


ARTÍCULO ORIGINAL


Dimensiones emocionales y sociales de la gestación de alto riesgo en la atención especializada: una investigación cualitativa*


HIGHLIGHTS


1. Las gestantes de alto riesgo necesitan vigilancia obstétrica constante.
2. Los protocolos obstétricos promueven la seguridad materno-infantil.
3. La atención humanizada en la asistencia obstétrica es fundamental.
4. El equipo multidisciplinario debe ser valorado.

Ana Claudia Sierra Martins¹ 


Márcia Vieira dos Santos¹ 

Stephanie Vanessa Penafort Martins Cavalcante¹ 

Raquel Dias Botelho Borborema¹ 

Bianca Dargam Gomes Vieira¹ 

Diego Pereira Rodrigues¹ 

Valdecyr Herdy Alves¹ 

RESUMEN

Objetivo: Analizar las experiencias emocionales y sociales de gestantes de alto riesgo en seguimiento en un centro de referencia, a la luz de la Teoría del Alcance de Metas de Imogene King. **Método:** Estudio cualitativo, realizado con 20 gestantes de Três Rios, Rio de Janeiro, entre noviembre y diciembre de 2024, mediante entrevistas semiestructuradas. Los datos fueron analizados mediante análisis léxico, con el auxilio del software IRaMuTeQ, y sometidos al Análisis de Contenido temático. **Resultados:** Las participantes eran, en su mayoría, mujeres con educación secundaria completa, de bajos ingresos familiares y autodeclaradas pardas. Los hallazgos se organizaron en dos ejes centrales: Vivencias emocionales frente a la gestación de alto riesgo y Percepciones sobre el seguimiento en el Centro Especializado en Salud de la Mujer. Las narrativas revelaron miedo, susto y preocupación, que fueron resignificados a partir de la interacción con el equipo multiprofesional. **Consideraciones finales:** La gestación demanda cuidado integral que trasciende la dimensión clínica. La interacción terapéutica y la negociación de metas contribuyen a la autonomía y al fortalecimiento del vínculo.

DESCRIPTORES: Enfermería Obstétrica; Grupo de Atención al Paciente; Atención Prenatal; Embarazo de Alto Riesgo; Mortalidad Materna.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Martins ACS, dos Santos MV, Cavalcante SVPM, Borborema RDB, Vieira BDG, Rodrigues DP, et al. Dimensiones emocionales y sociales de la gestación de alto riesgo en la atención especializada: una investigación cualitativa. Cogitare Enferm [Internet]. 2026 [cited "insert year, month and day"];31:e101198es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v31i0.101198es>

INTRODUCCIÓN

La gestación de alto riesgo (GAR) se caracteriza por la mayor probabilidad de complicaciones maternas o fetales, asociadas a condiciones clínicas previas, complicaciones en la gestación actual o factores socioambientales que aumentan la vulnerabilidad de la mujer¹. Las gestaciones de alto riesgo predisponen a cuadros de morbilidad materna grave, *near miss* y aumento del riesgo de mortalidad materna. Este escenario impone atención específica del gobierno, desafíos a los servicios de salud y refuerza la necesidad de una red organizada que ofrezca seguimiento integral y seguro, incluido el uso de herramientas de vigilancia obstétrica, con la comprensión de que la muerte materna no puede atribuirse a un único factor².

La Morbilidad Materna Grave (MMG) es un marcador relevante de calidad asistencial y de desigualdades en los sistemas de salud, siendo necesario el uso de métodos mejorados para identificar, documentar y revisar las muertes maternas³. Estudios internacionales señalan fragilidades en la adherencia a herramientas de vigilancia, como el *Modified Early Obstetric Warning Score* (MEOWS), y heterogeneidad en la disponibilidad de recursos, camas y protocolos⁴. En Ruanda, por ejemplo, el 54,3% de las gestantes de alto riesgo ingresadas en Unidades de Cuidados Intensivos evolucionaron hacia el óbito, lo que destaca la importancia del monitoreo clínico⁴.

