



**ARMINDA PINHEIRO**

**Profesor coordinador.**

Universidade de Minho - Escola de Enfermeria, Braga, Portugal.

✉ [aaanes@ese.uminho.pt](mailto:aaanes@ese.uminho.pt)

**DOLORES SARDO**

**Profesor adjunto.** ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

# PLAN DE NACIMIENTO: UNA MIRADA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN PORTUGAL

Birth plan: a look of the health professionals in Portugal

## Abstract

**Introduction:** The birth plan (BP) is a written document prepared by the couple to express their wishes regarding birth. It has been the subject of health studies, although in Portugal there is a lack of research.

**Objective:** To identify the perception of health professionals (HP) about the BP in Portugal.

**Methods:** qualitative, exploratory, descriptive study with self-completed questionnaire on an online platform. Anonymity and confidentiality guaranteed. We used the content analysis according to Bardin and the INVivo12 tool. The non-probabilistic, intentional sample with 44 nurses midwives.

**Results and discussion:** The BP was associated with the descriptors: empowerment and decision, humanization, choice and respect. 72.7% informed the woman/couple during the prenatal appointment and in childbirth classes. 47.7% assisted in its construction; 50% reported difficulties due to lack of model, non-acceptance and fears of HP reactions. 93.1% thought that their presentation to the team is important; 63.6% considered that BP isn't respected in maternities for institutional and professional reasons; 90.9% considered that the HP reacts in several ways to the presentation of the BP, from the devaluation to the need for its institutionalization. The results show that, although we are in different stages of BP implementation, the difficulties presented are similar to those developed in Europe.

**Conclusions:** The results show that the HP recognize the advantages of the BP as a facilitating and reorientation strategy for women/couples in childbirth, promoting respectful and citizen-centered care. From conception to implementation, the BP seems to be a still incipient practice in Portugal. The HP considers necessary to create policies for the implementation and development of BP, important for citizens as well as for the HP.

**KEYWORDS:** BIRTH PLAN; HEALTH PROFESSIONALS; PERCEPTION.

## INTRODUCCIÓN

En la historia de la humanidad, el embarazo y el parto se percibieron como procesos naturales o como procesos sensibles al cuidado de los profesionales de la salud, que varían según las regiones y culturas locales y profesionales<sup>1</sup>. Con el cambio del nacimiento del hogar al hospital, ha provocado un cambio en el enfoque profesional. El embarazo y el parto fue visto como un problema de salud que necesita atención médica y especializada<sup>2,3</sup>. Por lo tanto, la institucionalización hospitalaria de los procesos de embarazo, parto y nacimiento aumentó el desarrollo de las prácticas medicalizadas y protocolizadas, algunas veces incuestionables y sin base científica<sup>2,4</sup>, como la episiotomía, tricotomía, administración de enemas y otras drogas, inducción del parto, monitoreo continuo, posición de litotomía, impedimento de alimentación y deambulación durante el período de dilatación, entre otros. Los buenos resultados logrados en relación con la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal aumentaron la implementación de estas prácticas y privaron a las mujeres de su papel especial en una experiencia de vida única e irrepetible<sup>5,6</sup>. La situación llegó a ser tan extrema que el Director General de Familia, Mujeres, Niños

y Adolescentes afirmó, en 2018, que *"la creciente medicalización de los procesos normales de parto está socavando la capacidad de una mujer para dar a luz y tiene un impacto negativo en su experiencia de parto"*<sup>7,8</sup>.

A fines del siglo pasado surgió un movimiento social para contrarrestar las prácticas hospitalares establecidas y devolver a la mujer y la pareja el protagonismo que se les había quitado. En 1985, las Recomendaciones de Nacimiento de la OMS<sup>9</sup>, comenzó un proceso de estandarización del parto en el que se alentaba a los estados a reconsiderar la tecnología aplicada al parto. En 1996, la OMS<sup>10</sup> publicó "Atención de parto normal: un guía práctico", dando lugar a diferentes documentos que intentaban abogar las prácticas normales de promoción del parto normal o fisiológico y la reducción de intervenciones médicas innecesarias.

La publicación de la *Estrategia de Salud Mundial para la Mujer 2016-2030*, de la ONU<sup>11</sup>, buscó garantizar que las mujeres no solo sobrevivieran a las complicaciones del parto, si surgen, sino que también prosperen y alcancen su máximo potencial de salud y vida. De acuerdo con este objetivo, estas pautas reúnen recomendaciones nuevas y antiguas que abordan los requisitos clínicos para un parto seguro, sino también las necesidades psicológicas y emocionales de las mujeres. Esta propuesta busca asegurar que las mujeres den a luz en un entorno seguro desde la perspectiva médica, sino que también les permita sentir que controlan este proceso a través de su participación en la toma de decisiones y aumentar su realización personal.

