



Asistencia a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal desde la perspectiva de los profesionales de la salud a la luz del pensamiento de la complejidad*


Dirce Stein Backes^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-9447-1126>


Taina Ribas de Moraes¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7084-5947>


Caroline Brondani Rosa^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0001-5515-1664>


Leris Salete Bonfanti Haeffner¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2496-4345>

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-2496-2162>

Adriana Dall'Asta Pereira¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2698-2711>

Destacados: **(1)** Se concibe a la gestante y puérpera en la complejidad indivisible de ser mujer y madre. **(2)** Se sugiere la superación de enfoques reductores y simplificadores. **(3)** Se señalan rupturas y avances interprofesionales. **(4)** Se indican movimientos multiprofesionales en la salud materno-infantil. **(5)** Se sostiene el pensamiento de la complejidad como un referente pertinente y actual.

Objetivo: comprender el significado de la asistencia a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal, desde la perspectiva de los profesionales de la salud a la luz del pensamiento de la complejidad. **Método:** investigación cualitativa anclada en supuestos teóricos del pensamiento de la complejidad: indisociabilidad, complementariedad e interconectividad. Participaron 23 profesionales del área de salud materno-infantil de la región sur de Brasil. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas individuales y analizados mediante la técnica de análisis temático. **Resultados:** las tres temáticas de análisis fueron la indisociabilidad de la asistencia a la gestante y puérpera en la complejidad de ser mujer y madre; la complementariedad en la asistencia a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal; la interconectividad entre saberes y prácticas profesionales. **Conclusión:** el significado de la asistencia a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal, según la comprensión de los profesionales, está asociado a la aprehensión integral de la mujer – gestante, puérpera, madre, como una unidad indivisible.

Descriptor: Enfermería; Atención Integral de Salud; Embarazo; Periodo Posparto; Atención Primaria de Salud; Investigación Cualitativa.

* Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), proceso nº 402157/2021-4, Brasil.

¹ Universidade Franciscana, Santa Maria, RS, Brasil.

² Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil 3 Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁴ Escola Superior de Enfermagem, Coimbra, Portugal.

Cómo citar este artículo

Backes DS, Moraes TR, Rosa CB, Haeffner LSB, Galvão DMPG, Pereira ADA. Care for women in the pregnancy-puerperium cycle from the perspective of health professionals in the light of complexity thinking. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4458 [cited _____. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7313.4458>

año mes día URL

Introducción

El ciclo gravídico-puerperal se configura en la vida de una mujer como un recorrido que impone una asistencia singular y multidimensional, por excelencia. Aunque transitorio, este período se desencadena por modificaciones continuas y definitivas en la dinámica y organización del ser mujer/madre, tanto en las dimensiones físicas y emocionales como en las dimensiones socioculturales, que trascienden la maternidad⁽¹⁻³⁾.

Este período implica una dinámica indivisible que requiere, por parte de los profesionales de la salud, una comprensión y asistencia ampliada a las gestantes en las dimensiones física, emocional, social y espiritual. Sin embargo, la asistencia profesional a menudo se reduce únicamente a la dimensión física y sus contornos con la enfermedad, el riesgo de complicaciones y las intervenciones puntuales asociadas con la identificación y prevención de enfermedades⁽⁴⁻⁶⁾.

Estudios señalan que hay poca mención sobre la importancia del manejo de las demandas emocionales, sociales y espirituales de las gestantes y puérperas, debido a los enfoques dicotómicos y fragmentados en el ciclo gravídico-puerperal. Por otro lado, se reconoce que la asistencia integral, continua y complementaria puede minimizar las tensiones emocionales, físicas y mejorar el bienestar de la madre y del hijo⁽⁷⁻⁸⁾. El apoyo social y la atención emocional favorecen el vínculo madre-bebé, y la espiritualidad desempeña un papel esencial en la reducción del estrés, además de posibilitar mecanismos para enfrentarlo⁽⁹⁾.

Por lo tanto, la asistencia ampliada y multiprofesional a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal puede dinamizar procesos interactivos, complementarios y sistémicos capaces de involucrar las diferentes áreas y saberes profesionales de salud. Para ello, se requieren referencias que amplíen el pensamiento y que conciben a la mujer, gestante, puérpera, madre como una unidad compleja, no reducida a fases o dimensiones disociables⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Entre los supuestos teóricos del pensamiento de la complejidad se conciben en este estudio la indisociabilidad, la complementariedad y la interconectividad. Estos pilares trascienden el pensamiento cartesiano reduccionista regido por el orden, la separabilidad y la previsibilidad, sacudido por el desarrollo evolutivo de las ciencias. Al aprehender el ciclo gravídico en su unicidad y multidimensionalidad, el pensamiento de la complejidad tiende a superar los enfoques jerárquicos entre saberes, a rescatar las relaciones existentes entre los conocimientos y a posibilitar una asistencia ampliada y multidimensional a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal⁽¹²⁾.