El MEOWS, recomendado por el informe del *Confidential Enquiry into Maternal and Child Health* (CEMACH 2003–2005), presenta elevada sensibilidad y valor predictivo, permitiendo identificar precozmente morbilidades como hemorragia, hipertensión gestacional e infección⁵. Sin embargo, las limitaciones de recursos, la ausencia de protocolos estandarizados y la restricción diagnóstica contribuyen a desenlaces adversos, incluidos *Near Miss* y muerte materna, evidenciando disparidades entre países con diferentes niveles de desarrollo⁶⁻⁷.

En Brasil, la razón de mortalidad materna fue de 44 por 100.000 nacidos vivos en 2015, superior a la de países de altos ingresos, como Italia (2), Suecia (4), Canadá (10) y Estados Unidos (19)². A pesar de la reducción del 49% entre 1990 y 2019, según el *Global Burden of Disease Study*⁸, el país aún no ha alcanzado las metas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que prevén menos de 70 muertes por 100.000 nacidos vivos hasta 2030 y, para Brasil, 30 por 100.000 en el mismo período. Este escenario evidencia la persistencia de desigualdades y muertes evitables relacionadas con la gestación y el parto⁹.

Aunque las políticas públicas, como la Rede Alyne, lanzada en Brasil en 2024 con el objetivo de reducir la morbimortalidad materna, buscan articular los niveles de atención y garantizar la continuidad en el cuidado materno-infantil¹⁰, persisten fragilidades, especialmente en la escucha calificada y en el protagonismo de la gestante, que representan barreras significativas para la búsqueda de atención¹¹⁻¹². La atención prenatal, especialmente en el seguimiento de gestaciones de alto riesgo, desempeña un papel central en la identificación precoz de situaciones de riesgo y en la organización de flujos de referencia y contrareferencia¹.

Ante este contexto, se justifica el presente estudio, que integra una investigación de doctorado titulada: Puntaje de Alerta Obstétrica Temprana Modificado, a la Luz de la Teoría del Alcance de Metas de *Imogene King*, en un Municipio de la Región Sur Fluminense.

Como referencial teórico, se adoptó la Teoría del Alcance de Metas de *Imogene King*, que dirige la mirada hacia la interacción entre el profesional y la gestante, valorando el diálogo, la construcción conjunta de objetivos y la integralidad del

cuidado¹³. Este enfoque permite comprender narrativas más allá de los aspectos clínicos, incorporando dimensiones relacionales y sociales que sustentan prácticas humanizadas y participativas¹³⁻¹⁴ recomendadas para el cuidado de gestantes¹⁵.

La construcción de las preguntas orientadoras resultó de la articulación entre tres ejes fundamentales: el referencial teórico, que valora la interacción y la construcción compartida de metas en el cuidado; la realidad empírica local, marcada por fragilidades en la organización de la línea de cuidado materno-infantil y por derivaciones tardías al servicio especializado; y el objeto de la investigación, centrado en las experiencias emocionales y sociales de gestantes de alto riesgo seguidas en el Centro Especializado en Salud de la Mujer (CESM).

Para este estudio, se analizaron las cuestiones relacionadas con el descubrimiento de la gestación, la atención previa y los sentimientos asociados a la llegada al CESM. Los análisis fueron orientados por las siguientes preguntas: ¿cómo perciben y resignifican sus emociones las gestantes de alto riesgo a lo largo del seguimiento en un servicio especializado? ¿De qué manera la interacción con el equipo multiprofesional influye en la construcción de seguridad, autonomía y adherencia al prenatal de alto riesgo? ¿Qué elementos del cuidado especializado son percibidos como mediadores entre la inseguridad inicial y la confianza en el proceso gestacional?

La convergencia de estos elementos reveló la necesidad de comprender, más allá de los aspectos clínicos, cómo estas mujeres perciben, sienten y atribuyen significado al cuidado recibido en el prenatal de alto riesgo, especialmente en lo que respecta a las relaciones construidas con los profesionales de salud y a su participación en el proceso de cuidado.