La OMS<sup>12,13</sup> recomienda adoptar una filosofía centrada en la mujer con enfoque basado en los derechos humanos, abriendo la puerta a muchas de las opciones de atención que desean las mujeres. Estas reco-

mendaciones están basadas en la evidencia, optimizan la salud y el bienestar y se ha demostrado que tienen un impacto positivo en la experiencia de las mujeres.

Según algunos autores<sup>14</sup>, la necesidad de reintroducir a las mujeres en el proceso de parto comenzó en los Estados Unidos, en 1980, con la introducción del plan de parto promovido por Sheila Kitzinger, quien lo consideró un documento formal, emergente y obligatorio para una experiencia positiva de parto.

Como resultado de manifestaciones internacionales críticas con respecto a la medicalización excesiva del parto<sup>15</sup>, la OMS<sup>16</sup> clasificó el plan de parto en la categoría superior de mejores prácticas para hacer que el embarazo sea más seguro.

También la OMS<sup>17</sup>, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y la Academia Americana de Pediatría (AAP)<sup>18</sup> establecen que la preparación para el parto debe incluir la preparación del plan de parto que podría ser una forma efectiva de comunicación entre las mujeres y los profesionales de la salud y por lo tanto aumentar la satisfacción durante el parto.

Un plan de nacimiento (PN) podrá ser un documento escrito, preparado durante el embarazo, después de haber recibido la información adecuada y teniendo en cuenta la mejores prácticas. En el, la mujer embarazada expresa sus expectativas sobre su parto y nacimiento, de acuerdo con sus valores personales, deseos y preferencias sobre las prácticas que desea implementar<sup>3</sup>. La importancia del PN se basa en el respeto del principio bioético de autonomía, ya que promueve el control de las mujeres sobre el proceso<sup>19</sup>. Realizar este procedimiento es una estrategia importante para la preparación del parto<sup>20, 21, 22</sup>, reduciendo sus temores de acuerdo con la información y la comunicación que ha recibido<sup>21, 22, 23, 24, 25, 26</sup>, lo que permite un proceso de reflexión >

TABLA 1

| CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA                    |                                     |      |
|--|-------------------------------------|------|
|  | n                                   | %    |
| <b>PROFESIÓN</b>                                 |                                     |      |
| Enf. Salud Materna y Obstétrica (ESMO) /matronas | 44                                  | 100  |
| <b>SEXO</b>                                      |                                     |      |
| Mujeres  | 40                                  | 90,9 |
| Hombres  | 4                                   | 9,1  |
| <b>EDAD</b>                                      |                                     |      |
|  | X = 45,18 años<br>(Min=28; Max= 66) |      |
| 20-29  | 1                                   | 2,3  |
| 30-39  | 12                                  | 27,3 |
| 40-49  | 10                                  | 22,7 |
| 50-59  | 18                                  | 40,9 |
| ≥60  | 3                                   | 6,8  |
| <b>FORMACIÓN</b>                                 |                                     |      |
| Pós-grado  | 25                                  | 56,8 |
| Master/ Doctorado                                | 19                                  | 43,2 |
| <b>EJERCICIO PROFESIONAL</b>                     |                                     |      |
| Atención diferenciada (maternidad y paritorio)   | 33                                  | 75   |
| Escuelas enfermería/Escuelas salud               | 11                                  | 25   |
| <b>LUGAR DE EJERCICIO PROFESIONAL</b>            |                                     |      |
| Región del Norte                                 | 26                                  | 59,1 |
| Región del Centro                                | 11                                  | 25   |
| Région Lisboa e Vale do Tejo                     | 6                                   | 13,6 |
| Región del Sur                                   | 1                                   | 2,3  |

para la toma de decisiones<sup>2, 27,28, 29,30,31</sup>, lo que aumenta el empoderamiento de las mujeres y las parejas en el proceso de nacimiento. En resumen, si por un lado el PN parece ser una herramienta valiosa para los profesionales de la salud, ya que expresa las intenciones de las mujeres / parejas, facilitando la atención individualizada y la participación de los cuidadores<sup>31</sup>, por otra parte hay estudios que revelan que lo PN en lugar de mejorar las relaciones puede irritar al equipo, lo que afecta negativamente los resultados obstétricos<sup>24,26,31</sup>. En Portugal, solo a partir de 2010 surgió una pequeña referencia gubernamental acerca de PN y hay una escasez de estudios sobre su aceptación, implementación y efectos.

