



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **A Dieta da Parturiente de Termo sem Patologia Associada**

Clara Ferreira Rodrigues nº1010

Fevereiro de 2024





# **A Dieta da Parturiente de Termo sem Patologia Associada**

Clara Ferreira Rodrigues nº1010

## **Dissertação de Mestrado**

7º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Trabalho efectuado sob a orientação da Professora Doutora Manuela Ferreira e co-orientação da Professora Doutora Sofia Campos.

Fevereiro de 2024



*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.*

*Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”*

*Antoine de Saint-Exupéry*



## **Agradecimento**

Agradecer à professora Doutora Manuela Ferreira pela orientação, disponibilidade, acompanhamento, crescimento e apreciação do trabalho.

À professora Doutora Sofia Campos e Andreia Pereira pela disponibilidade, apoio, dedicação e palavras de incentivo.

O caminho foi difícil, mas sempre apoiado por aqueles que me amam e cuidam de mim, a todos eles quero agradecer com carinho, gratidão e amor.



## Resumo

**Introdução:** A ingestão oral em trabalho de parto (TP) é praticada de forma inadequada em muitos Hospitais/Maternidades Portugueses, com relatos onde o jejum é perpetuado de forma rotineira em todas as parturientes.

**Objetivo:** Identificar a melhor evidência científica sobre a dieta da parturiente de termo sem patologia associada e elaborar procedimento de actuação para Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMOs), em contexto de sala de partos, baseado na evidência extraída.

**Método:** Foi realizada uma investigação qualitativa, descritiva e analítica com recurso à elaboração de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) e do *Focus Group*, como técnica de recolha de dados. A RSL foi elaborada segundo o método da *Joanna Briggs Institute (JBI)* e foi redigida de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA 2020)*. O *Focus Group* foi constituído por três EESMOs, por quatro médicos (dois obstetras e dois anestesiológicos) e realizou-se com recurso a uma entrevista semi-estruturada com cinco questões. Para a análise de conteúdo foi utilizado *software NVIVO14®* e seguiu-se a perspectiva de Bardin.

**Resultados:** A RSL identificou os estudos que apontam a ingestão oral de líquidos claros sem resíduos, ricos em hidratos de carbono e proteínas como a dieta mais adequada e segura em parturientes de termo sem patologia associada, e demonstrou que esta dieta contribui para o bem-estar, satisfação e conforto materno, segurança materna e redução de complicações maternas, redução do número de vómitos, redução da cetoacidose, desidratação e desequilíbrios hidroeletrólíticos, redução das complicações neonatais, menor duração do TP, tipo de parto, redução do tempo de internamento em sala de partos e redução do tempo de esvaziamento gástrico. O *Focus Group* permitiu colher informação junto de peritos na área baseada nos seus conhecimentos e na sua prática clínica e a análise de conteúdo dos dados obtidos definiu três domínios emergentes: parturiente, dimensão organizacional e procedimento, categorias e sub-categorias que contribuíram para a elaboração do procedimento.

**Conclusão:** A ingestão oral em TP permite melhorar os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, obter ganhos significativos em saúde, melhorar a eficiência dos serviços e reduzir os custos gerais. A síntese integrativa dos estudos permitiu encontrar a informação pertinente para a elaboração do procedimento de actuação para EESMOs em contexto de sala de partos.

**Palavras-chave:** ingestão oral; dieta; líquidos orais; trabalho de parto.



## Abstract

**Introduction:** Oral intake in labor is practiced inappropriately in many Portuguese hospitals/maternalities, with reports that fasting is routinely perpetuated in all parturients.

**Objective:** To identify the best scientific evidence on the diet of term parturients without associated pathologies and develop an action procedure for Obstetric nurses, in the context of a delivery room, based on the evidence extracted.

**Method:** A qualitative, descriptive and analytical study was carried out using a Systematic Literature Review (RSL) and Focus Group as a data collection technique. The RSL was prepared using the Joanna Briggs Institute (JBI) method and was written in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA 2020). The Focus Group was made up of three Obstetric nurses and four doctors (two obstetricians and two anesthesiologists) and was carried out using a semi-structured interview with five questions. For the content analysis, the software NVIVO14® was used and Bardin's perspective was followed.

**Results:** The RSL identified studies that point to the oral intake of clear liquids without residues, rich in carbohydrates and proteins as the most appropriate and safe diet in term parturients without associated pathology, and demonstrated that this diet contributes to maternal well-being, satisfaction and comfort, maternal safety and a reduction in maternal complications, a reduction in the number of vomits, a reduction in ketoacidosis, dehydration and hydroelectrolyte imbalances, a reduction in neonatal complications, a shorter duration of labor, type of delivery, a reduction in the length of stay in the delivery room and a reduction in gastric emptying time. The Focus Group made it possible to gather information from experts in the field based on their knowledge and clinical practice and the content analysis of the data obtained defined three emerging domains: parturients, organizational dimension and procedure, categories and sub-categories that contributed to the development of the procedure.

**Conclusion:** Oral intake during labor makes it possible to improve indicators that are sensitive to nursing care, achieve significant health gains, improve the efficiency of services and reduce overall costs. The integrative synthesis of the studies made it possible to find the relevant information for drawing up the procedure for Obstetric nurses in the delivery room.

**Keywords:** oral intake; diet; oral liquids; labor.



## Índice

Lista de tabelas

Lista de figuras

Lista de siglas

INTRODUÇÃO..... 19

### ESTUDO 1

1 - A DIETA DA PARTURIENTE DE TERMO SEM PATOLOGIA ASSOCIADA ..... 25

1.1 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA ..... 27

1.1.1 - Formulação da Questão de Investigação ..... 27

1.1.2 - Procurar a Evidência..... 27

1.1.3 - Seleção dos Estudos ..... 28

1.1.4 - Apreciação Crítica dos Estudos..... 30

1.1.5 - Extração dos dados ..... 31

1.1.6 - Síntese dos dados..... 42

1.1.7 - Discussão ..... 43

### ESTUDO 2

2 - INGESTÃO ORAL EM TRABALHO DE PARTO..... 53

2.1. ELABORAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ATUAÇÃO PARA EESMOS EM CONTEXTO DE SALA DE PARTOS – *FOCUS GROUP* ..... 55

2.1.1 - Fase de planeamento..... 55

2.1.2 - Fase de preparação ..... 57

2.1.2.1 - Considerações éticas..... 57

2.1.3 - Fase de moderação ..... 57

2.2 - ANÁLISE DE CONTEÚDO ..... 58

2.3 – RESULTADOS ..... 59

2.4 - DISCUSSÃO ..... 72

3 – SÍNTESE ÍNTEGRATIVA DOS ESTUDOS ..... 85

4 - SUGESTÃO DE PROCEDIMENTO ..... 91

CONCLUSÃO .....	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	111
APÊNDICES.....	119
APÊNDICE I .....	120
Ferramentas de Avaliação de Risco de Viés para uso em Revisões Sistemáticas JBI.....	120
APÊNDICE II.....	148
Informação ao participante .....	148
APÊNDICE III.....	150
Consentimento informado .....	150
APÊNDICE IV .....	151
Guião da entrevista para o Focus Group .....	151
APÊNDICE V.....	152
Tabelas de Categorias, subcategories, unidades de registo e referências da análise de conteúdo.....	152
APÊNDICE VI .....	165
Implementação da ingestão oral durante o TP .....	165
Intervenções de Enfermagem e registo em SCLINICO .....	165
ANEXOS .....	166
ANEXO I.....	167
Parecer da Comissão de Ética.....	167

## **Lista de tabelas**

Tabela 1: Estratégias de pesquisa por base de dados.....	28
Tabela 2: Extração de dados.....	31
Tabela 3: Caracterização dos participantes .....	56
Tabela 4: Categorias e Subcategorias emergentes de cada domínio .....	60



## **Lista de figuras**

Figura 1: Fluxograma de pesquisa adaptado do protocolo PRISMA 2020. ....	30
--	----



## Lista de siglas

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
ASA	American Society of Anesthesiologists
AST	Secção transversa do Antro
CEMBE	Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMESMOG	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CTG	Cardiotocografia
DGS	Direção Geral de Saúde
EESMO	Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
EPE	Entidade Pública Empresarial
ESA	European Society of Anesthesiologists
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
ICM	International Confederation of Midwives
IMC	Índice de Massa Corporal
JBI	Joanna Briggs Institute
MeSH	Medical Subject Headings
NICE	National Institute for Clinical Excellence
NPO	Nada por Via Oral
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses
SCLINICO	Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalar

TP Trabalho de Parto

RCT Restrição de Crescimento Fetal

## Introdução

Historicamente, Curtis Lester Mendelson (Obstetra e Cardiologista) publicou em 1946 um estudo que sugeriu que a pneumonia de aspiração de conteúdo gástrico (Síndrome de Mendelson) durante ou após a administração da anestesia geral no parto era evitável pela restrição da ingestão oral durante o TP, tendo-se tornado a norma e perpetuando durante décadas (Mendelson, 1946). A razão desta rotina era garantir o esvaziamento gástrico e evitar a broncoaspiração no momento da indução anestésica (Bryant & Borders, 2019).

No entanto, o jejum não é sinónimo de um estômago vazio e o volume do conteúdo gástrico, além de ser influenciado pela ingestão oral é influenciado pela produção de secreções gástricas, saliva deglutida e capacidade de esvaziamento gástrico (Maharaj, 2009).

Durante a gravidez, as alterações anatómicas induzem um esvaziamento gástrico mais lento e acaba por não haver um esvaziamento total do estômago, mesmo cumprindo o jejum (Kinsella, 2018; Maharaj, 2009). O aumento do volume uterino e a acção da progesterona tornam o esvaziamento gástrico mais lento, razão pela qual toda a grávida deveria ser considerada à partida “estômago cheio” (Kinsella, 2018).

O parto é um processo que exige um aporte energético elevado, sendo a ingestão oral essencial para manter as necessidades de energia física da mulher, conforto e bem-estar durante o TP (Huang et al., 2020; King et al., 2011). A glicose é o substrato metabólico primário usado pelo útero e o consumo regular garante uma absorção rápida e permite compensar o consumo de energia. O jejum ou a diminuição do aporte de hidratos de carbono, conduz a um cansaço mais rápido, aumenta a lipólise e o catabolismo proteico, resultando em fadiga muscular e inatividade uterina (American College of Nurse-Midwives, 2016).

Durante anos, a dieta das parturientes foi restrita sem evidências suficientes para apoiar a prática (Bryant & Borders, 2019). No entanto, são notórios os avanços internacionais relativamente a ingestão oral em TP.

A Organização Mundial de Saúde, em 2018, nas recomendações para uma experiência positiva de nascimento recomenda a ingestão de líquidos orais e alimentos durante o TP, para mulheres com gravidez de baixo risco de complicações e que os profissionais de saúde, na ausência de uma razão médica válida, não devem interferir no seu desejo (WHO, 2018).

O Colégio Americano das Enfermeiras Partoiras incentiva as mulheres com baixo risco de aspiração para a autodeterminação em relação à ingestão oral (Sperling et al., 2016) e o último consenso americano em anestesia obstétrica (Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia e a Sociedade Americana de Anestesiologia) recomenda líquidos claros para mulheres com baixo risco de aspiração e pequenas quantidades de líquidos claros para mulheres sem complicações, até 2 horas antes da anestesia (Hawkins et al., 2016).

A Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Canadá recomenda que a mulher em TP ativo deve receber uma dieta leve ou líquida de acordo com a sua preferência (Sperling et al., 2016).

O Colégio Inglês de Obstetrícia e Ginecologia permite uma dieta leve em TP ativo, com exceção dos casos em que exista administração de opióides ou fatores de risco que aumentam a probabilidade de uma anestesia geral (Sperling et al., 2016).

O Colégio de Obstetrícia e Ginecologia da Austrália e Nova Zelândia recomenda que as mulheres devem ser encorajadas a tomar líquidos claros e dieta leve na fase ativa de TP (Sperling et al., 2016).

Também a Sociedade Europeia de Anestesiologia, em 2011, recomenda que as mulheres em TP devem receber líquidos claros (incluído água, sumos sem polpa e chá ou café sem leite) conforme desejarem e os alimentos sólidos devem ser desencorajados durante o TP ativo, uma vez, que os alimentos sólidos requerem jejum de 6h. No entanto, reconhece que pode ser impraticável impedir todas as mulheres de comer durante o TP, especialmente as mulheres de baixo risco e, portanto, deve-se considerar alimentos de fácil digestão e com baixo teor em resíduos (Smith et al., 2011).

Em Portugal surgiu em 2013, o “Projeto Maternidade com Qualidade” da Ordem dos Enfermeiros, que visa garantir a segurança e a qualidade dos cuidados através de uma regulação do exercício profissional. A hidratação / ingestão hídrica durante o TP é um dos indicadores de evidência e medida do projeto, e a sua prática passou a ser implementada nos serviços de obstetrícia e sala de partos que aderiram ao projeto (OE, 2013).

Comer e beber é uma necessidade humana básica que devemos valorizar na nossa prática clínica. A Teoria de Enfermagem norteada por Virgínia Henderson aborda 14 necessidades humanas básicas. A teórica considera que a função do enfermeiro é assistir a pessoa doente/saudável na satisfação das suas necessidades, contribuindo para a sua saúde ou recuperação promovendo a sua autonomia. Define saúde como a capacidade do indivíduo em

desempenhar as necessidades humanas básicas com maior eficácia, atingindo assim maiores níveis de satisfação pessoal e caracteriza a pessoa como um todo em que o corpo e a mente são indissociáveis não descurando o papel da família na obtenção de saúde, independência ou morte pacífica. O ambiente não foi definido diretamente por Virginia Henderson, esta utilizou o *Webster's New Collegiate Dictionary* de 1961 que definiu o ambiente como “o agregado de todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo” (Alligood & Tomey, 2004).

Uma das necessidades identificadas por Virgínia Henderson foi o comer e beber de forma adequada, considerando ser o elemento mais importante no ensino em enfermagem, tendo um papel fundamental na avaliação da tolerância do utente, assim como em identificar as suas preferências, sendo os profissionais mais capazes para o encorajar em caso de recusa e/ ou diminuição do apetite (Henderson, 2007). A ingestão oral deve ser vista como um momento de prazer para o utente e para quem alimenta, acabando por se alterar devido à sua situação de saúde e mudanças de rotinas. Os enfermeiros têm um papel fulcral em informar outros profissionais envolvidos sobre os requisitos nutricionais, a seleção e preparação dos alimentos, ajustando às necessidades e preferências do utente (Henderson, 2007).

O EESMO assume no seu exercício profissional as intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento n.º 127/2011, 2011; Regulamento n.º 391/2019, 2019).

O EESMO cuida a mulher durante o TP, garantindo a assistência em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do feto/recém-nascido e contribuir para uma experiência de parto positiva (OE, 2021). Para isso deve assegurar a ingestão oral a gosto durante o TP e evitar jejuns prolongados desnecessários (Pinheiro et al., 2012; WHO, 2018).

O EESMO é responsável pelas decisões que toma e pelas acções que implementa, tem competência para cessar a ingestão oral nas situações de desvio do padrão normal de evolução do TP, detecção precoce de complicações e referenciação atempada para o profissional competente, nomeadamente no que se refere a complicações do TP, parto e do pós-parto, complicações fetais e neonatais (Direção-Geral da Saúde, 2023; OE, 2013, 2021).

O papel da parturiente durante o TP e parto tem vindo a modificar-se ao longo dos tempos, notando-se um maior envolvimento e participação na procura de cuidados de qualidade e na tomada de decisão informada, de acordo com as suas preferências e necessidades. Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica colocam a mulher no centro dos cuidados e o EESMO é o profissional de referência na prestação de cuidados de qualidade à parturiente, promotor da sua autonomia e da parceria nos cuidados relacionados com o TP e parto (OE, 2021), devolvendo-lhe o protagonismo do parto, empoderando-a e promovendo-lhe um parto fisiológico (OE, 2021; Possati et al., 2017).

Também Pinheiro et al., (2012) refere que o parto normal deverá, preferencialmente, ser assistido por EESMO (Pinheiro et al., 2012). Os mesmos autores citam a OMS que define o parto normal como o parto de início e progressão espontânea, de baixo risco de complicações desde o início até ao nascimento, culminando no nascimento espontâneo de uma criança, em apresentação cefálica de vértice entre as 37 semanas e as 42 semanas de gravidez e depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição (Pinheiro et al., 2012). O parto eutócico corresponde ao nascimento de feto em apresentação cefálica de vértice, por via vaginal, sem recurso a instrumentos e o parto natural como o parto de início e progressão espontânea, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção (Pinheiro et al., 2012).

No entanto, atualmente ainda existem relatos onde a restrição oral em TP é uma prática comum. Neste sentido, é urgente avançar rumo a práticas de ingestão oral em parturientes de termo sem patologia associada (prévia ou da gravidez), com gravidez e TP de baixo risco de complicações maternas e fetais, e com baixo risco de aspiração, adiante designado neste trabalho, por parturientes de termo sem patologia associada, acompanhando as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e das organizações internacionais focando a atenção na evidência científica.

Tendo por base o tema da dissertação, o ponto de partida desta investigação surgiu com a questão de investigação: Qual a dieta mais adequada na parturiente de termo sem patologia associada?

Neste contexto, foram definidos como objetivos deste trabalho, identificar a melhor evidência científica sobre a dieta da parturiente de termo sem patologia associada e elaborar procedimento de actuação para Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica, em

contexto de Sala de Partos, baseado na evidência extraída.

Com o intuito de dar resposta aos objetivos definidos, foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura que respondesse à questão de investigação e elaborado um procedimento de actuação para Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica em contexto de Sala de Partos. Para a elaboração do procedimento de actuação para Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica em contexto de Sala de Partos, foi desenvolvido um estudo qualitativo e através da realização do *Focus Group*, procurou-se a recolha de informação junto de peritos na área, baseada nos seus conhecimentos e na sua prática clínica. O *Focus Group* foi constituído por 3 EESMOs e por 4 médicos (2 obstetras e 2 anesthesiologistas).

A dissertação encontra-se estruturada, por uma introdução, estudo 1, estudo 2, síntese integrativa dos estudos e conclusão. Na introdução foi definido o tema, justificado com enquadramento teórico, pertinência da temática e apresentados os objetivos. O Estudo 1 refere-se à RSL, elaborada segundo o método da *Joanna Briggs Institute* (JBI) e redigida de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA 2020). O Estudo 2 refere-se ao estudo qualitativo, utilizando o *Focus Group* como técnica de recolha de dados e a análise de conteúdo seguiu a perspetiva de Bardin. A síntese integrativa dos estudos permitiu encontrar a informação pertinente para a elaboração do procedimento de actuação para Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, em contexto de Sala de Partos. A conclusão apresenta os achados gerais, as limitações do estudo e as implicações para a prática e investigação.



## **Estudo 1**



## **1 - A dieta da parturiente de termo sem patologia associada**

### **1.1 - Revisão sistemática da literatura**

A RSL é um estudo secundário que permite agrupar os estudos primários extraindo deles a melhor evidência científica (Cunha & Santos, 2021). Como método rigoroso que é, permitiu identificar a melhor evidência científica disponível sobre a dieta mais adequada na parturiente de termo sem patologia associada e para a sua elaboração foi utilizado o método *Joanna Briggs Institute* (JBI). Este método segue um conjunto de etapas essenciais ao desenvolvimento de uma RSL (1ª Formular a questão, 2ª Procurar a evidência, 3ª Seleccionar os estudos, 4ª Avaliar criticamente a qualidade dos estudos, 5ª Extração dos dados, 6ª Síntese dos dados) (Aromataris & Munn, 2020). Os resultados foram apresentados segundo o fluxograma PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page et al., 2021).

A RSL permite também identificar lacunas de evidência científica e gerar novas perguntas de investigação (Cunha & Santos, 2021).

#### **1.1.1 - Formulação da Questão de Investigação**

Com vista à estruturação da problemática em análise, foi definida a questão de investigação em formato PICO (Participantes, Intervenção, Comparação, Outcomes e Desenho do estudo). A partir da questão de investigação “Qual a dieta mais adequada na parturiente de termo sem patologia associada” em que (P) foram definidos os participantes: parturientes de termo sem patologia associada, em (I) Intervenção: ingestão oral durante o TP, em (O) Outcomes: dieta mais adequada em TP e em (D) Desenho: estudos Qualitativos e/ou Quantitativos.

#### **1.1.2 - Procurar a Evidência**

Após a elaboração da questão de investigação iniciou-se o processo de pesquisa em 5 bases de dados, sendo elas a CINAHL Complete, B-On, PUBMED, MEDLINE Complete e Nursing&Allied Health Collection, e foi realizada no dia 30 de Março de 2023. Foram utilizados descritores em inglês, validados de forma prévia, na *Medical Subject Headings* (MeSH) e utilizados termos em linguagem natural, com os operadores booleanos “AND” e

“OR”.

Os limitadores utilizados foram todos os estudos em língua inglesa, portuguesa e espanhola, com friso temporal de 1 de janeiro de 2018 a 30 de Março de 2023, de forma a obter os estudos mais recentes sobre a temática dos últimos 5 anos.

As estratégias de pesquisa que foram utilizadas nas diferentes bases de dados encontram-se natabela 1.