Así, este estudio tuvo como objetivo analizar las experiencias emocionales y sociales de gestantes de alto riesgo en seguimiento en un centro de referencia, a la luz de la Teoría del Alcance de Metas de Imogene King.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, conforme al *Check list del Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*¹⁶⁻¹⁷, asegurando rigor metodológico, transparencia y reproducibilidad. El diseño resultó coherente con el objetivo de analizar las experiencias emocionales y sociales de gestantes en el prenatal de alto riesgo, en un escenario asistencial claramente delimitado. La definición de la muestra siguió el criterio de saturación teórica, y la recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas grabadas y posteriormente transcritas, asociadas a la caracterización sociodemográfica de las participantes. El análisis fue conducido de forma sistemática, con apoyo del *software IRaMuTeQ*¹⁸ y del Análisis de Contenido temático¹⁹, garantizando consistencia analítica y reducción de la subjetividad interpretativa.

De este modo, se realizaron 20 entrevistas, analizadas de forma concomitante a la recolección de datos. La muestra fue definida por el criterio de saturación teórica, alcanzada al final de la recolección, cuando no emergieron nuevos núcleos de sentido o categorías relevantes, indicando la suficiencia del *corpus* para la comprensión de las experiencias emocionales y sociales en el contexto del prenatal de alto riesgo.

Se incluyeron gestantes clasificadas como de alto riesgo, en seguimiento regular en el CESM, con edad igual o superior a 14 años, en condiciones clínicas y cognitivas para

responder a las entrevistas y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio, con la manifestación libre e informada del consentimiento, en respeto a los principios éticos que orientan las investigaciones con seres humanos.

Las participantes fueron abordadas de forma presencial por la investigadora principal después de las consultas de rutina en el servicio. Durante el período de recolección, 20 gestantes fueron invitadas a participar en el estudio. No hubo pérdidas después de la aceptación, ya que todas las participantes que consintieron fueron entrevistadas hasta la conclusión de la recolección.

La recolección de datos se realizó entre noviembre y diciembre de 2024, en el CESM, ubicado en el municipio de Três Rios (RJ). Las entrevistas tuvieron lugar después de la consulta médica o de enfermería, en un momento previamente programado según la disponibilidad de las participantes, y se realizaron en una sala reservada en el propio servicio, garantizando privacidad y confidencialidad.

Inicialmente, los datos fueron recolectados mediante el llenado de un instrumento denominado Guión de Entrevista Semiestructurada, elaborado por la investigadora principal con base en los objetivos del estudio y en el referencial teórico adoptado. El instrumento fue organizado en cuatro partes: (1) datos socioeconómicos y demográficos; (2) obstétricos; (3) datos específicos de la investigación; y (4) experiencia en el prenatal de alto riesgo.

La producción de los datos cualitativos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, guiadas por un guión previamente elaborado, con la siguiente pregunta disparadora: Cuénteme cómo fue para usted descubrir que su gestación es de alto riesgo y cómo ha sido su experiencia en el seguimiento en el CESM. Todas las entrevistas fueron grabadas en la aplicación Easy Voice Recorder con autorización previa, después de explicaciones sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios de la investigación y la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) y, en los casos de menores de 18 años, también del Término de Asentimiento Libre e Informado (TALI). Se informó a las participantes que podían rechazar o interrumpir su participación en cualquier momento, sin perjuicio alguno para su atención.

Las entrevistas fueron registradas y posteriormente transcritas de forma íntegra. Las transcripciones fueron cotejadas con los audios originales por la propia investigadora, a fin de asegurar la fidelidad del material empírico. El material textual fue procesado en el software IRaMuTeQ, posibilitando la aplicación de estadísticas textuales, incluidas la distribución del corpus, el gráfico de Zipf, la nube de palabras y el análisis de similitud. Posteriormente, los datos fueron analizados mediante la técnica de Análisis de Contenido temático, permitiendo la identificación, codificación y organización de las unidades de sentido.

La codificación y la organización de las unidades de sentido fueron realizadas por la investigadora principal. Para fortalecer el rigor analítico, las categorías e interpretaciones iniciales fueron discutidas con el director de la investigación, quien actuó como revisor crítico externo, contribuyendo al perfeccionamiento del proceso interpretativo. No se realizó codificación independiente por múltiples investigadores, en razón del diseño del estudio y de su carácter exploratorio. Aun así, se adoptó la lectura reiterada del corpus y la reflexión continua sobre las categorías emergentes como estrategias para ampliar la consistencia y la coherencia analíticas.

Las transcripciones y los resultados no fueron sometidos a la validación por parte de las participantes (*member checking*). Esta etapa no se realizó debido a las limitaciones

de tiempo y a la dificultad de recontactar a las mujeres después del término del seguimiento en el servicio, aspecto considerado en la interpretación de los hallazgos.