### OBJETIVO

Dada la escasez de estudios en Portugal, buscamos implementar un estudio para identificar la percepción de los profesionales de la salud (PS) y de los ciudadanos acerca de lo PN en Portugal. En este artículo presentaremos solo una parte de los resultados sobre las percepciones de los PS sobre el PN, específicamente sobre cómo conciben, diseñan e implementan el PN.

### MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo durante el mes de abril de 2018. Preparamos un cuestionario con 20 preguntas, de las cuales 6 estaban relacionadas con la caracterización

de la muestra y 14 relacionadas con el PN; de estos últimos, 6 fueron preguntas cerradas, donde se pidió a los participantes que justificaran la opción, y se 8 preguntas abiertas. Hemos llevado a cabo la pre-prueba cuestionario a 10 profesionales en nuestro entorno de trabajo. El cuestionario fue publicado por correo electrónico y en la red social; la recolección de datos se realizó en la plataforma en línea (Google). Para autocompletar los participantes necesitaban usar un ordenador o dispositivo móvil con Internet. Se informó los participantes que solo podían completar una vez porque la plataforma no lo permitía más. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos. El método de muestreo es intencional y no probabilístico. La muestra consistió en 44 PS, que libremente aceptaron responder a el cuestionario durante el período en que estuvo disponible en línea. Para el análisis del contenido de las preguntas abiertas, seguimos las pautas de Bardin<sup>32</sup> y las contribuciones de Braun & Clark<sup>33</sup>. Aplicamos el método con 3 fases: pre-análisis, exploración de materiales y tratamiento de resultados, inferencia e interpretación. En la fase exploratoria, utilizamos el análisis temática, identificado na unidad de registro, por medio del tema contenido en la oración y según las categorías de análisis establecidas a priori y que se apoyan en la literatura investigada y en lo objetivo del estudio. Sin embargo, en la fase de exploración del corpus de análisis, hemos intentado mantener la apertura y la flexibilidad para reconocer las categorías emergentes. En el análisis aseguramos la integridad y exclusividad de las categorías y de las unidades de registros mediante la colaboración de 3 evaluadores externos, independientes y sin contacto entre ellos. Para el análisis y tratamiento de los datos, se utilizó también la herramienta informática INVO versión 11 para reforzar la

tendencia de las respuestas.

En la **Tabla 1** podemos verificar que los PS participantes eran todos enfermeros especialistas en salud materna y obstétrica/matronas; en su mayoría mujeres; con una edad promedio de 45,18 años y en su mayoría pós-graduados, trabajando en salas de maternidad, en el norte de Portugal.

## RESULTADOS

En este estudio, definimos 6 categorías de análisis, establecidas a priori: la descripción del PN desde la perspectiva de los PS; momentos de integración de la PN en la asistencia; dificultades experimentadas por los PS en la construcción del PN; dificultades experimentadas en la implementación de lo PN; ventajas en el uso de PN y sugerencias para su implementación. Del corpus de análisis surgió la categoría "Reacciones de los PS a la presentación PN".

De acuerdo con el objetivo del es-

tudio, através de las respuestas de los participantes, se observó que el 95.5% (n=42) de los PS saben para qué sirve el PN y 4.5% (n=2) informaron que no lo saben; uno dijo que lo PN no se respeta y no es obligatorio y, por lo tanto, no ve para qué sirve. El otro PS declaró que considera que el PN es un proceso individual y subjetivo y que no debe estandarizarse y, por lo tanto, no es útil. Las afirmaciones Esto revela su conocimiento, experiencia y práctica que, en realidad, no es respetado y no es aplicado por los PS.

Estas dos referencias sobre la utilidad del PN reflejan la intensa discusión actual entre los PS portugueses y que también fue posible identificar en los resultados de otros estudios de diferentes países durante más de 20 años<sup>23,25</sup>.

Con respecto a la asociación entre los descriptores y lo PN, los PS mencionaron con más frecuencia: elección, respeto, autonomía, información, empoderamiento, decisión, conocimiento, humanización,

libertad, seguridad y satisfacción, habiendo surgido del análisis, 5 categorías: empoderamiento; humanización de la atención; asociación y compartir; instrumento/estrategia; resultados de calidad.

