



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Sentimientos de las mujeres embarazadas en situación de riesgo durante la fase de inducción: estudio descriptivo

Bruna Celia da Silva Lima¹, Magda Maria Alves Ribeiro¹, Elizabeth Rose Costa Martins², Raquel Conceição de Almeida Ramos², Marcio Tadeu Ribeiro Francisco¹, Dalmo Valério Machado de Lima³

1 Universidad Veiga de Almeida

2 Universidad del Estado del Rio de Janeiro

3 Universidad Federal Fluminense

RESUMEN

Objetivos: describir cómo las mujeres con tiempo de gestación se dieron cuenta del riesgo de inducir el parto y discutir los sentimientos que se discuten ahora mismo. **Método:** investigación descriptiva con enfoque cualitativo, con diez recientes madres en embarazo y el parto inducido en un hospital universitario en la ciudad de Rio de Janeiro. La recolección de datos tuvo lugar entre marzo y abril de 2015 a través de la entrevista semiestructurada. Fue el análisis de contenido temático. **Resultados:** los sentimientos amorosos fueron de aceptación, resignación, dolor, temor y descontento. Sentimientos positivos surgieron en relación con el nacimiento del hijo, amor y fe. **Conclusión:** las madres recientes presentan principalmente sentimientos de resignación, sufrimiento y la insatisfacción con la experiencia de inducción del parto. Las prácticas no están siendo efectivas para establecer la relación de cuidado ahora tan singular y femenino y requieren una mayor adherencia por enfermería y otros profesionales de la salud.

Descriptor: Enfermería Obstétrica; Trabajo de Parto Inducido; Embarazo de Alto Riesgo.

INTRODUCCIÓN

Inducción del trabajo de parto alude a la utilización de métodos con el objetivo de desencadenar las contracciones uterinas para promover el parto en un momento dado. Esta medida se utiliza en casos donde la continuación del período del embarazo causará riesgo elevado para las mujeres embarazadas o los niños. El procedimiento requiere equipos, conocimientos y experiencia profesional, ya que implica consecuencias para la madre y el bebé⁽¹⁾.

Una gran proporción de las mujeres, especialmente aquellas que van durante todo el embarazo, parto la experiencia inducida, una técnica generalmente invasiva que puede provocar malestar que requieren la aplicación con cuidado y sensibilidad.

El embarazo se considera un fenómeno fisiológico, sobre todo cuando es llevado a cabo sin incidentes. Sin embargo, algunos embarazos pueden mostrar la probabilidad de situaciones desfavorables para el feto o la mujer, ya sea por antecedentes de enfermedad o sufrimiento de enfermedades, con este grupo como "embarazo de alto riesgo"⁽¹⁾.

Pueden experimentar sentimientos como miedo, ansiedad y tristeza en las mujeres que pasaron por la experiencia de un embarazo. Puede estar relacionada con la inseguridad, la falta de información, pérdida de control, la aceptación del factor de riesgo, angustia u otros⁽²⁾. Esos sentimientos fueron observados en las mujeres embarazadas que fueron anunciadas con respecto al procedimiento. Sin embargo, existen tecnologías no invasivas como la escucha activa de expresiones verbales y no verbales de la parturienta, valoración de los sentimientos, la libertad de deambulación, estimular la presencia del acompañamiento en el proceso de nacimiento y la posibilidad de

ingesta de líquidos que, cuando se utiliza en el período de parto, promueven los propósitos considerados beneficiosos convirtiendo a las mujeres embarazadas en protagonistas del evento⁽³⁾.

El cuidado va más allá de la física y el riesgo de enfermedad. Debe inspirarse en la persona y en perspectiva amplia y *biopsico-social* de las mujeres con alto riesgo. Con esto en mente, el presente estudio se propuso las siguientes cuestiones principales: ¿cómo las mujeres embarazadas consideradas de alto riesgo han experimentado el momento de inducir el parto? ¿Qué sentimientos se discutieron en estos tiempos?

Este estudio pretende describir cómo las mujeres con embarazo de riesgo realizan el momento del trabajo de parto inducido y discuten los sentimientos que se discuten ahora mismo.