Los resultados fueron interpretados a la luz de la Teoría del Alcance de Metas de Imogene King¹³, que orienta la comprensión de la interacción enfermera–gestante, destacando la negociación de objetivos de cuidado, la centralidad de la comunicación y la construcción de metas compartidas. Esta perspectiva permitió analizar los discursos no solo en términos de contenido textual, sino también considerando las interacciones y las metas de salud, reforzando la dimensión relacional e integral del cuidado en el prenatal de alto riesgo.

El estudio cumplió con los principios éticos preconizados por la Resolución n° 466/2012 del Consejo Nacional de Salud²⁰ y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (dictamen n° 7.076.282/2024). Para preservar el anonimato y la confidencialidad, las mujeres fueron identificadas mediante seudónimos inspirados en teóricas de la enfermería y en mujeres de relevancia histórica.

RESULTADOS

Caracterización de las participantes y del corpus analizado

Participaron en el estudio 20 gestantes en seguimiento prenatal de alto riesgo, con edades entre 14 y 41 años, todas hablantes del idioma portugués. Las condiciones asociadas al alto riesgo incluyeron enfermedades crónicas previas, complicaciones gestacionales, edad materna avanzada, antecedentes reproductivos desfavorables y gestaciones no planificadas.

El *corpus* textual estuvo compuesto por 1.562 ocurrencias léxicas, distribuidas en 162 formas distintas, de las cuales 77 fueron *hapax*, correspondiendo al 4,93% de las ocurrencias y al 47,53% de las formas. El promedio de 78 ocurrencias por entrevista indica homogeneidad del material y densidad analítica adecuada para la interpretación cualitativa.

En cuanto al perfil sociodemográfico de las participantes (n=20), se observó predominancia de mujeres con educación secundaria completa 14 (70%) y renta familiar entre uno y dos salarios mínimos 17 (85%), conforme a la Tabla 1.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de gestantes de alto riesgo. Três Rios, RJ, Brasil, 2025

Variables sociodemográficas	n	%
Escolaridad		
Educación primaria incompleta	6	30
Educación secundaria completa	14	70
Renta familiar (salarios mínimos)		
1 a 2	17	85
3 o más	3	15
Autodeclaración étnico-racial		
Parda	12	60
Blanca	5	25
Negra	3	15

Fuente: Los autores (2025).

Los resultados se organizaron en dos categorías temáticas centrales: (1) Vivencias emocionales frente a la gestación de alto riesgo y (2) Percepciones sobre el seguimiento en el CESM, que expresan el movimiento de transformación de las experiencias de las gestantes a lo largo del cuidado especializado.

Vivencias emocionales frente a la gestación de alto riesgo

El descubrimiento de la gestación de alto riesgo fue, para la mayoría de las participantes, un momento marcado por miedo, susto y preocupación. Estos sentimientos estaban relacionados con el diagnóstico de las condiciones clínicas, la posibilidad de complicaciones maternas y fetales, las experiencias reproductivas anteriores y las incertidumbres sobre la evolución de la gestación.

Algunas mujeres refirieron inseguridad con respecto al tratamiento, especialmente en cuanto a la necesidad y la disponibilidad de medicamentos. Otras asociaron el susto al embarazo no planificado, a la ausencia de la pareja o al desconocimiento inicial de la condición. Al mismo tiempo, surgieron relatos de alegría y sorpresa, revelando una experiencia marcada por sentimientos ambiguos.

Percepciones sobre el seguimiento en el CESM

Con el inicio del seguimiento en el CESM, las participantes comenzaron a relatar mayor tranquilidad, seguridad y confianza. Estos sentimientos fueron atribuidos a la presencia constante del equipo multiprofesional, al vínculo establecido y a la posibilidad de realizarse exámenes y consultas en el mismo servicio.

La atención recibida fue descrita como fundamental para la reducción de la ansiedad y para la adherencia al prenatal de alto riesgo. Aunque algunas mujeres mencionaron dificultades de acceso, como los costos del transporte y la distancia, el seguimiento fue reconocido como esencial para la seguridad materna y fetal.

