los hijos), que podía morirme (Entrevista 7)

Ya con miedo, todo lo que ellos (profesionales del hospital) me mandaban a hacer, para mí era ley [...] yo tenía más miedo que le aconteciese alguna cosa a él (bebé) de que a mí. (Entrevista 10)

En las declaraciones de las participantes (3, 4, 7 y 10), fue relatado, de forma exacerbada, el miedo. Las mujeres decían tener miedo de lo que oían hablar sobre el embarazo de alto riesgo, de no conseguir llevar el embarazo a término, de morir y de que aconteciese algo con el bebé.

Durante el embarazo de alto riesgo, la mujer experimenta una situación constante de tensión. Aunque tienda a esperar por lo que desea, siente miedo de los imprevistos que puedan surgir. La situación de sentirse clasificada en un grupo de riesgo ya las coloca en tensión y en la mayoría de las veces, los profesionales que la acompañan en el prenatal, no las observan.

De las varias situaciones de sobrecarga emocional, el miedo fue el sentimiento más refe-

rido por las entrevistadas, reflejando inseguridad y desamparo delante de la situación de riesgo. Este hecho avigora la necesidad de dar mayor atención a la escucha y a las explicaciones acerca de lo que está aconteciendo, pues el desconocimiento sobre lo que está ocurriendo puede intensificar el miedo y la desconfianza de que surjan complicaciones. Entonces, es importante que la embarazada se sienta segura, para que ocurra la adhesión y la permanencia de ella en la atención prenatal, con confianza en el equipo, sintiéndose apoyada.

Ansiedad

La ansiedad es atribuida a una mezcla de sentimientos que afloran en ese período, que va desde la aceptación del embarazo hasta la espera por atendimento. Las deponentes así se expresaron:

Entonces, tanto sentimiento junto, tú siente miedo, tú siente ansiedad, es mucha cosa, todo muy junto. (Entrevista 2)

Yo tuve que esperar, me quedé angustiada, con aquella ansiedad de tener que esperar más un mes por la consulta. (Entrevista 10)

Yo enloquecí en el hospital, había un niño, me dio una ansiedad por verla, todavía no había aceptado este embarazo. (Entrevista 6)

Durante el embarazo de alto riesgo ella expresa el temor, la angustia y hasta el proceso de aceptación del riesgo gestacional. El grado de ansiedad depende de las características psicológicas de cada embarazada, que muchas veces tiene dificultad para adaptarse a esta situación.

La noticia de la situación de riesgo hace que esas mujeres (re)organicen sus vidas, y este proceso de ajustamiento puede potencializar la ansiedad sentida por ellas. Es en este momento, que los profesionales de la salud, entre ellos el enfermero, necesitan estrechar el vínculo con la embarazada de alto riesgo, para dar el soporte emocional necesario, auxiliarlas a convivir con esta situación ajustando, dentro de cada necesidad y especificidad, condiciones para mejorar la calidad del embarazo.

Tristeza

La tristeza se caracteriza por sentimientos de melancolía y aflicción, presentes en los cursos a seguir:

Tanto mi marido como yo, nos quedamos tristes, tanto que cuando yo le dije que había dado positivo el examen de embarazo, él se quedó paralizado. Nosotros dos lloramos de miedo y tristeza, porque ya habíamos perdido uno [...] es una mezcla de sentimientos, la felicidad de haber podido generar esos angelitos y la tristeza por no tener ninguno aquí conmigo. (Entrevista 2)

Yo quería tanto (el hijo) que a veces me sentía triste, a veces lloraba bastante, imaginaba lo que podría acontecer. (Entrevista 3)

Fue bien difícil descubrir que era un embarazo de alto riesgo, parecía que el mundo había caído encima de nosotros. Mi Dios del cielo, pensaba si el niño, nace con algún problema, imaginaba cada cosa en mi cabeza. Lloraba de preocupación y tristeza, me quedé más emotiva. (Entrevista 5)

El sentimiento de tristeza resultó de varias situaciones, como la de ya haber ocurrido una pérdida en otro embarazo, por imaginar todas las circunstancias negativas que podrían ocurrir durante el embarazo de alto riesgo y por no haber habido un planeamiento reproductivo.

En el embarazo, la tristeza es uno de los sentimientos que perturba a la mujer. En la mayoría de los casos, la tristeza durante el embarazo está relacionada a la pérdida de las expectativas. Las mujeres imaginaban un embarazo perfecto y acabaron infelices cuando descubrieron la situación de riesgo. Este sentimiento se potencializó también en los casos en que la embarazada ya había perdido un bebé, como visto en la entrevista 2.