Teniendo en cuenta estas reflexiones, se cree que el estudio es importante porque pone de manifiesto la percepción de las mujeres durante la inducción del parto, lo que permite una comprensión por parte de un análisis profesional de la atención integral, proporcionando así una atención integral que incluye las necesidades biopsicosociales-con énfasis en lo psicológico, alineando un modelo centrado en la humanización, integridad y preservación de la autonomía femenina.

MÉTODO

Investigación descriptiva con enfoque cualitativo. Se entrevistaron a diez madres recientes, procedentes de un embarazo de alto riesgo que se realizó la entrega en un hospital de enseñanza localizado en el municipio de Rio de Janeiro, referencia en el seguimiento de embarazos de alto riesgo. La selección de

los participantes se produjo tras el análisis de los registros médicos, observación del gráfico donde se anotan la progresión del trabajo y las condiciones de la madre y el feto y autorización de consentimiento de inducción. Como criterios de inclusión, las mujeres con embarazo de alto riesgo, etapa de embarazo mayor de 37 semanas con feto vivo, comunicación verbal, diagnóstico médico establecido por nacimientos y de inducción de parto establecido y debidamente registrado. Eliminado en caso de 37 semanas, aborto espontáneo, nacimientos producidos sin inducción. La muestra fue intencional y el número de participantes ha sido establecido por el método de saturación de los datos discursivos.

El estudio fue presentado y aprobado por el Comité de investigación del Hospital bajo la opinión y ética: 923.943.

A todos los participantes les fue dado el consentimiento informado (Badia) y después de la firma del documento, la entrevista semiestructurada con la ayuda de un registrador de cinta.

La recopilación de datos procedió en el período de marzo a abril de 2015, en el alojamiento del hospital por medio de una entrevista semiestructurada, que contiene catorce preguntas.

Los datos recogidos fueron transcritos fielmente, garantizándose la confidencialidad y el anonimato de los participantes, en el que a todas fueron dadas nombres ficticios, piedras preciosas. Para procesamiento de dichos datos se utilizó el método de análisis de contenido temático en tres pasos-pre-análisis, exploración de materiales y procesamiento de resultados, inferencia e interpretación⁽⁴⁾.

Es importante considerar que la realidad estudiada presenta limitaciones en el desempeño de la enfermera obstétrica, mientras que los participantes de este estudio son las

mujeres embarazadas de alto riesgo. Enfermeras obstétricas provienen de la adquisición de nuevas prácticas que permiten cada vez más superar los límites conocidos para encontrar la autonomía, configurado por un conocimiento y práctica con posibilidades emancipadoras⁽⁵⁾.

RESULTADOS

Perfil de los participantes: edad de 40 años, 29 más casados y estables, término secundaria e ingresos familiares hasta de 3 salarios mínimos. La historia del embarazo y paridad, la mayoría era multípara, sin antecedentes de aborto espontáneo. Todo el prenatal, llevó a cabo en el rango de tres a seis consultas. La etapa del embarazo que se encontraban durante la inducción del parto fue entre 37 a 38 semanas a más.

Las razones para la inducción según diagnóstico médico de los participantes del estudio oscilaban entre enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes en el embarazo, hipotiroidismo, lupus eritematoso sistémico, talasemia, trombosis venosa profunda, fibromas uterinos, trombopenia inmunológica, arritmia del corazón, tetrahidrofolato reducida, miastenia gravis y ruptura prematura de las membranas. Los fármacos utilizados para la inducción del parto fueron Misoprostol y Oxitocina.

La mayoría de los nacimientos fueron por vía vaginal. La mayoría de los recién nacidos fueron de alojamiento junto a sus madres. Casi todas las mujeres tenían un acompañamiento en su trabajo de parto, siendo representado por sus maridos o parejas y de sus madres.

Tras el análisis de las entrevistas sobre los sentimientos de las mujeres con embarazo de riesgo en la anticipación del nacimiento,

surgido entre dos categorías: *aceptación y resignación y dolor, miedo e insatisfacción.*

Sentimientos de las mujeres con embarazos de alto riesgo en la anticipación del parto

Categoría 1. Aceptación y Resignación

Los momentos durante los procedimientos de inducción, en particular la administración de fármacos, fueron reportados por las mujeres.

