

STRENGTHS-BASED NURSING AND HEALTHCARE: PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES EN UNA MATERNIDAD DE RIESGO HABITUAL

Otília Beatriz Maciel da Silva¹ 
Elizabeth Bernardino¹ 
Paula Encarnação² 
Letícia Siniski de Lima¹ 
Olívia Luciana dos Santos Silva¹ 
Camila Rorato¹ 

ABSTRACT

Objective: to present the perception of women hospitalized in a maternity hospital regarding the nursing care received, with the theoretical reference Strengths-Based Nursing and Healthcare, by Laurie Gottlieb. Method: exploratory study with a qualitative approach. Twenty puerperal women hospitalized in the period from November to December 2019, in a usual risk maternity hospital in Curitiba-PR, Brazil, were interviewed. Data were transcribed and categorized, using MaxQDA®2020 software, and content analysis was performed, according to Creswell's steps. Results: two categories were established: "absence of elements of the theoretical framework"; and "presence of elements of the theoretical framework". Conclusion: the theoretical framework was perceived by women in the care they received; they benefited from this model, understanding their active role in the delivery process. Developing this theoretical framework in usual-risk maternity hospitals and in other care realities is a window of opportunity for the development of nurses' work.

DESCRIPTORS: Nursing; Nurse Midwives; Women's Health; Holistic Nursing; Nursing Theory.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Silva OBM da, Bernardin E, Encarnação P, Lima LS de, Silva OL dos S, Rorato C. Strengths-based nursing and healthcare: perception of women in a usual risk maternity hospital. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [accessed "insert day, month and year"]; 27. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.78853>.

¹Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

²Escola Superior de Enfermagem. Coimbra, Portugal.

INTRODUCCIÓN

La enfermería busca profundizar en sus aspectos científicos, tecnológicos y humanísticos, teniendo como centro de sus actividades el cuidado de la salud del ser humano, buscando en diferentes referentes teóricos el apoyo para fundamentar su praxis⁽¹⁾. Desde Peplau (1952), las teorías confirman la planificación de los cuidados de enfermería mediante el marco conceptual construido sobre los fenómenos de los cuidados, participan en la construcción del lenguaje específico y guían el pensamiento de la enfermera al identificar los problemas/déficits del paciente durante la experiencia de los cuidados. Esta práctica está consolidada por el proceso de enfermería⁽²⁻³⁾.

La mayoría de los escenarios de la práctica se caracterizan por una atención hospitalaria, fragmentada y tecnificada, cuya actuación profesional sigue estando fuertemente influenciada por una filosofía tradicional de la ciencia, basada en el modelo biomédico, con énfasis en el "hacer"^(2,4). Este modelo de atención es el pensamiento dominante en el sistema sanitario y se ha desarrollado a lo largo de los años para ayudar a los profesionales a entender los problemas clínicos de sus pacientes, llegar a un diagnóstico preciso y encontrar el mejor tratamiento⁽⁵⁾. La identificación, localización y comprensión de los síntomas forma parte del diagnóstico, pero cuando este proceso se empieza a generalizar a la persona⁽⁵⁾ y el énfasis del plan terapéutico está en la identificación y tratamiento del problema, hay poca o ninguna valorización de las capacidades y competencias del ser atendido.

Si el modelo biomédico prevalece en los cuidados, en la formación sanitaria no es diferente, concretamente en los cursos de Enfermería. La construcción de esta profesión pasa por los cambios experimentados en la trayectoria histórica de la sanidad, centrándose en el modelo clínico de práctica fragmentada, centrado en el ámbito hospitalario. La tendencia de estos profesionales es evaluar los casos clínicos a través de los signos y síntomas de una determinada patología, desviando el foco de la persona, centrándose en la sintomatología, en el déficit⁽⁶⁾.

Sin embargo, en la actualidad, las políticas y programas de salud se centran en una visión totalizadora, humanizada y holística de la atención, mostrando una aparente contradicción, en la que por un lado está el tecnicismo y el enfoque en los déficits y por otro el marco teórico y legal centrado en la implicación participativa de los pacientes y la atención humanizada. En este contexto, la filosofía desarrollada en la McGill School of Nursing no Canadá, Strengths-Based Nursing and Healthcare (SBNH), pretende rescatar la práctica, la docencia, la gestión y el liderazgo en enfermería priorizando los cuidados en función de las capacidades, habilidades y recursos de la persona y su familia, sin por ello dejar de lado los problemas⁽⁵⁾.