En este estudio, la mayoría de los PS (72,7%; n=32) informaron a la mujer/pareja sobre PN en las siguientes situaciones/momentos: en la consulta de asistencia prenatal (27,3%; n=12) y en las clases de preparación (34,1%; n=15) y en contactos informales (11,4%; n=5).

Solo 47.7% de PS (n=21) ayudó en la construcción de lo PN durante las consultas prenatales y en clases de preparación. 50% de los PS informaron que las principales dificultades en la construcción de lo PN se refieren al temor de las mujeres con respecto a las reacciones de los profesionales del lugar de nacimiento en su presentación. Este resultado se debe a comentarios de otras mujeres que han experimentado situaciones similares. Otra razón se debe a falta de coincidencia entre las expectativas de las mujeres y las condiciones reales de los lugares de nacimiento y todavía falta de conocimiento de las mujeres sobre la existencia de PN y su utilidad. Como se puede ver a través de las frecuencias de las unidades de registro (f), expresada en la **Tabla 2**. Estos resultados están de acuerdo con otros estudios realizados en otros países<sup>23,25,31</sup>.

93.1% de los PS piensan que el PN es importante ser presentado al equipo de la salud antes del parto, especialmente debido a la posibilidad de conocer las opciones de la mujer/pareja. (f=11), promover el respeto (f=11), cumplir y respetar las expectativas de las mujeres/parejas (f=10). Con respecto a la implementación de PN, 63.6% informó que esto no se respeta en las instituciones hospitalarias principalmente por razones institucionales y profesionales, como se puede ver por la frecuencia de las unidades de registro en la

**Tabla 3.**

TABLA 2

### CATEGORÍA DE ANÁLISIS: DIFICULTADES EN LA CONSTRUCCIÓN DE LO PN, SEGÚN EL PS

| UNIDAD DE REGISTRO  | (f) |
|---|-----|
| Temor de las mujeres a las reacciones de los profesionales ante la presentación do PN                               | 4   |
| Falta de coincidencia entre las expectativas de las mujeres y las realidades disponibles (protocolos y condiciones) | 3   |
| Desconocimiento de las mujeres sobre el PN y su propósito   | 3   |
| La ignorancia de las mujeres sobre las prácticas hospitalarias.   | 2   |
| Situaciones impredecibles asociadas con el parto.   | 1   |
| Desconocido de cómo hacer PN  | 1   |
| Desconocido para las parejas sobre sus derechos   | 2   |
| Dificultad de aceptación del PN por parte del personal del hospital.  | 1   |
| Conocimiento de la falta de respeto de los profesionales de la salud hacia las mujeres.                             | 1   |
| La inexistencia de un PN semi-construido  | 1   |
| Falta de consenso entre los profesionales sobre PP  | 1   |

90.9% de los PS refirió cómo perciben las reacciones de sus colegas a la presentación de PN por las mujeres. Como se puede ver en las frecuencias de las unidades de registro, expresadas en la **Tabla 4**, predominan las reacciones negativas, que van desde la devaluación del PN hasta que la cuestión de su legalidad; sino también reacciones positivas que pide la institucionalización de lo PN.

La mayoría de los PS informaron ventajas en el uso del PN tanto para el equipo de salud como para las mujeres/parejas, desde su construcción hasta su implementación, justificando que el PN promueve la atención centrada en la mujer/pareja ( $f=16$ ), la autonomía y empoderamiento de las mujeres ( $f=16$ ), una mejor comunicación entre el equipo de salud y las mujeres ( $f=6$ ), aumenta la satisfacción profesional ( $f=5$ ) y de la mujer/pareja ( $f=13$ ) y el reconocimiento mutuo ( $f=3$ ), disminuye la violencia obstétrica y uso excesivo de medicalización ( $f=3$ ), promueve el conocimiento de los recursos y de las realidades locales ( $f=5$ ), el respeto de los derechos de las mujeres/parejas ( $f=4$ ), promueve sentimientos de tranquilidad y seguridad ( $f=4$ ) y la corresponsabilidad entre el equipo de salud y la mujer/pareja ( $f=4$ ).

El 63.6% de los PS declaró que la implementación de la PN debería ser obligatoria y el 50% piensa que se debería usar solo un modelo para su construcción. En cuanto a la posibilidad de solo un modelo de PN, los participantes presentaron dos razones diferentes para elegir. Algunos sugieren que no debería ser un modelo único para que las opciones y decisiones sean individuales y se basen en las necesidades, creencias y estilos de vida personales. Otros creen que tener un solo modelo facilitaría la orientación, el uso y la comprensión de los PS y de las mujeres.