En la búsqueda de una comprensión ampliada y multiprofesional, más allá del período gravídico-puerperal

del significado de ser mujer/madre, y con el deseo de contribuir al conocimiento propio de la Enfermería en la prospección de un pensamiento que integre, distinga y complemente, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es el significado de la asistencia singular y multidimensional a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal para los profesionales de la salud? Con base en lo expuesto, el objetivo es comprender el significado de la asistencia a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal desde la perspectiva de los profesionales de la salud a la luz del pensamiento de la complejidad.

Método

Tipo de estudio

Investigación cualitativa anclada en los supuestos teóricos del pensamiento de la complejidad, tales como: indisociabilidad, complementariedad e interconectividad. El pensamiento complejo posibilita un recorrido metodológico en el que el investigador es inducido a aprender, reinventarse y (re)crearse en el proceso, mediante procesos interpretativos e inductores de avances en la gestión y asistencia en salud. Como método, el pensamiento de la complejidad amplía la comprensión dinámica de ser mujer (gestante, puérpera, madre), permeada por una organización y experiencias singulares entrelazadas, en las cuales la asistencia/cuidado debe considerar la unidad indisociable en las diferentes fases, así como cada fase –gestación, parto, puerperio– en el todo complejo⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Escenario, participantes y criterios de selección

Participaron en el estudio 23 profesionales que trabajan en Unidades Básicas de Salud, específicamente en el área de salud materno-infantil. Se invitó a todos los profesionales que trabajaban en el área de salud materno-infantil de la región central de Rio Grande do Sul por más de dos años, mediante una invitación formal individual. No obstante, se incluyó solo a profesionales con experiencia comprobada en la asistencia a mujeres en el ciclo gravídico-puerperal. Se excluyeron los profesionales de salud que trabajaban exclusivamente en la gestación o en el puerperio, y los profesionales que estaban ausentes del servicio por algún motivo justificado.

Inicialmente, se estimó un total de 33 participantes con representación regional significativa en el área de salud materno-infantil, pero solo 23 profesionales de la salud cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión: 14 enfermeros, seis médicos y tres odontólogos. Los participantes fueron contactados por correo electrónico, a

partir de la información proporcionada por la coordinadora regional de salud. Los datos fueron recolectados en el lugar de trabajo de cada participante, en un espacio reservado y señalado por el propio profesional.

Técnica y período de recolección de datos

Los datos se recolectaron mediante entrevistas individuales, entre marzo y agosto de 2022, realizadas por un enfermero previamente capacitado para este fin. Las entrevistas se basaron en las siguientes preguntas: ¿cuál es el significado de la asistencia ampliada y multiprofesional a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal para usted? En su opinión, ¿cómo promover una asistencia complementaria e integradora a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal? ¿Cómo avanzar y posibilitar prácticas más interconectadas y horizontalizadas a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal? Estas preguntas se profundizaron para abarcar nuevos significados y percepciones.

Las entrevistas individuales fueron realizadas por un solo entrevistador, en el lugar, día y hora indicados por los participantes del estudio. Se priorizó crear un ambiente acogedor y libre de ruidos para asegurar la singularidad y privacidad de cada participante. Las entrevistas fueron grabadas en un grabador digital y tuvieron una duración de aproximadamente 40 minutos. Una vez organizadas, las entrevistas fueron transcritas en su totalidad en un editor de texto por dos investigadores. El conjunto de datos transcritos resultó en 68 páginas, las cuales fueron aprobadas por los entrevistados.