Utilizando esta perspectiva, la enfermera busca identificar los puntos fuertes existentes dentro y alrededor del individuo y su familia, situándolo en el centro de los cuidados y proporcionando el movimiento de empoderamiento, un proceso social de reconocimiento, promoción y mejora de la capacidad de las personas para satisfacer sus propias necesidades, resolver sus problemas y movilizar los recursos necesarios, con el fin de sentirse en control de sus vidas. El término fortaleza, a su vez, es un concepto amplio que incluye tanto las cualidades internas de la persona o unidad (familia, comunidad), como los recursos externos de los que dispone; son distintas cualidades, destrezas, competencias, habilidades y destrezas que coexisten con las debilidades, y pueden ser de naturaleza biológica, psicológica y social⁽⁵⁾.

El SBNH es un enfoque que guía a las enfermeras en su práctica diaria, basado en un conjunto de supuestos sobre la salud, la persona, el entorno y los cuidados de enfermería. Utiliza como elementos principales: la atención centrada en el paciente/persona/familia/relaciones; el movimiento de empoderamiento en el paciente/familia; la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el autocuidado; considera los siguientes valores fundamentales subyacentes: salud y curación; singularidad de la persona; holismo

y personificación; realidad objetiva, realidad subjetiva y construcción de significado; autodeterminación; la persona y el entorno están integrados; aprendizaje; preparación y calendario; asociación colaborativa en la atención.

El SBNH pone de relieve la relación de colaboración, y puede aplicarse en todas las líneas de atención, entre ellas la obstétrica. Se trata de una especialidad con gran potencial para el desarrollo de diferentes modelos de atención, ya que está dirigida a la atención especializada de la mujer en edad fértil durante todo el proceso fisiológico del embarazo, parto y puerperio⁽⁷⁻¹¹⁾. Si se aplica en esta línea de atención, puede contribuir al sentido de empoderamiento de las mujeres para mejorar su desempeño para el autocuidado, ejercer el control sobre sus propias vidas, enfrentar la situación y construir un futuro más deseable⁽⁵⁾, con potencialidades más allá del proceso de parto, teniendo, incluso, influencia en el cuidado de sus hijos y familia.

Este estudio pretende presentar la percepción de las mujeres hospitalizadas en una maternidad sobre los cuidados de enfermería recibidos, basándose en la referencia teórica Strengths-Based Nursing and Healthcare, de Laurie Gottlieb.

MÉTODO

Se trata de una investigación exploratoria de enfoque cualitativo, realizada en una maternidad de riesgo habitual en Curitiba-PR, Brasil, con recogida de datos en noviembre y diciembre de 2019.

Un grupo de enfermeras de la maternidad participó en reuniones de grupos focales, en las que tuvieron la oportunidad de conocer y reflexionar sobre el marco teórico. Tras este periodo, se identificó la necesidad de verificar la percepción de las mujeres respecto a los cuidados de enfermería recibidos, y se formuló la siguiente pregunta orientadora: “¿Las mujeres atendidas en esta maternidad de riesgo habitual perciben positivamente los cuidados de enfermería diferenciados?”

Para tal fin, se realizaron entrevistas a las mujeres utilizando un instrumento semiestructurado que se probó inicialmente y se adaptó según las necesidades. Este instrumento estaba compuesto por preguntas relacionadas con la caracterización de las participantes (edad, números de gestación, historia gestacional previa y tipo de parto realizado en esta hospitalización) y una pregunta principal “¿Cómo fue su experiencia en esta institución en cada punto de atención (Urgencias, Centro Obstétrico, Alojamiento Conjunto, Unidad de Neonatología y Consulta Externa)?”.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres mayores de 18 años, hospitalizadas por un período de más de 24 horas, para tratamiento clínico, o que evolucionaron a parto vaginal, o sometidas a cesárea. Se excluyeron las mujeres menores de 18 años, hospitalizadas por un procedimiento de legrado o por una interrupción no deseada del embarazo, o por un periodo inferior a 24 horas. La definición de los criterios de inclusión y exclusión buscó reducir posibles sesgos relacionados con el poco tiempo de contacto entre las mujeres y las enfermeras de la maternidad y relacionados con situaciones de fragilidad emocional vividas por algunas mujeres.