Los hallazgos se organizaron en dos ejes temáticos centrales, que se despliegan en cinco núcleos de sentido interrelacionados: miedo, susto y preocupación inicial; seguridad y confianza en el CESM; alegría y satisfacción con el cuidado; ambivalencia emocional; y resignificación progresiva de la experiencia gestacional.

Estos núcleos revelan que, aunque inicialmente marcada por la inseguridad, la gestación de alto riesgo atraviesa un proceso de transformación a partir del vínculo con el servicio y con los profesionales de salud.

Análisis léxico y articulación con las narrativas

El análisis de similitud evidenció dos núcleos semánticos centrales (Figura 1). El primero, más ramificado, reunió términos relacionados con las vivencias emocionales de las gestantes, como miedo, susto, preocupación y ansiedad, reflejando el impacto inicial del diagnóstico de alto riesgo. El segundo núcleo, más lineal, concentró palabras asociadas al cuidado profesional, como médico, obstetra, equipo y atención.

La conexión entre estos núcleos demuestra que las experiencias emocionales están directamente relacionadas con la percepción del soporte técnico y de la asistencia recibida, indicando que el cuidado especializado actúa como mediador de la inseguridad vivenciada al inicio de la gestación de alto riesgo. Esta relación se expresa en narrativas que destacan la tranquilidad generada por la presencia del seguimiento profesional especializado.



Figura 1. Árbol de similitud: impacto del diagnóstico y percepción de seguridad y soporte. Três Rios, RJ, Brasil, 2025

Fuente: Los autores (2025).

La nube de palabras (Figura 2) profundiza la comprensión de la experiencia de las gestantes al evidenciar la centralidad del término CESM como eje estructurante de las narrativas. La elevada frecuencia de este vocablo, articulado con términos de naturaleza técnica, como médico, obstetra y equipo, indica que el servicio especializado ocupa un lugar central en la organización del cuidado y en la percepción de seguridad clínica. Paralelamente, la asociación recurrente con palabras de carácter afectivo, como tranquila, feliz y sentimiento, revela que la vivencia en el CESM trasciende la dimensión biomédica, incorporando elementos de acogida, escucha y vínculo.

Esta coexistencia de términos técnicos y emocionales sugiere que el seguimiento en el prenatal de alto riesgo es percibido por las gestantes como un espacio de cuidado integral, en el que el soporte profesional actúa no solo en el control de las condiciones clínicas, sino también en la mediación de las emociones suscitadas por la gestación de alto riesgo. Las narrativas indican que la presencia continua del equipo y la organización del servicio contribuyen a la resignificación de la experiencia gestacional, transformando sentimientos iniciales de miedo e inseguridad en mayor confianza y tranquilidad a lo largo del seguimiento.



Figura 2. Nube de palabras de las entrevistas analizadas en IRaMuTeQ. Três Rios, RJ, Brasil, 2025

Fuente: Los autores (2025).

De forma integrada, los resultados evidencian que la experiencia de la gestación de alto riesgo es inicialmente transversal a los sentimientos de miedo, susto y preocupación, fuertemente relacionados con las condiciones clínicas y las incertidumbres sobre la evolución gestacional. Sin embargo, a medida que las gestantes son incorporadas al seguimiento especializado, se observa una resignificación progresiva de esta vivencia, mediada por la presencia del servicio, la actuación del equipo multiprofesional y el vínculo establecido a lo largo del prenatal.

El análisis léxico, en consonancia con las narrativas, demuestra que el CESM se configura como elemento central en la organización del cuidado y en la percepción de seguridad, articulando dimensiones técnicas y afectivas. Estos hallazgos revelan que el prenatal de alto riesgo, cuando se estructura en una lógica de cuidado integral, contribuye no solo al manejo clínico, sino también a la reducción de la inseguridad emocional de las gestantes.

DISCUSIÓN

El análisis de las entrevistas evidenció la complejidad de la experiencia de las gestantes en seguimiento en el CESM, marcada por la coexistencia de sentimientos ambiguos y por un proceso de resignificación progresiva a lo largo del prenatal. Este contexto refleja condiciones de vulnerabilidad social y emocional que influyen directamente en la percepción del riesgo y en la relación con el cuidado especializado.