Tratamiento y análisis de los datos

Los datos se analizaron utilizando la técnica de análisis temático⁽¹⁵⁾, sistematizada en seis etapas, como sigue: a) ambientación – fase en la que los investigadores se sumergieron profundamente en los datos, familiarizándose ampliamente con los elementos textuales; b) compilación inductiva de códigos iniciales – etapa en la que los investigadores codificaron manual y sistemáticamente el conjunto de datos con atención plena e igual a cada elemento textual; c) generación de temas de significado – etapa en la que los diferentes códigos fueron combinados en temáticas amplias; d) revisión de las temáticas – etapa en la que los investigadores refinaron los temas para señalar, por separado, las similitudes y distinciones entre ellos; e) designación de los temas – fase en la que los investigadores identificaron la esencia/centralidad de cada tema, tanto individualmente como en conjunto; f) elaboración del informe de investigación – fase en la que los investigadores refinaron, en detalle, el conjunto de datos y, finalmente, redactaron el informe.

Este proceso de análisis no fue puntual ni lineal, sino que exigió movimientos inductivos y recursivos, como lo propone el pensamiento de la complejidad.

El proceso de análisis de los datos comenzó con las primeras entrevistas, basado en patrones de significado. Para ello, se realizaron registros constantes de ideas, *insights*, borradores y esquemas, no con el objetivo de alcanzar precisión, sino con el fin de lograr profundidad y significado, a la luz del pensamiento de la complejidad.

Aspectos éticos

Se consideraron, para el cumplimiento de los aspectos éticos, las recomendaciones de la Resolución n.º 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. Para mantener el anonimato, las declaraciones de los participantes fueron identificadas a lo largo del texto con la letra "PS" (Profesional de Salud), seguida de un número arábigo de acuerdo con el orden de las declaraciones: PS1... PS23. Los participantes fueron informados sobre los objetivos, la metodología utilizada, su derecho a acceder libremente a los datos y su derecho de retirarse en cualquier momento. Su consentimiento y aceptación para participar en la investigación se obtuvo mediante la firma del Consentimiento Informado. El proyecto fue aprobado por el comité de ética en investigación bajo el número: 5.183.232 y el Certificado de Presentación para Apreciación Ética (CAAE): 54380521.2.0000.5306.

Resultados

De los 23 participantes, la edad promedio fue de 38 años y todos contaban con educación superior completa. El tiempo de trabajo de los profesionales en el área de salud materno-infantil en el ámbito de la Atención Primaria de Salud oscilaba entre 3 y 19 años.

A continuación, se presentan las tres temáticas a la luz del pensamiento de la complejidad: la indisociabilidad de la asistencia a la gestante y puerpera en la complejidad de ser mujer y madre; la complementariedad en la asistencia a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal; la interconectividad entre saberes y prácticas profesionales.

La indisociabilidad de la asistencia a la gestante y puerpera en la complejidad de ser mujer y madre

Se denotó en las declaraciones de los participantes la necesidad de invertir en la indisociabilidad de la asistencia integral a la mujer, es decir, más allá de las fases singulares de la mujer como la gestación, el parto y el puerperio. Algunos participantes mencionaron que, en

ocasiones, el ciclo es fragmentado y se aborda en partes separadas: *Muchas veces, siento que cada profesional percibe y atiende una parte, sin lograr ver que la mujer es la misma, única, en la gestación, el parto, el puerperio y como madre* (PS 5).

El ciclo gravídico-puerperal es considerado por los participantes como un período indivisible y no reducible a consultas, exámenes, prevención de enfermedades o grupos de gestantes, ya que el desenlace favorable o no de una de las fases compromete la dinámica vital de la mujer. Un participante enfatizó la importancia de acoger y comprender a la mujer en su contexto, y que el compromiso de todos los profesionales y sectores debe conducir a la integralidad y complementariedad de la asistencia: *El embarazo, el parto y la llegada del bebé son momentos únicos en la vida de una mujer y su familia. Todo debe funcionar de forma integrada y continua. No se puede asistir a la mujer por etapas, sino acogerla y comprenderla en todas sus dimensiones. La familia debe ser acogida e integrada en todo este proceso* (PS 9).

La calidad de la atención a gestantes y puérperas, según los participantes de este estudio, debe evolucionar y alcanzar un nuevo significado, ya que perciben que la asistencia sigue fragmentada y organizada en fases distintas y puntuales. En este sentido, la calidad se tradujo en la habilidad profesional de crear espacios dialógicos y organizados en redes de atención: *Hemos avanzado mucho en la atención a gestantes y puérperas, pero aún trabajamos aislados y no vemos a la mujer gestante, puérpera, madre como una única entidad integrada en una red* (PS 10). *A veces todo está muy separado y olvidamos que la mujer que recorre los diferentes puntos de la red es la misma* (PS 12).