Durante el período de recogida de datos, el investigador principal evaluó el censo diario de hospitalizaciones en el hospital de maternidad y seleccionó posibles candidatos para la entrevista, teniendo en cuenta el motivo y la duración de la hospitalización. Las mujeres seleccionadas fueron contactadas individualmente e invitadas a participar en el proyecto. La investigación se aclaró y la entrevista sólo se llevó a cabo tras la firma del Formulario de Consentimiento Libre e Informado (También conocido como Consentimiento Libre, Previo e Informado). Las entrevistas se realizaron en un lugar reservado, en la sala de

maternidad, durante el día, con una duración aproximada de 15 minutos.

Se garantizó el derecho a la confidencialidad de la información y al anonimato, y se utilizó un acrónimo (M) y un número cardinal secuencial para su identificación. Las entrevistas, grabadas en audio y transcritas en su totalidad, fueron realizadas por el investigador principal, vinculado al Servicio de Gestión de Altas del hospital de maternidad del estudio. Para la organización de los datos se utilizó el programa MaxQDA®2020. Se establecieron dos categorías a priori: "ausencia de elementos del marco teórico" y "presencia de elementos del marco teórico". De los segmentos analizados surgieron siete códigos que corresponden a los ocho valores del SBNH, a saber: ausencia de apertura mental; actitud de juicio; empoderamiento; autodeterminación; consideración de la singularidad de la persona; la persona y el entorno están integrados; aprendizaje, preparación y tiempo; y asociación colaborativa. La categorización de los segmentos del discurso fue realizada de forma independiente por dos investigadores; las categorías y los segmentos se compararon y, en caso de desacuerdo entre las categorías, un tercer investigador realizó el análisis y categorizó el segmento del discurso.

Para el análisis de los datos, hemos seguido el marco metodológico de Creswell⁽¹²⁾, que consta de seis pasos: I. organizar y preparar los datos para el análisis; II. hacer la lectura de los datos para obtener un significado general de la información y reflexionar sobre ella; III. iniciar el análisis detallado con un proceso de codificación; IV. utilizar el proceso de codificación para generar una descripción del escenario o de las personas, además de las categorías o temas para el análisis; V. predecir cómo se representarán la descripción y los temas en la narrativa cualitativa y hacer una interpretación o extraer el significado de los datos, destacando las lecciones aprendidas; y VI. captar la esencia de la idea⁽¹²⁾. Los datos se archivaron en un disco digital, utilizado exclusivamente para el análisis de contenido, siendo descartados posteriormente.

Cada punto de atención se analizó individualmente, respetando el camino que recorren las mujeres en la sala de maternidad. Para cerrar la recogida de datos se utilizó el criterio de saturación teórica⁽¹³⁾.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Complejo Hospitalario de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná, bajo el dictamen No 2.703.011, del 8 de junio de 2018.

RESULTADOS

Participaron 20 mujeres que cumplían los criterios de inclusión y exclusión del estudio. La edad de las participantes oscilaba entre los 18 y los 37 años, siete eran primíparas y 13 multíparas. En cuanto al tipo de parto, cinco mujeres pasaron a la cesárea, 12 al parto vaginal y tres fueron hospitalizadas para recibir tratamiento clínico.

Como resultado del análisis de contenido, se observó que los puntos de atención influyen en la percepción de la atención. Se clasificaron un total de 100 segmentos del discurso, 18 relacionados con la "ausencia de elementos del SNS en los cuidados de enfermería" y 82 relacionados con la categoría "percepción de elementos del SBNH en los cuidados de enfermería". En los cuadros 1 y 2 se presentan ejemplos de los segmentos de habla y sus respectivas categorías.