Dijo que esa píldora facilitaría el parto, se abre el cuello uterino. [Cristal]

Casi todas las madres recientes fueron informadas sobre los medicamentos y sus efectos.

El doctor me explicó que era para empezar a sentir dolor. [Pérola] explicó que era para inducir el parto, aumentar el dolor. [Safira]

El médico me explicó que poner esa píldora para empezar a tener contracciones de parto, pero que no haría mal al bebé. [Topacio]

Mediante el análisis de los contenidos obtenidos en las entrevistas, uno se da cuenta de que la mayoría de las mujeres tenían el deseo de dar a luz normalmente:

Sólo pensaba que todo lo que quería era que hubiese ocurrido natural, espontáneo (...) [Ametista].

(...) me gustaría que viniese de una otra forma, bien más natural de lo

que fue (...) el nombre ya dice todo: parto normal, tan más natural, debe ser todo más sabroso de sentir. ¡La cesárea no! Dificultad para caminar, dolor, corte... medio para sacar el niño a la fuerza (...) Si pudiese elegir para intentar normal... intentaría! [Topacio]

Las mujeres han tenido sentimientos de aceptación y resignación por la noticia de anticipación de la entrega.

Tranquilo, yo no sabía lo que estaba dejando en for [Cristal]

No siento nada más allá de lo que sabes que tienes que tener (...) tenía que ser. [Safira]

También se informó de la preocupación por la salud de su bebé: estaba realmente asustado. Sangre perdida. Estaba ansioso por que nazca bien, ver su rostro. Se siente algo incluso cuando el bebé nace. Ver su cara. [Safira]

Había presentado fallas del proceso de inducción del parto tuvieron relieve.

Tenía la esperanza de que funcionaría realmente, sentí las contracciones para tener parto natural, y cuando eso no íó me sentí muy decepcionada! [Topacio]

No quería ir que va ser todo porque es aburrido esperar algo que no evoluciona (...) [Amatista]

Categoría 2. Dolor, miedo e insatisfacción

La mayoría de las puérperas caracteriza los momentos durante su trabajo de parto inducida por medicamentos, dolor, el dolor que compromete su bienestar y comodidad.

Era tenso. Las contracciones son muy fuertes (...) [Safira]

Horrible, doloroso! [Esmeralda]

Dolor, cólico, que no podía esperar a que termine todo. [Pérola]

pensé que sería rápido, realmente, pero no! Más tarde se lamentó porque duele como el infierno. [Ágata]

Amatista y rubí caracterizan el tiempo de inducción de trabajo como noticias con sentimientos de temor y nervioso.

¡Miedo! Mi temor era que el dolor fuera más difícil y! [Rubi]

Nerviosa, muy nerviosa, porque ya tuve una experiencia antes de y no quiero

tenerla otra vez, tuve mi otro hijo por inducción así. [Ametista]

La sensación de soledad también surgió entre los que se basó en la presencia de la compañera:

me sentí sola. No había nadie yo y mi mamá. [Diamante]

Había también descontento con el trabajo de parto inducido y no haber celebrado listo para cesárea:

Desaliento... Me hubiera gustado llegar al hospital con contracciones... más natural... me preparé para eso. [Topacio].

Estaba molesta porque el doctor me empujó el parto natural en lugar de hacer una cesárea (...). No sé si es la ley que manda el empuje normal. [Diamante].

A pesar de estos sentimientos negativos, otros más positivos han sido asignados por el nacimiento del hijo, amor y fe:

¡Amor! Es una vida, ¿EH? Esperar nueve meses para ver su carita. [Safira]

Amor para mi hijo, todo para él. [Peróla]

Fe. Porque sé que terminaría. Era lo que quería. Tenía fe y así fue. [Rubi]

DISCUSIÓN

La sensación de felicidad también estuvo presente en el momento de las noticias de la anticipación de la entrega. Sin embargo, Ágata cuenta su momento con el cambio de sentimiento, de la felicidad al sufrimiento. Este cambio fue debido al proceso de inducción, a caracterizar el evento como sufrimiento y felicidad, sentimientos de culpa y arrepentimiento en aumento.