**Tabela 1: Estratégias de pesquisa por base de dados.**

Bases Dados	Estratégias de pesquisa
CINAHL Complete	"labor, obstetric" OR "obstetric labor" OR "obstetric labour" OR "labor obstetric" OR "labour obstetric" AND beverages OR beverage OR drink OR drinking OR "oral intake" OR "oral fluid" OR diet OR jelly
B-ON	SU"labor, obstetric" OR "obstetric labor" OR "obstetric labour" OR "labor obstetric" OR "labour obstetric" AND SU beverages OR beverage OR drink OR drinking OR "oral intake" OR "oral fluid" OR diet OR jelly
PUBMED	"labor, obstetric"[MeSH Terms] OR "obstetric labor"[Title/Abstract] OR "obstetric labour"[Title/Abstract] OR "labor obstetric"[Title/Abstract] OR "labour obstetric"[Title/Abstract]) AND ("beverages"[MeSH Terms] OR "beverage"[Title/Abstract] OR "beverages"[Title/Abstract] OR "drink"[Title/Abstract] OR "drinking"[Title/Abstract] OR "oral intake"[Title/Abstract] OR "oral fluid"[Title/Abstract] OR "diet"[MeSH Terms] OR "diet"[Title/Abstract] OR "jelly"[Title/Abstract])
MEDLINE Complete	"labor, obstetric" OR "obstetric labor" OR "obstetric labour" OR "labor obstetric" OR "labour obstetric" AND beverages OR beverage OR drink OR drinking OR "oral intake" OR "oral fluid" OR diet OR jelly
Nursing&Allied Health Colection	labor, obstetric AND (diet or drink or oral intake)

### 1.1.3 - Seleção dos Estudos

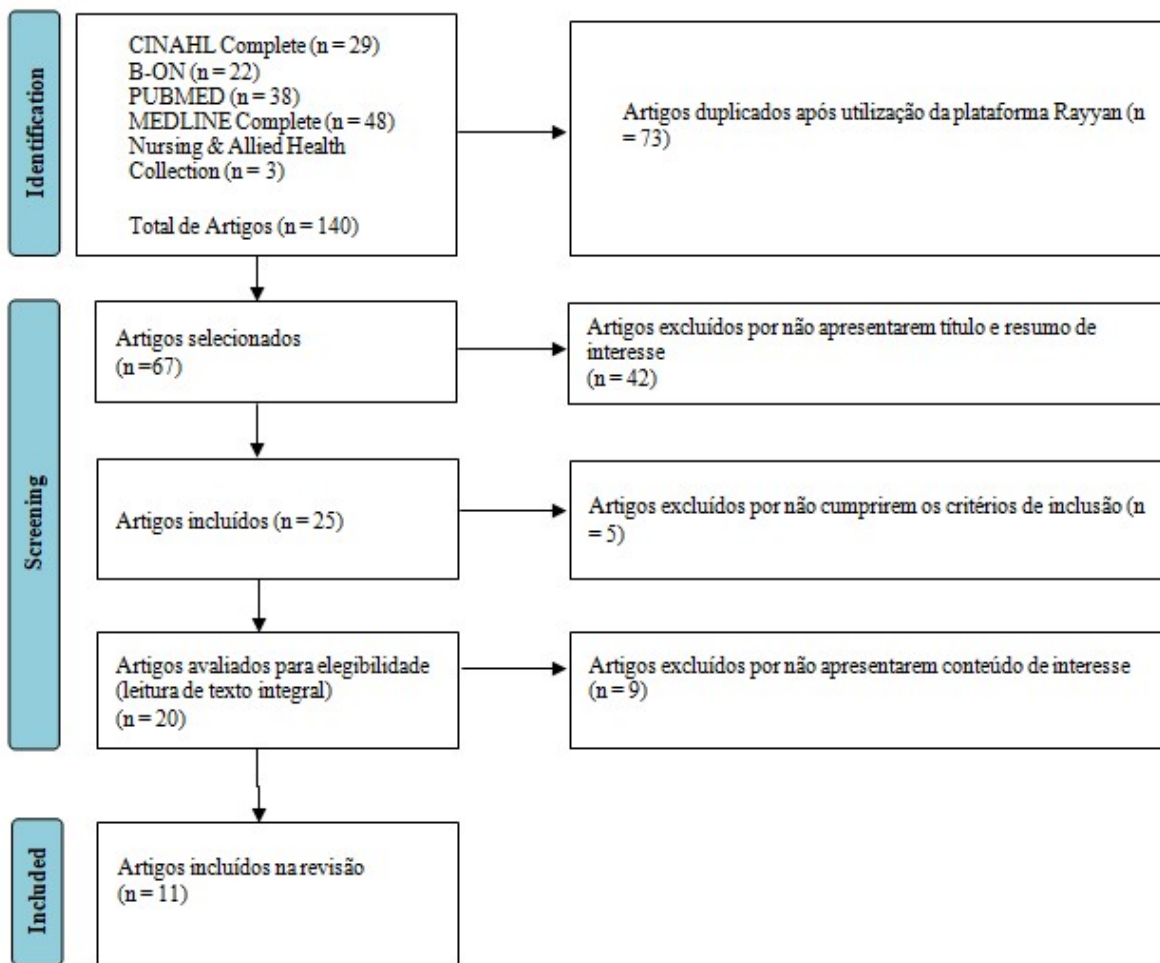
Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram transferidas para o gestor de referências bibliográficas *Mendeley Desktop* e os duplicados removidos através da plataforma

*Rayyan*. A fim de avaliar a elegibilidade dos restantes, os títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes.

Os artigos completos foram analisados com base nos seguintes critérios de inclusão:

- Participantes: estudos que abordem parturientes com gravidez de termo ( $\geq 37$  semanas  $< 42$  semanas) sem patologia associada.
- Intervenção: estudos que abordem a ingestão oral durante o TP.
- *Outcomes*: estudos que respondam à questão “Qual a dieta mais adequada na parturiente de termo sem patologia associada”.
- Desenho: estudos Qualitativos e/ou Quantitativos.

Assim, foram avaliados e analisados para elegibilidade 67 artigos por dois revisores independentes. Através da leitura dos títulos e resumos foram eliminados 42 artigos e selecionados 25 artigos. Foram eliminados da análise 5 por não cumprirem os critérios de inclusão e após leitura integral eliminados 9 por não apresentarem conteúdo de interesse. Os artigos incluídos na revisão foram 11, conforme mostra a figura 1, o fluxograma de pesquisa adaptado do protocolo PRISMA 2020 (Page et al., 2021).



**Figura 1: Fluxograma de pesquisa adaptado do protocolo PRISMA 2020.**

#### 1.1.4 - Apreciação Crítica dos Estudos

A apreciação crítica da qualidade dos estudos é um passo essencial. Analisar a qualidade metodológica dos artigos que foram seleccionados é fundamental, porque a qualidade do método garante a qualidade dos resultados de investigação (Aromataris & Munn, 2020).

A avaliação da qualidade dos estudos foi realizada por dois revisores independentes através de ferramentas de avaliação do risco de viés JBI (Aromataris & Munn, 2020; Barker et al., 2023; Munn et al., 2023) e estão apresentados no trabalho no Apêndice I. Após a avaliação crítica, todos os estudos foram incluídos independentemente dos resultados e os resultados da avaliação crítica foram considerados na síntese narrativa e relatados sob a forma de tabela (Tabela 2).

Para identificar os níveis de recomendação e graus de evidência recorreremos a *The*

Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation de Working Party (2013) cit in Cunha & Santos (2021).

### 1.1.5 - Extração dos dados

Os dados foram extraídos por dois revisores independentes e apresentados em forma de tabela (Tabela 2) com a seguinte informação: autores, título, ano de publicação, país de origem, objetivos, participantes, metodologia/método, interpretação desenvolvida, nível de evidência e contributos para a questão de investigação (Aromataris & Munn, 2020).

**Tabela2: Extração de dados**

<p>Título da Revisão: Dieta mais adequada na parturiente de termo sem patologia associada          Questão: Qual a dieta mais adequada na parturiente de termo sem patologia associada          Critérios de inclusão (PI[C]OD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Participantes: parturientes de termo sem patologia associada.</li> <li>○ Intervenção: ingestão oral durante o TP.</li> <li>○ Comparação:</li> <li>○ <i>Outcomes</i>: dieta mais adequada em TP.</li> <li>○ Desenho: estudos Qualitativos e/ou Quantitativos</li> </ul>
<p><b>Autor/es:</b> Brandi Strong, Kimberly Coyne, Elizabeth White</p>
<p><b>Título:</b> “<i>Are there benefits to a general diet rather than clear liquid diet for low-risk women in labor</i>”- E1</p>
<p><b>Ano de publicação:</b> 2018</p>
<p><b>País de origem:</b> Estados Unidos da América</p>
<p><b>Objetivos:</b> Avaliar os resultados obstétricos de mulheres com gravidez de baixo risco em TP com ingestão de apenas água e pedaços de gelo versus restrições alimentares variáveis, apenas água e pedaços de gelo versus dieta com baixo teor em resíduos e pedaços de gelo versus dieta sem restrições - liberdade de comer e beber).</p>
<p><b>Participantes:</b> Mulheres primíparas entre os 24 e 26 anos, com idade gestacional entre as 39 as 40 semanas, em TP e com gravidez de baixo risco.</p>
<p><b>Metodologia/métodos:</b> meta-análise de 5 ensaios clínicos randomizados e estudo de coorte. Os resultados incluíram percentagens de partos distócicos (cesariana, ventosa ou forceps), índice de APGAR inferior a 7 ao 5º minuto, duração o TP, náuseas, vômitos e internamento do recém-nascido na unidade de cuidados intensivos neonatal.</p>

---

**Interpretação desenvolvida:** As mulheres que comeram em qualquer momento do TP tiveram durações de TP mais longas comparativamente com as mulheres que consumiram apenas líquidos claros (ingestão oral de líquidos claros - média de 6,5 horas; ingestão oral de sólidos na fase inicial (0-3cm de dilatação cervical) - média de 10 horas; ingestão oral de sólidos na fase ativa (3-10cm de dilatação cervical): média 8,2 horas; ingestão oral de sólidos na fase inicial e ativa, média de 13 horas). O estudo não mostrou percentagens aumentadas de vômitos (líquidos claros 30%, sólidos na fase inicial 28%, sólidos na fase ativa 30%, sólidos na fase inicial e ativa 32%), nem percentagens aumentadas de internamentos do recém-nascido na unidade de cuidados intensivos neonatais (líquidos claros 7,4%, fase inicial 4,9%, fase ativa 0%, fases inicial e ativa 3,2%).

---

**Nível de evidência alcançado (se aplicável):** 1B

---

**Contributos para a questão de revisão:** As mulheres que comeram em qualquer momento do TP tiveram durações de TP mais longas comparativamente com as mulheres que consumiram apenas líquidos claros. O estudo não mostrou percentagens aumentadas de vômitos, nem percentagens aumentadas de internamentos do recém-nascido na unidade de cuidados intensivos neonatais.

---

---

**Autor/es:** Nascimento, Goveia, Guimarães, Filho, Ladeira, Silva

---

**Título:** *“Assessment of gastric emptying of maltodextrin, coffee with milk and orange juice during labour at term using point of care ultrasound: a non-inferiority randomised clinical trial”* - E2

---

**Ano de publicação:** 2019

---

**País de origem:** Brasil

---

**Objetivos:** Avaliar o tempo de esvaziamento gástrico, através da ecografiagastrica, de 450ml de maltodextrina, café com leite e sumo de laranja sem polpa em parturientes em sala de partos.

---

**Participantes:** Mulheres com gravidez de termo, com feto único, em TP ativo com idade >18 anos e mulheres não gravidas.

---

**Metodologia/métodos:** Estudo Randomizado.

Realizado estudo de grupos paralelos, comparando o esvaziamento gástrico de 450ml de maltodextrina ajustada isocaloricamente, café com leite ou sumo de laranja sem polpa, com 18 mulheres em cada grupo. As mulheres foram inicialmente jejuadas por 2h para líquidos claros, 6h para refeições leves e 8h para uma refeição com alto teor de gordura ou proteína. A ecografia gástrica foi realizada em decúbito lateral direito a 45°. A área do antro gástrico foi medida aos 5 min, 30 min, 60 min, 90 min e 120 min após a ingestão da bebida.

---

**Interpretação desenvolvida:** Foram analisados os dados de 54 mulheres. Consideraram uma margem de erro muito baixa de 120 mm, nenhuma mulher teve uma área antral maior que o valor basal a partir de 90 minutos após a ingestão de maltodextrina. Apenas três mulheres, que tomaram café com leite, apresentaram área de secção transversa antral maior que o valor basal aos 120 min. A maltodextrina foi eliminada do estômago mais rapidamente do que café com leite e sumo de laranja sem polpa, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre o café com leite e o sumo de laranja. Nenhuma mulher que bebeu maltodextrina teve uma estimativa de volume gástrico > 1,5 ml/kg aos 90 minutos.

---

---

Nenhuma mulher em nenhum grupo apresentou volume > 1,5 ml/kg (valor considerado estômago de risco para aspiração) aos 120min.

---

**Nível de evidência alcançado (se aplicável): 1C**

---

**Contributos para a questão de revisão:** Este estudo mostra que o esvaziamento gástrico da maltodextrina é mais rápido comparando com o café com leite e o sumo de laranja nas mulheres em TP, e confirma que o esvaziamento gástrico não depende apenas do volume e calorias totais, mas também no teor de lipídios e proteínas ingeridas. A maltodextrina é uma solução adequada para as mulheres beberem durante o TP, mas até o café com leite e o sumo de laranja sem polpa foi eliminado do estômago em duas horas. O volume gástrico é menor quando se ingere só água do que aqueles que permanecem sem ingestão.

---



---

**Autor/es:** François-Pierrick Desgranges, Marinho Simonin, Sofia Barnoud, Laurent Zielskiewicz, Eloise Cercueil, Julien Erbacher, Bernard Allaochiche, Dominique Chassard, Lionel Bouvet

---

**Título:** " *Prevalence and prediction of higher estimated gastric content in parturients at full cervical dilatation: A prospective cohort study*" - **E3**

---

**Ano de publicação:** 2018

---

**País de origem:** França

---

**Objetivos:** Determinar a prevalência e os factores preditivos de maior conteúdo gástrico estimado em dilatação cervical completa em parturientes autorizadas a beber durante o TP.

---

**Participantes:** Mulheres adultas em fase ativa de TP e com analgesia epidural. Foram excluídas as mulheres com contra-indicação obstétrica para a posição semirreclinada em decúbito lateral direito, história de cirurgia digestiva alta e recusa em participar no estudo.

---

**Metodologia/métodos:** Estudo de Coorte Prospectivo.

As parturientes foram autorizadas a beber líquidos claros até à dilatação cervical completa, mas não foram autorizadas a comer qualquer alimento sólido. As mulheres fizeram analgesia epidural e mantiveram analgesia até ao parto vaginal. A ecografia gástrica do antro foi realizada na dilatação cervical completa, na hora anterior ao início dos esforços expulsivos. As parturientes foram consideradas com maior conteúdo gástrico estimado quando observado conteúdo sólido e/ou se o volume do conteúdo gástrico foi >1,5 mL/kg.

---

**Interpretação desenvolvida:** Foram incluídas 62 mulheres. O principal resultado deste estudo foi que só um quarto das parturientes com analgesia epidural que foram autorizadas a beber líquidos claros durante o TP teve maior conteúdo gástrico estimado na dilatação cervical completa. Este estudo sugere que a ingestão oral de líquidos claros pode ser segura durante a fase ativa do TP. As mulheres com maior conteúdo gástrico estimado na dilatação cervical completa foram aquelas que manifestaram intensidade máxima de dor na hora anterior à realização da ecografia gástrica. O estímulo nociceptivo (dor) pode induzir distúrbios rápidos e marcantes na motilidade gastroduodenal e secreção gástrica, provavelmente mediada pela ativação do sistema nervoso autónomo. Esta situação contribui para um atraso no esvaziamento gástrico e aumento do volume gástrico após uma hora do evento de dor.

---

**Nível de evidência alcançado (se aplicável): 3C**

---

---

**Contributos para a questão de revisão:** Este estudo sugere que a ingestão oral de líquidos claros pode ser segura durante a fase ativa do TP em mulheres com analgesia epidural.

---



---

**Autor/es:** Anne Shea-Lewis, Patricia Eckardt, Donna Stapleton

---

**Título:** *"An Investigation into the Safety of Oral Intake During Labor"* - E4

---

**Ano de publicação:** 2018

---

**País de origem:** Estados Unidos da América

---

**Objetivos:** Comparar os resultados maternos e neonatais entre dois grupos de mulheres em TP: mulheres que ingeriram sólidos e líquidos e mulheres que não ingeriram nada via oral (NPO), excepto pedaços de gelo.

---

**Participantes:** 2784 Mulheres.

---

**Metodologia/métodos:** Estudo quantitativo, retrospectivo, observacional e transversal.

Foram consultados 2784 processos clínicos num Hospital dos Estados Unidos da América num período de 5 anos, para comparações descritivas e inferenciais entre os grupos.

---

**Interpretação desenvolvida:** O grupo que não ingeriu nada via oral, excepto pedaços de gelo, foi significativamente mais propenso a cesariana não programada em relação ao grupo onde foi permitido ingestão oral. Embora as mulheres do grupo NPO tenham começado com menos complicações, a análise dos dados revelou que elas tiveram uma incidência significativamente maior de complicações intraparto do que aquelas do grupo sem restrição. As mulheres com baixo risco de parto cirúrgico autorregulam a sua ingestão de alimentos sólidos e líquidos durante o TP. Permitir às mulheres a ingestão oral durante o TP não causou aumento na morbidade e não houve mortalidade em nenhum dos grupos. Não houve diferenças significativas no internamento de mulheres em unidades de cuidados intensivos no pós-parto, não planeada, ou no internamento do recém-nascido na unidade de cuidados intensivos neonatais. Permitir a ingestão oral das mulheres durante o TP não aumenta os resultados maternos ou neonatais adversos. A ingestão oral durante o TP aumenta a satisfação e conforto materno e a sensação de autonomia.

---

**Nível de evidência alcançado (se aplicável):** 4B

---

**Contributos para a questão de revisão:** Permitir a ingestão oral das mulheres durante o TP não aumenta os resultados maternos ou neonatais adversos. A ingestão oral durante o TP aumenta a satisfação e conforto materno e a sensação de autonomia. Mais estudos são necessários para determinar que tipos de alimentos e bebidas são mais benéficas em TP.

---



---

**Autor/es:** Huang Chuan-Ya, Luo Bi-Ru, Hu Juan

---

**Título:** *"Investigation on the status of oral intake management measures during labor in China."* - E5

---

**Ano de publicação:** 2020

---

**País de origem:** China

---

**Objetivos:** Investigar as medidas de controlo da ingestão oral durante o TP na

---

China;
<b>Participantes:</b> 1213 Hospitais
<b>Metodologia/métodos:</b> Estudo Transversal/ Longitudinal Questionário, com análise de dados em SPSS 23.0.
<b>Interpretação desenvolvida:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 939 hospitais (77,4%) permitiram que as parturientes trouxessem alimentos de fácil digestão (pão e aveia);</li> <li>- 813 hospitais (67,0%) permitiram que as parturientes comessem como quisessem;</li> <li>- 745 hospitais (61,4%) permitiram que as parturientes bebessem bebidas desportivas;</li> <li>- 744 hospitais (61,3%) permitiram que parturientes consumissem chocolate;</li> <li>- 108 hospitais (8,9%) permitiram que parturientes consumissem ovos cozidos;</li> <li>- 98 hospitais (8,1%) forneciam dietas adequadas para cada gestante;</li> <li>- 73 hospitais (6,0%) forneciam solução nutritiva oral;</li> <li>- 34 hospitais (2,8%) não permitiram que as parturientes ingerissem líquidos;</li> <li>- 109 hospitais (9,0%) não permitiram que as parturientes consumissem alimentos sólidos;</li> <li>- 12 hospitais (1,0%) adotaram outras medidas de controlo da ingestão oral não mencionadas acima.</li> </ul> <p>Na China, os Hospitais adoptam medidas diferentes em relação à ingestão oral em TP. No entanto, a maioria (acima dos 60%) permite a ingestão oral de alimentos de fácil digestão, como pão e aveia, ingestão oral sem restrição, ingestão oral de bebidas desportivas e ingestão oral de chocolate.</p>
<b>Nível de evidência alcançado (se aplicável):</b> 4B
<b>Contributos para a questão de revisão:</b> As parturientes que se alimentam de dieta leve e de fácil digestão apresentam menos cetose, as mulheres que ingerem de acordo com os seus próprios desejos não tiveram partos mais longos ou percentagens de vômitos mais elevadas. A ingestão de bebidas desportivas podem reduzir a quantidade de cetonas produzidas, o chocolate contém muitos carboidratos de alta qualidade como a sacarose, proteínas, manteiga de cacau, é digerido e absorvido rapidamente e produz muita energia. O chocolate contém uma pequena quantidade de cafeína que tem um efeito excitante sobre o cérebro que pode estimular o bem-estar materno e aliviar a fadiga. Também tem efeitos estimulantes a nível do coração e circulação sanguínea materna que contribuiu para melhorar a circulação feto-placentar e evitar o sofrimento fetal agudo.
<b>Autor/es:</b> Julien Rousset, Simon Clariot, Felix Tounou, Julien Burey, El Hafiani, Elodie Eliot, Christophe Quesnel, Francis Bonnet, Marc Fischler
<b>Título:</b> <i>“Oral fluid intake during the first stage of labour A randomised trial”</i> – E6
<b>Ano de publicação:</b> 2020
<b>País de origem:</b> França
<b>Objetivos:</b> Avaliar se a ingestão oral de líquidos durante o TP está associado ao aumento do conteúdo gástrico.
<b>Participantes:</b> parturientes com idade entre 18-40 anos, com gravidez única de termo e sem complicações.
<b>Metodologia/métodos:</b> Estudo Randomizado, simples-cego. As mulheres após o

---

internamento em sala de partos foram randomizadas em dois grupos: o grupo do jejum e o grupo onde foi permitida a ingestão de líquidos. Este último grupo foi autorizado a beber 400ml de sumo de maçã nos primeiros 90 minutos após a randomização. As mulheres elegíveis foram rastreadas durante o segundo e terceiro trimestre e receberam uma explicação detalhada do protocolo. Ao chegar à sala de partos e após colocação de cateter epidural, as informações sobre o protocolo do estudo foram repetidas e o consentimento informado foi solicitado por escrito. Foram excluídas as mulheres com patologia, dilatação cervical superior a 8cm, tempo de parto previsto inferior a 1h ou cesariana planeada. Tamanho da amostra: 125 mulheres (63 no grupo da ingestão oral de líquidos e 62 no grupo do jejum).

---

**Interpretação desenvolvida:** O estudo demonstra que a manutenção da ingestão oral de líquidos por via oral nos primeiros 90 minutos após a randomização não teve impacto significativo na AST (área secção transversa) antral, conforme avaliado pela ecografia gástrica. A percentagem de mulheres com AST antral inferior a 300mm<sup>2</sup> (estômago vazio) na dilatação cervical total não foi significativamente diferente entre o grupo do jejum e o grupo da ingestão de líquidos. Na dilatação cervical completa, uma AST antral menor que 300mm<sup>2</sup> foi medido em 76 e 79% das parturientes no grupo do jejum e no grupo da ingestão de líquidos, respectivamente. Considerando que a AST antral diminui durante o TP e foi menor na dilatação cervical completa dos dois grupos, a conclusão de que a ingestão de líquidos não aumenta o conteúdo gástrico no momento do parto permanece válida.

---

**Nível de evidência alcançado (se aplicável):** 1C

---

**Contributos para a questão de revisão:** o estudo sugere que a ingestão oral de líquidos até 400ml (sumo de maçã) durante o TP não tem efeito significativo na AST antral medida durante o primeiro estágio do TP em mulheres com analgesia epidural. Esta quantidade de líquido não foi grande o suficiente para alterar significativamente o conteúdo gástrico. A ingestão de líquidos durante o TP não aumenta o risco de estômago cheio no momento do parto por causa da motilidade gástrica preservada.

---

---

**Autor/es:** Justine Nadal, Fabrice Pierre, Anna Fernandez, Emilie Boussac, Thibaut Loupec, David Desseauve

---

**Título:** *“Drinking during low-risk labor: monocentric randomized clinical trial on patients’ satisfaction, and maternal and neonatal outcomes”*—E7

---

**Ano de publicação:** 2021

---

**País de origem:** França

---

**Objetivos:** Avaliar a satisfação da parturiente sujeita a diferentes volumes de ingestão oral de líquidos durante o TP sem complicações, identificar factores associados ao nível de satisfação e comparar os resultados obstétricos e neonatais.