Los hallazgos demuestran que los sentimientos iniciales de miedo, susto y ansiedad, asociados al diagnóstico de la gestación de alto riesgo, pasan a coexistir con percepciones de acogida, seguridad y confianza a medida que las mujeres son incorporadas al seguimiento especializado. Este movimiento confirma la relevancia de la atención integral en la reducción de la inseguridad emocional y en el fortalecimiento del vínculo con el servicio de salud²¹⁻²².

La centralidad del CESM, evidenciada en el análisis léxico y en las narrativas, refuerza el papel del servicio como eje organizador de la experiencia gestacional. La presencia constante del equipo multiprofesional, la realización de consultas y exámenes en el mismo espacio y la continuidad del seguimiento fueron reconocidas como elementos que contribuyen a mayor tranquilidad y adherencia al prenatal, hallazgo convergente con la literatura²¹⁻²³.

A la luz de la Teoría del Alcance de Metas de Imogene King, los resultados pueden comprenderse como expresión de un proceso interaccional en el que la relación establecida entre gestantes y profesionales favorece la resignificación de la experiencia del riesgo. En el nivel personal, los sentimientos de miedo y preocupación reflejan la percepción individual de la amenaza; en el nivel interpersonal, el vínculo con el servicio y con el equipo sustenta la construcción de la confianza; y, en el nivel social, el acceso al cuidado especializado amplía la sensación de soporte y seguridad¹³⁻¹⁶.

Las categorías identificadas, miedo, susto y preocupación inicial; seguridad y confianza en el CESM; alegría y satisfacción con el cuidado; ambivalencia emocional; y resignificación progresiva de la experiencia gestacional, evidencian que la gestación de alto riesgo no se configura como un proceso lineal, sino como una vivencia dinámica, permeada por transformaciones emocionales a lo largo del seguimiento. Estos resultados refuerzan que el vínculo, la comunicación y la acogida constituyen elementos centrales para la construcción de una experiencia más positiva^{22,24}.

Las dificultades de acceso, especialmente relacionadas con la distancia y los costos del transporte, también emergieron como aspectos que interfieren en la experiencia de las gestantes, indicando la necesidad de políticas públicas orientadas por la equidad en el acceso a los servicios de salud²³⁻²⁵. Aun así, el seguimiento en el CESM fue reconocido como esencial para la seguridad materna y fetal, reforzando la importancia de los servicios especializados como dispositivos de apoyo emocional y técnico.

Como limitación, se destaca la realización del estudio en un único servicio, con número restringido de participantes, lo que puede limitar la transferibilidad de los hallazgos. Se recomienda que investigaciones futuras amplíen los escenarios investigados y profundicen el análisis de las dimensiones emocionales y relacionales involucradas en el prenatal de alto riesgo.

De forma articulada, los resultados evidencian que la experiencia de la gestación de alto riesgo trasciende la dimensión biomédica, siendo atravesada por aspectos emocionales y relacionales que se resignifican progresivamente a partir del vínculo con el servicio y con los profesionales^{13-14,26-27}. Así, los hallazgos refuerzan la relevancia de las prácticas multiprofesionales y de la atención integral como fundamentos para un cuidado materno seguro, humanizado y centrado en la persona^{14,22,24,26-30}.

La investigadora principal, enfermera obstetra, doctoranda, investigadora del PACCS y coordinadora del servicio, reconoce que su posición institucional y trayectoria profesional en el cuidado de gestantes de alto riesgo pueden haber influido en la recolección e interpretación de los datos. Su función de coordinación, junto con la identidad profesional, puede haber sido percibida por las participantes como una posición de autoridad, favoreciendo respuestas socialmente deseables.

CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo del prenatal de alto riesgo, los sentimientos de miedo, susto y ansiedad, presentes desde el descubrimiento de la gestación, no se extinguen, sino que pasan a coexistir con experiencias de acogida, seguridad y esperanza. La interacción en el Centro de Especialidades en Salud de la Mujer, basada en el vínculo con el equipo multiprofesional, se mostró relevante para resignificar vivencias negativas, favoreciendo la adherencia al cuidado, la confianza en los profesionales y el protagonismo materno. Al abordar dimensiones subjetivas, el estudio contribuye al avance del conocimiento al complementar evidencias predominantemente clínicas y biomédicas.