Entre las sugerencias sobre la implementación de la PN, presentado

| TABLA 3  |           |
|--|-----------|
| CATEGORÍA DE ANÁLISIS: RAZONES PARA EL INCUMPLIMIENTO DE LA PN, SEGÚN EL PS  |           |
| UNIDAD DE REGISTRO   | (f)       |
| <b>PROFESIONAL</b>   | <b>27</b> |
| Los profesionales quieren seguir con sus creencias y prácticas rutinarias.   | 7         |
| La atención se centra en los profesionales.  | 7         |
| No hay apertura para que los profesionales respeten e incluyan los derechos de las mujeres que desarrollan un plan de parto. | 6         |
| Hace que los profesionales se sientan incómodos  | 2         |
| Los profesionales no creen en sus beneficios, no están motivados   | 1         |
| Tenemos sobre todo malas prácticas obstétricas   | 1         |
| Los médicos rechazan los PP  | 1         |
| Los profesionales disfrutan con la presentación PP   | 1         |
| Algunos de los profesionales afirman no tener tiempo   | 1         |
| <b>INSTITUCIONAL</b>   | <b>12</b> |
| A menudo se crean muchas barreras, como protocolos institucionalizados muy estrictos.  | 4         |
| En mi institución no se respeta ; es rechaza   | 3         |
| Las instituciones no cuestionan a las embarazadas / parejas sobre sus opciones   | 1         |
| Aún no lo suficientemente valorado por las instituciones   | 1         |
| Aún no institucionalizado  | 1         |
| Las instituciones son muy defensivas y están cerradas a los deseos de los usuarios.  | 1         |
| Las instituciones no tienen recursos físicos y humanos.  | 1         |
| <b>MUJERES</b>   | <b>2</b>  |
| A veces, la condición física de la mujer embarazada con una enfermedad relacionada con el embarazo.                          | 2         |
| <b>PLAN DE NACIMIENTO</b>  | <b>2</b>  |
| Son irreales   | 2         |

por los PS (43,2%), se subraya la necesidad de desarrollar políticas gubernamentales, institucionales, locales y regionales y de los grupos profesionales y de las organizaciones de los ciudadanos, para cambiar los modelos de organización de la atención perinatal, para orientar las prácticas profesionales, para mejo-

rar la formación de los profesionales acerca de la PN, para promover información para los ciudadanos, involucrar todos los profesionales y los ciudadanos en la toma de decisiones relativas a la construcción e implementación de lo PN. También hay que destacar el papel predominante de enfermeiro de la salud ma-

terna y obstetrica/matrona como profesional crucial en la construcción de lo PN durante la asistencia prenatal y su implementación en las salas maternidad.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio nos permiten afirmar que los PS portugueses tienen una perspectiva correcta, amplia y integral sobre la función y la filosofía subyacentes a lo PN y que otros autores tienen descrito últimamente <sup>2,3,14,15,19-31,34,35</sup>. De los registros de los PS portugueses podemos inferir que perciben el PN como:

- un instrumento como un procedimiento que debe construirse durante el embarazo y aplicarse durante el parto;
- una herramienta de gestión de calidad porque es un indicador de ganancias de salud, ya que se ha asociado con una mayor satisfacción, seguridad, confianza y bienestar;
- una estrategia para el desarrollo de la profesión, los profesionales y las mujeres/parejas, porque guía los modelos de atención centrados en las mujeres, requiere el desarrollo de habilidades científicas, instrumentales, comunicacionales, relacionales y organizativas por parte de profesionales y promueve el empoderamiento y la alfabetización en la salud de la mujer/pareja;
- una filosofía de cuidado porque estaba asociada con los principios de humanización del cuidado, derecho, respeto, dignidad, responsabilidad, libertad e individualidad.

Desde la perspectiva de los participantes en nuestra muestra, la práctica de lo PN parece ser aún incipiente y envuelta en dificultades desde su construcción hasta su implementación en salas de maternidad. En Portugal, todavía no hay apoyo legal para su implementación y las unidades de salud que

ayudan en el parto no lo reconocen como un elemento importante para ser incluido en la atención al nacimiento. Sin embargo, podemos decir que es una realidad en la atención primaria de salud, debido a su construcción ya está incluido en las clases de preparación para el parto, llevados a cabo mayormente por Enfermeros de la Salud Materna y Obstétrica/matrona.