---

**Participantes:** participantes com idade > 18 e <35 anos, gravidez única, idade gestacional entre as 37 e 41 semanas, apresentação cefálica de um feto, índice de massa corporal materno >17 e <40 Kg/m<sup>2</sup>, paridade <4, início espontâneo de TP, dilatação cervical <5cm no início do ensaio. Os critérios de exclusão foram patologia médica prévia, cesariana anterior, complicação fetal, alteração cromossómica fetal ou malformação congénita e restrição de crescimento fetal

---

---

(percentil <10).

**Metodologia/métodos:** Ensaio clínico randomizado monocêntrico, não cego.

As 40 participantes foram randomizadas aleatoriamente em 2 grupos: 1 grupo com regime restrito de ingestão oral de líquidos com 20 participantes e 1 sem restrição de ingestão oral de líquidos com 20 participantes. Todas as mulheres incluídas podiam beber apenas água pura.

No grupo com regime restrito de ingestão oral de líquidos, as mulheres podiam beber até 100ml por hora até ao parto. No grupo sem restrição, as mulheres podiam beber até 500ml durante a primeira hora do ensaio e depois até 200ml por hora até ao parto. As participantes não foram autorizadas a comer ou beber bebidas não aquosas durante o TP.

**Interpretação desenvolvida:** a maioria das mulheres recomendaria beber durante o TP a uma amiga (17/20 do grupo com regime restrito de ingestão oral de líquidos e 17/20 do grupo sem restrição de ingestão oral de líquidos), 14 das mulheres do grupo com regime restrito de ingestão oral de líquidos e 18 mulheres do grupo sem restrição de ingestão oral de líquidos declararam que durante o próximo TP desejariam beber, 7 mulheres do grupo com regime restrito de ingestão oral de líquidos e 2 mulheres do grupo sem restrição de ingestão oral de líquidos referiram vontade de beber mais durante o próximo TP. Não houve diferença significativa na duração do 1º e 2º estádios do TP, no entanto, a fase ativa do 2º estadio do TP foi significativamente menor no grupo sem restrição de ingestão oral de líquidos. A diferença no tempo de permanência na sala de partos foi significativamente menor entre as mulheres do grupo sem restrição de ingestão oral de líquidos em relação ao grupo com regime restrito de ingestão oral de líquidos. Não houve diferenças significativas no uso de analgesia epidural, arritmia cardíaca fetal, tipo de parto, monitorização do índice de APGAR ao 5º minuto, valores da gasimetria do cordão umbilical e número de internamentos na unidade de cuidados intensivos neonatais.

**Nível de evidência alcançado (se aplicável):** 1C

**Contributos para a questão de revisão:** A satisfação materna foi maior no grupo sem restrição de ingestão oral de líquidos. Este estudo sugere que se a satisfação materna aumenta, o *stress* diminui. A fase ativa do 2º estadio do TP foi mais curta. O estudo sugere que os partos que acontecem sob políticas menos restritivas de ingestão oral de líquidos tiveram duração mais curta. O tempo de permanência em sala de partos foi mais curto no grupo sem restrição de ingestão oral de líquidos do que no grupo com regime restrito de ingestão oral de líquidos (190 minutos *versus* 340 minutos). Não houve diferença dos resultados obstétricos e neonatais entre os dois grupos.

---

**Autor/es:** Xiang-Yang Chang, Li-Zhong Wang, Feng Xia, Yin-FaZhang

**Título:** “Prevalence of risk stomach in laboring women allowed to unrestricted oral intake: a comparative cross-sectional study” –E8

**Ano de publicação:** 2022

**País de origem:** China

**Objetivos:** Determinar a prevalência de estômago cheio/risco para aspiração em mulheres em TP sem jejum.

**Participantes:** 50 parturientes com permissão para comer e beber durante a fase

---

---

ativa de TP. Os critérios de inclusão foram idade >18 anos, gravidez de termo (>37 semanas), feto único em apresentação cefálica. Os critérios de exclusão foram gestações gemelares, obesidade mórbida, história de doença gástrica ou esofágica ou cirurgia, refluxo esofágico, diabetes mellitus e recusa em participar no estudo.

---

**Metodologia/métodos:** Estudo de coorte transversal comparativo.

Foi realizado ecografia gástrica do antro do estômago em 50 parturientes com permissão para comer alimentos de fácil digestão e beber líquidos sem restrição durante a fase activa (dilatação cervical de 3cm até dilatação cervical completa) do TP, com ou sem analgesia epidural e em 50 mulheres antes da cesariana electiva e com anestesia neuroaxial. As mulheres que não estavam em TP cumpriram 2h de jejum para líquidos claros, 6h para refeição leve e 8h para refeição completa. A ecografia consistiu na avaliação qualitativa e quantitativa da secção antral e volume gástrico calculado na posição supina e decúbito lateral direito com elevação da cabeceira a 45°. Após avaliação foi definido estômago cheio/risco para aspiração e estômago vazio.

---

**Interpretação desenvolvida:** O estômago cheio que aumenta o risco de aspiração tem maior incidência nas parturientes sem jejum (80%).

As parturientes em TP por si só, têm ASTantral maior no estômago vazio e maior ASTantral no estômago de risco em comparação com mulheres sem trabalho TP. Isto pode dever-se ao tamanho e à posição do antro devido ao útero gravídico no final da gravidez que altera ASTantral e o volume gástrico ou a factores que ocorrem durante o TP como contrações uterinas, dor, analgesia e alterações hormonais que podem afetar o tamanho, posição e motilidade do antro. A ecografia gástrica pode ser útil na parturiente com necessidade de anestesia geral.

---

**Nível de evidência alcançado (se aplicável):** 3C

---

**Contributos para a questão de revisão:** este estudo confirma uma maior prevalência de estômago cheio considerado de risco para aspiração em mulheres em TP com permissão para comer e beber durante a fase activa. E são os alimentos sólidos que têm uma maior contribuição para um estômago cheio/risco de aspiração durante o TP.

---

---

**Autor/es:** Lionel Bouvet, Julie Garrigue1, François-Pierrick Desgranges, Federica Piana, Gery Lambin, Dominique Chassard

---

**Título:** “*Women’s view on fasting during labor in a tertiary care obstetric unit. A prospective cohort study*” –E9

---

**Ano de publicação:** 2020

---

**País de origem:** França

---

**Objetivos:** Avaliar a satisfação e os desejos da parturiente em relação ao jejum durante o TP.

---

**Participantes:** 193 parturientes

---

**Metodologia/métodos:** Estudo de Coorte Prospectivo.

As mulheres em TP sob analgesia epidural foram autorizadas a beber quantidades moderadas de líquidos claros, exceto casos de obesidade, diabetes mellitus ou risco de cesariana. Registado a duração do jejum para sólidos e líquidos. As mulheres foram questionadas se receberam informação sobre jejum, beber ou comer durante o TP. Se a informação

---

---

foi dada por um profissional de saúde, que tipo de profissional de saúde e se a informação foi espontânea ou após solicitação da parturiente. Foi registado se a ingesta foi permitida ou não, durante o TP, tipo de líquido claro, o volume e se os alimentos sólidos foram permitidos e em que condições. Foram avaliados os graus de desconforto materno relacionado com a sede e a fome (utilizando uma escala de classificação verbal de 0 a 10). Foram recolhidos os desejos maternos em relação à ingesta oral durante o TP e questionadas se gostariam de consumir alimentos sólidos, volume de líquidos claros, líquidos doces ou líquidos mais frios ou gelo. Por fim foi registada a ocorrência de vômitos e náuseas durante o TP.

---

**Interpretação desenvolvida:**

- 131 (68%) mulheres receberam instruções claras quanto ao jejum durante o TP; 71 (37%) receberam instruções e 60 (31%) receberam instruções mediante solicitação;
- 116 (60%) mulheres foi-lhes permitido beber líquidos claros, sendo que 106 mulheres (91%) das envolvidas de forma limitada;
- 119 mulheres beberam líquidos claros durante o TP;
- 132 (68%) mulheres tiveram sede durante o TP;
- 74 (64%) desejaram água gelada, 38 (33%) desejaram volume irrestrito de água;
- 28 (24%) mulheres desejaram bebida doce;

A duração média de jejum até ao final do parto foi:

- 9,5 horas nas 15 parturientes não autorizadas a beber durante o TP;
- 2,6h nas 116 parturientes que foram permitidas beberem e comerem;
- 5,5h para o grupo de mulheres que não recebeu nenhuma instrução de jejum;

Os líquidos claros ingeridos foram:

- Água por 63 (53%) mulheres e sumo de maçã por 56 (47%) mulheres;
  - O volume médio total estimado de líquido claro foi de 300ml para uma duração média de TP de 6,5h.
  - As mulheres que beberam durante o TP optaram por fazer analgesia epidural em contrário às mulheres em jejum.
  - 82 (42%) mulheres sentiram náuseas, sendo que 51 (43%) mulheres que beberam durante o TP e 31 (42%) mulheres que não ingeriram nada por via oral.
  - 40 (21%) mulheres tiveram vômitos durante o TP, em que 29 (24%) beberam durante o TP e 11 (15%) mulheres que não ingeriram.
  - O desconforto relacionado à sede não foi estatisticamente diferente entre as mulheres que ingeriram e as que não ingeriram nada.
  - O desconforto relacionado à fome foi significativamente menor em relação à sede.
  - 23 (12%) mulheres gostavam de comer alimentos sólidos durante o TP.
- 2/3 das parturientes manifestaram desconforto em relação à sede. 2/3 das parturientes preferem líquidos claros e frios. 1/3 gostaria de ter ingerido líquidos claros sem restrição. 1/8 gostaria de comer alimentos sólidos durante o TP.
- 

**Nível de evidência alcançado (se aplicável): 3C**

---

**Contributos para a questão de revisão:** Permitir o consumo de água de forma limitada não garante a alta satisfação materna em relação à sede durante o TP. Oferecer líquidos claros frios, sem restrições de quantidade

---

---

e líquidos doces podem contribuir para melhorar o conforto materno, e podem ser facilmente alcançados em prática clínica para grande parte das mulheres sem comprometer a segurança materna.

---

---

**Autor/es:** Thérèse Simonet, Clément Gakuba, Isabelle Desmeulles, Julien Corouge, Gael Beucher, Rémi Morello, Jean-Louis Gérard, Anne Sophie Ducloy-Bouthors, Michel Dreyfus, Jean-Luc Hanouz

---

**Título:** “*Effect of Oral Carbohydrate Intake During Labor on the Rate of Instrumental Vaginal Delivery: A Multicenter, Randomized Controlled Trial*” –E10

---

**Ano de publicação:** 2020

---

**País de origem:** França

---

**Objetivos:** Identificar o efeito da ingestão oral de líquidos ricos em hidratos de carbono durante o TP na percentagem de partos vaginais distócicos.

---

**Participantes:** 3.984 grávidas, adultas, saudáveis, com TP espontâneo com dilatação cervical <8cm.

---

**Metodologia/métodos:** Estudo randomizado, controlado, multicêntrico e prospectivo.

Foram criados 2 grupos: o grupo “Carboidratos” (foi dada permissão para beber 200ml de suco de maçã ou uva sem polpa a cada 3h) e o grupo “Jejum” (foi dada permissão de beber apenas água). Os resultados incluíram tipo de parto vaginal (eutócico *versus* distócico), duração do TP, número de cesarianas, fome materna, sede, stress, fadiga, bem-estar durante o TP, número de episódios de vômito e duração do internamento.

---

**Interpretação desenvolvida:** Aconselhar as mulheres a beber sumo de frutas durante o TP não modifica o risco de parto vaginal distócico. Não houve diferenças significativas no tipo de parto, duração do TP, bem-estar, número de episódios de vômito e o tempo de internamento. As mulheres do grupo “Carboidratos” foram incentivadas a beber 200ml de sumo de frutas sem polpa a cada 3h, mas apenas 14% delas conseguiram aderir a essa recomendação. Isto explicado pelo fato do TP se tornar mais intenso e a mulher não sentir necessidade de ingerir a mesma quantidade. À medida que o TP evolui há um reajuste natural das necessidades de ingestão oral da mulher.

---

**Nível de evidência alcançado (se aplicável):** 1C

---

**Contributos para a questão de revisão:** Aconselhar as mulheres a beber 200ml a cada 3h de sumo de frutas sem polpa durante o TP não modifica o risco de parto vaginal distócico. Não houve diferenças significativas no tipo de parto, duração do TP, bem-estar, número de episódios de vômito e o tempo de internamento.

---

---

**Autor/es:** Lionel Bouvet, Thomas Schulz, Federica Piana, François-Pierrick Desgranges, Dominique Chassard.

---

**Título:** “*Pregnancy and Labor Epidural Effects on Gastric Emptying: A Prospective Comparative Study*” –E11

---

---

**Ano de publicação:** 2022

---

**País de origem:** França

---

**Objetivos:** testar a hipótese de que a fração de esvaziamento gástrico de uma refeição leve seria reduzida em parturientes com analgesia epidural e sem analgesia de parto em comparação com mulheres grávidas e não grávidas.

---

**Participantes:** 40 mulheres (10 mulheres não grávidas, 10 grávidas de termo, 10 parturientes sem analgesia epidural e 10 parturientes com analgesia epidural.)

---

**Metodologia/métodos:** Estudo prospectivo comparativo.

Dez mulheres foram incluídas e testadas em cada grupo: não grávidas, grávidas de termo, parturientes sem analgesia epidural e parturientes com analgesia epidural. Após um primeiro exame ecográfico gástrico para garantir o estômago vazio, cada indivíduo ingeriu uma refeição leve (125 g de iogurte - 120 kcal) em 5 minutos. De seguida, foram realizadas medições ecográficas da área antral aos 15, 60, 90 e 120min. Um estômago foi definido como ausência de visualização de qualquer conteúdo líquido ou sólido no antro (antro vazio) e com uma área de seção transversal antral inferior a 505 mm<sup>2</sup> (em mulheres grávidas) ou 340 mm<sup>2</sup> (em mulheres não grávidas).

Todas parturientes tinham idade inferior a 40 anos, sem patologia médica ou obstétrica, jejum de pelo menos 6h para sólidos e 1h para líquidos claros e estômago vazio na primeira ecografia. As mulheres incluídas nos grupos Parturiente-Epidural e Parturiente Não-Epidural deveriam estar em TP na sala de parto, tinham mais de 38 semanas de gestação e ingeriram 125 g de iogurte aromatizado. As mulheres incluídas no grupo Parturiente-Epidural tiveram de ter analgesia epidural eficaz (ou seja, uma pontuação verbal de dor menor ou igual a 3 na escala numérica [0 = sem dor; 10 = a pior dor imaginável] 1h após o início da analgesia epidural).

---

**Interpretação desenvolvida:** A analgesia epidural pode afetar o esvaziamento gástrico de uma refeição de duas maneiras opostas: por um lado, minimiza a dor aguda relacionada à gastroparesia por meio do alívio da dor e, por outro lado, reduz a motilidade gástrica e retarda o esvaziamento gástrico devido à perfusão de opióides. A analgesia epidural e ausência de dor melhora a motilidade e o esvaziamento gástrico em comparação com o observado no TP natural sem analgesia. Apenas 3 das 10 mulheres apresentaram conteúdo sólido aos 120 minutos após a refeição de teste no grupo Parturiente-Epidural, enquanto 9 de 10 mulheres em TP sem analgesia epidural apresentaram conteúdo sólido no mesmo momento. Assim, permitir que a parturiente ingira uma refeição leve durante o TP deve depender do uso de analgesia epidural. Os resultados sugerem que uma refeição sólida e leve provavelmente poderia ser permitida em mulheres em TP, sem complicações, com analgesia epidural e baixo risco previsível de parto cirúrgico, dentro de pelo menos as 2 horas seguintes; da mesma forma, uma refeição sólida e leve provavelmente poderia ser permitida em mulheres sem analgesia epidural no início do TP que apresentam baixo risco estimado de fazer anestesia geral nas 4 horas seguintes.

---

**Nível de evidência alcançado (se aplicável):** 1C

---

---

**Contributos para a questão de revisão:** A analgesia epidural não piora, mas na verdade facilita o esvaziamento gástrico em comparação com o parto sem analgesia epidural. A própria dor do TP pode ser a causa mais importante do esvaziamento gástrico lento, pois o volume gástrico é significativamente maior entre as parturientes que não recebem alívio da dor. O *Stress* provocado pela adrenalina estimula a libertação gástrica e, portanto, da secreção de ácido gástrico. A analgesia epidural reduz o stress associado à dor do TP. Neste sentido, a analgesia epidural no TP parece que para além de facilitar o esvaziamento gástrico, reduz a acidez do conteúdo gástrico. Os resultados devem levar os anestesiológicos a permanecerem cautelosos quanto à permissão de alimentos sólidos durante o TP, especialmente quando não é utilizada analgesia epidural. A ecográfica gástrica pode ser útil para monitorizar a quantidade de conteúdo gástrico, bem como para orientar a decisão de jejum ou alimentação durante o TP.

---

#### 1.1.6 - Síntese dos dados

Após a análise dos artigos e em resposta à questão de investigação, os estudos abordam a ingestão oral em TP, desde o *Nihil per os/ Nil per os/ NPO* (“nada por via oral”) ao *Ad Libitum/ Ad Lib* (“à vontade”, “a bel-prazer”). Referem diferentes alimentos que agrupou nas seguintes dietas: a dieta zero (Bouvet et al., 2020; Huang et al., 2020; Rousset et al., 2020; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020), a dieta líquida clara sem resíduos (água/pedaços de gelo, maltodextrina, sumo de laranja sem polpa, sumo de maçã sem polpa, sumo de uva sem polpa, bebidas isotónicas) (Bouvet et al., 2022; Bouvet et al., 2020; Chang et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Nascimento et al., 2019; Rousset et al., 2020; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020; Strong et al., 2018), a dieta menos restritiva com alimentos de fácil digestão (pão e aveia, chocolate, café com leite, iogurte) (Bouvet et al., 2022; Chang et al., 2022; Huang et al., 2020; Nascimento et al., 2019) e dieta sem restrições (Huang et al., 2020; Strong et al., 2018). Os estudos apontam a ingestão oral de líquidos claros sem resíduos, ricos em hidratos de carbono e proteínas como a dieta mais adequada e segura em parturientes de termo, sem patologia associada, e demonstraram que esta dieta contribui para inúmeros benefícios, tais como, bem-estar, satisfação e conforto materno (Bouvet et al., 2020; Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020), segurança materna e redução de complicações maternas (Bouvet et al., 2020; Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018), redução do número de vômitos (Huang et al., 2020; Simonet et al., 2020; Strong et al., 2018), redução da cetoacidose, desidratação e desequilíbrios hidroeletrólíticos (Huang et al., 2020), redução das

complicações neonatais (Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018; Strong et al., 2018), menor duração do TP (Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Simonet et al., 2020; Strong et al., 2018), tipo de parto (Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020), redução do tempo de internamento em sala de partos (Nadal et al., 2022; Simonet et al., 2020) e redução do tempo de esvaziamento gástrico (Bouvet et al., 2022; Chang et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Nascimento et al., 2019; Rousset et al., 2020).

### **1.1.7 - Discussão**

A OMS, em 2018, nas recomendações para uma experiência positiva de nascimento, recomenda a ingestão de líquidos orais e alimentos durante o TP, para mulheres com gravidez de baixo risco e os profissionais de saúde, na ausência de uma razão médica válida, não devem interferir no desejo da mulher relativamente à ingestão oral em TP, até porque à medida que evolui o TP há uma regulação natural das mulheres com a diminuição progressiva e espontânea do consumo alimentar (WHO, 2018).

A Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) e o Colégio Americano de Obstétricas e Ginecologistas (ACOG), no relatório de consenso em anestesia obstétrica de 2016, recomendam a ingestão oral de quantidades moderadas de líquidos claros nas mulheres em TP, sem complicações. Os líquidos claros incluem, mas não estão limitados, a água, sumos de frutas sem polpa, bebidas ricas em hidratos de carbono, chá claro, café preto e bebidas isotónicas. Endossam a restrição da dieta, a líquidos claros, pelo potencial dano da ingestão de alimentos sólidos, provocado pela aspiração de conteúdo gástrico, no caso de necessidade de anestesia geral. Defendem que o volume de líquido ingerido é menos importante do que a presença de resíduos/partículas no líquido ingerido. E ainda, referem que em caso de cirurgia eletiva (cesariana) é permitida a ingestão de quantidades moderadas de líquidos claros até 2h antes da indução da anestesia (Hawkins et al., 2016).

Também a Sociedade Europeia de Anestesiologistas (ESA), em 2011, recomenda que as mulheres em TP devem receber líquidos claros (incluída água, sumos sem polpa e chá ou café sem leite) conforme desejarem e os alimentos sólidos devem ser desencorajados durante o TP ativo, uma vez, que os alimentos sólidos requerem jejum de 6h. No entanto, reconhece que pode ser impraticável impedir todas as mulheres de comer durante o TP, especialmente as mulheres de baixo risco e, portanto, deve-se considerar alimentos de fácil digestão e com baixo teor em resíduos (Smith et al., 2011).

Esta discrepância entre as diferentes escolas americana e europeia deve-se à falta de estudos sobre o esvaziamento gástrico de sólidos durante o TP (Smith et al., 2011).

Em 2023, a ASA nas recomendações sobre “o jejum pré-operatório e o uso de agentes farmacológicos para reduzir o risco de aspiração pulmonar”, continua a indicar a abreviação do jejum pré-operatório, em pacientes saudáveis com ingestão de líquidos claros ricos em hidratos de carbono simples ou complexos, até 2 horas antes de um procedimento eletivo, que requeira anestesia geral, anestesia regional ou sedação, para minimizar os danos potenciais do jejum prolongado, incluindo a fome e a sede (Joshi et al., 2023). Os estudos utilizados para a elaboração destas recomendações forneceram aos participantes uma mediana de 400ml (400ml de líquidos claros é considerado um volume apropriado) (intervalo interquartil, 300 a 400ml) de líquidos claros 2 horas antes da indução da anestesia, sem consequências adversas (Joshi et al., 2023). As ingestões orais de líquidos claros com hidratos de carbono reduziram a fome e aumentaram a satisfação do paciente quando comparados com a ingestão de líquidos claros não calóricos. Também os pacientes que beberam líquidos claros com hidratos de carbono e proteínas até 2 horas antes dos procedimentos experimentaram menos fome e sede em comparação com o jejum e menos fome em comparação com a ingestão de líquidos claros não calóricos (Joshi et al., 2023).

Não foram detectadas diferenças dos líquidos claros calóricos em relação aos não calóricos, em relação à sede e episódios de náuseas/vômitos no pré-operatório. Não houve incidência de aspiração em nenhum grupo (Joshi et al., 2023). Os líquidos claros com hidratos de carbono podem ter impacto nos níveis de glicemia dos pacientes com diabetes. A avaliação da glicemia capilar pode ajudar a orientar na escolha de um líquido claro calórico ou um líquido claro não calórico (Joshi et al., 2023).