En la práctica asistencial, la aplicación de la Teoría del Alcance de Metas de Imogene King evidenció que la comunicación efectiva y la negociación de metas compartidas son centrales para la calificación del cuidado. Los hallazgos apuntan la necesidad de acciones como el fortalecimiento del vínculo terapéutico, la escucha calificada, la acogida de las demandas emocionales y la valorización de la autonomía de las mujeres. Se destaca el papel del enfermero como mediador de la interacción terapéutica, integrando aspectos técnicos, emocionales y sociales para la seguridad y la calidad de la asistencia.

En el ámbito de las políticas públicas, los resultados sustentan el perfeccionamiento de protocolos y estrategias de atención integral en el Sistema Único de Salud (SUS), en consonancia con la Rede Alyne. Se evidencia la importancia de incorporar, en los documentos normativos y flujos asistenciales, enfoques que valoren la interacción terapéutica, la negociación de metas y la acogida emocional como componentes estructurantes del cuidado. Estos elementos contribuyen a la calificación de la red, fortaleciendo la actuación multiprofesional, el protagonismo materno y la continuidad

del cuidado, con potencial de impactar positivamente en los desenlaces maternos y de ampliar la efectividad, la seguridad y la humanización de la asistencia en el prenatal de alto riesgo.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico* [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2025 Jul 14]. 302 p. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
2. Pacagnella RC, Nakamura-Pereira M, Gomes-Sponholz F, de Aguiar RALP, Guerra GVQL, Diniz CSG, et al. Maternal mortality in Brazil: proposals and strategies for its reduction. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jul 14];40(9):501-6. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1672181>
3. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss: towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2009 [cited 2025 Jul 16];23(3):287-96. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007>
4. Tuyishime E, Ingabire H, Mvukiyehe JP, Durieux M, Twagirumugabe T. Implementing the Risk Identification (RI) and Modified Early Obstetric Warning Signs (MEOWS) tool in district hospitals in Rwanda: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jul 14];20:568. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03187-1>
5. Carle C, Alexander P, Columb M, Johal J. Design and internal validation of an obstetric early warning score: secondary analysis of the Intensive Care National Audit and Research Centre Case Mix Programme database. *Anaesthesia* [Internet]. 2013 [cited 2025 Jul 14];68(4):354-67. Available from: <https://doi.org/10.1111/anae.12180>
6. Diguisto C, Saucedo M, Kallianidis A, Bloemenkamp K, Bødker B, Buoncristiano M, et al. Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population-based study. *BMJ* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jul 14];379:e070621. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070621>
7. World Health Organization (WHO). Maternal mortality [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Sep 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
8. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. The Sustainable Development Goals report 2025 [Internet]. New York: United Nations; 2025 [cited 2025 Sep 5]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2025/>
9. Chirowa F, Atwood S, Van der Putten M. Gender inequality, health expenditure and maternal mortality in sub-Saharan Africa: a secondary data analysis. *Afr J Prim Health Care Fam Med* [Internet]. 2013 [cited 2025 Sep 5];5(1):471. Available from: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v5i1.471>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Alyne: saúde reforça ações para reduzir a mortalidade materna de mulheres negras [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [cited 2025 Sep 5]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/rede-alyne-saude-reforca-acoes-para-reduzir-a-mortalidade-materna-de-mulheres-negras>
11. Cecatti JG, Souza RT, Pacagnella RC, Leal MC, Moura EC, Santos LMP. Maternal near miss among women using the public health system in the Amazon and Northeast regions of Brazil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [cited 2025 Sep 5];37(4-5):232-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26208190/>
12. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RMSM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health* [Internet]. 2016 [cited 2025 Sep 5];13(Suppl 3):127. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0230-0>