Cuadro 1 - Categoría: Ausencia de elementos del SBNH en los cuidados de enfermería. Curitiba, PR, Brasil, 2021

Categoría	Punto de Asistencia	Segmentos del Discurso
Ausencia de elementos de SBNH en los cuidados de enfermería	Asistencia de emergencia	<i>No me dieron muchas explicaciones, sólo que me quedara tranquilo y que todo estaría bien [...]. (M2)</i> <i>Ella dudaba, decía que no podía ser ni un minuto, y que por la mañana estaba allí y no había ni una dilatación y era la misma persona, esto era desagradable [...]. (M15)</i>
	Centro obstétrico	<i>Me dijeron al principio que, si había una emergencia, me atenderían, pero luego sería la segunda, pero no me dijeron nada más y empecé a sentirme mal... estábamos solos mi marido y yo y nadie venía a hablar conmigo y el tiempo pasaba [...]. (M5)</i> <i>De hecho, tenía dudas, porque todo el tiempo me estaban poniendo suero y en mi primera cesárea no me pusieron el suero... así que me pareció extraño, para mí, pensé que estaban tratando de inducir mi parto [...]. (M12)</i>
	Alojamiento Conjunto	<i>El personal entra y sale, no sé si son enfermeras, porque se pasean por allí, no todas se presentan [...]. (M6)</i> <i>Lo único que deja un poco de duda es sobre el bebé, como el nacimiento, porque hay algunos que dicen que 36 semanas es todavía prematuro, que no es el momento todavía y luego viene alguien y dice que no van a soltar al bebé, así que hay esta duda... nunca se sabe lo que va a pasar [...]. (M3)</i> <i>Creo que habría que mejorar algunos cuidados de las enfermeras, el trato de las enfermeras, no todas, algunas son muy buenas, pero algunas deberían mejorar [...]. (M9)</i>

Fuente: Autores (2021).

Cuadro 2 - Categoría: Percepción de los elementos del SNS en los cuidados de enfermería. Curitiba, PR, Brasil, 2021 (continua)

Categoría	Punto de Asistencia	Segmentos del Discurso
Percepción de los elementos del SBC en los cuidados de enfermería	Asistencia de Emergencia	<i>Me explicaron todo muy bien, me preguntaron si entendía lo que estaba pasando. Y entonces me prepararon para ir al hospital, estaba con mi marido [...]. (M13)</i>
	Centro Obstétrico	<i>Porque los encontré muy atentos, explican las cosas muy claramente, nos sentimos más seguros aquí [...]. (M12)</i> <i>Me trataron súper bien y me dieron muchas opciones, la ducha, el baño, la pelota, no me dejaron sola en ningún momento [...]. (M2)</i> <i>Me ha gustado todo, pero donde vas a ganar, me ha gustado más, porque es un momento en el que estás ahí nervioso y, aun así, me ha parecido que el servicio era muy humano, muy diferente [...]. (M7)</i> <i>Creo que, si no fuera por los ánimos, ni siquiera lo habría conseguido, porque ya estaba agotada, ya estaba perdiendo fuerzas, y ellos estaban animando allí, así que salió bien [...]. (M19)</i>
	Alojamiento Conjunto	<i>Se presentan, preguntan si se pueden acercar, llegan, hablan, preguntan si todo está bien, si puede ser ahora o más tarde, todo lo que tenemos la opción de hablar [...]. (M7)</i>
	Neonatología	<i>A él [el bebé] le costó tomar el pecho, pero todo el tiempo las niñas lo están estimulando para que trate de tomarlo y lo haga de la manera correcta, siempre hay alguien acompañándome, preguntando [...]. (M13)</i>

	Ambulatorio	<i>Sobre la consulta de las 37 semanas, fue muy buena, la hice con las enfermeras, me explicaron todo, lo humanizado que es el parto, me pareció muy interesante, me sentí segura con la información, todo estaba bien explicado [...]. (M19)</i>
--	-------------	---

Fuente: Autores (2021).

La "Percepción de los elementos del SBNH en los cuidados de enfermería" se identificó en todos los puntos de atención, destacando el Centro Obstétrico. Las mujeres percibieron la creación de un vínculo con las enfermeras y la construcción de una asociación de colaboración entre el profesional, la mujer y su acompañante, según los ejemplos presentados en el cuadro 2.