A ingestão de líquidos claros ricos em hidratos de carbono antes da cirurgia eletiva melhora o bem-estar, reduz a sede e a fome e reduz a resistência à insulina pós-operatória (Smith et al., 2011).

Também as mulheres grávidas devem receber líquidos claros (incluindo água, sumo sem polpa e chá ou café sem leite) até 2 horas antes da cirurgia eletiva (incluindo cesariana) (Smith et al., 2011). Não existe consenso em relação ao leite. O leite em grandes quantidades no estômago age como um sólido, mas quantidades menores são tratadas como outros líquidos e são seguros. Adicionar leite ao chá ou ao café (até cerca de um quinto do volume total) ainda são considerados líquidos claros pela maioria dos autores (Smith et al., 2011). É

importante encorajar a ingestão oral de líquidos claros até 2 horas antes da cirurgia para diminuir o desconforto e melhorar o bem-estar (Hawkins et al., 2016; Joshi et al., 2023; Smith et al., 2011).

Hoje sabe-se, que o jejum não é sinónimo de um estômago vazio e que o volume do conteúdo gástrico, além de ser influenciado pela ingestão oral, é também condicionado pela produção de secreções gástricas, saliva deglutida e capacidade de esvaziamento gástrico (Maharaj, 2009). Um jejum prolongado não garante um volume gástrico inferior a 100ml, como também aumenta a produção de ácido clorídrico, que diminui bastante o valor do pH (Maharaj, 2009). Nascimento et al (2019) mostrou que o volume gástrico foi menor nas parturientes que ingeriram líquidos claros em relação às que permaneceram sem ingestão.

Durante a gravidez, as alterações anatómicas induzem um esvaziamento gástrico mais lento, acaba por não haver um esvaziamento total do estômago mesmo cumprindo o jejum (Kinsella, 2018; Maharaj, 2009). O aumento do volume uterino e a acção da progesterona tornam o esvaziamento gástrico mais lento, razão pela qual toda a grávida deveria ser considerada à partida “estômago cheio” (Kinsella, 2018).

Assim, nas cesarianas eletivas é recomendado administrar um antagonista dos receptores H<sub>2</sub> (anti-histaminicos) antes da cesariana. No caso de cesariana de emergência, deve-se administrar um antagonista dos receptores H<sub>2</sub> intravenoso e suplementar com 30 ml de citrato de sódio peros, se for considerada a anestesia geral (Smith et al., 2011).

As mulheres grávidas submetidas a Cesariana eletiva ou de emergência devem receber profilaxia antiácida (Smith et al., 2011).

Os antagonistas dos receptores H<sub>2</sub> (bloqueiam os receptores de histamina nas células oxíticas) diminuem a produção de ácido gástrico reduzindo o volume gástrico e quando administrados por via intravenosa, começam a fazer efeito em apenas 30 minutos obtendo o efeito máximo em 60 a 90 minutos (Smith et al., 2011).

Os inibidores da bomba de prótons (inibem a bomba de iões de hidrogénio na superfície gástrica da célula oxítica). Para cesariana de emergência a administração de inibidores da bomba de prótons via intravenosa são adjuvantes eficazes do citrato de sódio para reduzir a acidez (aumenta o pH gástrico) e reduzir o volume gástrico (Smith et al., 2011).

Numa cesariana de emergência sob anestesia geral, deve ser administrado um antiácido pouco antes da indução da anestesia geral com um antagonista de H<sub>2</sub>, uma vez que as limitações de tempo podem significar que a eficácia dos antagonistas H<sub>2</sub> não pode ser

alcançada e não estar garantido no momento da indução (Smith et al., 2011).

Os procinéticos diminuem o volume gástrico através do aumento do esvaziamento gástrico e o seu uso deve ser considerado antes da cesariana electiva e de emergência (Smith et al., 2011).

Os argumentos para limitar a ingestão oral durante o TP centram-se na prevenção de complicações pulmonares associadas a vômitos e aspiração do conteúdo gástrico (Bryant & Borders, 2019). Curtis Lester Mendelson (Obstetra e Cardiologista) publicou em 1946 um estudo que sugeriu que a pneumonia de aspiração (Síndrome de Mendelson) durante ou após a administração da anestesia geral era evitável com a restrição da ingestão durante o TP, situação que levou o jejum a perpetuar durante década (Mendelson, 1946). O jejum pré-operatório foi instituído quando as técnicas anestésicas eram ainda rudimentares. A razão desta rotina era garantir o esvaziamento gástrico e evitar broncoaspiração no momento da indução anestésica (Bryant & Borders, 2019). No entanto, houve avanços significativos em analgesia e anestesia obstétrica e o jejum foi questionado pela baixa incidência de aspiração atualmente (Singata et al., 2013). A analgesia do neuroeixo é, hoje em dia, a técnica mais utilizada e até a anestesia geral tornou-se mais segura com a rápida indução sequencial, reduzindo o risco de aspiração (Shea-Lewis et al., 2018). Uma revisão Cochrane não encontrou nenhum dano em dietas menos restritivas para mulheres de baixo risco em TP (Singata et al., 2013). Também Ciardulli et al, em 2017, numa revisão e meta-análise, não encontraram um único caso de pneumonia de aspiração, resultado na qual se baseia a justificativa para restringir as dietas durante o TP (Ciardulli et al., 2017). Em 17 ensaios clínicos randomizados não foram relatados nenhuma aspiração após ingestão de líquidos claros ricos em hidratos de carbono ou líquidos não calóricos (Joshi et al., 2023).

A ingestão oral em TP contribui para o **bem-estar e conforto materno, para a satisfação materna** e sensação de autonomia (Shea-Lewis et al., 2018), a ingestão de líquidos claros sem restrição aumenta o bem-estar e conforto materno e a satisfação materna e até o chocolate é rico em carboidratos, é digerido e absorvido rapidamente e produz muita energia, tem efeito estimulante (cafeína) sobre o cérebro que pode estimular o bem-estar materno e aliviar a fadiga (Huang et al., 2020). Nadal et al (2022) refere que a satisfação materna foi maior no grupo sem restrição de ingestão de líquidos. Este estudo sugere ainda que, se a satisfação materna aumenta o *stress* diminui. Bouvet et al (2020) verificou que permitir o consumo de líquidos claros de forma limitada não garante a alta satisfação materna durante o TP e as parturientes referem maior desconforto em relação à sede do que à fome, e

ainda, oferecer líquidos claros frios, sem restrições de quantidade e líquidos doces pode contribuir para melhorar o conforto materno. Simonet et al.,(2020), no seu estudo, em que as mulheres do grupo “Carboidratos” foram incentivadas a beber 200ml de sumo de maçã ou uva sem polpa, a cada 3h, apenas 14% delas conseguiram aderir a essa recomendação. Isto explicado, pelo facto, do TP tornar-se mais intenso e a mulher não sentir necessidade de ingerir a mesma quantidade. À medida que o TP evolui há um reajuste natural das necessidades de ingestão oral da mulher (WHO, 2018). Isto é corroborado pela ESA que recomenda que as mulheres em TP devem receber líquidos claros conforme desejarem e acrescenta que a ingestão de líquidos ricos em carboidratos para além de melhorar o bem-estar, reduz a sede e fome e reduz a resistência à insulina pós-operatória (Smith et al., 2011).

Os líquidos claros podem ser facilmente alcançados em prática clínica para grande parte das mulheres sem comprometer a **segurança materna** e permitir a ingestão de líquidos claros sem restrição de quantidade nas parturientes não comprometeu a segurança materna (Bouvet et al., 2020). Permitir a ingestão oral em parturientes, não aumentou os resultados **maternos adversos ou complicações maternas** (Shea-Lewis et al., 2018). Não houve diferenças significativas no internamento de puérperas em unidades de cuidados intensivos no pós-parto, não planeada, nos dois grupos estudados (mulheres que ingeriram sólidos e líquidos - *Ad Lib*, e mulheres que não ingeriram nada via oral, excepto pedaços de gelo - NPO). Permitir às mulheres a ingestão oral durante o TP não causou aumento da morbilidade materna e não houve mortalidade em nenhum dos grupos. As mulheres com baixo risco de parto cirúrgico autorregulam a sua ingestão de alimentos sólidos e líquidos durante o TP (Shea-Lewis et al., 2018), isto também corroborado pela OMS e ESA (Smith et al., 2011; WHO, 2018).

No estudo de Strong et al., (2018), a ingestão oral em TP variou desde água e pedaços de gelo, a dieta com baixo teor em resíduos e a liberdade de comer e beber. O estudo não mostrou número aumentado de **vómitos** entre as diferentes dietas. As parturientes que ingeriram de acordo com os seus desejos não tiveram um número de vómitos mais elevado (Huang et al., 2020). Não houve diferenças significativas no número de vómitos entre o grupo que ingeriu sumo de maçã ou uva sem polpa, 200ml a cada 3h e o grupo que ingeriu apenas água (Simonet et al., 2020). Também O’Sullivan et al., (2009), no seu estudo, não relatou diferença significativa na incidência de náuseas ou vómitos nas 2426 mulheres que tinham recebido permissão para beber ou comer refeição ligeira em TP (O’Sullivan et al., 2009). E Ciardulli et al., (2017), no seu estudo que incluiu 3982 mulheres de baixo risco sem

complicações obstétricas ou médicas, apontou que uma política de ingestão alimentar menos restritiva durante o TP não aumentou a incidência de vômitos (Ciardulli et al., 2017).

As parturientes que ingerem alimentos de fácil digestão (pão e aveia) apresentam menos cetose e a ingestão de bebidas isotônicas/energéticas podem reduzir a quantidade de **cetonas produzidas e prevenir a desidratação e desequilíbrios hidroelétrólíticos** (Huang et al., 2020). Outros estudos corroboram estes resultados, sabendo que o TP envolve esforço físico rigoroso e dura em regra algumas horas, restringir uma parturiente a pedaços de gelo ou jejum pode levar à cetose e hiponatremia tanto materna como neonatal (Singata et al., 2013).

A ingestão oral em TP variou desde água e pedaços de gelo, dieta com baixo teor em resíduos e liberdade de comer e beber. Este tipo de dietas não mostrou um número aumentado de **internamentos do recém-nascido na unidade de cuidados intensivos neonatais** (Strong et al., 2018). Permitir a ingestão oral (sólidos e líquidos) das mulheres durante o TP não aumenta os resultados neonatais adversos (Shea-Lewis et al., 2018). Até a ingestão de chocolate tem efeitos estimulantes a nível do coração e circulação sanguínea materna que contribuiu para melhorar a circulação feto-placentar e evitar o sofrimento fetal agudo (Huang et al., 2020).

Nadal et al (2022), no seu estudo, não verificou diferença nos resultados neonatais entre os dois grupos estudados (grupo que ingeriu líquidos claros com restrição na quantidade e grupo que ingeriu líquidos claros sem restrição). Não se verificaram diferenças significativas na frequência cardíaca fetal, na monitorização do índice de APGAR ao 5º minuto, nos valores da gasimetria do cordão umbilical e no número de internamentos na unidade de cuidados intensivos neonatais (Nadal et al., 2022).

Também Singata et al, na sua revisão em 2013, não identificou diferenças significativas nos resultados neonatais (Singata et al., 2013), assim como, Ciardulliet al, no seu estudo em 2017, apontou que a ingestão alimentar menos restritiva durante o TP não influenciou os resultados neonatais (Ciardulli et al., 2017).

A ingestão oral de líquidos claros permitiu **menor duração do TP**, ora vejamos, as mulheres que comeram em qualquer momento do TP tiveram durações de TP mais longas comparativamente com as mulheres que consumiram apenas líquidos claros (ingestão oral de líquidos claros - **média de 6,5 horas**); ingestão oral de sólidos na fase inicial (0-3cm de dilatação cervical) - média de 10 horas; ingestão oral de sólidos na fase ativa (3-10cm de dilatação cervical) - média 8,2 horas; ingestão oral de sólidos na fase inicial e ativa - média de

13 horas (Strong et al., 2018). A explicação pode estar associada ao aumento do aporte sanguíneo ao sistema digestivo em detrimento do aporte sanguíneo ao músculo uterino, aquando da ingestão de sólidos.

Os partos que acontecem sob políticas menos restritivas de ingestão oral de líquidos tiveram duração mais curta. **Não houve diferença significativa entre o 1º e 2º estágio do TP, mas a fase ativa do 2º estágio do TP foi mais curta** (Nadal et al., 2022). Também Ciardulliet al, no seu estudo de 2017, concluiu que a ingestão alimentar menos restritiva foi associada a uma duração significativamente mais curta do TP (diferença média de 16 minutos) (Ciardulli et al., 2017), no entanto, sabemos que à medida que evolui o TP há uma regulação natural das mulheres com a diminuição progressiva e espontânea do consumo alimentar, embora as parturientes tivessem liberdade para comer até ao parto podem ter adaptado o seu consumo à medida que este evoluiu.

Já Huang et al., (2020) refere que as mulheres que ingeriram de acordo com os seus próprios desejos não tiveram partos mais longos e Simonet et al., (2020) não encontrou diferenças significativas na duração do TP e refere que aconselhar as mulheres a beber sumo de frutas sem polpa durante o TP não modifica o risco de parto vaginal distócico.

Se a duração do TP for menor, contribui para a **redução do tempo de internamento** em sala de partos. O tempo de permanência em sala de partos foi mais curto no grupo sem restrição de ingestão oral de líquidos do que no grupo com regime restrito de ingestão oral de líquidos (190 minutos *versus* 340 minutos) (Nadal et al., 2022).

Simonet et al. (2020) sugere que aconselhar as mulheres a beber sumo de frutas sem polpa *versus* água durante o TP não modifica o risco de parto vaginal distócico. Não houve diferenças significativas no tipo de parto, duração do TP e no tempo de internamento.

**Em relação ao tipo de parto**, a análise dos dados revelou que as mulheres do grupo NPO tiveram uma incidência significativamente maior de complicações intraparto em relação ao grupo *Ad Lib*. O grupo NPO foi mais propenso a cesariana não programada do que o grupo *Ad Lib* (Shea-Lewis et al., 2018).

No estudo de Nadal et al. (2022) não houve diferença nos resultados obstétricos entre os dois grupos (ingestão de líquidos com diferentes restrições) e a maioria das mulheres (17/20) recomendaria beber durante o TP a uma amiga. Não houve diferenças significativas no uso de analgesia epidural e no tipo de parto.

Aconselhar as mulheres a beber sumo de frutas sem polpa *versus* água durante o TP

não modifica o risco de parto vaginal distócico. Não houve diferenças significativas no tipo de parto (Simonet et al., 2020).

Em relação ao tempo de esvaziamento gástrico durante o TP foram incluídos vários estudos realizados em parturientes (Bouvet et al., 2022; Chang et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Nascimento et al., 2019; Rousset et al., 2020). Nascimento et al., (2019) mostrou que o esvaziamento gástrico da 450ml de maltodextrina é mais rápido comparando com 450ml de café com leite (60ml de café, 330ml de leite e 60ml água) e 450ml de sumo de laranja nas mulheres em TP, e confirma que o esvaziamento gástrico não depende apenas do volume e calorias totais, mas também no teor de lipídios e proteínas ingeridas. Este estudo reforça que a maltodextrina é uma solução adequada para as mulheres beberem durante o TP, mas até o café com leite e o sumo de laranja foi eliminado do estômago em duas horas. Outro estudo, Desgranges et al. (2019), sugere que a ingestão oral de líquidos claros pode ser segura durante a fase ativa do TP em mulheres com analgesia epidural, isto porque, as mulheres com maior conteúdo gástrico estimado na dilatação cervical completa foram aquelas que manifestaram intensidade máxima de dor na hora anterior à realização da ecografia gástrica. O estímulo nociceptivo pode induzir distúrbios rápidos e marcantes na motilidade gastroduodenal e secreção gástrica, provavelmente mediada pela ativação do sistema nervoso autónomo. Esta situação contribui para um atraso no esvaziamento gástrico e aumento do volume gástrico após uma hora do evento de dor. Este estudo contribui para reforçar que os líquidos claros podem ser permitidos em fase activa de TP, em parturientes com analgesia epidural e sem dor, uma vez que o tempo de esvaziamento é preservado. Rousset et al. (2020) também corrobora esta ideia, este estudo sugere que a ingestão oral de líquidos até 400ml (sumo de maçã) durante o TP (após colocação de cateter epidural e dilatação cervical < 8cm) não tem efeito significativo na área de secção transversal (AST) do antro gástrico medida durante o primeiro estágio do TP em mulheres com analgesia epidural. Esta quantidade de líquido não foi grande o suficiente para alterar significativamente o conteúdo gástrico. A ingestão de líquidos durante o TP não aumenta o risco de estômago cheio no momento do parto por causa da motilidade gástrica preservada. Também Bouvet et al. (2022) refere que a analgesia epidural não piora, mas na verdade facilita o esvaziamento gástrico em comparação com o parto sem analgesia epidural. A própria dor do TP pode ser a causa mais importante do esvaziamento gástrico mais lento, pois o volume gástrico é significativamente maior entre as parturientes que não recebem alívio da dor. O *stress* provocado pela adrenalina estimula a libertação gástrica e, portanto, da secreção de ácido gástrico. A analgesia epidural reduz o

*stress* associado à dor do TP. Neste sentido, a analgesia epidural no TP parece que para além de facilitar o esvaziamento gástrico, mas também reduz a acidez do conteúdo gástrico. Os resultados devem levar os anestesiológicos a permanecerem cautelosos quanto à permissão de alimentos sólidos durante o TP, especialmente quando não é utilizada analgesia epidural. A analgesia epidural e ausência de dor melhora a motilidade e o esvaziamento gástrico em comparação com o observado no TP natural sem analgesia (Bouvet et al., 2022). Este estudo, acrescenta ainda, que permitir que a parturiente ingira uma refeição leve (125ml de iogurte) durante o TP deve depender do uso de analgesia epidural. Os resultados sugerem que uma refeição sólida e leve provavelmente poderia ser permitida em mulheres em TP, sem complicações, com analgesia epidural, e baixo risco previsível de parto cirúrgico, dentro de pelo menos as 2 horas seguintes. Da mesma forma, uma refeição sólida e leve provavelmente poderia ser permitida em mulheres sem analgesia epidural no início do TP que apresentam baixo risco estimado de fazer anestesia geral nas 4 horas seguintes. Aguardam-se mais estudos sobre esvaziamento gástrico de alimentos sólidos em parturientes para podermos oferecer outros alimentos em TP.

A ecográfica gástrica pode ser útil para monitorizar o conteúdo gástrico, bem como para orientar a decisão de jejum ou alimentação durante o TP e determinar o risco de aspiração pulmonar intraoperatória (Bouvet et al., 2022; Chang et al., 2022).

Em relação aos sólidos, o estudo de Chang et al. (2022), confirma uma maior prevalência de estômago cheio, considerado de risco para aspiração em mulheres em TP com permissão para comer e beber durante a fase ativa (dilatação cervical de 3cm até dilatação cervical completa). E são os alimentos sólidos que têm uma maior contribuição para um estômago cheio/risco de aspiração durante o TP.



## **ESTUDO 2**



## 2 – Ingestão oral em trabalho de partos

### 2.1. Elaboração de procedimento de actuação para EESMOs em contexto de Sala de Partos – *Focus Group*

Para a elaboração do procedimento foi desenvolvido um estudo qualitativo com a realização do *Focus Group* e procurou-se a recolha de informação junto de peritos na área, baseada nos seus conhecimentos e na sua prática clínica.

O *Focus Group*, também designado de grupo de discussão, é uma técnica de investigação que visa a recolha de dados, através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador (Silva et al., 2014).

O que define este tipo de grupo é o facto de ser dirigido à recolha de dados qualitativos junto de pessoas com algum tipo de semelhança e providencia *insights* quanto à origem da problemática em estudo (Silva et al., 2014).

As ferramentas de apoio na elaboração de pesquisas qualitativas permitem pormenorizar e compreender os parâmetros necessários a serem utilizados, a fim de assegurar maior confiabilidade, validade e qualidade na descrição da pesquisa qualitativa (Boeckmann et al., 2018). A *checklist* COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*) visa melhorar o rigor metodológico e a transparência de pontos essenciais que devem ser contemplados na investigação qualitativa. A sua utilização é recomendada no *Focus Group* (Souza et al., 2021). Portanto, o *Focus Group* foi descrito tendo por base o instrumento COREQ (Souza et al., 2021).

O instrumento COREQ foi traduzido e validado para a língua portuguesa falado no Brasil e publicada na Acta Paulista de Enfermagem, em 2021 (Souza et al., 2021).

#### 2.1.1 - Fase de planeamento

O *Focus Group* foi conduzido pelo investigador e autor desta dissertação, EESMO, no contexto do CMESMOG e foi a primeira vez que o investigador dinamizou um *Focus Group*.

Os participantes trabalham no serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia/Sala de Partos e fazem parte de equipa multidisciplinar do investigador. Têm conhecimento que o investigador frequenta o CMESMOG e que a realização do *Focus Group* visa a elaboração

de um procedimento de atuação para EESMO em contexto de Sala de Partos.

A análise de conteúdo foi a metodologia utilizada no tratamento e análise dos dados obtidos.

Para a selecção dos participantes foi utilizado o método de amostra intencional ou racional, com profissionais que trabalham na área, com diferentes competências profissionais, contudo partilham interesse pelo tema. Este método de selecção dos participantes permite a escolha dos indivíduos em função de um traço característico (Fortin, 2009).

A amostra do estudo foi constituída por profissionais de saúde do Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE. No início previa-se 6 participantes, mas a amostra ficou completa com 7 participantes (3 EESMOs, 2 Médicos Obstetras e 2 Médicos Anestesiologistas). Foi integrada mais um EESMO por manifestar interesse pelo tema e por cumprir os critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão definidos abrangem os EESMOs, os Médicos Especialistas em Ginecologia e Obstetrícia e os Médicos Especialistas em Anestesiologia que trabalham no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE e que manifestaram interesse sobre o tema em estudo.

A tabela 3 mostra as características dos participantes. São todos do sexo feminino. Quanto ao grau académico 5 são licenciados, 1 mestre e 1 doutorado. A maioria está na faixa etária dos 41 aos 50 anos e o painel de peritos tem experiência profissional superior a 10 anos e são todos especialistas.

**Tabela3: Caracterização dos participantes**

	N
<b>Género</b>	
Feminino	7
Masculino	0
<b>Profissão</b>	
Enfermeira Especialista	3
Médica Obstetra	2
Médica Anestesiologista	2
<b>Habilitações académicas</b>	
Licenciatura	5
Mestrado	1
Doutoramento	1
<b>Faixa Etária</b>	
30-40 anos	2
41-50 anos	3

51-60 anos	1
61-70 anos	1
<b>Tempo serviço</b>	
10-20 anos	4
21-30 anos	0
31-40 anos	2
41-50 anos	1
<b>Tempo de especialista</b>	
1-10 anos	2
11-20 anos	2
21-30 anos	3

### 2.1.2 - Fase de preparação

Os participantes do *Focus Group* foram convidados a participar no estudo de forma individual e pessoal. Nesse momento foi entregue a informação ao participante (Apêndice II) e o consentimento informado (Apêndice III). O consentimento informado foi assinado, datado e entregue ao investigador antes do início do *Focus Group*. Desta forma, foi garantida a sua voluntariedade e autonomia.