Felicidad y satisfacción son generalmente parte de los sentimientos de las mujeres que están con la esperanza de finalmente tener a sus bebés debido a su ideal social de maternidad, sin embargo, particularmente en mujeres

de alto riesgo, puede haber cambios en el sentimiento y la percepción de estas mujeres en que surge la inseguridad, miedos y ansiedad frente a lo desconocido, el diagnóstico de riesgo, produce sufrimiento, principalmente por su posible impacto en la salud del niño⁽⁶⁾. Por lo tanto, durante este período se deben acoger la mujer desde el principio del embarazo hasta el final, teniendo como objetivo el compromiso profesional con el bienestar integral de la madre y el bebé. La práctica de la anticipación de la entrega es necesaria cuando existe un riesgo para mantener el embarazo, con el objetivo de la vida y el bienestar de la diada madre-bebé. Para esto, en primer lugar, la mujer, su cuidador y sus familias deben dar orientación detallada en el proceso de inducción, como las indicaciones y riesgos potenciales. El acuerdo debe estar documentado en los informes médicos de la mujer⁽¹⁾.

Las expectativas son cristal roto por el dolor y el sufrimiento relacionado con el tiempo de inducción. En el cuidado de la parturienta, el profesional de la salud debe proponer actividades que permitan la reducción de la ansiedad, proporcionar información sobre la evolución del parto y preguntar cómo esta experiencia para la mujer con el fin de entender sus sentimientos⁽⁷⁾. La información es una herramienta indispensable para los profesionales, especialmente las enfermeras. La sensación de miedo también estaba presente en las noticias antes de la entrega. Al revisar la literatura, es que el miedo se asocia con la vida cotidiana de las mujeres que experimentan un embarazo de alto riesgo, desde la atención prenatal, del puerperio⁽⁸⁻¹⁰⁾.

El miedo es una sensación especial entre estas mujeres, porque se relaciona con la llegada del parto. Llevar la paz y la tranquilidad de estas mujeres que viven con la incertidumbre y la imprevisibilidad de lo que sucederá

con ellos y con el bebé⁽⁸⁾.

En esta condición de la debilidad experimentada por la mujer, el momento del parto y nacimiento despierta temor debido a los riesgos de dolor y sufrimiento. Tiene la necesidad de dar cabida a que las mujeres embarazadas, escuchen sus quejas, temores y expectativas⁽¹¹⁾.

Los sentimientos de insatisfacción y tristeza permeó los momentos de algunas mujeres, sobre todo la forma en que el principio del trabajo de parto sucedió, como en el caso de topacio. La posibilidad de un parto temprano rompe con el sueño y la idealización de que el niño por parto natural sin complicaciones, porque las condiciones clínicas y física maternas no son adecuados para uno más fisiológico, más natural.

En el discurso de diamante, uno se da cuenta de que ella no se adhiere con capacidad de respuesta a la elección de la inducción, prefiriendo que la cesárea fuese inmediata.

La alta tasa de cesárea en Brasil no parece estar directamente relacionado con cambios en el riesgo obstétrico y los factores culturales y socioeconómicos. La preferencia de las mujeres de parto por cesárea puede ser el resultado de una influencia de profesionales durante el período prenatal y la creencia de que la calidad de la atención obstétrica está fuertemente asociada con la tecnología⁽¹¹⁾. Por lo tanto, la futura madre, su compañero o acompañante debe ser informado e iluminado sobre el método elegido y sus beneficios y por lo tanto, de acuerdo con él.

En la segunda categoría, son abordados los conceptos acerca de los métodos de inducción que en el caso de este estudio fueron los métodos farmacológicos.

La gran mayoría de empleados se acercó a ella en sus discursos como las técnicas de

administración de la droga.

Usted puede decir, por el testimonio de Pérola y Safira que los profesionales de salud tienen limitación al aclarar que la medicina sería sólo para el principio de los dolores. Por sí mismo, contribuye a la aparición de sentimientos como el miedo, porque el miedo crea dolor y el dolor aumenta el miedo.

Es conocido que la enfermería tiene responsabilidades respecto a la administración de medicamentos, principalmente por la oxitocina. Ya la administración de misoprostol debe ser realizada solamente por calificado personal de enfermería en obstetricia, considerado el más calificado para el manejo correcto en caso de eventos adversos⁽¹²⁾.