Los PS identificaron que lo PN influye positivamente en la promoción de la atención centrada en la mujer/pareja, la autonomía y el empoderamiento de la mujer, la comunicación entre el equipo de salud y la mujer/pareja y la satisfacción de la mujer/pareja y profesional.

En este estudio, los profesionales de la salud informaron que proporcionaron información a las mujeres/parejas sobre lo PN, pero relativamente pocos ayudaron a construirlo., indicando como principales dificultades: los "temores" de las mujeres a las reacciones de los profesionales ante la presentación de lo PN, la falta de coincidencia entre

las expectativas de las mujeres y las realidades locales disponibles (protocolos y condiciones de maternidad) y la falta de conocimiento de las mujeres sobre lo PN y su propósito. Este hecho revela la insipiente de la implementación de lo PN en nuestro país.

Con respecto a la implementación de lo PN, la mayoría de los PS informaron que esto no se respeta en las salas de maternidad, principalmente por razones institucionales y profesionales.

Las dificultades para implementar lo PN en Portugal, son comunes a las de otros países y ya son antiguas. Según Penny Simkin<sup>22</sup> *"lo PN continúa creando tensión en las relaciones cliente-cuidador-enfermera, y las diferentes reacciones de los practicantes y receptores de obstetricia a los PN representan el viejo abismo entre ellos"*.

Según algunos autores<sup>5</sup>, en Portugal, hay PS cuya decisión prevalece sobre las decisiones de las mujeres. Independientemente de los recursos disponibles, de la situación de

TABLA 4

| CATEGORÍA DE ANÁLISIS: REACCIONES DE LOS PS EN LA PRESENTACIÓN DE PN EN EL PARITORIO |           |
|--|-----------|
| UNIDAD DE REGISTRO   | (f)       |
| <b>NEGATIVAS</b>   | <b>44</b> |
| Devaluación y descrédito   | 17        |
| Reacciones de incomodidad e inquietud.   | 8         |
| Invasión de tu poder   | 6         |
| Devalúan las opciones de la pareja debido a la falta de conocimiento en el proceso.  | 4         |
| Bromas y reacciones de juicio de valor   | 3         |
| Las parejas no son responsables de lo que quieren.                                   | 2         |
| Reaccionan mal porque tendrán más trabajo y porque saben lo que es mejor.            | 2         |
| Centra el poder de decisión solo en el equipo  | 1         |
| Dudan de la legalidad de lo PN   | 1         |
| <b>POSITIVAS</b>   | <b>12</b> |
| Aceptación y apertura  | 8         |
| Reacción pacífica  | 2         |
| Actitud respetuosa   | 2         |

cada mujer y de sus conocimientos, hay profesionales que devalúan las opciones de las mujeres, expresadas en su PN, causando vergüenza y "temores".

Algunos estudios<sup>19,21-23,25-29,34,35</sup> informan que no incluir las preferencias de las mujeres en el parto genera una experiencia más negativa y estas mujeres pierden fácilmente el autocontrol cuando sienten que los cuidadores no prestan atención o no respetan sus PN. La posición intransigente de algunos PS con respecto a la presentación del PN se refiere a la negación de los principios ético-profesionales, evidenciados por las respuestas de los participantes, que incluso rechazan la asistencia a estas mujeres.

Según lo sugerido por los participantes, sería importante cuestionar y revisar los modelos de formación de los profesionales de la salud, así como los modelos de organización de la atención al parto.

Según las sugerencias de los PS, la implementación del PN sería más efectiva si hubiera pautas gubernamentales que cambiaran los modelos de atención perinatal, orientaran la práctica profesional y las normas de maternidad, mejoraran la formación de los PS sobre el PN y si hubiera mejor información a los ciudadanos. Esto revela la necesidad de participación y responsabilidad del gobierno en este proceso.

mentales que cambiaran los modelos de atención perinatal, orientaran la práctica profesional y las normas de maternidad, mejoraran la formación de los PS sobre el PN y si hubiera mejor información a los ciudadanos. Esto revela la necesidad de participación y responsabilidad del gobierno en este proceso.

#### LIMITACIONES DE LO ESTUDIO

El hecho de que este estudio se realizara solo en línea no aclaró algunas de las respuestas dadas por los participantes, aunque la investigación presentó una nota orientadora para su utilización.