#### 2.1.2.1 - Considerações éticas

Foi submetido para apreciação e aprovação da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, o projeto de investigação e o pedido de colheita de dados – realização do *Focus Group*. A obtenção do parecer favorável da Comissão de Ética (Anexo I) permitiu dar início ao processo de estudo.

### 2.1.3 - Fase de moderação

O *Focus Group* realizou-se no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE. Fizeram parte o investigador e 7 participantes.

Foi realizado com recurso a uma entrevista semi-estruturada com 5 questões (Apêndice IV) previamente elaborada pelo investigador. O guião semi-estruturado facilitou a orientação da entrevista, permitindo o controlo sobre o processo, abordando todos os tópicos e produzindo o conjunto de dados obtidos. Não houve necessidade de repetir a entrevista por saturação dos dados. As notas de campo foram colhidas durante o *Focus Group* e permitiram complementar os dados recolhidos.

Os dados recolhidos foram gravados com recurso a ficheiro de voz, com consentimento dos participantes. A garantia da confidencialidade foi assegurada pelo anonimato da identidade do participante e dos dados obtidos, de modo a que mais ninguém além do investigador conhecesse a fonte da qual provinha a informação. O ficheiro de voz gerado na investigação será eliminado com o encerramento da investigação, sendo garantido o anonimato e o sigilo. Todos os participantes serão informados dos seus direitos e da estratégia adotada para a manipulação dos dados. Todos os dados e registos obtidos na realização do *Focus Group* serão unicamente utilizados e acedidos pelo investigador.

A duração do *Focus Group* foi de 60 minutos, e, no final, foi realizada a transcrição da reunião, por escrito. Não houve necessidade de devolução da transcrição aos participantes para correcções. Depois da transcrição, a análise do conteúdo foi feita com recurso ao *Software NVivo14®*.

## 2.2 - Análise de Conteúdo

Após a realização do *Focus Group*, o tratamento e análise dos dados obtidos, foram realizados com recurso a procedimentos técnicos no domínio da análise de conteúdo, tendo por base a perspectiva de Bardin.

A análise do conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação que organizam-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2016).

A pré-análise é a fase de organização e corresponde a um período de intuições. Tem por objectivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, baseada na escolha de um universo de documentos susceptíveis de fornecer informação sobre o problema levantado (Bardin, 2016). Nesta fase após a realização do *Focus Group* com recurso a entrevista semi-estruturada, recolheu-se a informação através da transcrição da entrevista e organizou-se os dados obtidos.

A fase da exploração do material é longa e fastidiosa e consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração em função de regras previamente formuladas (Bardin, 2016). A codificação é o processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo (Holsti 1969, *cit in* Bardin, 2016). Após a análise da entrevista, a informação foi organizada por temas, definidas categorias e subcategorias para

cada tema, por quatro juízes independentes e construídas tabelas de resultados, que condensam e reúnem as unidades de registo, pondo em relevo a informação fornecida pela análise.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constituídos de um conjunto por diferenciação e seguidamente por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. O processo de categorização foi baseado na exaustividade, exclusividade, homogeneidade, pertinência, objectividade e produtividade (Bardin, 2016).

Na fase do tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, o analista tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objectivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (Bardin, 2016). Após a categorização foi iniciada a terceira fase da análise de conteúdo, para dar resposta ao objetivo deste trabalho de investigação: elaborar procedimento sobre a dieta mais adequada na parturiente de termo sem patologia associada, para EESMO, em contexto de Sala de Partos.

### 2.3 – Resultados

Após a análise de conteúdo dos dados obtidos foram definidos três domínios emergentes:

- Parturiente;
- Dimensão Organizacional;
- Procedimento;

Neste sentido, este capítulo foi dividido pelos três domínios, seguindo-se a ordem dos mesmos e apresentando tabelas síntese para cada um deles (Apêndice V). Estas tabelas síntese incluem as diferentes categorias, subcategorias, unidades de registo e referências. Na seguinte tabela são apresentadas as categorias e subcategorias que emergem de cada domínio.

**Tabela 4: Categorias e Subcategorias emergentes de cada domínio**

<b>Domínios</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Parturiente	Benefícios da Ingestão	Benefícios Maternos
		Benefícios Fetais
		Benefícios na Evolução do TP
	Riscos do Jejum	Risco Materno
		Risco Fetal
		Risco na Evolução do TP
Riscos da Ingestão	Risco Materno	
Estratificação do Risco		
Dimensão Organizacional	Contexto Organizacional	Recursos Humanos
		Recursos Físicos e Materiais
Procedimento	Procedimento	Enfermagem
		Médico
		Impactos Esperados

### **Parturiente**

O primeiro domínio da análise do conteúdo refere-se à “Parturiente”, emergindo quatro categorias e sete subcategorias (Apêndice V).

Os participantes incluídos, fazem parte dois grupos profissionais distintos (enfermeiros e médicos), referiram que os benefícios da ingestão permitem evidenciar benefícios maternos, benefícios fetais e benefícios na evolução do TP.

Quanto aos **benefícios maternos**, os participantes apontam o conforto e bem-estar materno, a satisfação materna e a prevenção de complicações, como os principais benefícios da ingestão em TP, tal como é demonstrado nas seguintes afirmações:

“ (...) a satisfação da mulher (...) ”

“ (...) o conforto (...) ”

*“ (...) o aporte de glicose, é a forma mais simples de renovar o seu esforço físico durante o TP (...)”*

*“ (...) compensa a energia gasta em TP (...)”*

*“ (...) o bem-estar da parturiente (...)”*

*“ (...) a satisfação da mulher (...)”*

*“ (...) Índices glicêmicos que são mais fáceis de controlar com a alimentação/ingestão oral (...)”*

*“ (...) a própria mulher se sentir bem e estar mais livre, uma mulher que tenha a liberdade de ingerir alimentos ou não, líquidos ou sólidos, a mulher terá esse direito e essa liberdade de o poder fazer, claro se não houver contra-indicações (...)”*

*“ (...) Mulheres ficam (...) satisfeitas (...)”*

*“ (...) o bem-estar materno (...)”*

*“ (...) evitar a desidratação e hipoglicemia das grávidas (...)”*

*“ (...) evitar as cetoacidoses, as soluções endovenosas com glicose não são suficientes e podem (...) fazer também hiperglicemias maternas (...)”*

Em relação aos **benefícios fetais**, os participantes referem que a ingestão oral em TP, contribui para o bem-estar fetal e está associado a um menor número de problemas do recém-nascido, como é demonstrado nas seguintes passagens:

*“(...) menor número de problemas associados ao recém-nascido (...)”*

*“(...) o bem-estar (...) fetal (...)”*

No que diz respeito aos **benefícios** da ingestão oral na **evolução do TP**, um participante referiu a redução do tempo do TP, tal como é apresentado na seguinte fala:

*“ (...) a ingestão de líquidos claros, como sendo vantajoso para a mulher, (...) em termos de redução de tempo de TP (...)”*

O **risco do jejum** em TP refere-se à segunda categoria do primeiro domínio. Os participantes evidenciam que o jejum em TP contribui para riscos maternos, riscos fetais e riscos na evolução do TP.

Quanto aos **riscos maternos**, os participantes apontam as complicações maternas como consequência do jejum em TP, tal como é apresentado nas seguintes afirmações:

*“ (...) a desidratação e hipoglicemia das grávidas (...)”*

*“ (...) as cetoacidoses (...)”*

*“ (...) o risco de hipoglicemia (...)”*

*“ (...) a desidratação (...)”*

*“ (...) os vômitos estão associados às horas de jejum prolongado, porque o jejum leva ao aumento de corpos cetônicos e acaba por provocar vômitos e risco de aspiração. Os vômitos não estão associados à ingesta, mas sim ao jejum prolongado e produção de corpos cetônicos. E a aspiração de conteúdo gástrico está associado à anestesia geral e não à ingesta da mulher (...)”*

*“ (...) o risco da anestesia geral, que é a aspiração, a aspiração tem mortalidade (...)”*

*“ (...) o líquido gástrico pode fazer uma pneumonite de aspiração, mas se tiver outros conteúdos, pode fazer pneumonias, e pode fazer mesmo aspiração de partículas, com atelectasias, com hipoxêmias, com hipoxias graves que podem ser fatais (...)”*

Em relação aos **riscos fetais**, os participantes referem que as mulheres em TP ao ficarem em jejum, e a maioria das vezes com perfusão de fluidos endovenosos, produzem desequilíbrios hidroeletrolíticos com consequências maternas, fetais e neonatais.

*“ (...) as soluções endovenosas com glicose não são suficientes e podem ter seus problemas também, as suas complicações, porque podem fazer também hiperglicemias maternas e do feto e depois a seguir, podemos também ter hipoglicemia no recém-nascido (...)”*

No que diz respeito aos **riscos na evolução do TP**, os participantes associam o jejum a trabalhos de parto prolongados pela exaustão do músculo uterino, tendo como consequência a corioamniotite e a decisão de cesariana. Tal como é demonstrado nas seguintes passagens do discurso:

*“ (...) exaustão, em termos de trabalho uterino (...)”*

*“ (...) que por outro lado, não havendo este aporte de glicose pode conduzir a cesarianas desnecessárias (...)”*

*“ (...) o útero acaba por trabalhar em demasia, chegar ao cansaço, e pode parar por completo o TP (...)”*

*“ (...) o TP mais prolongado em função dos desequilíbrios nutricionais (...)”*

*“ (...) a falência deste útero que entra em exaustão e que muitas vezes acaba por levar a*

*decisões de cesariana. Por isso, a exaustão do útero em função do tempo prolongado de TP (...)*”

O **risco da ingestão** em TP refere-se à terceira categoria do primeiro domínio. Os participantes evidenciam que a ingestão oral em TP pode contribuir para riscos maternos, nomeadamente a aspiração pulmonar, tal como sugerem as seguintes afirmações:

*“ (...) é sempre a possibilidade de uma cesariana de emergência, que sendo de emergência não é previsível e, portanto, a qualquer momento pode haver necessidade de uma intervenção cirúrgica e necessidade de anestesia geral, com os riscos inerentes à ingestão de alimentos sólidos no período anterior, nomeadamente em termos de aspiração (...)”*

*“ (...) o grande risco é a aspiração do conteúdo gástrico e a aspiração pulmonar, isso é uma grande desvantagem quando se tem que recorrer a uma cesariana de emergência (...)”*

*“ (...) as comorbilidades são grandes (...)”*

*“ (...) como anestesista, concordo que é a parte mais importante para nós, e é o que temos que gerir (a aspiração do conteúdo gástrico e a aspiração pulmonar). Sim, porque esse é o problema e as consequências podem ser fatais (...)”*

*“ (...) O único aspecto que eu vejo como desvantagem é a necessidade de uma cesariana de emergência, mas penso que também há formas de contornar essa situação. Se houver um acidente e houver necessidade de uma cirurgia emergente também há forma de contornar isso (...)”*

*“ (...) só líquido gástrico pode fazer uma pneumonite de aspiração, mas se tiver outros conteúdos, pode fazer pneumonias (...)”*

*“ (...) aspiração de partículas, com atelectasias, com hipoxémias, com hipoxias graves que podem ser fatais (...)”*

*“(...)E nós sabemos que o estômago, com partículas, que acabou de comer uma canja, se aspirar, não é só uma pneumonia de aspiração, é uma pneumonia e pode ser uma obstrução das vias aéreas, com hipoxémia e pode ser fatal, portanto, nós estamos a falar de riscos muito graves (...)”*

*“(...)o risco de aspiração. Esse é o principal, nas Mulheres que são submetidas à anestesia geral, principalmente. Mas sabemos também, que o número de Mulheres que são submetidas a anestesia geral, é um número muito baixo. Portanto, estamos a condicionar quase todas as Mulheres que estão numa sala de partos em TP (...)”*

A **Estratificação do Risco** refere-se à quarta categoria do primeiro domínio. Os participantes referem a importância de estratificar o risco anestésico e obstétrico da parturiente, para permitir a ingestão oral em TP. Os participantes são unânimes quanto à ingestão oral na parturiente de termo sem patologia associada e definem a importância da elaboração e implementação de um protocolo com diferentes níveis de risco para uniformizar práticas. Tal como é apresentado nas seguintes unidades de registo:

*“ (...) necessidade de uma estratificação de risco (...)”*

*“ (...) a questão é mesmo da estratificação de risco da grávida. Porque a grávida de baixo risco não se justifica o jejum (...)”*

*“ (...) Eu não acho que haja dificuldades quando estamos a falar de gravidez de baixo risco (...)”*

*“ (...) tem que necessariamente ser feita uma estratificação do risco a todas as Mulheres (...)”*

*“ (...) Mulheres de baixo risco sem complicações (...)”*

*“ (...) Mulheres em idade adulta, mulheres com Índice de Massa Corporal normal, uma apresentação de vértice, um registo de cardiocografia de traçado normal segundo a FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics), Mulheres sem patologia ou prévia à gravidez ou da gravidez, um feto sem patologia (...)”*

*“ (...) É importante estratificar o risco, nas de baixo risco pode haver ingestão (...)”*

*“ (...) Uma grávida que é estratificada com um baixo risco pode manter uma ingestão controlada (...)”*

*“ (...) é importante é fazer uma boa estratificação e a classificação das grávidas (...)”*

*“ (...) Há riscos anestésicos e riscos obstétricos (...)”*

*“ (...) É importante a questão da estratificação do risco obstétrico e do risco anestésico (...)”*

*“ (...) O momento de TP da mulher. As condições obstétricas da mulher, e eventualmente, o risco de cesariana. As comorbilidades da mulher podem contribuir para maior risco de anestesia geral. É importante um protocolo entre obstetrícia e anestesia (...)”*

*“ (...) Se não é uma gravidez de baixo risco, se há algum tipo de comorbilidade que aumente o risco obstétrico ou anestésico, aí tem de ser uma decisão partilhada, tem de ser avaliada caso a caso (...)”*

*“ (...) definiremos baixo risco, intermédio, elevado e muito elevado (...)”*

*“ (...) As de elevado risco. Aliás, elas podem ingerir numa primeira fase, menos dose, elas poderão ingerir. Eu acho que poderão ingerir numa primeira fase, mas só mesmo na fase inicial, depois não. Na fase latente, depois na fase ativa deixam de poder. As tais mulheres de risco elevado e muito elevado (...)”*

*“ (...) as obesas com IMC (Índice de Massa Corporal) acima dos 40, diabéticas com vias aéreas, previsivelmente difíceis (...)”*

### **Dimensão Organizacional**

O segundo domínio, que emergiu da análise da entrevista ao *Focus Group*, foi “Dimensão Organizacional”, contendo uma categoria e duas subcategorias (Apêndice V).

Em relação ao contexto organizacional, os participantes referiram que a nível de **recursos humanos** emergem dificuldades de comunicação entre a equipa multidisciplinar e resistência à mudança, contudo é, importante ter a equipa multidisciplinar motivada e desperta para esta temática. Tal como é apresentado nas seguintes fala:

*“ (...) falta de comunicação (...)”*

*“ (...) vai havendo algum tipo de abertura por parte dos profissionais, talvez por estarem mais dentro da temática já vão aceitando que as Mulheres possam ingerir pequenas quantidades de líquidos claros (...)”*

*“ (...) dificuldade dos profissionais e por isso é que estamos aqui, e se calhar não hoje, mas temos falado deste assunto nos últimos tempos (...)”*

*“ (...) temos para já uma equipa de enfermagem que está motivada para avançar com a ingesta (...)”*

*“ (...) falta sentar as 3 equipas multidisciplinares, obstetras, anestesistas e enfermeiros (...)”*

*“ (...) Porque somos nós que vamos implementá-lo, somos nós que estamos 24h com as utentes e acho que devíamos ser ouvidas na elaboração do protocolo. A dificuldade é essa mesma da ingesta não estar aplicada a 100%. Tem de ser uma coisa nossa, do serviço, enquanto isso não for, não vamos a bom porto (...)”*

*“ (...) uma das características daquilo que é um protocolo para um serviço é que tem que ter interferência de todos os grupos profissionais intervenientes (...)”*

*“ (...) todas as áreas profissionais desta equipa multidisciplinar estão despertas para esta temática e para este problema e, portanto, a partir do momento em que estamos todos despertos e em que estamos todos a trabalhar, os diferentes grupos nesta área, é um elemento facilitador porque há uma abertura para esta questão (...)”*

*“ (...) As dificuldades são muitas vezes dificuldades de comunicação entre os diferentes grupos profissionais que interagem (...)”*

*“ (...) dificuldade de mudança que faz parte do ser humano e que o acompanha, nem todas as pessoas acompanham da mesma maneira a proposta de mudança, mas eu penso que estamos neste momento no bom caminho com os elementos facilitadores a superarem os elementos dificultadores (...)”*

*“ (...) a opinião do nutricionista (...)”*

*“ (...) não há um protocolo escrito e acho que a partir do momento em que ele for escrito e desenhado, claro que com as especialidades médicas e de enfermagem, acho que a dificuldade termina porque há um protocolo e portanto, é só seguir o protocolo (...)”*

No que diz respeito aos **recursos físicos e materiais**, os participantes referiram a importância de ter ambiente controlado em sala de partos e a facilidade de providenciar líquidos claros para oferecer à mulher em TP. São exemplo disso, as seguintes afirmações:

*“ (...) num ambiente também a este nível privilegiado, porque é um ambiente controlado (...)”*

*“ (...) aqui temos a vantagem de ser um ambiente controlado e nós sabemos o tipo de refeições que damos e fazemos a estratificação do risco (...)”*

*“ (...) em termos também hospitalares penso que facilmente conseguimos providenciar dietas claras para as Mulheres em trabalho por parte com gravidez de baixo risco (...)”*

*“ (...) avaliação do que é que o hospital tem para oferecer em termos de líquidos claros (...)”*

*“ (...) Falar com a cozinha e ver que tipos de alimentos podem disponibilizar (...)”*

*“ (...) fazemos epidurais e fazemos neuro-eixo e portanto as grávidas, à partida mesmo com cesarianas, não vão fazer anestesia geral (...)”*

*“ (...) a nossa maternidade tem uma elevada taxa de anestésias gerais. Temos problemas logístico que nos levam a isso (...)”*

## **Procedimento**

O terceiro domínio, que emergiu da análise da entrevista ao *Focus Group*, foi “**Procedimento**”, contendo uma categoria e três subcategorias (Apêndice V). Os participantes sendo de grupos profissionais distintos, fizeram sugestões para a elaboração do procedimento. Foram definidas as subcategorias: enfermagem, médica e impactos esperados. As seguintes unidades de registo demonstram as diferentes sugestões:

### **Enfermagem**

“ (...) *Uma mulher em dieta zero não é necessariamente um estômago vazio (...)*”

“ (...) *A própria mulher ao longo do TP, a vontade dela comer passa por coisas mais simples, mais básicas (...)* ”

“ (...) *Ainda assim, há alguma dificuldade em algumas utentes fazerem a ingestão a partir do momento que entram em TP, a partir do momento que colocam cateter epidural (...)*”

“ (...) *uma das características daquilo que é um protocolo para um serviço é que tem que ter interferência de todos os grupos profissionais intervenientes (...)* ”

“ (...) *Mulheres de baixo risco sem complicações (...)*”

“ (...) *Mulheres em idade adulta, mulheres com IMC normal, uma apresentação de vértice, um registo de CTG (cardiotocografia) normal segundo a FIGO, Mulheres sem patologia ou prévia à gravidez ou da gravidez, um feto sem patologia (...)*”

“ (...) *tem que necessariamente ser feita uma estratificação do risco a todas as Mulheres (...)*”

“ (...) *E a avaliação da evolução do TP, as mulheres que chegam aqui sem risco nenhum e que depois, na evolução do trabalho de trabalho, pode ser identificado risco (...)*”

“ (...) *informar as Mulheres acerca das vantagens e desvantagens desta ingestão, informar quais os tipos de líquidos claros que estão disponíveis, conhecer as preferências das Mulheres, oferecer estes líquidos claros (...)*”

“ (...) *a cada 2 horas 200ml ou depois de acordo também com indicação da obstetria e da anestesia, outro tipo de intervalos, dependente, do tipo de líquido que se oferece, mas a partida será isto e que é consensual, a cada 2 horas, oferecer cerca de 200 ml (...)*”

“ (...) *vigiar o registo de CTG, vigiar também a evolução do TP, porque a qualquer momento também pode haver necessidade de cessar esta ingesta e efectuar registos claros,*

*nomeadamente a quantidade de líquido ingerido e o tipo de líquido ingerido (...)*”

*“ (...) protocolo que satisfaça o serviço, que nos satisfaça e principalmente que satisfaça as utentes (...)*”

*“ (...) avaliação do que é que o hospital tem para oferecer em termos de líquidos claros e a opinião do nutricionista (...)*”

### **Médico**

*“ (...) não é por ter epidural que deixam de comer (...)*”

*“ (...) existir um protocolo atualizado (...)*”

*“ (...) O momento de TP da mulher. As condições obstétricas da mulher, e eventualmente, o risco de cesariana. As comorbilidades da mulher pode contribuir para maior risco de anestesia geral. É importante um protocolo entre obstetria e anestesia (...)*”

*“ (...) a grávida de baixo risco não se justifica o jejum (...)*”

*“ (...) as obesas com IMC acima dos 40, diabéticas com vias aéreas, previsivelmente difíceis (...)*”

*“ (...) A gestão será de acordo com isso, o TP não invalida que não se administrem líquidos claros (...)*”

*“ (...) claro que nós fazemos epidurais e fazemos neuro-eixo e portanto as grávidas, à partida mesmo com cesarianas, não vão fazer anestesia geral, mas nós sabemos que a nossa maternidade tem uma elevada taxa de anestésias gerais. Temos problemas logísticos que nos levam a isso (...)*”

*“ (...) mesmo o pantoprazol e o omeprazol tem que estar 2 horas antes, pelo menos (...)*”

*“ (...) A epidural não é igual a ficar em jejum (...)*”

*“ (...) não é por ter epidural, que deixa de comer (...)*”

*“ (...) É importante estratificar o risco, nas de baixo risco pode haver ingestão. Ainda não há muita evidência disso - livre demanda - não é a mesma coisa beber 2L de um líquido claro do que 200ml (...)*”

*“ (...) E deverá ser importante reforçar a toda a equipa. Do ponto de vista anestésico não deverá ser livre demanda – à vontade (...)*”

*“ (...) baixo risco, estamos muito mais à vontade, ingestão de líquidos claros, 200 ml de hora*

*a hora ou 2 em 2 horas (...)*”

*“ (...) No intermédio poderão também ainda ingerir, agora, claro que isto é na primeira fase do TP (...)*”