Sin embargo, independientemente de la administración de la medicina, el médico o la enfermera profesional, él debe decir claramente lo que de hecho puede ocurrir durante la inducción del trabajo por de tales medicamentos.

Los tiempos fueron marcados por sentimientos de decepción y frustración. La decepción puede presentarse en un evento que se esperaba pero no se produce, está directamente relacionada con otras sensaciones como dolor y pérdida.

Estas intervenciones sólo se humanizan si se tiene en cuenta la opinión de la mujer –siendo ella, el feto y la familia los verdaderos protagonistas de la escena. Por lo tanto, debe proporcionarse toda la información y sus frustraciones⁽¹¹⁾.

Sentimientos negativos quedan atrapados en estas mujeres, marcando el momento en que dieron a luz a sus hijos, como un tiempo de pérdida. Pérdidas de sus ideas, sueños y expectativas de su trabajo. Como en las charlas de Ametista y Topacio.

Topacio dice que se han estado preparando para el parto natural, más fisiológica, sin

ayuda. Hoy en día, las mujeres son mucho más conscientes de su papel y el papel del parto⁽¹³⁾.

El estudio señala que la experiencia traumática durante el parto puede traer trastornos de adaptación en el puerperio como influencias de estado emocional de las mujeres⁽¹⁴⁾.

Por desgracia, uno puede darse cuenta de que las madres recientes no fueron dirigidas en cuanto a los posibles resultados y los procedimientos que pueden ocurrir durante la anticipación del nacimiento. Durante la atención prenatal, las mujeres deben ser informadas sobre los posibles resultados del parto y los procedimientos que pueden estar involucrados en este momento.

También existe la sensación de ansiedad. Para discernir la ansiedad es el temor de ser lastimado o perder algo o a alguien. Este miedo puede ser real o imaginario, pero la sensación es la misma. El miedo, como todos los sentimientos, tiene un propósito: dar a conocer el peligro y la amenaza.

La preocupación por la salud de su bebé estuvo presente durante los momentos de trabajo, existe la posibilidad de la pérdida de los bebés debido a su estado de salud. La muerte puede ser inconcebible ya que es el momento del nacimiento y no en tan terrible suceso⁽⁸⁾.

La declaración de Ágata se refirió a la ira, estar enojado, molesto, molestado, a un lado. La rabia incluye una amplia gama de sentimientos que tienen en común aspectos de pérdida y dolor. Cualquier lesión emocional crea un sentimiento negativo, como la ira, que puede también ser acompañado de otros sentimientos negativos, odio.

La revelación los sentimientos de Ágata, uno se da cuenta de que la relación con esos sentimientos debido a los procedimientos realizados durante la inducción del parto. En el diseño de la que ha dado a luz recientemente, los métodos se han hecho innecesariamente

y cuidado no por profesionales, lo que la hizo sentir, de alguna manera, violada. Esta violencia ha generado el dolor de no querer generar más niños no volver a través de este evento.

Cuando el ayuno que se paso a 16 horas, un estudio⁽¹⁵⁾ señala que la ingesta de líquidos durante el parto fue percibido por las mujeres de modo positivo y negativo. Las mujeres embarazadas que mostraron satisfacción y en la ley no te causa problemas durante el parto, proporcionando mejor condición física. Las mujeres embarazadas que decidieron no alimentar tenían miedo de enfermarse y vómito durante el parto. Por lo tanto es necesario considerar la individualidad y la autonomía de elección de las mujeres.

El dolor fue, sin duda, las más referido a las mujeres. SE destaca que el dolor durante el período de trabajo especialmente inducido tiene aporte de medicamentos para la inducción, como la oxitocina sintética y Misoprostol, proporcionando mayor inconveniente y umbral del dolor mayor para la madre.

Relacionarse con los dolores del parto sufren la influencia de los aspectos psicológicos, se puede decir que los participantes en el estudio cerca contratan, porque el embarazo está marcado por cambios biológicos, psicológicos, sociales y psíquicos en la vida de una mujer, y cuando esto se asocia con un riesgo, un embarazo de alto riesgo, puede resultar en un gran factor que contribuye al aumento en el umbral del dolor en este período⁽⁹⁾.