DISCUSIÓN

Incluso con una importante evolución de la línea de atención obstétrica y un marco de políticas de salud pública y de la red complementaria, la atención materno-infantil sigue sufriendo situaciones que comprometen la calidad y la continuidad de la atención. Las rutinas hospitalarias y las prácticas profesionales son factores que se identifican como un obstáculo para la organización institucional. La práctica y la actitud individual se consideran barreras que, en conjunto, dificultan la implantación del modelo humanizado en la atención al parto⁽¹⁴⁾.

Las situaciones de ruptura del vínculo asistencial se relacionan con la desvalorización de las quejas de las mujeres en el proceso de parto, el desconocimiento de su singularidad y la imposición en el proceso de aprendizaje relacionado con la lactancia. Estas situaciones demuestran la ausencia de elementos fundamentales del SBNH, como la apertura de mente y la actitud sin prejuicios.

La apertura de espíritu se refiere a la capacidad de revisar las propias ideas y respuestas a la luz de diferentes pruebas, lo que implica la capacidad de apreciar las perspectivas y experiencias de los demás. Esta cualidad esencial permite a la enfermera evaluar a la persona más allá del problema que se le presenta, buscar posibilidades y posibles soluciones, evita los juicios precipitados y las conclusiones prematuras basadas en falsas suposiciones, que pueden conducir a un mal juicio clínico y a malas decisiones⁽⁵⁾.

La actitud de no juzgar significa que la persona se muestra tolerante con las creencias, los valores, el comportamiento o las perspectivas de la otra persona, sin condenar ni ser crítica. Hay que respetar las opciones de los demás, sobre todo cuando éstas difieren de las propias⁽⁵⁾.

Desde el punto de vista del SBNH, las enfermeras deben aprender nuevas formas de comunicarse e implicarse socialmente, situando a las personas en el centro de los cuidados, centrándose en la singularidad y los puntos fuertes y trabajando en colaboración. Esto requiere que las enfermeras adquieran conocimientos y desarrollen habilidades de interacción y comunicación terapéuticas⁽⁵⁾. Tienen que saber compartir responsabilidades con los pacientes, ganándose la confianza de los desconocidos en poco tiempo, tienen que aplicar habilidades de relación interpersonal para comunicarse con las personas y sus familias, reunir información significativa y relevante, y ser capaces de tratar eficazmente sus preocupaciones y necesidades de atención⁽⁵⁾.

La comunicación profesional es esencial en los procesos de atención, incluido el proceso de parto. La falta de participación de las mujeres en los procesos de comunicación

realizados en su presencia caracteriza un efecto de la institucionalización del parto: la mujer transformada en objeto de estudio, caracterizando una práctica deshumanizada⁽¹⁵⁾. En cuanto a la desvalorización de las quejas de las mujeres y el desconocimiento de su singularidad, hay que tener en cuenta dos factores: la cultura jerárquica, con el profesional de la salud como único poseedor del conocimiento, y la pasividad de algunas mujeres, que no conocen ni hacen valer sus derechos, sometiéndose al sistema y al profesional de la salud, especialmente en momentos rodeados de miedos y fragilidades como el embarazo, el parto y el posparto⁽¹⁶⁾.

El proceso de enseñanza-aprendizaje de la lactancia materna implica una complejidad sociohistórica-cultural, en la que el profesional de la salud juega un papel importante al considerar los conocimientos de la mujer y los suyos propios para posibilitar una práctica de lactancia materna no violenta o disciplinaria en el contexto hospitalario. Este proceso se considera a veces obligatorio para el alta hospitalaria, "calificando" a la madre para realizar esta función en casa. La institucionalización disciplinaria de la maternidad y la lactancia materna es una importante advertencia de la falta de escucha de los profesionales a los deseos y no deseos de las mujeres^(15,17-18).

Para que la atención a la salud materna siga realmente los preceptos de la humanización, deben aplicarse numerosos ajustes, como el cambio de la cultura de los servicios de salud, el ambiente adecuado, la garantía de la participación de la mujer en este proceso, la atención individualizada y el respeto a la fisiología del proceso de parto⁽¹⁹⁾. La aplicación de las herramientas del SBNH, como el lenguaje positivo, la comunicación terapéutica y el uso de preguntas sugestivas que ayuden a la toma de conciencia, o que reestructuren un nuevo sentido a la situación⁽⁵⁾, puede componer la atención a la salud materna de forma integral y humanizada.