Este estudio presenta solo una descripción general de las experiencias y opiniones de parte de los PS que trabajan en la atención perinatal. Los médicos no respondieron este cuestionario. Sin embargo, ofrece una visión contemporánea instantánea de PN en el contexto portugués. Este artículo se refiere solo a una parte del estudio sobre "Plan de nacimiento: un derecho y un deber",

en que solo se presenta la percepción de los PS en Portugal, aunque se ha también estudiado la percepción de los ciudadanos.

#### CONCLUSIONES

Los resultados muestran que los PS identifican las funciones y la filosofía subyacente a lo PN, y reconoce las ventajas de esto como una estrategia para empoderar a las mujeres/parejas, como un vehículo facilitador para la comunicación entre el equipo de salud y las mujeres/parejas durante el embarazo y parto y como promotor de un modelo de atención centrado en la mujer/pareja basado en la atención respetuosa y la responsabilidad mutua.

Desde la perspectiva de los PS, lo PN parece ser una práctica aún incipiente en Portugal, rodeada de limitaciones que revelan la falta de información de los PS y de las mujeres/parejas sobre lo PN y la falta de políticas de salud que guíen las prácticas profesionales y la organización de cuidado de la salud. ▀



#### Referências

- Vendruscolo CT, Krueh C. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas*, 2015;16(1):95-107.
- Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015 mayo-jun; 23(3):520-6. doi:10.1590/0104-1169.0067.2583. Recuperado em 22 de junho de 2019: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/102758/101029>
- Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR-Revista de Antropología Iberoamericana*. 2012 mayo-ag.;7(2):225-47.
- Diniz S G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2009; 19(2):313-26. Recuperado em 26 de junho de 2019, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822009000200012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012&lng=pt&tlng=pt).
- Sardo D, Pinheiro A. Birth plan: portuguese women's perceptions. Conference: 4th icH&Hpsy 2018- International Congress on Clinical and Counselling Psychology. 2018 nov. The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences EpSBS. Future Academy. ISSN:2357-1330. <https://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2018.11.11>. Recuperado em 22 de julho de 2019: [https://www.researchgate.net/publication/329022350\\_Birth\\_Plan\\_Portuguese\\_Women's\\_Perceptions](https://www.researchgate.net/publication/329022350_Birth_Plan_Portuguese_Women's_Perceptions).
- Martin, E. A Mulher no Corpo - Uma Análise Cultural da Reprodução. Brasil. Col. Sexualidade, Gênero e Sociedade. Ed. Garamond; 2006. 384p.
- Semelela, PN. Making childbirth a positive experience. New WHO guideline on intrapartum care. World Health Organization. 2018. Recuperado em 18 de junho de 2019: <http://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/>
- Semelela, PN. A "good birth" goes beyond having a healthy baby. Assistant Director-General for Family, Women, Children and Adolescents. World Health Organization. 2018. Recuperado em 18 de junho de 2019: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2018/having-a-healthy-baby/en/>