El dolor del embarazo parto inducido por riesgo tiene autenticación de múltiples factores relacionados con ello hasta que culmina en un dolor físico. Lo que para muchas veces, este período está representado por estas mujeres sólo por el dolor físico, sufrimiento y miedo.

El profesional junto con el medio ambiente son colaboradores para confort y cuidado a su esposa durante el dolor de parto.

Hoy si tienes disponibles varios métodos farmacológicos para el dolor y comodidad a estas mujeres. Como ejemplo hay apoyo continuo, ejercicios, baño con ducha de respiración y masaje y relajación ejercen en algunas madres recientes ya proporcionadas alivio de dolor⁽¹⁶⁾.

A pesar de estar acompañados por su madre el colaborador dijo que Diamante estuvo sola durante este período.

Es importante proporcionar la información correcta y detallada a la embarazada, evitando malos entendidos en la comunicación y la falta de enlace entre ella y el profesional. Es imprescindible una buena relación entre ellos para satisfacer las perspectivas de humanización de la atención también anclado en la totalidad⁽¹⁷⁾.

Educación continúa es necesaria para los profesionales que presten esa asistencia, con el objetivo de ofrecer una reflexión del papel de la mujer como el protagonista de su propio nacimiento y conciencia de sus derechos como ciudadano para ejercer su autonomía⁽⁷⁾.

A pesar de la prevalencia de sentimientos considerados malos, hubo la aparición de buenos sentimientos-sobre todo en los momentos finales del trabajo, cuando tuvieron sus hijos en sus brazos, afloramientos en el amor.

Denota que el proceso entero era una prueba de amor, y que hay un bien mayor, uno superando a sí mismo con el Premio de tener su hijo en brazos. La breve tormenta quedó atrás.

El estudio revela⁽⁷⁾ que, durante el parto, muchas mujeres se sometieron a una realidad de tolerancia, aceptación y sufrimiento, que tenían en este dolor intenso y prolongado, pero que sin embargo aceptaron y apoyaron, a través de compensación para ver a sus hijos.

La fe era una sensación de Rubi. Se

observa que el colaborador caracteriza el momento para la prevalencia y persistencia ante las dificultades de la etapa. Fe, para estas mujeres, puede ser la explicación y la motivación para avanzar hacia sus metas: ser madre y tener a su hijo en sus brazos tan pronto como sea posible.

CONCLUSIÓN

La realidad que se muestra en este estudio advirtió acerca de las madres recientes con las marcas de los momentos de su trabajo. Marcas que son descritas por sentimientos de dolor, sufrimiento y descontento, decepción y representaron momentos de ansiedad, temeridad y sobre todo miedo de dolor, los procedimientos y el estado de salud de sus hijos.

Sin embargo, evidencia que los buenos sentimientos, como la fe y el amor, se que sobresale hacia fuera sobre el nacimiento de sus hijos, cuando finalmente, en sus percepciones, tuvo la recompensa de un período difícil.

Se sabe que el período de trabajo es individual para cada mujer. Los sentimientos y los momentos son únicos, pero el montaje de forma plural singular desarrollo fue la necesidad de apoyo, atención, escucha y, principalmente, información para estas mujeres, una vez el embarazo de alto riesgo comprende un momento de gran inestabilidad biológica, psicológica y emocional.

Uno puede ver que las prácticas integradas en estos momentos no están siendo eficaces como la atención a las mujeres en embarazo de alto riesgo sometidos a inducción de trabajo. Han contribuido a la aparición de sentimientos negativos en este momento tan único y femenino.

Como expuesto en el estudio, la sen-

sación de miedo está presente por un largo tiempo durante el proceso de parto de estas mujeres. El miedo se relaciona con lo desconocido, por lo que se puede ver que las mujeres llegan a la entrega sin conocimiento previo de lo que es el proceso de inducción, y cuáles son las implicaciones y posibles resultados.

Es necesario hacer un cambio en los modelos de atención a la mujer en embarazo, para tener una mejor preparación para el proceso de parto del cuidado prenatal. Profesionales, enfermeras obstétricas en particular que se reúnen conjuntamente con el médico personal de enfermería debe incorporar prácticas tecnológicas para las mujeres y sus familias, con el fin de mitigar posibles males-tares en este momento importante.