Saber qué decir y cuándo decirlo puede servir de catalizador para ayudar a las personas a restablecerse y continuar en su proceso de transición. Una relación de colaboración, en la que la enfermera y la persona toman decisiones y trabajan juntas para encontrar las soluciones más adecuadas a la situación de salud, aumenta el autoconocimiento, fomenta el autodescubrimiento, mejora la recuperación y promueve el desarrollo, a través del crecimiento y la transformación de la persona⁽⁵⁾.

En cuanto al punto de atención, el Alojamiento Conjunto presentó una importante disonancia en relación con los demás, mostrando el análisis de las declaraciones de las mujeres una limitación en la organización del trabajo, la acogida y la atención profesional. Esta disonancia en la atención entre sectores de un mismo hospital nos lleva a reflexionar sobre la inseparabilidad entre la gestión y la organización del trabajo, entre la atención y la acogida ofrecida en términos técnicos y relacionales. Por lo tanto, se necesitan condiciones estructurales, recursos humanos y gestión del trabajo para que los equipos puedan ofrecer una atención resolutive y humanizada, tal y como defiende el marco legal de esta línea de atención⁽¹⁵⁾.

El análisis de contenido de los discursos permitió identificar numerosos elementos del SBNH en la práctica de las enfermeras. Así, se percibe que el referente teórico SBNH se incorpora de forma natural a la práctica de las enfermeras de maternidad, por lo que los cuidados se consideran diferenciados, proporcionando seguridad a las mujeres y a sus familias, lo que redundará en la promoción de la salud y el autocuidado, siendo el Centro Obstétrico un punto de atención donde esta percepción fue más pronunciada.

La percepción de las mujeres demostró los siguientes elementos del SBNH en la práctica asistencial: empoderamiento; autodeterminación; consideración de la singularidad de la persona; la persona y el entorno están integrados; aprendizaje, preparación y tiempo; y asociación colaborativa. Los profesionales compartieron las decisiones relacionadas con la asistencia, dividiendo y aclarando las responsabilidades relacionadas con el cuidado. Confirmando este hallazgo, los estudios señalan la satisfacción de las puérperas asistidas por las enfermeras obstétricas en las etapas del proceso de parto; las parturientas destacaron que la calidad de la atención prestada estaba por encima de sus expectativas^(16,20).

La presencia de una enfermera formada y con experiencia en la asistencia a la parturienta da seguridad y confianza a la mujer, lo que contribuye a afrontar el parto con tranquilidad, paciencia y comodidad⁽²¹⁾. Se recomienda en la atención al parto que las tareas de los profesionales sean planificadas exclusivamente con la participación de la mujer a ser asistida, siendo imprescindible el dominio de los conocimientos científicos, las habilidades, la intuición, el pensamiento crítico y la creatividad, e indispensable el diálogo⁽²²⁾.

Los profesionales de enfermería desempeñan un importante papel en la atención a la parturienta, orientando, aclarando dudas, acogiendo y asistiendo a la paciente durante el parto y el puerperio. En este proceso, se construye un vínculo de confianza entre la mujer y el profesional, compartiendo los sentimientos, la planificación y las decisiones de los cuidados prestados⁽²²⁻²³⁾. La posibilidad de asistencia basada en la escucha activa, identificando las necesidades de cada mujer, en un ambiente acogedor y con la presencia de un acompañante de su elección, desarrolla y fortalece el vínculo que se establece entre las enfermeras y las mujeres en este proceso de parto, contribuyendo a una experiencia exitosa, en la que se evidencia la seguridad y el empoderamiento de la mujer⁽²⁴⁾.

Asumir una mayor responsabilidad por la propia salud está relacionado con el principio y el valor del SBNH, la asociación colaborativa. Este concepto identifica a la persona como activa y corresponsable de su cuidado. El papel de la enfermera es animar a las personas a participar en la toma de decisiones y a desarrollar la autonomía y la autoeficacia, utilizando sus puntos fuertes y sus recursos; el papel de la persona, a su vez, es ser activa. La relación entre el profesional y el paciente es equilibrada, recíproca y mutua. Los objetivos se establecen de forma conjunta y, cuando no se alcanzan los resultados esperados, no hay reproches: se replantean los objetivos⁽⁵⁾.