En esta situación, sobresale, como el planeamiento del embarazo es importante, pues eventos inesperados pueden potencializar sentimientos negativos en la embarazada. Así como en otras fases de la vida, cuestiones emocionales necesitan de equilibrio, caso contrario la mujer puede quedarse fragilizada y sufrir, como en el discurso de la entrevista 5.

Felicidad

El sentimiento de felicidad también fue evidenciado. Este se refiere a la emoción de un sentido verdadero que motiva a las personas. En este caso, se relaciona a la motivación de generar a un niño, como se puede notar en las declaraciones:

La conclusión a la que llego es que a pesar de haber sido un embarazo de alto riesgo, con el apoyo que recibí logré superar mis miedos y ansiedad, con eso me quedé muy feliz. Quería estar embarazada y lo logré. (Entrevista 1)

¡Cuando descubrí el embarazo, yo lo quería! Me quedé muy bien feliz, presumida. Ya sabía más o menos que estaba embarazada, hice el examen y dio positivo. (Entrevista 8)

Yo tuve un poco de miedo, pero al mismo tiempo me quedé feliz con el descubrimiento del embarazo y por ser un varoncito. (Entrevista 9)

A pesar de la fragilidad emocional y de la mixtura de sentimientos que ocurre durante el embarazo de alto riesgo, las mujeres se sentían felices. Ellas expresaron que los sentimientos de miedo y ansiedad fueron superados por el apoyo recibido, y se sintieron alegres cuando supieron que estaban embarazadas y cuando disfrutaban de momentos como el del descubrimiento del sexo del bebé.

Frente a esa realidad, vale enfatizar que todos los profesionales que presten asistencia a esta clientela participan de esa miscelánea de sentimientos. Entonces, la conducta adoptada debe ser también direccionada para proporcionarles tranquilidad y apoyo psicológico. En el momento que esos profesionales son receptivos y acogedores, se vuelven corresponsables, pues le proporcionan confort, bienestar y equilibrio a esas mujeres, participando junto a la embarazada y su familia de ese momento tan especial en sus vidas.

DISCUSIÓN

Cuando la mujer enfrenta la amenaza constante del riesgo gestacional, ella se queda vulnerable, insegura y teme a lo que podrá acontecerle a ella y al hijo. El miedo acaba siendo un sentimiento que ronda la existencia de las embarazadas, a veces de manera sutil y otras

de forma bien marcada, haciendo que pierdan la paz, la tranquilidad y el sosiego. Es común durante el período gestacional que la mujer sienta miedo y se cuestiona sobre los cambios suscitados debido a una situación o un hecho imprevisto, aunque el bebé sea muy deseado⁽⁶⁾. En una situación de alto riesgo, este sentimiento podrá estar más presente, resultando en mayor vulnerabilidad por parte de ellas.

La manera como la mujer experimenta el embarazo de alto riesgo, la forma como esta vivencia es notada, la información que ella recibe a lo largo de su vida sobre el período gestacional y las posibles complicaciones, advenida de familiares, personas próximas o situaciones enfrentadas anteriormente, podrán afectar directamente su percepción y expectativas a respecto de los eventos vivenciados. Por ese motivo, es importante que el profesional de la salud, durante la asistencia prenatal, le dé un soporte a la embarazada que abarque también los aspectos emocionales, singularizando la asistencia y considerando sus experiencias previas y vivencia en familia.

En la atención prenatal, la evaluación de cada embarazada debe observar su individualidad. La preparación física y emocional deben ser condición de excelencia en los cuidados del profesional de la salud, exigiendo de este una visión integral que considere la historia de vida, los sentimientos y el contexto sociocultural de ellas, valorizando cada embarazada como única⁽¹⁾. Eso implica un abordaje no sólo de los contenidos clínicos y obstétricos, sino también de los aspectos emocionales envueltos en el proceso reproductivo, ya que las alteraciones físicas interfieren en el psiquismo y las emocionales pueden afectar el curso fisiológico del embarazo⁽¹⁰⁾.

De esta forma, como el miedo, la ansiedad también apareció en las declaraciones como un estado emocional común a todas las embarazadas, que se manifiesta por una sensación difusa,

desagradable y vaga de aprensión. Generalmente ocurre cuando el individuo se enfrenta a situaciones nuevas, desafiantes o amenazadoras y lo capacita para tomar medidas para enfrentar la amenaza⁽¹¹⁾.