9. OMS. Appropriate technology for birth. Declaración de Fortaleza. *Lancet*. 1985; 2:436-7. Recuperado em 18 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>
10. OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Geneva. World Health Organization, 1996. 104p. Recuperado em 18 de junho de 2019: <https://www.elpartoestuestro.es/recursos/oms-cuidados-en-el-parto-normal-guia-practica>
11. ONU. Every Women Every Child: The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Survive. Thrive. Transform. Organization of the United Nations and World Health Organization. 2015. 106p. Recuperado em 18 de junho de 2019: <http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/>
12. OMS. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. Geneva. 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 210 p. ISBN: 978-92-4-155021-5. Recuperado em 18 de junho de 2019: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=56F7F9F7AEF283E4BA3836D2CB645328?sequence=1>
13. OMS. Making childbirth a positive experience. New WHO guideline on intrapartum care. World Health Organization. 2018. Recuperado em 18 de junho de 2019: <http://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/>
14. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the Childbirth Experience Improved by a Birth Plan? *J Midwifery & Women's Health* 2003 set-out; 48(5):322-8. doi:10.1053/S1526-9523(03)00278-2. Recuperado em 18 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14526345>
15. Afshar Y, Mei J, Gregory K. Birth Plans: Birth Preferences or Labor Manifesto. *Gynecology & Obstetrics Case report*. ISSN 2471-8165 2016. 2016 fev.; 2(1):12. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://pdfs.semanticscholar.org/29f4/a12b-498620f73b735827264043d09a9aca0a.pdf>
16. OMS. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, Geneva: Department Reproductive Health & Research World Health Organization; 1996. 58p.
17. OMS. Standards for maternal and neonatal care. Group 1: General standards of care for healthy pregnancy and childbirth. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer and Department of Reproductive Health and Research; 2007. 72p.
18. AAP. Guidelines for perinatal care. 7th Edition. Washington, USA: AAP Committee on Fetus and Newborn and ACOG Committee on Obstetric Practice; 2012. ISBN (electronic): 978-1-58110-771-5. 600p. Recuperado em 22 de junho de 2019: [https://ebooks.aappublications.org/user/login?auth=no&external\\_destination=https%3A%2F%2Freader%2Eaappublications%2Eorg%2Flogin%2FpassiveLogin%3Ftarget%3Dhttps%3A%2F%2Freader%2Eaappublications%2Eorg%2Fguidelines-for-perinatal-care-7th-edition%2F17](https://ebooks.aappublications.org/user/login?auth=no&external_destination=https%3A%2F%2Freader%2Eaappublications%2Eorg%2Flogin%2FpassiveLogin%3Ftarget%3Dhttps%3A%2F%2Freader%2Eaappublications%2Eorg%2Fguidelines-for-perinatal-care-7th-edition%2F17)
19. Whitford H M, Hillan E.M. Women's perceptions of birth plan. *Midwifery*. 1998 Dec; 14(4):248-3. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10076320>.
20. DeBaets A M. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Jan; 216(1):31.e1-31.e4. doi:10.1016/j.ajog.2016.09.087. Epub 2016 Sep 21. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27664497>.
21. Kaufman T. Evolution of the Birth Plan. *J Perinat Educ*. 2007 Summer; 16(3):47-2. doi:10.1624/105812407X217985. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1948092/>.
22. Penny Simkin P. Birth Plans: After 25 Years, Women Still Want To Be Heard. *Birth*. 2007 Mar; 34(1):49-5. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17324178>.
23. Peart K. Birth planning-is it beneficial to pregnant women? *Aust J Midwifery*. 2004 Mar; 17(1):27-9. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15079983>.
24. Perez P., Capitulo K. Birth plans: are they really necessary? Pro and con. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2005 Sep-Oct; 30(5):288-9. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16132002>.
25. Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006 Mar-Apr; 35(2):295-3. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16620258>.
26. Lundgren I., Berg M., Lindmark G. Is the Childbirth Experience Improved by a Birth Plan? *J Midwifery Womens Health*. 2003 Sep-Oct; 48(5):322-8. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14526345>.
27. Fernández, IM, Sellés, EM. El plan de parto a debate. Qué sabemos de él. *Matronas Prof*. 2010; 11(2):53-7. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.federacion-matronas.org/wpcontent/uploads/2018/01/vol11n2pag53-7.pdf>.
28. Afshar Y, Mei J, Gregory K, Kilpatrick S, Esakoff T. Birth Plans - Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *Birth*. 2018 Mar.; 45(1):43-9. doi: 10.1111/birt.12320. Epub 2017 Nov 2. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29094374>.
29. Mirghafourvand M, Charandabi S, Ghanbari-Homayi S, Jahangiry L, Hadlan T. Effect of birth plans on childbirth experience: a systematic review. *Int J Nurs Pract*. 2019 Jan.; 24:e12722. doi: 10.1111/ijn.12722. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30675962>.
30. Ordem dos Enfermeiros Portugueses. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011:13p.
31. Yam EA, Grossman AA, Goldman LA, Garcia SG. Introducing birth plans in Mexico: An exploratory study in a hospital serving low income Mexicans. *Birth* 2007; 34: 42- 48
32. Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2008:288p.
33. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3(2):77-01. doi: 10.1191/1478088706qp0630a. Recuperado em 16 de junho de 2019: <http://www.informaworld.com/smpp/content-db=all-content=a795127197~frm=titlelink>.
34. Divall B., Spiby H., Nolan M., Slade P. Plans, preferences or going with the flow: An online exploration of women's views and experiences of birth plans. *Midwifery*. 2017 Nov;54:29-34. doi: 10.1016/j.midw.2017.07.020. Epub 2017 Aug 1. Recuperado em 16 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28826035>.
35. Whitford HM, Entwistle VA, van Teijlingen E, Aitchison PE, Davidson T, Humphrey T, Tucker JS. Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. *Birth*. 2014 Sep;41(3):283-9. doi: 10.1111/birt.12109. Epub 2014 Apr 21. Recuperado em 16 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24750377>.