Este estudio presentó como limitaciones la aplicación del referencial, por un periodo determinado en una sola maternidad, y la realización de la entrevista sólo a mujeres de riesgo gestacional habitual; no se incluyeron como participantes de la investigación a los hombres ni a los acompañantes de las mujeres hospitalizadas.

CONSIDERACIONES FINALES

El marco teórico fue percibido por las mujeres en la atención recibida, y se beneficiaron de este modelo. Esta atención les proporcionó un sentimiento de centralidad y empoderamiento, que les permitió salir airoso de esta experiencia, incluso con una actuación más eficaz en el proceso de parto, en los cuidados relacionados con el puerperio, en la lactancia materna, en su autocuidado y en la promoción de su salud para la vuelta a su rutina, proporcionando la comprensión de su papel activo en el proceso de parto.

Sin embargo, para las mujeres que percibieron la ausencia de elementos del SBNH en los cuidados de enfermería, la asistencia prestada generó una sensación de inseguridad, debido a la ausencia o fragilidad del vínculo con el equipo de cuidados. Esto provocó una experiencia desagradable y una influencia negativa, produciendo una sensación de descuido.

El desarrollar este marco teórico en las maternidades de riesgo habitual y en otras realidades asistenciales es una ventana de oportunidad para el desarrollo del trabajo de las enfermeras. La aplicación de un marco teórico innovador en la práctica enfermera puede servir de guía para la asistencia, demostrando la especificidad y la científicidad que requieren los cuidados de enfermería, para ser plenamente reconocidos por la sociedad como únicos y diferenciados.

REFERENCIAS

1. Geovanini T, Moreira A, Schoeller SD, Machado WCA. História da enfermagem: versões e interpretações. 4. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações; 2019.
2. Santos BP, Sá FM de, Pessan JE, Criveralo LR, Bergamo LN, Gimenez VC de A, et al. The training and praxis of the nurse in the light of nursing theories. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2019 [accessed 09 jan 2021]; 72(2):566-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0394>.
3. Silva NRF da, Farias DC, Sousa JR de, Bezerra FM da C, Ferreira L de S, Carvalho PMG de. Teorias de enfermagem aplicadas no cuidado a pacientes oncológicos: contribuição para prática clínica do enfermeiro. Revista Uningá. [Internet]. 2018 [accessed 09 jan 2021]; 55(2):59-71. Available from: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1385>.
4. Brandão MAG, Barros ALBL de, Primo CC, Bispo GS, Lopes ROP. Nursing theories in the conceptual expansion of nursing practices. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2019 [accessed 09 jan 2021]; 72(2):577-81. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>.
5. Gottlieb LN. O cuidar em enfermagem baseado nas forças: saúde e cura para a pessoa e família. Portugal: Lusodidacta; 2016.
6. Magnago C, Pierantoni CR. A formação de enfermeiros e sua aproximação com os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais e da Atenção Básica. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2020 [accessed 09 jan 2021]; 25(1): 15-24. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28372019>.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos HumanizaSus. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Available from: http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria no 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/humanizacao-do-parto-e-do-nascimento/>.
10. Horton R, Astudillo O. The power of midwifery. Lancet. [Internet]. 2014 [accessed 25 ago 2020]; 384(9948):1075–6. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60855-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60855-2).
11. Oliveira T da C, Silva ALL da, Oliveira JF da S, Pereira E de AT, Trezza MCSF. A assistência de enfermagem obstétrica à luz da teoria dos cuidados de Kristen Swanson. Enferm em Foco. [Internet]. 2018 [accessed 25 ago 2020]; 9(2):3–6. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1028347>.
12. Creswell JW. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. 2. ed. Porto Alegre: Artemed, 2011.
13. Falqueto JMZ, Hoffmann VE, Farias JS. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência de aplicação em estudo na área de administração. Rev. Ciênc. Adm. [Internet]. 2018 [accessed 09 de jan 2021]; 20(52): 40-53. Available from: <https://doi.org/10.5007/2175-8077.2018V20n52p40>.
14. Amorim T, Araújo ACM, Guimarães EMP, Diniz SCF, Gandra HM, Cândido MCRM. Percepção de enfermeiras obstetras sobre o modelo e prática assistencial em uma maternidade filantrópica. Rev Enferm da UFSM. [Internet]. 2019 [accessed 04 dez 2020]; 9(0):e30. Available from: <https://doi.org/10.5902/2179769234868>.
15. Genero IK, Santos KR dos. Vivências de mulheres sobre o processo de parturição e pós-parto em um hospital escola. Rev. Psicol., Divers. Saúde. [Internet]. 2020 [accessed 02 dez 2020]; 9(3):261-279. Available from: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.v9i3.2915>.