En un estudio semejante, que tuvo como objetivo comprender lo que significaba para la mujer generar un hijo en una situación de alto riesgo, las embarazadas entrevistadas también expresaron miedo, ansiedades y sufrimiento al ser rotuladas como embarazadas de alto riesgo. El término "alto riesgo" las atemoriza y es aprendido como algo muy grave y complejo, sobre el cual normalmente no tienen control⁽⁶⁾. Los sentimientos como miedo y ansiedad, vivenciados durante el embarazo de alto riesgo, pueden ser amenizados cuando se informa correctamente a la embarazada sobre el diagnóstico y los motivos del encaminamiento para el prenatal de riesgo⁽¹²⁾. El profesional de salud, al posibilitar el diálogo, la expresión de dudas y de temores, promueve un espacio de entendimiento en el cual las orientaciones repercuten en una mayor adhesión y seguridad durante el período gestacional⁽¹³⁾. Se debe entender que el diálogo y el apoyo emocional, son competencias estratégicas de un equipo multiprofesional para la producción del cuidado humanizado en salud que pueden posibilitar ganancias significativas, minimizando tales sentimientos⁽¹⁴⁾.

En lo que se refiere al sentimiento de tristeza, fue relatado por las participantes que uno de los motivos para que ellas se sintieran así, era la situación de la pérdida del embarazo anterior. Al realizar un estudio para investigar los aspectos que direccionan las prácticas de enfermería dirigidas a las mujeres en situación de aborto, investigadores⁽¹⁵⁾ descubrieron que el acogimiento integral puede incentivar el desahogo de sus sentimientos dolorosos en busca de una atención humanizada. Eso remite que sentimientos dolorosos, como la tristeza, son merecedores de

atención y de una visión especial en el cuidado ofertado por los profesionales de la salud.

Cuando preexiste una condición clínica patológica, el embarazo puede ser considerado un nuevo chance de vida para la embarazada y su familia. No obstante, la carga emocional de la expectativa y el temor de las complicaciones presentes pueden crear una ruptura en el equilibrio emocional anteriormente adquirido por la embarazada, siendo, en esas situaciones, importante que el embarazo sea planeado, con evaluación pre-concepción e inicio oportuno⁽¹⁶⁾. Ya cuando la condición de riesgo es diagnosticada durante el embarazo, la embarazada pasa por reacciones agregadas a la vivencia del luto por la "muerte del embarazo idealizado", surgiendo sentimientos de tristeza, culpa y rabia⁽¹⁶⁾. De esa forma, la ausencia de información y diálogo puede ser relatada como negativa, despertando y reforzando los sentimientos de miedo, tristeza y ansiedad.

Al contrario de la expresión de sentimientos como ansiedad, miedo, tristeza y preocupación, se observó que la felicidad también hace parte del período vivenciado. Las participantes relataron que la sintieron a pesar de la presencia de otros sentimientos muchas veces contradictorios (aunque tenían miedo se sentían felices), principalmente con el descubrimiento del embarazo y por el apoyo recibido. Definieron sentir felicidad como la alegría de estar embarazadas y la posibilidad de esa vivencia.

La condición de alto riesgo no impide que la embarazada sienta alegría y satisfacción con el embarazo y nutra esperanza de tener una evolución satisfactoria y un final feliz, esto contribuye para el equilibrio necesario para enfrentar las adaptaciones y superar tales dificultades. Vale destacar que esas mujeres pueden ser encorajadas a creer en sí y a descubrir cómo pueden sentirse seguras por sus actos para que el período gestacional ocurra de manera posi-

tiva, proporcionándole tranquilidad para poder disfrutar de momentos agradables y felices en ese período único de sus vidas⁽⁶⁾.

Se destaca, también, que los profesionales de la salud que acompañan a las embarazadas de alto riesgo necesitan estar preparados para captar las señales subjetivas de emotividad, provenientes de las adversidades de un embarazo de alto riesgo. Ese cuidado es fundamental para el equilibrio y la satisfacción en la atención dispensada. Los profesionales pueden prestar cuidados significativos capaces de atender a las reales necesidades físicas y emocionales de los seres humanos por ellos asistidos⁽¹⁷⁾.

CONCLUSIÓN

Este estudio permitió conocer los sentimientos vivenciados por mujeres que experimentaron un embarazo de alto riesgo, siendo los principales sentimientos el miedo, la ansiedad, la tristeza y la felicidad.

El miedo relatado por las entrevistadas estaba relacionado a la inseguridad de lo desconocido, a la falta de información sobre el embarazo de alto riesgo y también por la pérdida de control de la situación gestacional. Momentos de ansiedad, eran frecuentes durante el embarazo de alto riesgo, siendo este sentimiento relacionado a la aceptación del factor de riesgo, angustia que interfiere en la tranquilidad durante el período gestacional, fundamental ella para una maternidad placentera. Relacionado al sentimiento de la tristeza, las declaraciones mostraron que la pérdida de un bebé en otro embarazo, el no planeamiento reproductivo y las situaciones negativas que podrían ocurrir durante el embarazo de alto riesgo contribuyeron para que se sintiesen tristes. Pero, a pesar de esa mixtura de sentimientos que fragilizaron el estado emocional, las entrevistadas relataron

la felicidad como reflejo de superación, que también fue conquistada por medio del apoyo recibido. Al mismo tiempo, se sintieron felices cuando descubrieron que estaban embarazadas y después con el descubrimiento del sexo del bebé, momentos especiales durante el embarazo.