Algunos participantes expresaron cierta incomodidad y reconocieron claramente las fragilidades en la atención integral a la mujer. Consideran que la calidad de la asistencia implica avanzar en la comprensión teórica y en la capacidad de acoger a la mujer – gestante, puérpera, madre – en su dimensión singular y multidimensional. Al respecto, mencionaron la importancia de espacios concretos de interlocución entre los profesionales de los distintos puntos de la red, con el fin de ampliar la comprensión y discutir estrategias colegiadas de intervención: *Todos deberían tener conciencia de la función de cada profesional en la línea de atención materno-infantil. A veces solo nos preocupamos por nuestra parte y olvidamos que la gestante y la puérpera deben estar en el centro de la atención* (PS 15). *En cuanto a la cesárea, no tenemos un lenguaje unificado. Cada uno lo explica desde su punto de vista y comprensión. Esto debe mejorar mucho para que la mujer realmente ocupe el centro de la atención* (PS 17).

Aunque la mayoría de los participantes destacó avances en la atención a las mujeres durante el prenatal y el parto, un pequeño grupo subrayó la necesidad de mejorar la atención en el puerperio, que generalmente

queda relegada a un segundo plano. Un participante destacó el progreso en la humanización del parto, pero señaló que el puerperio no ha avanzado de la misma manera: *Aquí hacemos lo mejor para que la mujer tenga un parto tranquilo y humanizado, pero hablando con una puérpera, ella me dijo que nadie había vuelto a ponerse en contacto con ella después del nacimiento del niño* (PS 23).

En general, los participantes expresaron el deseo de avanzar tanto en la comprensión teórica ampliada como en la atención integral a las mujeres en el ciclo gravídico-puerperal. Si bien algunos no lograron expresarse en términos científicos, reconocen que la mujer-usuaria, gestante, puérpera o no, es un ser singular e integrante de una realidad personal, familiar y social más amplia.

La complementariedad en la asistencia a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal

Varios participantes mencionaron que, por lo general, cada profesional ve y ejecuta solo su parte, su rutina, y, en consecuencia, defiende sus especificidades locales sin considerar la red de salud: *Percibo la falta de alineamiento entre los profesionales que trabajan en la línea de salud materno-infantil. La mujer es la misma y las conductas deben converger para una mejor asistencia* (PS 4).

Un participante, en particular, señaló que la contrarreferencia rara vez ocurre por parte de los profesionales que trabajan en el área hospitalaria. Bajo este enfoque, destacó la falta de comunicación y diálogo entre los diversos sectores y actores de la red. *Ya sucedió que un niño nació con problemas y evolucionó hacia una parada cardiorrespiratoria, y nosotros, en la Unidad de Salud, no fuimos informados. Falta comunicación y comprensión del trabajo de cada profesional. Cada uno cree que está haciendo lo mejor, pero no sabemos lo que pasa del otro lado. Cada uno defiende su parte* (PS 13).

En las declaraciones de los participantes se percibió la relevancia del proceso de trabajo complementario y continuo entre los diversos servicios de la red de salud. Un participante reflexionó que, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), nadie trabaja solo o aislado, y que el usuario debe ser acogido como parte de una red, en la que cada punto es complementario al otro. *Debemos entender que en el SUS nada ocurre de forma aislada o separada. La mujer no puede estar deambulando de un servicio a otro. Todos somos responsables, no importa en qué unidad trabaje. Necesitamos ver al SUS como un gran sistema que solo funciona con la cooperación de todos los profesionales de la red* (PS 18).

Un participante, en particular, señaló que más allá del conocimiento técnico, los profesionales necesitan conocer amplia y profundamente el funcionamiento de la red de salud materno-infantil: *Debes conocer cómo funciona la red materno-infantil en su totalidad. Nuestra tendencia, muchas veces,*

es enfocarnos solo en lo que sucede en nuestro lugar de trabajo sin percibir las consecuencias de cada acto profesional en la vida del usuario. Deberíamos tener más encuentros para estudiar y conocer lo que sucede en los diversos puntos de la red (PS 19).

En la mayoría de los testimonios se observó la necesidad de desencadenar una nueva forma de pensar y actuar en la asistencia a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal. Aunque se reconocen iniciativas y avances en el área, no todos los profesionales están debidamente alineados con los principios y directrices que rigen la atención integral a la salud de la mujer.