13. King IM. A theory for nursing: systems, concepts, process. Albany (NY): Delmar; 1981. Cap. 4, p. 61.
14. King IM. King's conceptual system, theory of goal attainment, and transaction process in the 21st century. *Nurs Sci Q* [Internet]. 2007 [cited 2025 Sep 5];20(2):109-11. Available from: <https://doi.org/10.1177/0894318407299846>
15. Páfs J, Musafili A, Binder-Finnema P, Klingberg-Allvin M, Rulisa S, Essén B. Beyond the numbers of maternal near-miss in Rwanda: a qualitative study on women's perspectives on access and experiences of care in early and late stage of pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016 [cited 2025 Sep 5];16:257. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1051-4>
16. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2025 Sep 5]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [cited 2026 Jan 18];19(6):349-57. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
18. de Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [cited 2025 Sep 5];52:e03353. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>
19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2015. 288 p.
20. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2025 Sep 5]. Available from: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
21. Lansky S, Friche AAL, da Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, de Carvalho ML, et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 [cited 2025 Sep 4];30(Suppl 1):S192-S207. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25167179/>
22. de Melo EMOP, Ferreira PL, de Lima RAG, de Mello DF. The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2025 Sep 5];22(3):432-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25029054/>
23. Silva CS, de Souza KV, Alves VH, Cabrita BAC, da Silva LR. Nurse's performance in prenatal consultation: limits and capabilities. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online* [Internet]. 2016 [cited 2025 Sep 5];8(2):4087-98. Available from: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/53776>
24. Brufatto JPT, Dias TM, D'Abreu NB, Rehder PM. Reproductive planning and the choice of long-acting reversible contraceptive in primary health care: a cross-sectional study. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 5];45(8):e456-e64. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1772188>
25. da Silva SC, Morais BX, Munhoz OL, Ongaro JD, Urbanetto JS, Magnago TSBS. Patient safety culture and missed nursing care in obstetrics. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 5];29:e3461. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4855.3461>
26. Ferreira MBG, Silveira CF, da Silva SR, de Souza DJ, Ruiz MT. Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2025 Sep 4];50(2):320-30. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200020>
27. Coates D, Thirukumar P, Henry A. Women's experiences and satisfaction with having a cesarean birth: an integrative review. *Birth*. [Internet]. 2020 [cited 2026 Abr 26];47(2):169-182. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12478>
28. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2022 [cited 2026 Apr 25];35(7):e00223018. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>

29. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1996 [cited 2025 Sep 5]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm
30. Brasil. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263/1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2022 [cited 2025 Sep 5]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14443.htm

Emotional and social dimensions of high-risk pregnancy in specialized care: a qualitative study***ABSTRACT**

Objective: To analyze the emotional and social experiences of high-risk pregnant women under follow-up at a referral center, in light of Imogene King's Theory of Goal Attainment. **Method:** A qualitative study conducted with 20 pregnant women from Três Rios, Rio de Janeiro, between November and December 2024, using semi-structured interviews. Data were analyzed by lexical analysis with the aid of the IRaMuTeQ software, and subjected to thematic Content Analysis. **Results:** The participants were predominantly women with a high school education, low family income, and self-declared of mixed race. The findings were organized into two central axes: Emotional experiences in the face of high-risk pregnancy and Perceptions of follow-up at the Women's Health Specialty Center. The narratives revealed fear, shock, and concern, which were reframed through interaction with the multiprofessional team. **Final Considerations:** Pregnancy demands comprehensive care that transcends the clinical dimension. Therapeutic interaction and goal negotiation contribute to autonomy and the strengthening of the therapeutic bond.

DESCRIPTORS: Obstetric Nursing; Patient Care Team; Prenatal Care; Pregnancy, High-Risk; Maternal Mortality.

*Artículo extraído de la tesis doctoral: "Escore de alerta obstétrico precoce modificado, à luz da Teoria do Alcance de Metas de Imogene King, em município da região Sul Fluminense", Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil, 2025.

Recibido en: 12/09/2025

Aprobado en: 14/04/2026

Editor asociado: Dra. Mariana Torreglosa Ruiz

Autor correspondiente:

Ana Claudia Sierra Martins

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso da Costa

Rua Dr. Celestino 74, Centro, Niterói, RJ, 24020-091

E-mail: anclaudiamartins@id.uff.br

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio -

Martins ACS, Alves VH. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Martins ACS, dos Santos MV, Cavalcante SVPM, Borborema RDB, Alves VH.** Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Martins ACS, dos Santos MV, Cavalcante SVPM, Borborema RDB, Vieira BDG, Rodrigues DP, Alves VH.** Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses:

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Disponibilidad de datos:

Los autores declaran que todos los datos están completamente disponibles en el cuerpo del artículo.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).