*“ (...) uma mulher que não tem risco nenhum anestésico previsível, mas está em TP e diz que não quer analgesia de TP, ora bem essa mulher, mesmo não tendo um elevado risco de cesariana, se for, vai ser anestesia geral, portanto essa mulher vai ter de ser inserida nouro grupo (...)*”

*“ (...) o importante é a estratificação do risco e a ingestão dos líquidos claros (...)*”

*“ (...) As de elevado risco. Aliás, elas podem ingerir numa primeira fase, menos dose, elas poderão ingerir. Eu acho que poderão ingerir numa primeira fase, mas só mesmo na fase inicial, depois não. Na fase latente, depois na fase ativa deixam de poder. As tais mulheres de risco elevado e muito elevado (...)*”

*“ (...) Uma grávida que é estratificada com um baixo risco pode manter uma ingestão controlada (...)*”

*“ (...) é importante é fazer uma boa estratificação e a classificação das grávidas (...)*”

*“ (...) da estratificação de risco, acho que esse é o ponto inicial e ponto de partida para qualquer procedimento, qualquer protocolo. É saber quais são as grávidas que têm risco acrescido ou não têm risco acrescido. Esse, será o primeiro ponto, depois dentro da evidência científica se pudermos também tentar ajustar um bocadinho às preferências de cada parturiente (...)*”

*“ (...) a estratificação do risco (...)*”

*“ (...) temos várias condicionantes neste hospital que é a taxa de anestesia geral, que é superior ao da média da evidência científica que se lêem, portanto, temos que ter isso em consideração e, se calhar, tenta aplicar dessa forma, tendo em conta a taxa de anestesia geral (...)*”

*“ (...) Falar com a cozinha e ver que tipos de alimentos podem disponibilizar (...)*”

*“ (...) E é a parte da estratificação (...)*”

*“ (...) escolher os alimentos adequados com a nutricionista (...)*”

*“ (...) A estratificação do risco é feita inicialmente, mas a qualquer momento do TP pode haver necessidade de suspender a ingesta (...)*”

*“ (...) O Protocolo tem de ser avaliado sempre. Avaliar em todas as fases do TP (...)”*

*“ (...) o número de mulheres que são submetidas a anestesia geral, é um número muito baixo. Portanto, estamos a condicionar quase todas as mulheres que estão numa sala de partos em TP (...)”*

*“ (...) nas mulheres de baixo risco as desvantagens são muito inferiores às potenciais vantagens (...)”*

*“ (...) obesas, acima do IMC 35, porque essas também já têm atrasos no esvaziamento gástrico e têm maior risco de aspiração, pela dificuldade da intubação (...)”*

*“ (...) IMC superiores a 35 ou 40 (...)”*

*“ (...) registos não tranquilizadores (...)”*

*“ (...) RCF (Restrição de Crescimento Fetal) muito graves que tenham potencial para desenvolver registo de CTG não tranquilizador, ou muito restritos, ou oligoâmnios também complicados (...)”*

*“ (...) todas as outras, mesmo Diabéticas, hipertensas, mesmo pré-eclâmpsia acho que sim (...)”*

*“ (...) não há um número muito grande de Mulheres que à partida, à cabeça, estejam impedidas de comer. No meu ponto de vista, enquanto obstetra (...)”*

*“ (...) O protocolo é fundamental (...)”*

*“ (...) as Mulheres em TP, em fase ativa, com analgesia epidural, podem fazer ingestão de líquidos claros e ou pobre em resíduos ou sem resíduos, o ideal. Onde incluímos aqui, sumos, gelatinas e chá e acho que sim, faz todo o sentido ser implementado se estamos a caminhar para uma sala de partos evoluída (...)”*

### **Impactos Esperados**

*“ (...) A elaboração do Protocolo e do consenso que vão chegar entre todos, porque todos queremos o mesmo fim (...)”*

*“ (...) protocolo que satisfaça serviço, que nos satisfaça e principalmente que satisfaça as utentes (...)”*

*“ (...) existência de um procedimento ou de um protocolo tem sempre um impacto positivo e terá sempre um resultado positivo no TP (...)”*

“ (...) *Haver um protocolo, é sempre um aspecto favorável (...)*”

“ (...) *Isto vai uniformizar as práticas (...)*”

“ (...) *vai certamente melhorar a nossa conduta (...)*”

“ (...) *mesmo muito, muito positivo (...)*”

“ (...) *vai uniformizar e vem ao encontro às últimas normas da DGS (Direcção Geral da Saúde) (...)*”

“ (...) *uniformidade de critérios (...)*”

“ (...) *é um grande Benefícios e é completamente desejável (...)*”

“ (...) *É a mais valia de uniformizar todas as condutas. E até aumentará a satisfação materna (...)*”

“ (...) *A satisfação materna acho que é uma preocupação e um desejo que a gente tem (...)*”

“ (...) *Diminuir o número de cesarianas, se houver aspiração que não seja tão grave porque não tem um pH tão ácido (...)*”

“ (...) *a prioridade é melhorar os outcomes e secundariamente melhorar a satisfação dos doentes (...)*”

“ (...) *formação a todos os profissionais, aos enfermeiros, obstetras e anestesia para todos saberem que estamos a trabalhar isto e estarem atualizados (...)*”

“ (...) *uniformiza as condutas de todos os profissionais e a satisfação das Mulheres (...)*”

“ (...) *Passamos a ser um serviço de referência para as Mulheres e casais, que queiram vir cá ter os seus bebés. Uma maior satisfação das utentes/casais/família (...)*”

“ (...) *menor tempo de TP, menor tempo de internamento (...)*”

“ (...) *uma maior satisfação dos profissionais em geral (...)*”

“ (...) *a redução dos custos gerais (...)*”

“ (...) *a qualidade das equipas, dos vários grupos profissionais desta equipa, no acompanhamento de tudo aquilo que é a evidência mais recente no sentido de irmos ao encontro das reais necessidades e expectativas das Mulheres (...)*” Enfermeira Especialista

“ (...) *outcomes positivos (...)*”

“ (...) *a formação de toda a equipa no sentido de partirmos todos do mesmo patamar (...)*”

*“ (...) O protocolo é fundamental (...)”*

*“ (...) todos a falar a mesma língua (...)”*

*“ (...) É fazer um protocolo, portanto eu acho que isso vai ser o principal desbloqueio aqui nesta sala, nesta realidade em Viseu, é um protocolo bem definido, com todas as partes, e não só com algumas (...)”*

*“ (...) vantagens que falámos há pouco para a própria mulher e para a parturiente. Ela poder ter a liberdade de escolher, se quer comer ou não (...)”*

*“ (...) Em termos de implicações directas para o serviço, a uniformização (...)”*

*“ (...) Até em termos de gastos, não sei se isso terá uma implicação, mas de certeza que é mais barato uma gelatina do que 1 saco de soro (...)”*

*“ (...) A satisfação da parturiente, é claro, e a uniformização das equipas (...)”*

*“ (...) protocolo é fundamental, que todas as partes têm que ser envolvidas, não só médicos, mas também enfermeiros e, principalmente os enfermeiros, que são quem lidam diretamente com estas questões da alimentação e do controlo da mulher em sala de partos (...)”*

## 2.4 - Discussão

O grupo de peritos referiram que os benefícios da ingestão permitem evidenciar benefícios maternos, benefícios fetais e benefícios na evolução do TP.

Quanto aos **benefícios maternos**, os participantes apontam o conforto e bem-estar materno, a satisfação materna e a prevenção de complicações maternas, como os principais benefícios da ingestão em TP. Os benefícios maternos são corroborados por vários autores que referem que a ingestão oral em TP aumenta o bem-estar, satisfação e conforto materno (Bouvet et al, 2020; Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020) e Shea-Lewis et al. (2018) acrescenta a sensação de autonomia. A ingestão de líquidos claros sem restrição aumenta o bem-estar e conforto materno e a satisfação materna (Bouvet et al., 2020; Nadal et al., 2022). Bouvet et al (2020) acrescenta que o consumo de líquidos claros de forma limitada não garante a alta satisfação materna durante o TP, que as parturientes referem maior desconforto com a sede do que com a fome e sugere que podemos melhorar o conforto na mulher em TP quando oferecemos líquidos claros frios, sem restrições de volume e líquidos doces. A ESA recomenda que as mulheres em TP devem receber líquidos claros conforme desejarem e confirma que a ingestão de líquidos ricos em

carboidratos para além de melhorar o bem-estar, reduz a sede e fome, e reduz a resistência à insulina pós-operatória (Smith et al., 2011). E ainda, Bouvet et al. (2020), Nadal et al. (2022) e Shea-Lewis et al. (2018) corroboram que a ingestão de líquidos claros sem restrição de volume não aumentou os resultados maternos adversos ou complicações maternas. Não se verificou internamento de puérperas em unidades de cuidados intensivos no pós-parto, não planeado e não causou aumento da morbilidade e nem mortalidade materna (Shea-Lewis et al., 2018).

Em relação aos **benefícios fetais**, os participantes do *Focus Group* referem que a ingestão oral em TP contribui para o bem-estar fetal e para um menor número de problemas do recém-nascido. Os benefícios fetais são corroborados por Nadal et al., (2022), Shea-Lewis et al., (2018) e Strong et al., (2018) que referem nos seus estudos que a ingestão oral (sólidos e líquidos) em TP não mostrou aumento do número de internamentos do recém-nascido na unidade de cuidados intensivos neonatais e não aumentou os resultados neonatais adversos. Até a ingestão de chocolate tem efeitos estimulantes a nível do coração e circulação sanguínea materna que contribuiu para melhorar a circulação feto-placentar e evitar o sofrimento fetal agudo (Huang et al., 2020).

No que diz respeito aos **benefícios da ingestão oral na evolução do TP**, um participante referiu a redução do tempo do TP. Vários estudos corroboram esta opinião, Nadal et al., (2022) mostrou que os partos que acontecem sob políticas menos restritivas de ingestão oral de líquidos tiveram redução do tempo de TP, pois a fase ativa do 2º estadio do TP foi mais curta. Também o Huang et al., (2020) salienta que as parturientes que ingerem de acordo com os seus próprios desejos não tiveram TP mais longos, e por fim, Strong et al.,(2018) refere que as parturientes que consumiram apenas líquidos claros tiveram TP mais curtos em relação às parturientes que comeram em qualquer momento do TP, isto explicado pelo aumento do aporte sanguíneo necessário à digestão, em detrimento do aporte sanguíneo ao músculo uterino. Nadal et al., (2022) acrescenta ainda, que o tempo de permanência em sala de partos foi mais curto no grupo sem restrição de ingestão oral de líquidos do que no grupo com regime restrito de ingestão oral de líquidos (190 minutos versus 340 minutos).

Quanto ao **risco do jejum** os participantes evidenciam que o jejum em TP contribui para riscos maternos, riscos fetais e riscos na evolução do TP.

Nos **riscos maternos**, os participantes apontam as complicações maternas como consequência do jejum em TP. A opinião dos participantes é corroborada pelo Joshi et al.,

(2023), ao referir que a ingestão oral de líquidos claros minimiza os danos potenciais do jejum prolongado, incluindo a fome e a sede. Também Huang et al.,(2020) concluiu que as parturientes que ingerem alimentos de fácil digestão (pão e aveia) apresentam menos cetose em relação às parturientes em jejum e a ingestão de bebidas isotônicas/energéticas podem reduzir a quantidade de cetonas produzidas e prevenir a desidratação e desequilíbrios hidroelétrolítico em relação às parturientes em jejum.

Os participantes do *Focus Group* também referiram os vômitos como consequência do jejum prolongado associados à produção dos corpos cetônicos e não à ingestão oral. Esta opinião é corroborada pelo Strong et al., (2018), no seu estudo foi permitida a ingestão oral desde água e pedaços de gelo, a dieta com baixo teor em resíduos e a liberdade de comer e beber, e o estudo não mostrou percentagem aumentada de vômitos entre as diferentes dietas. Também Simonet et al., (2020) verificou que não houve diferenças significativas no número de vômitos entre o grupo que ingeriu sumo de maçã ou uva sem polpa, 200ml a cada 3h e o grupo que ingeriu apenas água. E mais, Huang et al.,(2020), no seu estudo, as parturientes que ingeriram de acordo com os seus desejos não tiveram percentagem de vômitos mais elevada.

Em relação aos **riscos fetais**, os participantes referem que as mulheres em TP ao ficarem em jejum podem apresentar complicações fetais e neonatais. O jejum prolongado em parturientes e a falta de energia, aumenta a duração do TP, contribuindo para um maior número de problemas relacionados com o recém-nascido/complicações neonatais, isto corroborado pelos estudos (Bouvet et al., 2020; Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018; Strong et al., 2018; Tadaumi et al., 2020).

No que diz respeito aos **riscos na evolução do TP**, os participantes associam o jejum a TP prolongados pela exaustão do músculo uterino, tendo como consequência a corioamniotite e a decisão de cesariana. A falta de energia pode aumentar a duração do TP e aumentar o número de cesarianas, corioamniotites, hemorragias pós-parto e complicações neonatais (Bouvet et al., 2020; Huang et al., 2020; Tadaumi et al., 2020). A opinião dos peritos é corroborada pelo E4, neste estudo, a análise dos dados revelou que as mulheres do grupo NPO tiveram uma incidência significativamente maior de complicações intraparto em relação ao grupo *Ad Lib* e o grupo NPO foi mais propenso a cesariana não programada do que o grupo *Ad Lib*.

O Colégio Americano das Enfermeiras-Parteiras (2016) refere que o jejum e a diminuição do aporte de hidratos de carbono, conduzem a um cansaço mais rápido,

umentando a lipólise e o catabolismo proteico. Esta situação pode resultar em aumento da fadiga muscular e diminuição geral do desempenho uterino, o TP pode prolongar-se, tendo como consequência a cetonúria, e posteriormente, a inatividade uterina (American College of Nurse-Midwives, 2016).

O **risco da ingestão** em TP refere-se à terceira categoria do primeiro domínio. Os participantes evidenciam que a ingestão oral em TP pode contribuir para riscos maternos, nomeadamente a aspiração pulmonar em caso de necessidade de cesariana emergente com anestesia geral. A aspiração de conteúdo gástrico está associada à anestesia geral e não à ingestão oral da mulher em TP. O jejum pré-operatório foi instituído quando as técnicas anestésicas eram ainda rudimentares. A razão desta rotina era garantir o esvaziamento gástrico e evitar broncoaspiração no momento da indução anestésica (Bryant & Borders, 2019). No entanto, houve avanços significativos em analgesia e anestesia obstétrica e o jejum foi questionado pela baixa incidência de aspiração atualmente. A analgesia do neuroeixo é, hoje em dia, a técnica mais utilizada e até a anestesia geral tornou-se mais segura com a rápida indução sequencial, reduzindo o risco de aspiração (Shea-Lewis et al., 2018). Uma revisão Cochrane não encontrou nenhum dano em dietas menos restritivas para mulheres de baixo risco em TP (Singata et al., 2013). Também Ciarduli et al., numa revisão e meta-análise em 2017, não encontraram um único caso de pneumonia de aspiração, resultado na qual se baseia a justificativa para restringir as dietas durante o TP (Ciardulli et al., 2017). Em 17 ensaios clínicos randomizados não foi relatado nenhuma aspiração após ingestão de líquidos claros ricos em hidratos de carbono ou líquidos não calóricos (Joshi et al., 2023).

A **Estratificação do Risco** refere-se à quarta categoria do primeiro domínio. Os participantes referem a importância de estratificar o risco anestésico e obstétrico da parturiente, para permitir a ingestão oral em TP. Os participantes são unânimes quanto à ingestão oral de líquidos claros na parturiente de termo sem patologia associada.

A opinião dos participantes é corroborada pelo relatório de consenso de anestesia e obstetrícia americano que recomendam a ingestão oral de quantidades moderadas de líquidos claros nas mulheres em TP, sem complicações (Hawkins et al., 2016). Também a ESA recomenda que as mulheres em TP devem receber líquidos claros (incluída água, sumos sem polpa e chá ou café sem leite) conforme desejarem e os alimentos sólidos devem ser desencorajados durante o TP ativo, uma vez, que os alimentos sólidos requerem jejum de 6h. No entanto, reconhece que pode ser impraticável impedir todas as mulheres de comer durante o TP, especialmente as mulheres de baixo risco e, portanto, deve-se considerar alimentos de

fácil digestão e com baixo teor em resíduos (Smith et al., 2011).

Entenda-se como parturiente de termo sem patologia associada, a mulher sem patologia prévia e/ou da gravidez, com gravidez de baixo risco, a mulher com gravidez em que não são identificados factores de risco materno-fetais que motivam vigilância acrescida (Almeida et al., 2015; Direção-Geral da Saúde, 2023) e TP de baixo risco é aquele em que na vigilância de TP não são identificados factores de risco maternos e/ou fetais (Direção-Geral da Saúde, 2023). O EESMO assume no exercício profissional as intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher reprodutivo da mulher (Regulamento n. 127/2011, 2011; Regulamento n.º 391/2019, 2019).

Em relação ao **contexto organizacional**, os participantes referiram que a nível de **recursos humanos** emergem dificuldades de comunicação entre a equipa multidisciplinar e a resistência à mudança como justificação para a não implementação da ingestão oral em TP, contudo referiram que a equipa multidisciplinar está motivada e desperta para esta temática.

A comunicação é determinante na qualidade e na segurança dos cuidados prestados. O desenvolvimento de uma cultura de segurança promove a comunicação e a decisão conjunta da equipa multidisciplinar na avaliação, decisão e implementação de medidas/protocolos nos serviços. O trabalho em equipa não é algo que surge naturalmente quando se trabalha em grupo. Uma equipa tem características específicas que a diferenciam e que permitem atingir níveis de qualidade e eficácia no desempenho, bastante superiores a um grupo de profissionais com tarefas em comum (Barroso et al., 2021).

Para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados é necessário a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde, o aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade dos cuidados, a satisfação dos profissionais de saúde envolvidos na prática clínica, a melhoria da eficiência dos cuidados e a dotação de recursos adequada (OE, 2013).

A OMS nas recomendações para uma experiência positiva de nascimento recomenda a comunicação efetiva entre profissionais de saúde e incentiva os modelos de continuidade de cuidados liderados por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica: um enfermeiro ou um pequeno grupo de enfermeiros acompanha em continuidade a mulher ao longo do seu processo de maternidade, no período pré-parto, intraparto e pós-parto (WHO, 2018). Cabe ao enfermeiro especialista contribuir para que a mulher tenha uma experiência positiva de nascimento.

O EESMO possui as ferramentas, os conhecimentos, as competências e a capacidade de inovação, essenciais para que a qualidade dos cuidados seja uma realidade e para que os cuidados prestados sejam, efectivamente, significativos para a pessoa. As competências comunicacionais surgem como ferramenta básica do enfermeiro, porque serão o alicerce de uma prática de qualidade (OE, 2021).

A mudança ou o processo de mudança nem sempre é visto com bons olhos, uma vez que a maior parte das vezes está associada a incertezas, medo e resistência. Tudo o que foge do conhecido provoca uma tendência natural de resistência. Neste sentido, para implementar qualquer mudança é necessário identificar junto das pessoas/grupo/equipa como é encarada essa mudança (aceitação, indiferença e resistência à mudança) e conhecer as variáveis que provocam a resistência (valores humanos individuais, clima organizacional e desempenho organizacional) com o objetivo de a diminuir ou de a eliminar (Freires et al., 2014).

No que diz respeito aos **recursos físicos e materiais**, os participantes referiram a importância de ter ambiente controlado em sala de partos e a facilidade de providenciar líquidos claros para oferecer à mulher em TP.

Esta opinião dos participantes é justificada porque o EESMO ao prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente através das intervenções autónomas nas situações de baixo risco e das intervenções autónomas e interdependentes nas situações de médio e alto risco, (Regulamento n.o 391/2019, 2019), pode a qualquer momento suspender a ingestão oral da parturiente, por desvios da normalidade na evolução do TP. O enfermeiro especialista é o profissional de saúde que faz a vigilância contínua, a avaliação da evolução do TP e presta assistência à mulher e pessoa(s) significativa(s) na obtenção de uma experiência positiva do parto (OE, 2021; WHO, 2018).

Os líquidos claros podem ser facilmente alcançados em prática clínica para grande parte das mulheres. Cabe ao enfermeiro especialista contribuir para que a mulher tenha uma experiência positiva de nascimento e assegurar a ingestão de líquidos claros a gosto durante o TP (Pinheiro et al., 2012; WHO, 2018). Os líquidos claros incluem, mas não estão limitados a água, sumos de frutas sem polpa, bebidas ricas em hidratos de carbono, chá claro, café preto e bebidas isotónicas (Hawkins et al., 2016).

O terceiro domínio, que emergiu da análise da entrevista ao *Focus Group*, foi “**Procedimento**”, contendo uma categoria e três subcategorias (Apêndice V). Os participantes sendo de grupos profissionais distintos, fizeram sugestões para a elaboração do procedimento.

Foram definidas as subcategorias: enfermagem, médica e impactos esperados.

Os participantes definem a importância da elaboração e implementação de um protocolo/procedimento sobre a temática, com aplicabilidade em sala de partos com diferentes níveis de risco para uniformizar práticas entre a equipa multidisciplinar e que permita melhorar a qualidade dos cuidados obstétricos e anestésicos, melhorar a segurança da parturiente reduzindo a incidência e a gravidade das complicações relacionadas à anestesia e aumentar a satisfação materna.

O procedimento a elaborar neste trabalho corresponde apenas às parturientes sem patologia associada, gravidez e TP de baixo risco. No entanto, os participantes abordaram a importância da estratificação do risco anestésico e obstétrico. Quanto ao risco anestésico refere-se a parturientes em TP com factores de risco adicionais para aspiração, são exemplo, a obesidade mórbida, diabetes mellitus, cirurgia gástrica e hérnia do hiato, doença neuromuscular e via aérea difícil, ou parturientes com risco aumentado de parto cirúrgico, são exemplo, os padrões de frequência cardíaca fetal suspeito ou patológico segundo a FIGO. No caso do risco obstétrico, os distúrbios hipertensivos da gravidez, a obesidade, a diabetes mellitus, a colestase intra-hepática da gravidez, a coagulopatia grave, a gravidez múltipla, a apresentação pélvica, a restrição de crescimento fetal, o oligoâmnios e o feto pré-termo podem estar associadas a complicações obstétricas, fetais e neonatais (Hawkins et al., 2016; Joshi et al., 2023; Sperling et al., 2016). Nestes casos, foi abordado pelos participantes e corroborado pelos autores, podem ser necessárias restrições adicionais de ingestão oral, que deverão ser determinadas caso a caso (Hawkins et al., 2016).