La interconectividad entre saberes y prácticas profesionales

Varios participantes hicieron referencia a la urgencia de promover y ampliar los espacios de interlocución para compartir saberes y prácticas entre los profesionales de los diferentes puntos de la red de salud materno-infantil. Una profesional destacó la escasa interlocución entre los profesionales, sectores y servicios: *Veo que ocurren cosas tan lindas en los servicios, pero no las divulgamos ni nos enteramos. Los logros de un servicio pueden impulsar otras iniciativas, pero a veces no nos enteramos. El otro día, una usuaria me contó todo lo que la unidad hace para que las personas se sientan acogidas* (PS 6).

En otras declaraciones se mencionó que las nuevas evidencias científicas del área no siempre se consideran y aplican en la práctica profesional. En esa línea, algunos participantes señalaron que hay profesionales que orientan su práctica en modelos tradicionales, es decir, sin criterios ni evidencias científicas. *Hay profesionales que siguen defendiendo prácticas tradicionales que hoy no tienen ningún sentido. Muchas de ellas incluso están contraindicadas. Veo esto como un gran desafío. Las cosas cambian, y nuestra mentalidad también debe evolucionar* (PS 14).

Otros participantes también señalaron la importancia de la formación profesional prospectiva. Reconocen que no siempre los profesionales de la salud se forman bajo una lógica de cooperación e interconectividad entre saberes y prácticas basadas en las mejores evidencias científicas. En este sentido, indicaron que superar los procesos fragmentados y dicotómicos necesariamente implica una formación profesional que amplíe las perspectivas multiprofesionales. *La formación profesional debe evolucionar en muchos aspectos. La teoría no siempre tiene sentido en la práctica, así como la práctica sin teoría no tiene significado. ¿Cómo deben evolucionar las cosas? Yo creo que debe haber más diálogo e interlocución entre las universidades y los servicios* (PS 20).

La interlocución necesaria también se demostró en la actuación multiprofesional e interprofesional. Para la mayoría de los participantes, la calidad de la asistencia

a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal requiere una percepción ampliada y una actuación multiprofesional, a partir de la inducción de espacios compartidos para la construcción del conocimiento y la toma de decisiones colegiadas. *Debemos aprender unos de otros. Una asistencia de calidad no depende del trabajo de un solo profesional o servicio. Cada profesional tiene su percepción, y juntos podemos lograr más* (PS 21).

La educación continua en salud se constituye, según los participantes, en un importante dispositivo que agrega y dinamiza posturas profesionales más dialógicas, colaborativas y complementarias entre los profesionales que integran la red de salud materno-infantil. Además de la habilidad y competencia técnica, es fundamental que los profesionales de salud sean capaces de trascender su propio saber y su espacio de práctica profesional.

Discusión

El pensamiento de la complejidad induce a tejer, conjuntamente, el entramado de hilos que integran, complementan y dinamizan la asistencia a la gestante y puerpera en la complejidad indivisible de ser mujer y madre. Las diversas fases y experiencias de la mujer se articulan para producir un todo que repercute sobre las diferentes dimensiones⁽¹²⁻¹⁴⁾. Así, el pensamiento de la complejidad representa un desafío para el conocimiento y un impulso hacia la evolución prospectiva en el ámbito de la salud materno-infantil.

En lugar de concebir y promover una asistencia fragmentada en fases – gestación, parto, puerperio, maternidad –, la mujer debe ser comprendida en su realidad existencial indivisible, la cual requiere un conocimiento ampliado, singular, complementario e interconectado con los hechos, experiencias y trayectorias que amplían perspectivas y fortalecen vínculos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. La asistencia ampliada e integral a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal necesita, bajo esta mirada multifactorial y prospectiva, contemplar enfoques y prácticas complementarias y multiprofesionales, con el objetivo de alcanzar las dimensiones física, psíquica, social y espiritual.

Las evidencias científicas corroboran esta visión ampliada y evolutiva al demostrar la necesidad de centrar la atención en la mujer como una unidad compleja, independientemente de la fase o período en que se encuentre. Al abarcar la complejidad del cuidado/asistencia, los profesionales reconocen el derecho de la mujer a tomar decisiones autónomas y facilitan trayectorias complementarias e indisociables en el ciclo gravídico-puerperal⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Avanzar hacia los supuestos teóricos del pensamiento de la complejidad es esencial para que, frente a los

desafíos del modelo hegemónico de intervención en el área de la salud materno-infantil, se promueva una visión compleja del mundo, del ser humano y del cuidado en salud desde una perspectiva interprofesional. Superar los enfoques prevalentes en la asistencia a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal requiere, por lo tanto, una percepción ampliada y multiprofesional, basada en espacios compartidos para la construcción del conocimiento⁽²⁰⁾.