Por lo tanto, se concluye que los sentimientos están entrelazados e imbricados al vivenciar el embarazo de alto riesgo. Entonces, la realización de un prenatal no puede estar direccionado solamente para el acompañamiento del aspecto clínico de los factores que llevan el embarazo a ser de alto riesgo, sino también para el aspecto emocional que hace parte de esta vivencia, amenizando de tal modo sentimientos como el miedo, la ansiedad y la preocupación, o haciendo con que las embarazadas aprendan a lidiar con ellos y, así, puedan superar algunas dificultades acrecidas en esta vivencia, y tengan más tranquilidad en el período.

Se anhela que este estudio contribuya en la formación de los profesionales de la salud, en especial la del enfermero, que muchas veces es el que tiene el primer contacto con la embarazada en el momento de las consultas prenatales, y le da el apoyo emocional que ellas necesiten. Se espera una formación de profesionales críticos, reflexivos y comprometidos con la humanización de la asistencia a la embarazada de alto riesgo. De la misma forma, se hace necesario que los lectores reflexionen sobre esta temática y que este estudio sirva de referencia para otras pesquisas relacionadas al estado emocional durante el período gestacional, posibilitando nuevas visiones acerca de los diferentes sentimientos.

CITAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de

Políticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. embarazo de alto riesgo: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

2. Azevedo RO, Silvino ZR, Ferreira HC. Nursing guidelines with regard to high-risk pregnancy: a descriptive study. *Online braz j nurs* [periodic online]. 2013 Oct [cited 2015 apr 07]; 12 Suppl: 623-25. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4512>
3. SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica. Mortalidade Materna. Período janeiro/dezembro de 2013. [Internet]. 2013 Dec [cited 2014 feb 02]. Available from: <http://svs.aims.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>
4. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2011 April [cited 2015 apr 07]; 27(4): 623-638. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>
5. Lafaurie MM, Castañeda KVC, Castro DMT, et al. Vivencias de embarazadas con embarazo de alto riesgo. *Rev. Colombiana de Enfermería*. [Internet]. 2011 May [cited 2015 apr 07]; 6(6): 15-28. Available from: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/vivencias_embarazadas.pdf
6. Oliveira VJ, Madeira AMF, Penna MM. Vivenciando a embarazo de alto riesgo entre a luz e a escuridão. *Rev. Rene*. [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited 2015 apr 07]; 12(1): 49-56. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a07v12n1.pdf
7. Sluzki CE. A rede social na pratica sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997; p. 49.
8. Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010.
10. Briquet R, Guariento A. *Obstetrícia Normal*. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2011.
11. Van Der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Abreu SM. Ansiedade de familiares departurientes durante o processo de parto. *Cienc. Cuid. Sau-*

- de. [Internet]. 2011 Jul/Sep [cited 2015 apr 07]; 10(3):474-481. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/10161/pdf>
12. Oliveira VJ, Madeira AMF. Interacting with the multiprofessional staff: the interfaces of high risk pregnancy assistance. Esc. Anna Nery [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited 2015 apr 07]; 15(1):103-109. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100015
 13. Barreto CN, Ressel LB, Santos CC, Wilhelm LA, Silva SC, Alves CN. Prenatal care in the voice of pregnant women. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013 June [cited 2015 apr 07]; 7(5):435-463. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4355/pdf_2723
 14. Rezende CL, Souza JC. The quality of life of high-risk pregnant women assisted at a center for women assistance. Psicol Inf. 2012;16(16):45-69.
 15. Soares MCS, Freitas VEO, Cunha ARR, Almeida JLS, Souto CMRM, Arruda RD. Nursing practices regarding attention to women in situation of abortion. Rev. Rene. [Internet]. 2012 Nov [cited 2015 apr 07]; 13(1):140-6. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/25>
 16. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. embarazo de alto riesgo –manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
 17. Vale EG, Pagliuca LMF. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: con-

tribuição para o ensino de graduação. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2011 Jan/Feb [cited 2015 apr 07]; 64(1): 106-13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000100016&script=sci_arttext

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 10/4/2015

Revisado: 17/08/2015

Aprobado: 18/08/2015