Os participantes são unânimes na opinião “as parturientes com gravidez de baixo risco não justifica o jejum em TP”. Este aspecto é corroborado pela OMS, pelo consenso de anestesia obstétrica, sociedade europeia de anesthesiologia e OE (Ordem dos Endereiros) que recomendam a ingestão oral de quantidades moderadas de líquidos claros nas mulheres em TP, sem complicações (Hawkins et al., 2016), que as mulheres em TP devem receber líquidos claros conforme desejarem e reconhece que pode ser impraticável impedir todas as mulheres de comer durante o TP, especialmente as mulheres de baixo risco e, portanto, deve-se considerar alimentos de fácil digestão e com baixo teor em resíduos (Smith et al., 2011). Também o Projeto Maternidade com Qualidade da OE refere que a ingestão de líquidos durante o TP pressupõe gravidez de baixo risco e compatibilidade feto-pélvica, apresentação cefálica de vértice, o registo de cardiotocografia normal e a ausência de uma via aérea previsivelmente difícil. A avaliação de risco materno-fetal durante o TP e a inadequada

evolução do TP podem levar à cessação da ingestão oral (Direção-Geral da Saúde, 2023; OE, 2013).

O EESMO no exercício profissional executa intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, nomeadamente no parto (Regulamento n. 127/2011, 2011; Regulamento n.º 391/2019, 2019). É a partir desta premissa que nasce a idealização da elaboração do procedimento para EESMO, com aplicabilidade em sala de partos.

Entende-se como gravidez de baixo risco aquela em que não são identificados factores de risco materno-fetais que motivam vigilância acrescida. Também no programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco, a gravidez de baixo risco foi definida como aquela em que não é possível identificar nenhum fator acrescido após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada, de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal (Almeida et al., 2015).

Importa também definir o parto eutócico, que corresponde ao nascimento de feto em apresentação cefálica de vértice, por via vaginal, sem recurso a instrumentos (Pinheiro et al., 2012). Os mesmos autores citam a OMS que define o parto normal como o parto de início e progressão espontânea, de baixo risco desde o início até ao nascimento, culminando no nascimento espontâneo de uma criança, em apresentação cefálica de vértice entre as 37 semanas e as 42 semanas de gravidez e depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição (Pinheiro et al., 2012). Os mesmos autores referem que estes partos deverão, preferencialmente, ser assistidos por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (Pinheiro et al., 2012).

O EESMO é responsável pelas decisões que toma e pelas acções que implementa, assumindo a responsabilidade pela detecção precoce de complicações e referenciação atempada para o profissional competente, nomeadamente no que se refere a complicações da gravidez, do TP, parto e do pós-parto, complicações fetais e neonatais (OE, 2021).

No TP devem ser avaliados os riscos de saúde materna e fetal existentes e o TP deve ser classificado em TP de baixo risco ou TP de vigilância acrescida. A vigilância do TP de baixo risco é da competência e responsabilidade do EESMO, identificando o aparecimento de sinais de alerta e de desvios do padrão normal de evolução do TP e referenciar para o profissional competente (Direção-Geral da Saúde, 2023).

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica deve assegurar a ingestão de líquidos claros a gosto durante o TP e evitar jejuns prolongados desnecessários (Pinheiro et al., 2012; WHO, 2018). Assim como, o EESMO tem competência para cessar a ingestão oral, nomeadamente nas situações de desvio do padrão normal de evolução do TP e aparecimento de sinais de alerta para o risco materno e fetal (Direção-Geral da Saúde, 2023; OE, 2013).

Os participantes referiram que a mulher ao longo do TP adequa a vontade de comer para coisas mais simples. Esta ideia é defendida pela OMS que refere que à medida que evolui o TP há uma regulação natural das mulheres com a diminuição progressiva e espontânea do consumo alimentar (WHO, 2018). No estudo de Simonet et al., (2020), as mulheres incentivadas a beber 200ml de sumo de maçã ou uva sem polpa, a cada 3h, apenas 14% delas conseguiram ingerir esse volume. Isto explicado pelo fato do TP se tornar mais intenso e a mulher não sentir necessidade de ingerir a mesma quantidade. À medida que o TP evolui há um reajuste natural das necessidades de ingestão oral da mulher.

Os participantes também referiram que o jejum não é necessariamente um estômago vazio. Esta afirmação é corroborada por (Maharaj, 2009) quando aponta que o volume gástrico, além de ser influenciado pela ingestão oral, é condicionado pela produção de secreções gástricas, saliva deglutida e capacidade de esvaziamento gástrico. Um jejum prolongado não garante um volume gástrico inferior a 100ml, como também aumenta a produção de ácido clorídrico, que diminui o valor do pH. Só um volume gástrico inferior a 25ml e um pH superior a 2,5 garante efetivamente para a prevenção da broncoaspiração. E durante a gravidez, por todas as alterações anatómicas existentes que induzem um esvaziamento gástrico mais lento, acaba por não haver um esvaziamento total do estômago mesmo cumprindo o jejum, razão pela qual todas as grávidas à partida deveriam ser consideradas “estômago cheio” (Kinsella, 2018; Maharaj, 2009). Por esta razão, vários estudos da revisão sistemática abordam o esvaziamento gástrico em parturientes (Bouvet et al., 2022; Chang et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Nascimento et al., 2019; Rousset et al., 2020).

Os participantes referiram que é importante informar as parturientes das vantagens da ingestão oral em TP, os tipos de líquidos claros que podem ingerir, conhecer as preferências das mulheres, oferecer líquidos claros e apontam para os 200ml de 2/2h. O estudo de Nascimento et al., (2019) mostrou que a maltodextrina é uma solução adequada para as mulheres beberem durante o TP, mas até o café com leite (60ml de café, 330ml de leite e 60ml água) e o sumo de laranja sem polpa foi eliminado do estômago em duas horas.

Portanto, podemos inferir que 450ml de maltodextrina, café com leite e sumo de laranja sem polpa pode ser oferecido à mulher em TP de 2 em 2 horas. Também Rousset et al.(2020) sugere que a ingestão oral de sumo de maçã até 400ml durante o TP (após colocação de cateter epidural e dilatação cervical < 8cm) não tem efeito significativo no volume gástrico durante o primeiro estadio do TP em mulheres com analgesia epidural. Em Simonet et al., (2020) as mulheres foram incentivadas a beber 200ml de sumo de maçã ou uva sem polpa, a cada 3h, no entanto, apenas 14% delas conseguiram ingerir esse volume, porque à medida que evoluiu o TP reduziram o volume da ingestão oral. Para Joshi et al. (2023) a ingestão até 400ml de líquidos claros (água, sumos de frutas sem polpa, bebidas ricas em hidratos de carbono, chá claro, café preto e bebidas isotónicas) até 2h antes da cesariana eletiva é considerado um volume apropriado (Joshi et al., 2023). Os participantes alertaram que a ingestão oral de líquidos claros em TP não deverá ser livre demanda. Também os estudos anteriores apontam para a ingestão de um volume de 400/450ml a cada 2h de líquidos claros e que há medida que o TP evolui a parturiente reajusta a ingestão oral reduzindo o volume ingerido, tal como mostra o estudo de Simonet et al. (2020).

Os participantes do *Focus Group* referiram que a parturiente em fase ativa de TP e com analgesia epidural pode fazer ingestão oral de líquidos claros. Os estudos de Bouvet et al. (2022), Desgranges et al. (2019) e de Rousset et al.(2020) corroboram esta opinião e sugerem que a ingestão oral de líquidos claros pode ser segura durante a fase ativa do TP em mulheres com analgesia epidural, o estímulo nociceptivo pode induzir distúrbios rápidos e marcantes na motilidade gastroduodenal e secreção gástrica e contribui para um atraso no esvaziamento gástrico e aumento do volume gástrico. O estudo de Rousset et al. (2020) sugere que a ingestão oral de líquidos até 400ml (sumo de maçã) durante o TP (após colocação de cateter epidural e dilatação cervical < 8cm) não tem efeito significativo no volume gástrico durante o primeiro estadio do TP em mulheres com analgesia epidural. Bouvet et al. (2022) evidencia que a analgesia epidural não piora, mas na verdade facilita o esvaziamento gástrico em comparação com o parto sem analgesia epidural. A própria dor do TP pode ser a causa mais importante do esvaziamento gástrico lento, pois o volume gástrico é significativamente maior entre as parturientes que não recebem alívio da dor. O *stress* provocado pela adrenalina estimula a secreção de ácido gástrico. A analgesia epidural reduz o stress associado à dor do TP. Neste sentido, a analgesia epidural no TP parece que para além de facilitar o esvaziamento gástrico também reduz o volume e a acidez do conteúdo gástrico. Também o Colegio Americano de Enfermeiras-Parteiras se pronunciou referindo que o uso de

analgésia epidural para o tratamento da dor intraparto num TP normal, não deverá ser impeditivo da ingestão oral (American College of Nurse-Midwives, 2016).

Por fim, o estudo de Chang et al. (2022) vem confirmar maior prevalência de “estômago cheio”, considerado de risco para aspiração, em mulheres em TP com permissão para comer e beber durante a fase ativa (dilatação cervical de 3cm até dilatação cervical completa). E são os alimentos sólidos que têm uma maior contribuição para um “estômago cheio”. Também a ESA corrobora com o desencorajamento dos alimentos sólidos durante o TP ativo, dado que os alimentos sólidos requerem jejum de 6h. No entanto, reconhece que pode ser impraticável impedir todas as mulheres de comer durante o TP, especialmente as mulheres de baixo risco e, portanto, deve-se considerar alimentos de fácil digestão e com baixo teor em resíduos (Smith et al., 2011).

Os participantes referiram o uso de terapêutica antiácida, inibidores da bomba de prótons e procinéticos em caso de necessidade de cesariana sob anestesia geral, dado que o hospital tem um número ligeiramente aumentado de cesarianas com anestesia geral em relação à média nacional, segundo alguns dos participantes do *Focus Group*. A ESA recomenda em caso de cesariana de emergência, sob anestesia geral, deve ser administrado um antiácido pouco antes da indução da anestesia geral (dentro de 20 minutos) com um antagonista de H<sub>2</sub>, uma vez que as limitações de tempo podem comprometer a eficácia dos antagonistas H<sub>2</sub> e não estar garantida no momento da indução (Smith et al., 2011). Os inibidores da bomba de prótons (inibem a bomba de íões de hidrogénio na superfície gástrica das células oxínticas). Para cesariana de emergência a administração de inibidores da bomba de prótons via intravenosa são adjuvantes eficazes do citrato de sódio para reduzir a acidez (aumenta o pH gástrico) e reduzir o volume gástrico (Smith et al., 2011). Os procinéticos diminuem o volume gástrico através do aumento do esvaziamento gástrico e o seu uso deve ser considerado antes da cesariana electiva e de emergência (Smith et al., 2011).

Em relação aos **impactos esperados**, os participantes enumeraram a uniformização das práticas da equipa multidisciplinar, melhorar a conduta dos profissionais, maior satisfação dos profissionais e das parturientes, impacto positivo e resultados/outcomes positivos para a parturiente, profissionais e serviço (contribuir para um serviço de referência para as mulheres/casais, menor tempo de TP, menor tempo de internamento, redução do número de cesarianas e redução dos custos gerais), formação da equipa e cuidados de qualidade e segurança do utente. A OE reforça a opinião dos participantes. Sabendo que a elaboração de um protocolo/procedimento baseado na melhor evidência dos cuidados de enfermagem

especializados em saúde materna e obstétrica e contribui para melhorar os resultados de saúde das parturientes, reduzir custos e melhorar a satisfação das parturientes e dos profissionais (OE, 2021). Também a DGS refere que os protocolos/procedimentos pretendem uniformizar os cuidados de saúde hospitalares, cuidados esses prestados de acordo com aquelas que são atualmente as melhores práticas baseadas na melhor evidência disponível e que pretendem clarificar autonomias e responsabilidades, promovendo a partilha de um modelo de cuidados comum que favoreça o verdadeiro trabalho de equipa, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Direção-Geral da Saúde, 2023). A formação nas equipas de saúde permite o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências com vista a melhorar a comunicação efectiva entre os profissionais de saúde, instigar uma cultura aprendente, desenvolver a capacidade de gerir tempos e cuidados, desenvolver a capacidade de liderar e a inteligência emocional, desenvolver a reflexão para a tomada de decisão e contribuir para a segurança do doente, alcançar cuidados de saúde de qualidade, que traduzam eficiência e equidade para todos e, conseqüentemente, ganhos em saúde (Barroso et al., 2021).



### 3 – Síntese Integrativa dos Estudos

Este trabalho foi construído tendo por base a realização de dois estudos. O primeiro foi a RSL que permitiu identificar a evidência científica disponível sobre o tema e permitiu responder à questão de investigação.

Os estudos recentes apontam a ingestão oral de líquidos claros sem resíduos, ricos em hidratos de carbono e proteínas como a dieta mais adequada e segura em parturientes de termo, sem patologia associada (Bouvet et al., 2020; Chang et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Nascimento et al., 2019; Rousset et al., 2020; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020; Strong et al., 2018), isto porque os líquidos claros sem resíduos reduzem a quantidade de resíduos no estômago e intestino, o que permite um esvaziamento gástrico mais rápido e diminui o dano em caso de aspiração do conteúdo gástrico (Hawkins et al., 2016). Assim como, os líquidos claros ricos em hidratos de carbono reduzem a fome e aumentam a satisfação da parturiente quando comparados com líquidos claros não calóricos. Tal como a ingestão de líquidos claros ricos em hidratos de carbono e proteínas reduzem a fome e a sede, quando comparados com o jejum ou líquidos claros não calóricos (Joshi et al., 2023). Em TP a actividade uterina é intensa, o que implica elevado consumo de energia, assim é necessário repor a energia, nomeadamente os hidratos de carbono, pois a glicose é o substrato metabólico primário utilizado pelo útero (American College of Nurse-Midwives, 2016).

Os alimentos sólidos são desencorajados na fase ativa de TP, pela necessidade de jejum de 6h, caso seja necessário recorrer a uma cesariana em que seja considerada a anestesia geral. Embora a mulher saudável tenha um risco baixo de aspiração incluindo no parto por cesariana, o risco existe e terá de ser sempre considerado o potencial dano provocado pela aspiração de conteúdo gástrico. Sabendo que a evolução do TP é imprevisível e condicionado por vários fatores maternos e fetais, se houver necessidade de cesariana emergente com recurso a anestesia geral, a evidência científica aponta para a realização de profilaxia através da administração de terapêutica (antiácidos, procinéticos e inibidores da bomba de prótons) para reduzir a acidez, o volume gástrico e aumentar o esvaziamento gástrico (Smith et al., 2011).

No entanto, a evidência científica reconhece, que pode ser impraticável impedir todas as mulheres de comer durante o TP, especialmente as mulheres de baixo risco e, portanto, deve-se considerar alimentos de fácil digestão e com baixo teor em resíduos (Smith et al.,

2011).

A evidência também mostra que na tentativa de reduzir os riscos do jejum prolongado, já descritos anteriormente, as recomendações mais recentes abreviam o jejum pré-operatório de líquidos claros para as 2h antes da indução anestésica, nomeadamente em caso de cesariana electiva (Joshi et al., 2023). Estas recomendações permitem que o EESMO ofereça à parturiente de forma segura líquidos claros de 2/2 horas em contexto de sala de partos, este intervalo de 2h permite fazer uma avaliação da evolução do TP e cumpre o tempo do jejum pré-operatório caso seja necessário um parto cirúrgico com recurso a anestesia geral. Embora nos últimos anos tenha havido avanços significativos em anestesia e analgesia obstétrica, sendo a analgesia do neuroeixo a técnica mais utilizada, e até a anestesia geral tornou-se mais segura com a rápida indução anestésica, o uso da anestesia geral pode ser necessária em caso de cesariana emergente (Shea-Lewis et al., 2018).

Em termos de volume oferecido à parturiente, a evidência científica também refere que o volume do líquido claro ingerido é menos importante que as partículas/resíduos que esse líquido contém, e os estudos apontam para os 400ml como o volume que pode ser permitido em TP, com analgesia epidural e sem dor, uma vez que o tempo de esvaziamento é preservado e 400ml não é um volume suficiente para aumentar o volume gástrico, sendo eliminado do estômago em duas horas (Joshi et al., 2023). A analgesia epidural facilita o esvaziamento gástrico em comparação com o parto sem analgesia epidural (Bouvet et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Rousset et al., 2020) Os alimentos sólidos têm maior prevalência para o “estômago cheio”, risco de aspiração, em parturientes com permissão para comer e beber durante a fase ativa do TP, mesmo com analgesia epidural e sem dor (Chang et al., 2022)

A evidência científica demonstrou que a ingestão oral de líquidos claros em TP contribui para inúmeros benefícios, tais como, bem-estar, satisfação e conforto materno (Bouvet et al., 2020; Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020), segurança materna e redução de complicações maternas (Bouvet et al., 2020; Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018), redução do número de vômitos (Huang et al., 2020; Simonet et al., 2020; Strong et al., 2018), redução da cetoacidose, desidratação e desequilíbrios hidroeletrólíticos (Huang et al., 2020), redução das complicações neonatais (Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018; Strong et al., 2018), menor duração do TP (Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Simonet et al., 2020; Strong et al., 2018), tipo de parto (Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020),

redução do tempo de internamento em sala de partos (Nadal et al., 2022; Simonet et al., 2020) e redução do tempo de esvaziamento gástrico (Bouvet et al., 2022; Chang et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Nascimento et al., 2019; Rousset et al., 2020).

No segundo estudo procurou-se a recolha de informação junto de peritos que trabalham com parturientes em sala de partos, baseada nos seus conhecimentos e na sua prática clínica, através da realização do *Focus Group*. Também os peritos identificaram os líquidos claros (sumos, gelatinas, chá) como adequados para oferecer à parturiente e referiram que a ingestão oral em TP contribui para benefícios maternos, benefícios fetais e benefícios na evolução do TP. Quanto ao risco do jejum, os peritos evidenciaram que o jejum em TP contribui para riscos maternos, riscos fetais e riscos na evolução do TP e apontaram que o risco da ingestão oral em TP contribui para riscos maternos, isto é, risco de aspiração pulmonar em caso de cesariana emergente com anestesia geral. Mesmo sabendo que o risco de aspiração está relacionado com o uso da anestesia geral e não com a ingestão oral.

Os peritos são unânimes quanto à ingestão de líquidos claros na parturiente de termo sem patologia associada, incluindo na fase ativa de TP e com analgesia epidural, isto também corroborado pela evidência científica recente (Bouvet et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Rousset et al., 2020). Confirma-se que o grupo de peritos está desperto e motivado para a temática, no entanto, a ingestão oral não está implementada no local de trabalho dos peritos, perpetuando o jejum prolongado em TP. Justificam a não implementação pela inexistência de um protocolo/procedimento que estratifique o risco anestésico e obstétrico. A falta de padronização/inexistência de protocolos/procedimentos de trabalho conduzem a uma variabilidade na prestação de cuidados de saúde, que não contribui para a qualidade dos cuidados e segurança das parturientes. Referem também a dificuldade na comunicação da equipa multidisciplinar e a resistência à mudança como responsáveis pela não implementação da ingestão em TP e apontam a importância da formação em serviço sobre o tema.

O grupo de peritos alerta para a ingestão oral controlada em TP e não em livre demanda. Sugerem os 200ml de 2/2 horas nas parturientes de baixo risco em TP ativo e com analgesia epidural. A evidência científica aponta para os 400ml (Joshi et al., 2023). Referem também a importância da avaliação contínua da evolução do TP, porque a qualquer momento pode haver necessidade de suspender a ingestão oral por desvios do padrão normal de evolução do TP.

Referem que as parturientes que não pretenderem analgesia epidural, não deverão

fazer ingestão oral de sólidos, uma vez que em caso de cesariana emergente será com recurso a anestesia geral. A evidência científica encontrada alerta que os anesthesiologistas devem permanecer cautelosos quanto à permissão de alimentos sólidos durante o TP, especialmente quando não é utilizada analgesia epidural dado que se a parturiente precisar de uma cesariana será com recurso a anestesia geral (Bouvet et al., 2022).

Neste sentido, é premente a necessidade de avançar rumo a práticas de ingestão oral durante o TP em mulheres sem patologia associada (prévia ou da gravidez), com gravidez e TP de baixo risco de complicações maternas e fetais, acompanhando as recomendações da OMS e das organizações internacionais focando a atenção na evidência científica. É desta necessidade que nasce a elaboração de um procedimento de atuação para o EESMO em contexto de sala de partos, apresentado de seguida.

Os peritos e a evidência científica relataram a importância da existência de protocolos/procedimentos de prestação de cuidados que contribua para a uniformização das práticas da equipa multidisciplinar, melhore a conduta dos profissionais, maior satisfação dos profissionais e das parturientes, impacto positivo e resultados/outcomes positivos para a parturiente, profissionais e serviço (contribua para um serviço de referência para as mulheres/casais, menor tempo de TP, menor tempo de internamento, redução do número de cesarianas e redução dos custos gerais), formação da equipa e cuidados de qualidade e segurança do utente. A OE reforça a opinião dos participantes. Sabendo que a elaboração de um protocolo/procedimento baseado na melhor evidência dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica e contribui para melhorar os resultados de saúde das parturientes, reduzir custos e melhorar a satisfação das parturientes e dos profissionais (OE, 2021). Também a DGS refere que os protocolos/procedimentos pretendem uniformizar os cuidados de saúde hospitalares, cuidados esses prestados de acordo com aquelas que são atualmente as melhores práticas baseadas na melhor evidência disponível e que pretendem clarificar autonomias e responsabilidades, promovendo a partilha de um modelo de cuidados comum que favoreça o verdadeiro trabalho de equipa, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Direção-Geral da Saúde, 2023). A formação nas equipas de saúde permite o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências com vista a melhorar a comunicação efectiva entre os profissionais de saúde, instigar uma cultura aprendente, desenvolver a capacidade de gerir tempos e cuidados, desenvolver a capacidade de liderar e a inteligência emocional, desenvolver a reflexão para a tomada de decisão e contribuir para a segurança do doente, alcançar cuidados de saúde de qualidade, que traduzam eficiência e equidade para

todos e, conseqüentemente, ganhos em saúde (Barroso et al., 2021).



## 4 - Sugestão de procedimento

**TÍTULO:** Ingestão oral em parturientes de termo sem patologia associada.

**ÂMBITO:** Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) em contexto de Sala de Partos.

**RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO:** Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.

### **FUNDAMENTOS:**

A OMS nas recomendações para uma experiência positiva de nascimento recomenda a ingestão de líquidos orais e alimentos durante o TP, para mulheres com gravidez de baixo risco e que os profissionais de saúde, na ausência de uma razão médica válida, não devem interferir no seu desejo (WHO, 2018).

O consenso em anestesia obstétrica (ACOG e ASA) recomenda a ingestão oral de quantidades moderadas de líquidos claros nas mulheres em TP, sem complicações (Hawkins et al., 2016).

A Sociedade Europeia de Anestesiologia recomenda a ingestão de líquidos claros conforme a parturiente desejar e reconhece que pode ser impraticável impedir todas as mulheres de comer durante o TP, especialmente as mulheres de baixo risco e, portanto, deve-se considerar alimentos de fácil digestão e com baixo teor em resíduos (Smith et al., 2011).