Al reconocer que *"la mujer no puede ser asistida en etapas"*, se concibe que el todo va más allá de la simple suma de las partes/períodos del ciclo gravídico-puerperal. A medida que las partes se integran y complementan para formar el todo, se generan nuevas ideas, comportamientos y evoluciones teórico-prácticas. Se abre espacio al intercambio de conocimientos, a la interconectividad de los diálogos y a la indisociabilidad de los enfoques y prácticas profesionales⁽²¹⁾.

Los avances técnico-científicos dependen, cada vez más, del conocimiento articulado y compartido entre profesionales de diversas áreas. Es necesario fomentar referentes que trasciendan las posturas profesionales tradicionales e inflexibles aún presentes en los escenarios de salud, como se evidenció en este estudio: *"ellos siguen defendiendo sus prácticas tradicionales, que hoy no tienen ningún sentido"*. Más allá de las nuevas políticas y acciones estratégicas dirigidas a gestantes y puérperas, son cada vez más necesarias nuevas conductas y actitudes individuales y colectivas, basadas en enfoques compartidos y respaldadas por las mejores evidencias científicas⁽²²⁻²³⁾.

¿Cómo, entonces, abrir nuevas posibilidades teóricas y promover inversiones profesionales que contemplen la asistencia a la mujer en su unicidad y multidimensionalidad? Fomentar conocimientos y prácticas más avanzadas y complejas en el área de la salud implica necesariamente avanzar en el pensamiento sistémico y reconocer enfoques interprofesionales y multidimensionales capaces de trascender la fragmentación y la linealidad del ser y promover la asistencia a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Concebir la calidad de la asistencia en el ciclo gravídico-puerperal dentro de la complejidad indivisible de ser mujer y madre remonta, en la lógica del pensamiento de la complejidad, a una tradición histórico-hegemónica en la cual prevalecieron relaciones verticalizadas, prescriptivas y previsibles, que a menudo desconsideraban la autonomía y la toma de decisiones de la mujer⁽²⁶⁾. Bajo este enfoque hegemónico tradicional, la mujer solía ser privada de sus derechos y rara vez era alentada a ser protagonista y tomar decisiones autónomas⁽²⁷⁾. Este pensamiento y acción tradicional-reductora no se alinea con los supuestos teóricos de la indisociabilidad,

complementariedad e interconectividad a la luz del pensamiento de la complejidad.

Fenómenos complejos emergen del comportamiento dinámico de las unidades interactivas y asociativas referidas como autoorganizadas, que ocurren en sistemas que son disipativos y no lineales⁽²⁷⁾. Bajo este enfoque, el conocimiento del todo depende de las partes, al igual que el conocimiento de las partes depende del todo, como lo demostraron los participantes. Este proceso refleja la capacidad profesional de interconectar diferentes áreas y servicios que componen la red de salud materno-infantil y, consecuentemente, dialogar con los diversos saberes profesionales.

El ser humano – mujer – es, por excelencia, una unidad compleja, es decir, productora y producto de una complejidad dinámica, evolutiva y multidimensional⁽²⁸⁾. Así, aunque se niegue la indisociabilidad, la complementariedad y la interconectividad en el ciclo gravídico-puerperal, la asistencia integral a la mujer – gestante, puérpera, madre – implica necesariamente la ruptura de modelos hegemónicos y la reforma del pensamiento por parte de los profesionales de la salud. No es suficiente tener una red organizada y articulada en salud materno-infantil si, paralelamente, el pensamiento y la actuación de los profesionales de la salud siguen siendo verticales, fragmentados y basados en saberes disciplinares y unidimensionales.

Evolucionar en el pensamiento significa, desde una perspectiva evolutiva y prospectiva, comprender a la mujer en su unicidad y complementariedad; trascender las barreras disciplinarias del área de la salud y alcanzar un pensamiento integrador, colaborativo e indisociable⁽¹²⁻¹⁴⁾. Este camino evolutivo implica reconocer que la calidad de la atención a la mujer está asociada a la capacidad de evolucionar en la reflexividad, que involucra acciones contradictorias y aparentemente antagónicas para generar fenómenos complejos y sistémicos.