16. Brito CMC de, Oliveira ACG de A, Costa APC de A. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do poder judiciário brasileiro. *Cad Ibero-Americanos Direito Sanitário*. [Internet]. 2020 [accessed 04 dez 2020]; 9(1):120–40. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/604>.
17. Giordani RCF, Piccoli D, Bezerra I, Almeida CCB. Maternidade e amamentação: identidade, corpo e gênero. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2018 [accessed 20 dez 2020]; 23(8):2731–2739. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.14612016>.
18. Pastorelli PPL, Oliveira EC do N, Silva LJ da, Silva LR da, Silva MDB. Significados e experiências culturais em amamentação entre mulheres de dois países. *Rev Enferm UERJ*. [Internet]. 2019 [accessed 20 dez 2020]; 27. Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.40605>.
19. Oliveira PS de, Couto TM, Gomes NP, Campos LM, Lima KTR dos S, Barral FE. Best practices in the delivery process: conceptions from nurse midwives. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2019 [accessed 02 dez 2020]; 72(2):475–83. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0477>.
20. Silva IA da, Silva P de SF da, Andrade ÉWOF, Morais FF de, Silva RS de S, Oliveira LS. Percepção das puérperas acerca da assistência de enfermagem no parto humanizado. *Rev UNINGÁ*. [Internet]. 2017 [accessed 02 dez 2020]; 53:37–43. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170806_102009.pdf.
21. Piler AA, Wall ML, Aldrighi JD, Souza SRRK, Trigueiro TH, Peripolli L de O. Determining factors of nursing care in the parturition process. *Rev enferm UFPE*. [Internet]. 2019 [accessed 02 dez 2020]; 13(1):189–205. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a236515p189-205-2019>.
22. Ribeiro JF, Lima MR, Cunha SV, Luz VLE de S, Coêlho DM, Feitosa VC, et al. Percepção das puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. *Rev Enferm da UFSM*. [Internet]. 2015 [accessed 02 dez 2020]; 5(3):521–30. Available from: <https://doi.org/10.5902/2179769214471>.
23. Ribeiro JF, Oliveira KS de, Lira JAC, Chagas DC, Branca SBP, Lima FF, et al. Contentment of puerperal women assisted by obstetric nurses. *Rev Enferm UFPE*. [Internet]. 2018 [accessed 03 dez 2020]; 12(9):2269. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234777p2269-2275-2018>.
24. Cardoso D de C, Barbosa MD, Mendes N da H, Silva AP da, Bonfim NQ, Pereira W dos S, et al. The importance of humanized birth: a bibliographic review. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2020 [accessed 02 nov 2020]; Vol.Sup.n.:1–12. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e2442.2020>.

*Artículo extraído de la tesis doctoral " Strengths-Based Care en fortalezas en la maternidad de riesgo habitual: repensando las prácticas y la continuidad de los cuidados". Universidade Federal do Paraná, 2021.

Recibido en: 12/01/2021

Aprobado en: 17/09/2021

Editor asociado: Tatiane Herreira Trigueiro

Autor correspondiente:

Otília Beatriz Maciel da Silva

Universidade Federal do Paraná – Curitiba, PR, Brasil

E-mail: macielotilia2@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - Silva OBM da, Bernardin E; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Silva OBM da, Bernardin E, Encarnaçao P; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - Silva OBM da, Bernardin E. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



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