El importante papel de la enfermería obstétrica debe trascender los procedimientos invasivos y farmacológicos que producen una sensación dolorosa y ofrecen mayor comodidad y bienestar a su esposa durante su proceso de inducción.

La comunicación efectiva entre profesionales de la salud, mujeres y familias a unirse hace esencial para permitir la reducción en sentimientos como la culpa y la insatisfacción.

Ciertas prácticas en el estudio generan descontento por parte de la mujer embarazada, causando sentimientos de desestimulo de futuros embarazos.

Se espera que este estudio contribuya a una nueva visión de los profesionales que asisten a las mujeres involucradas en este proceso, en particular a las enfermeras que se encargan de la ciencia del cuidado. Un cuidado aspecto completo e integral que satisface las necesidades del binomio madre-bebé.

Se tiene como limitaciones del estudio cualitativo la pequeña muestra de los participantes, con la posibilidad restringida de las generalizaciones.

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. Wilhelm L, Alves CN, Demori CC, Silva SC, Meincke SMK, Ressel LB. Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [internet] 2015 [cited 2016 feb 02]; 14(3): 284-293. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5206>. doi:<http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20155206>.
3. Camacho KG, Progianti JM. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 jul/set [cited 2016 feb 02];15(3):648-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>. doi: 10.5216/ree.v15i3.18588.
4. Camara, RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.* [Internet]. 2013 jul; [cited 2016 Fev 02]; 6(2): 179-191. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200003&lng=pt.
5. Gomes ML, Moura MAV, Souza IEO. Obstetrical practice by nurses in institutional childbirth: a possibility for emancipatory knowledge. *Text Context Nursing, Florianópolis*, 2013 Jul-Set; 22(3): 763-71.
6. Oliveira DC, Mandú ENT. Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2015; 19(1): 93-101.
7. Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev. bras. enferm.* [internet]. 2011; [cited 2016 Fev 02]; 64(1): 60-65. ISSN 0034-7167. Available from <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100009>.
8. Oliveira VJ, Madeira, AMF, Penna CMM. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a Luz e a Escuridão. *Rev. Rene.* 2011; 12(1): 49-56.
9. Silva MRC, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Vargas GSA, Sá AMP. The perception of high-risk pregnant women about the hospitalization process. *Rev. enferm. UERJ.* [internet] 2013 [cited 2016 feb 02]; 21(esp.2):792-7.
10. Oliveira VJ, Madeira AMF. Interagindo com a Equipe Multiprofissional: As Interfaces da Assistência na Gestaçao de Alto Risco. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*[internet] 2011 [cited 2016 feb 02]; 15(1): 103-109.
11. Ministério da Saúde (Brasil) Cadernos Humaniza Sus. Humanizaçao do Parto e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
12. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN-SP 015/2012 CT. PRCI nº 99.068/2012. Administração de misoprostol no colo uterino em aborto com prescriçao médica. 2012.
13. Lagomarsino BS, Sand ICPV, Perlini NMOG, Linck CL, Ressel LB. A cultura mediando preferência pelos tipos de parto: Entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais. *REME rev. min. enferm.* 2013;17(3):680-687.
14. Soares GCF, Andretto DA, Diniz CSG, Narchi NZ. Adjustment disorders in the postpartum resulting from childbirth: a descriptive and exploratory study. *Online Braz J Nurs* [internet]. 2012 [cited 2016 feb 02] 11(3),907-922. Available from:<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3884/pdf>.
15. Wei CY, Gualda DMR Santos Junior HPO. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepçao de um grupo de puerpéra. *Texto & contexto enferm.* [internet] 2011 [cited 2016 feb 02]; 20 (4) 717-25.
16. Medeiros J, Hamad GBNZ, Costa RRO, Chaves AEP, de Medeiros SM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepçao de puérperas. *Espaç. saúde* 2015; 16 (2): 37-44.
17. Brasil EGM, Queiroz MVO, Fernandes AFC, Costa RF, Xavier EO. Perception of women on the care in the childbirth: contributions to nursing. *Acta sci., Health sci.* 2013 [cited 2016 feb 02]; 35(2): 195-200. Doi: 10.4025/actascihealthsci.v35i2.10442

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: 22/02/2016
Revisado: 29/04/2016
Aprobado: 29/04/2016