Las contribuciones de este estudio para el avance del conocimiento científico en el área de la salud materno-infantil están relacionadas con la superación de un pensamiento reduccionista que concibe a la mujer (gestante, puérpera, madre) en partes fragmentadas y disociables. La asistencia integral y de calidad a la mujer en su ciclo gravídico-puerperal implica necesariamente rupturas y avances, los cuales pueden ser liderados por enfermeros imbuidos de un pensamiento amplio, integrador y prospectivo. Es fundamental que el enfermero se empodere de su conocimiento singular y contribuya, de manera prospectiva, a una actuación evolutiva en el contexto de la salud materno-infantil.

Se considera, como limitación de este estudio, la no inclusión de la totalidad de los participantes representativos en el área, previamente previstos e incluidos en el estudio.

Otra limitación está asociada al poco tiempo disponible para que los participantes realizaran las entrevistas con el significado y la profundidad necesarios.

Conclusión

El significado de la asistencia a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal, según la comprensión de los profesionales, está asociado a la aprehensión integral de la mujer – gestante, puérpera, madre – como una unidad indivisible. Más allá del ciclo gravídico-puerperal, la mujer debe ser comprendida en sus vivencias y experiencias singulares e indivisibles.

La aprehensión ampliada y contextualizada de la asistencia/cuidado, como una unidad compleja – singular y multidimensional – es imprescindible para fomentar la autonomía, la creatividad, la interactividad, y en definitiva, las relaciones cercanas, dialógicas y humanizadas en el contexto de la salud materno-infantil.

Esta investigación resalta la importancia y recomienda nuevos estudios sobre la necesaria evolución del pensamiento en la asistencia a las gestantes y puérperas, con el fin de promover enfoques integradores y colaborativos entre los profesionales y con los usuarios de los servicios de salud.

Referencias

- Rodrigues DP, Alves VH, Silva AM, Penna LHG, Vieira BDG, Silva SED, et al. Women's perception of labor and birth care: obstacles to humanization. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(Suppl 2):e20210215. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0215>
- Gomes SC, Teodoro LPP, Pinto AGA, Oliveira DR, Quirino GS, Pinheiro AKB. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(5):2594-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564>
- Osanan GC, Padilla H, Reis MI, Tavares AB. Strategy for Zero Maternal Deaths by Hemorrhage in Brazil: A Multidisciplinary Initiative to Combat Maternal Morbimortality. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(3). <https://doi.org/10.1055/s-0038-1639587>
- Alves AC, Cecatti JG, Souza RT. Resilience and Stress during Pregnancy: A Comprehensive Multidimensional Approach in Maternal and Perinatal Health. *Sci World J.* 2021;9512854. <https://doi.org/10.1155/2021/9512854>
- Petersen AGP, Kolankiewicz ACB, Casagrande D, Pluta P, Winter VDB, Carvalho FF, et al. Weaknesses in the Continuity of Care of Puerperal Women: An Integrative Literature Review. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2023;45(7):e415-e421. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1772185>
- Backes DS, Gomes EB, Rangel RF, Rolim KMC, Arrusuk LS, Abaid JLW. Meaning of the spiritual aspects of health care in pregnancy and childbirth. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2022;30:e3774. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5980.3774>
- Al-Mutawtah M, Campbell E, Kubis HP, Erjavec M. Women's experiences of social support during pregnancy: a qualitative systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):782. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06089-0>
- Li H, Bowen A, Bowen R, Balbuena L, Feng C, Bally J, et al. Mood instability during pregnancy and postpartum: a systematic review. *Arch Womens Ment Health.* 2020;23:29-41. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00956-6>
- Yin X, Sun N, Jiang N, Xu X, Gan Y, Zhang J, et al. Prevalence and associated factors of antenatal depression: systematic reviews and meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* 2021;83:101932. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101932>
- Lima DS, Silva LR, Rocha CR, Teixeira SVB, Paiva MS. Care of wheelchair pregnant women in the light of Collière's theory. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20180755. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0755>
- Pereira SB, Díaz CMG, Backes MTS, Ferreira CLL, Backes DS. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 3):1313-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>
- Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre: Sulina; 2015.
- Morin E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
- Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2014.
- Gomes R, Deslandes SF, Moreira MCN. Qualitative approaches in the Journal *Ciência & Saúde Coletiva* (1996-2020). *Cien Saude Colet.* 2020;25(12). <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.18142020>
- Veiga AC, Medeiros LS, Backes DS, Sousa FGM, Hämel K, Kruel CS, et al. Interprofessional qualification of prenatal care in the context of primary health care. *Cien Saude Colet.* 2023;28(4):993-1002. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.14402022EN>
- Caprioli NCP, Rezende KTA, Peres CRFB, Tonhom SFR, Souza AP. Health care in the pregnancy-puerperal cycle: integrative literature review. *New Trends Qualit Res.* 2020;3:964-74. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.964-974>
- Brady S, Gibbons KS, Bogossian F. Defining woman-centred care: A concept analysis. *Midwifery.* 2024;131:103954. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103954>

19. Dong K, Jameel B, Gagliardi AR. How is patient-centred care conceptualized in obstetrical health? Comparison of themes from concept analyses in obstetrical health- and patient-centred care. *Health Expect.* 2022;25(3):823-39. <https://doi.org/10.1111/hex.13434>
20. Backes DS, Medeiros LS, Veiga AC, Colomé JS, Backes MSB, Santos MR, et al. Collective prenatal care facilitated by educational technology: perception of pregnant women. *Cien Saude Colet.* 2024;29(1):e00392023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.00392023EN>
21. Chiari APG, Senna MIB, Gomes VE, Freire MDSM, Soares ARDS, Alves CRL, et al. Intersectoral Collaboration to Promote Child Development: The Contributions of the Actor-Network Theory. *Qual Health Res.* 2023;33(5):451-67. <https://doi.org/10.1177/10497323231153534>
22. Wang K, Rui L, Qingqing L, Zhenzhen L, Ning L, Yandong Y, et al. Knowledge, attitude, and practice toward postpartum depression among the pregnant and lying-in women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):762. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06081-8>
23. Nason R. Challenges of implementing complexity in healthcare. *Healthc Manage Forum.* 2023;36(6):368-72. <https://doi.org/10.1177/08404704231191956>
24. Jeličić L, Veselinović A, Ćirović M, Jakovljević V, Raičević S, Subotić M. Maternal Distress during Pregnancy and the Postpartum Period: Underlying Mechanisms and Child's Developmental Outcomes - A Narrative Review. *Int J Mol Sci.* 2022;23(22):13932. <https://doi.org/10.3390/ijms232213932>
25. Evans K, Spiby H, Morrell CJ. Developing a complex intervention to support pregnant women with mild to moderate anxiety: application of the Medical Research Council framework. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20:777. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03469-8>
26. Santos MPS, Capelanes BCS, Rezende KTA, Chirelli MQ. Humanization of childbirth: challenges of the Apice On Project. *Cien Saude Colet.* 2022;27(5):1793-802. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23602021EN>
27. Pereira CC, Leite AG, Zinhani MC, Soccol KLS, Ferreira CLL, Backes DS. Prenatal qualification course: interprofessional constructions and reconstructions. *Texto Contexto Enferm.* 2023;32:e20230061. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0061en>

28. Backes DS, Malgarin C, Erdmann AL, Büscher A. Nursing Now and Nursing in the future: the experience of the unexpected irruptions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2021;29:e3453. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4826.3453>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Dirce Stein Backes, Taina Ribas de Moraes, Caroline Brondani Rosa, Leris Salete Bonfanti Haefner, Dulce Maria Pereira Garcia Galvão, Adriana Dall'Asta Pereira. **Obtención de datos:** Dirce Stein Backes, Taina Ribas de Moraes, Caroline Brondani Rosa, Leris Salete Bonfanti Haefner, Dulce Maria Pereira Garcia Galvão, Adriana Dall'Asta Pereira.

Análisis e interpretación de los datos: Dirce Stein Backes, Taina Ribas de Moraes, Caroline Brondani Rosa, Leris Salete Bonfanti Haefner, Dulce Maria Pereira Garcia Galvão, Adriana Dall'Asta Pereira. **Análisis estadístico:** Dirce Stein Backes. **Obtención de financiación:** Dirce Stein Backes, Adriana Dall'Asta Pereira. **Redacción del manuscrito:** Dirce Stein Backes, Taina Ribas de Moraes, Caroline Brondani Rosa, Dulce Maria Pereira Garcia Galvão, Adriana Dall'Asta Pereira. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Dirce Stein Backes, Leris Salete Bonfanti Haefner, Dulce Maria Pereira Garcia Galvão, Adriana Dall'Asta Pereira.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 05.02.2024
Aceptado: 12.09.2024

Editora Asociada:
Maria Lúcia Zanetti


Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Dirce Stein Backes

E-mail: backesdirce@ufn.edu.br

 <https://orcid.org/0000-0001-9447-1126>