O Projeto Maternidade com Qualidade da Ordem dos Enfermeiros refere que a ingestão de líquidos durante o TP pressupõe gravidez de baixo risco de complicações, compatibilidade feto-pélvica, apresentação cefálica de vértice, registo de cardiocografia normal e ausência de uma via aérea previsivelmente difícil (Direção-Geral da Saúde, 2023; OE, 2013).

O EESMO no exercício profissional executa intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco (Regulamento n. 127/2011, 2011; Regulamento n.o 391/2019, 2019) e deve assegurar a ingestão oral durante o TP e evitar jejuns prolongados desnecessários (Pinheiro et al., 2012; WHO, 2018).

A evidência científica disponível aponta a ingestão oral de líquidos claros sem resíduos, ricos em hidratos de carbono e proteínas como a dieta mais adequada e segura em parturientes de termo, sem patologia associada (Bouvet et al., 2020; Chang et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Nascimento et al., 2019;

Rousset et al., 2020; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020; Strong et al., 2018), e contribui para inúmeros benefícios:

- bem-estar, satisfação e conforto materno (Bouvet et al., 2020; Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020);
- segurança materna e redução de complicações maternas (Bouvet et al., 2020; Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018);
- redução do número de vômitos (Huang et al., 2020; Simonet et al., 2020; Strong et al., 2018);
- redução da cetoacidose, desidratação e desequilíbrios hidroeletrólíticos (Huang et al., 2020);
- redução das complicações neonatais (Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018; Strong et al., 2018);
- menor duração do TP (Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Simonet et al., 2020; Strong et al., 2018);
- tipo de parto (Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020);
- redução do tempo de internamento em sala de partos (Nadal et al., 2022; Simonet et al., 2020);
- redução do tempo de esvaziamento gástrico (Bouvet et al., 2022; Chang et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Nascimento et al., 2019; Rousset et al., 2020).

O EESMO tem competência para cessar a ingestão oral, nomeadamente nas situações de desvio do padrão normal de evolução do TP e aparecimento de sinais de alerta para o risco materno e fetal (Direção-Geral da Saúde, 2023; OE, 2013).

A ingestão oral em TP permite obter ganhos significativos em saúde proporcionando conforto, bem-estar e satisfação à parturiente (Bouvet et al., 2020; Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020), melhora os resultados clínicos e de saúde, melhora a eficiência dos serviços e reduz os custos gerais (Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020; Strong et al., 2018), contribuindo para a satisfação dos profissionais que prestam cuidados de saúde.

**OBJETIVOS:** Implementar a ingestão oral em parturientes de termo sem patologia associada e uniformizar a actuação dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e

Obstétrica em contexto de Sala de Partos.

## **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

### **Critérios de inclusão:**

#### **- Mulheres em idade adulta compreendida entre os 20-35 anos**

Em termos de gravidez a mulher em idade adulta situa-se entre os 20-35 anos. Antes dos 20 anos falamos em gravidez na adolescência. Segundo a OMS a adolescência é uma etapa evolutiva caracterizada pelo desenvolvimento biofisiológico, psicológico e social, delimitada pela faixa etária entre os 10 e os 19 anos. No extremo oposto do ciclo fértil da mulher, encontra-se a gravidez tardia ou a idade materna avançada e ocorre em grávidas com idade igual ou superior a 35 anos, embora estudos mais recentes apontem a idade materna de 40 anos para a gravidez ser considerada tardia e com maior probabilidade de resultados obstétricos adversos (Faria & Ramos, 2016; Mendes da Graça, 2010).

#### **- Mulher sem patologia associada (prévia e/ou da gravidez), com gravidez e TP de baixo risco de complicações maternas e fetais**

O plano de vigilância da gravidez depende da existência ou não de patologia prévia e/ou da gravidez. A mulher com gravidez de baixo risco é aquela em que não são identificados factores de risco materno e fetais que motivam vigilância acrescida (Direção-Geral de Saúde, 2023). Também no programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco, a gravidez de baixo risco foi definida como aquela em que não é possível identificar nenhum fator acrescido após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada, de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal (Almeida et al., 2015). A avaliação do risco gestacional contempla a informação obtida a partir da história clínica, incluindo aspetos demográficos, culturais e socioeconómicos, de exames laboratoriais e imagiológicos. A classificação do risco gestacional assenta na avaliação sistemática dos antecedentes, condições e doenças coexistentes e complicações da gravidez actual. É o risco gestacional que determina a periodicidade das consultas, necessidade de exames ou ecografias, bem como determina a necessidade de vigilância acrescida (Almeida et al., 2015; Direção-Geral de Saúde, 2023).

No TP devem ser avaliados os riscos de saúde materna e fetal existentes e deve ser classificado o TP em TP de baixo risco ou TP de vigilância acrescida. A vigilância do TP de

baixo risco é da competência e responsabilidade do EESMO, identificando o aparecimento de sinais de alerta e de desvios do padrão normal de evolução do TP e referenciar para o profissional competente (Direção-Geral da Saúde, 2023).

**- Mulher com IMC  $\geq 18,5 \text{ kg/m}^2$  e  $\leq 35 \text{ kg/m}^2$**

O Índice de Massa Corporal (IMC) consiste na relação entre peso em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado e inclui as categorias baixo peso ( $<18,5 \text{ kg/m}^2$ ), IMC normal/ peso saudável ( $18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$ ), excesso de peso ( $25,0\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$ ), obesidade classe 1 ( $30,0\text{-}34,9 \text{ kg/m}^2$ ), obesidade classe 2 ( $35,0\text{-}39,9 \text{ kg/m}^2$ ) e obesidade classe 3 ( $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ). O baixo peso e a obesidade estão associados a maior probabilidade de complicações maternas e fetais (Lisonkova et al., 2017; NICE, 2023b; Ramalho & Ayres-De-Campos, 2014; Torgal, 2016).

**- Gravidez de termo  $\geq 37\text{s} < 42\text{s}$**

A gravidez dura em média 40 semanas (280 dias) desde o primeiro dia da última menstruação até a data estimada do parto. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas e a Sociedade de Medicina Materno-Fetal endossam e incentivam o uso uniforme das novas designações de idade gestacional, termo inicial 37s até 38s+6d), termo (39s até 40s+6d), termo tardio (41s até 41s+6d) e pós-termo ( $>42\text{s}$ ) para descrever com mais precisão partos ocorridos a partir de 37 semanas de gestação (ACOG, 2013).

**- TP de início Espontâneo e com evolução normal**

Entidades internacionais idóneas como a ICM e a NICE referem que o parto normal é o parto natural na sua essência, caracterizado por um processo único e dinâmico na qual as fisiologias fetais e maternas interagem com contextos psicossociais da mulher, e o TP inicia-se, desenvolve-se e completa-se com o nascimento espontâneo de um feto de termo, em apresentação cefálica de vértice, sem qualquer intervenção (farmacológica, cirúrgica ou médica) (International Confederation of Midwives, 2012; Leahy-Warren et al., 2017; NICE, 2023a).

A OMS define o parto normal como o parto de início e progressão espontânea, de baixo risco desde o início até ao nascimento, culminando no nascimento espontâneo de uma criança, em apresentação cefálica de vértice entre as 37 semanas e as 42 semanas de gravidez e depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição (Pinheiro et al., 2012).

Em Portugal em 2012, foi elaborado um documento de consenso por um grupo de

peritos e subscrito pela Direcção Geral de Saúde, Ordem dos Enfermeiros e Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras que apoiando-se na definição da OMS, acrescentam que o parto normal pode incluir situações com algum grau de intervenção não implementadas por rotina a fim de facilitar a progressão do TP e parto, desde que justificada pela evidência científica, tais como, rutura artificial de membranas sempre que não realizada com o intuito de indução do TP, episiotomia justificada por razões maternas ou fetais, correcção de lacerações de 1º e 2º grau, monitorização fetal continua, correcção de distócias dinâmicas, partos com complicações minor (hemorragia pós-parto ligeira), conduta activa no 3º período do TP e administração de fármacos (Pinheiro et al., 2012).

Clinicamente, considera-se que o TP se inicia quando se instalam contrações uterinas regulares, dolorosas, com aumento da frequência, intensidade e duração, provocando o apagamento e dilatação do colo uterino (1º estágio). Friedman ajudou a compreender o padrão normal do TP ao dividir o 1º estágio do TP em fase latente e fase activa. De seguida, no 2º estágio, as contrações promovem a progressão do feto no canal de parto e a sua expulsão – período expulsivo. A dequitação corresponde ao 3º estágio e decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta. O 4º estágio refere-se ao puerpério imediato que baliza as duas horas após o parto (Fatia & Tinoco, 2016; Mendes da Graça, 2010).

A OMS nas recomendações para uma experiência positiva de nascimento veio alertar para a importância de uniformizar as definições do 1º e 2º estágio de TP. Definiu a fase latente (contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, dilatação até 5 cm) e a fase activa (contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de extinção do colo do útero e dilatação uterina dos 5cm aos 10cm). Refere que cada parturiente tem o seu próprio tempo e ritmo fisiológico, motivo pela qual recomenda informar as mulheres sobre a variabilidade prevista na duração do 1º estágio de TP (habitualmente, um primeiro TP não se estende além de 12 horas e trabalhos subsequentes geralmente não se estendem além de 10 horas). E ainda, recomenda uniformizar a definição e duração do 2º estágio do TP como período de duração variável (média de 3h primíparas e 2h em múltiparas), entre os 10cm de dilatação e o nascimento, durante a qual a mulher tem um desejo involuntário de puxar, devido às contrações uterinas (WHO, 2018).

A vigilância do TP de baixo risco é feita pelo EESMO e requer por parte destes profissionais, um domínio completo dos padrões de normalidade na progressão do TP preservando a saúde materna e neonatal. Para isto, é importante que domine a mecânica do TP e mecanismos do parto, ou seja, a capacidade do feto transpor a pelve materna, progredindo

no canal de parto, até à sua expulsão/nascimento (Fatia & Tinoco, 2016; Mendes da Graça, 2010).

#### **- Feto único**

A gravidez na espécie humana é habitualmente unifetal, sendo que as gestações de mais do que um feto aumentam o risco de problemas maternos e perinatais (Mendes da Graça, 2010).

#### **- Apresentação cefálica de vértice**

O parto normal e eutócico correspondem ao nascimento do feto em apresentação cefálica de vértice, por via vaginal, sem recurso a instrumentos (Pinheiro et al., 2012).

A apresentação é a parte fetal acessível ao toque através do colo uterino durante o exame vaginal. A apresentação cefálica corresponde ao pólo cefálico como a parte fetal acessível através do colo uterino. Em aproximadamente 96% das gestações de termo o feto encontra-se em apresentação de vértice, ou seja, a pequena fontanela é o ponto de referência obstétrico, estando o pólo cefálico na sua máxima flexão (Mendes da Graça, 2010).

#### **- Compatibilidade feto-pélvica**

A mecânica do TP corresponde à capacidade de o feto transpor a pelve materna, neste sentido, existem quatro elementos fundamentais na evolução do TP e parto, o trajeto (bacia materna), o objeto (feto), a força (contrações uterinas e músculos abdominais) e o mecanismo do parto (conjunto de movimentos passivos desempenhado pelo feto na bacia óssea materna, que permite a passagem através do canal de parto). Os movimentos próprios do mecanismo do parto permitem a adaptação dos pontos mais estreitos do canal de parto e às diferenças da forma do canal, mediante redução e acomodação dos diâmetros fetais aos pélvicos. A finalidade é que o feto adquira os diâmetros mínimos, facilitando a sua passagem pelo canal de parto até ao nascimento (Fatia & Tinoco, 2016; Mendes da Graça, 2010).

#### **- Feto sem complicações**

Feto saudável sem patologia. A patologia fetal pode ser causada por malformações e/ou deformações durante o seu desenvolvimento.

As malformações do feto são definidas por alguns autores como defeitos de uma determinada parte do corpo ou órgão ocorrido durante o seu desenvolvimento. Consideram-se malformações major aquelas das quais possam resultar a morte ou morbidade significativa do feto/recém-nascido (Melo & Clode, 2010).

Os mesmos autores definem as deformações como anomalias da forma ou posição fetal causadas por forças mecânicas extrínsecas ou intrínsecas (oligoâmnios) (Melo & Clode, 2010).

#### **- Registo de Cardiotocografia (CTG) normal**

A Federação Internacional de Obstetrícia e Ginecologia (FIGO) classifica os traçados cardiotocográficos em três categorias: normais, suspeitos e patológicos. Os traçados normais apresentam uma linha basal entre os 110 e os 160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, sem desacelerações repetitivas, não estão associados a hipoxémia e não necessitam de intervenção obstétrica. Já os traçados patológicos incluem as situações de linha basal inferior a 110 bpm, variabilidade reduzida ou aumentada e padrão sinusoidal, desacelerações tardias repetitivas ou prolongadas que estão associadas a elevado risco de hipóxia e acidémia. Neste tipo de traçado é preconizada intervenção imediata que visa a reversão do evento responsável pela diminuição da oxigenação fetal ou a eventual realização do parto. Os traçados suspeitos foram definidos como aqueles em que se verifica ausência de pelo menos um critério de normalidade, mas que não apresentam características patológicas. Esta categoria de traçados está associada a baixo risco de hipóxia estando recomendada a reversão de uma eventual causa subjacente e monitorização do estado de oxigenação fetal (Ayres-De-Campos et al., 2015; S. Santo, 2016; S. F. Santo, 2018).

#### **- Não haver contra-indicação médica de Obstetrícia ou Anestesiologia**

O risco obstétrico e/ou anestésico está associado a complicações obstétricas, fetais e neonatais (Hawkins et al., 2016; Joshi et al., 2023).

#### **Critérios de exclusão:**

##### **- Recusa da parturiente**

A mulher é livre de recusar fazer ingesta durante o TP até porque à medida que evolui o TP há uma regulação natural das mulheres com a diminuição progressiva e espontânea da ingestão oral (WHO, 2018).

##### **- Não cumprimento de algum dos critérios de inclusão já referido.**

## DEFINIÇÕES

### Dieta:

#### **Tipo de dieta**

Líquidos claros sem resíduos, ricos em hidratos de carbono e proteínas (água, sumos de frutas sem polpa, bebidas ricas em hidratos de carbono, chá claro, café preto, gelatina, gelado de gelo e bebidas isotónicas) (Bouvet et al., 2020; Chang et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Hawkins et al., 2016; Huang et al., 2020; Joshi et al., 2023; Nadal et al., 2022; Nascimento et al., 2019; Rousset et al., 2020; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020; Strong et al., 2018).

Alimentos de fácil digestão e com baixo teor em resíduos (pão e aveia, chocolate, café com leite, iogurte 125ml) (Bouvet et al., 2022; Chang et al., 2022; Huang et al., 2020; Nascimento et al., 2019).

#### **Quantidade**

Ingestão oral de líquidos claros de 300 a 400ml de 2/2h (Joshi et al., 2023; Nascimento et al., 2019; Rousset et al., 2020) e há medida que o TP evolui a parturiente reajusta a ingestão oral reduzindo o volume ingerido até à recusa da parturiente.

#### **Intervalo e tempo de jejum**

Líquidos claros sem resíduos **2/2h** – necessita de 2h de jejum (Hawkins et al., 2016; Joshi et al., 2023).

Alimentos de fácil digestão e com baixo teor em resíduos – necessita de 6h de Jejum (Bouvet et al., 2022; Joshi et al., 2023).

### TP

**1º estadio - Apagamento e dilatação do TP** (média de 12 horas no primeiro TP e 10 horas nos trabalhos subsequentes) (WHO, 2018).

Fase latente (contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, dilatação até 5 cm) (WHO, 2018).

**Sugere-se a ingestão oral de líquidos claros sem resíduos 300/400ml 2/2h – 2h de jejum**

**Sugere-se a ingestão de alimentos de fácil digestão e com baixo teor em resíduos nas**

**primeiras 4h** (Bouvet et al., 2022) – **necessita de 6h de jejum** (Joshi et al., 2023).

Fase ativa (contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de extinção do colo do útero e dilatação uterina dos 5cm aos 10cm) (WHO, 2018).

**Sugere-se a ingestão oral de líquidos claros sem resíduos 300/400ml 2/2h, até recusa da parturiente - 2h de jejum.**

**Alimentos sólidos devem ser desencorajados durante o TP ativo - jejum de 6h (Joshi et al., 2023)**

**2º estadio – Período expulsivo** (média de 3h primíparas e 2h em múltiparas). Para mulheres com analgesia epidural, promover o adiamento da realização de esforços expulsivos durante uma ou duas horas após a dilatação completa, ou até que a mulher sinta vontade espontânea para tal (em contextos em que seja possível prolongar o período expulsivo) (WHO, 2018).

Fase latente (desde a dilatação completa até ao início dos esforços expulsivos).

**Sugere-se a ingestão oral de líquidos claros sem resíduos 300/400ml 2/2h até recusa da parturiente – 2h de jejum.**

Fase ativa (início dos esforços expulsivos até ao nascimento).

**Sugere-se não fazer ingestão oral.**

### **Registo de Cardiotocografica normal**

Os traçados normais apresentam uma linha basal entre os 110 e os 160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, sem desacelerações repetitivas, não estão associados a hipoxémia e não necessitam de intervenção obstétrica (Ayres-De-Campos et al., 2015; S. Santo, 2016; S. F. Santo, 2018).

**Sugere-se fazer ingestão oral.**

### **Registo de cardiotocografia suspeito e patológico**

Os traçados suspeitos foram definidos como aqueles em que se verifica ausência de pelo menos um critério de normalidade, mas que não apresentam características patológicas. Esta categoria de traçados está associada a baixo risco de hipóxia estando recomendada a

reversão de uma eventual causa subjacente e monitorização do estado de oxigenação fetal. Já os traçados patológicos incluem as situações de linha basal inferior a 110 bpm, variabilidade reduzida ou aumentada e padrão sinusoidal, desacelerações tardias repetitivas ou prolongadas que estão associadas a elevado risco de hipóxia e acidémia. Neste tipo de traçado é preconizada intervenção imediata que visa a reversão do evento responsável pela diminuição da oxigenação fetal ou a eventual realização do parto (Ayres-De-Campos et al., 2015; S. Santo, 2016; S. F. Santo, 2018).

**Sugere-se não fazer ingestão oral.**

### **Parturiente com Analgesia Epidural e com alívio da dor**

A parturiente em fase ativa de TP e com analgesia epidural pode fazer ingestão oral de líquidos claros (Bouvet et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Rousset et al., 2020).

A própria dor do TP pode ser a causa mais importante do esvaziamento gástrico lento e o volume gástrico é significativamente maior entre as parturientes que não recebem alívio da dor. O stress provocado pela adrenalina estimula a secreção de ácido gástrico e a analgesia epidural reduz o stress associado à dor do TP. Neste sentido, a analgesia epidural no TP para além de facilitar o esvaziamento gástrico também reduz o volume e a acidez do conteúdo gástrico (Bouvet et al., 2022).

A analgesia epidural contribui para a ausência e/ou diminuição da dor melhorando a motilidade e o esvaziamento gástrico em comparação com o observado no TP natural sem analgesia (Bouvet et al., 2022).

Assim, permitir que a parturiente ingira uma refeição leve durante o TP deve depender do uso de analgesia epidural. Os resultados sugerem que uma refeição sólida e leve (125ml de iogurte) provavelmente poderia ser permitida em mulheres em TP, sem complicações, com analgesia epidural, e baixo risco previsível de parto cirúrgico, dentro de pelo menos as 2 horas seguintes (Bouvet et al., 2022).

**Sugere-se fazer ingestão oral.**

### **Parturiente sem Analgesia Epidural**

Os anestesiolistas devem permanecer cautelosos quanto à permissão de alimentos

sólidos durante o TP, especialmente quando não é utilizada analgesia epidural dado que se a parturiente precisar de uma cesariana será com recurso a anestesia geral (Bouvet et al., 2022).

Xiang et al., (2022) vem confirmar maior prevalência de “estômago cheio”, considerado de risco para aspiração, em mulheres em TP com permissão para comer e beber durante a fase ativa. E são os alimentos sólidos que têm uma maior contribuição para um estômago cheio/risco de aspiração durante o TP.

**Sugere-se não fazer ingestão oral de sólidos.**

### **Parturiente sem vômito**

No estudo de Strong et al., (2018) foi permitida a ingestão oral desde água e pedaços de gelo, a dieta com baixo teor em resíduos e a liberdade de comer e beber, e o estudo não mostrou percentagem aumentada de vômitos entre as diferentes dietas. Também no estudo de Simonet et al., (2020) não houve diferenças significativas no número de vômitos entre o grupo que ingeriu sumo de maçã ou uva sem polpa, 200ml a cada 3h e o grupo que ingeriu apenas água. E mais, no estudo de Huang et al. (2020) as parturientes que ingeriram de acordo com os seus desejos não tiveram percentagem de vômitos mais elevada.

**Sugere-se fazer ingestão oral.**

### **Parturiente com vômito**

**Sugere-se fazer pausa na ingestão oral.**

### **Terapêutica em caso de cesariana**

A ESA recomenda em caso de cesariana de emergência, sob anestesia geral, deve ser administrado um antiácido (citrato de sódio) pouco antes da indução da anestesia geral (dentro de 20 minutos) com um antagonista de H<sub>2</sub>, uma vez que as limitações de tempo podem comprometer a eficácia dos antagonistas H<sub>2</sub> e não estar garantida no momento da indução (Smith et al., 2011).

Os inibidores da bomba de prótons (inibem a bomba de prótons de hidrogénio na superfície gástrica das células oxínticas). Para cesariana de emergência a administração de inibidores da bomba de prótons via intravenosa são adjuvantes eficazes do citrato de sódio para reduzir a acidez (aumenta o pH gástrico) e reduzir o volume gástrico (Smith et al., 2011).

Os procinéticos diminuem o volume gástrico através do aumento do esvaziamento gástrico e o seu uso deve ser considerado antes da cesariana electiva e de emergência (Smith et al., 2011).

Fica em apêndice (Apêndice VI) as intervenções de enfermagem e o registo em SCLINICO® da implementação da ingestão oral durante o TP.

## **Súmula do PROCEDIMENTO**

### **Critérios de inclusão:**

- **Mulheres com idade adulta compreendida entre os 20-35 anos** (Faria & Ramos, 2016; Mendes da Graça, 2010).
- **Mulher sem patologia associada (prévia ou da gravidez)** (Almeida et al., 2015; Direção-Geral de Saúde, 2023).
- **Mulher com IMC  $\geq 18,5 \text{ kg/m}^2$  e  $\leq 35 \text{ kg/m}^2$**  (Lisonkova et al., 2017; NICE, 2023b; Ramalho & Ayres-De-Campos, 2014; Torgal, 2016).
- **Gravidez de termo  $\geq 37s < 42s$**  (ACOG, 2013).
- **TP de início Espontâneo e com progressão normal** (Faria & Ramos, 2016; International Confederation of Midwives, 2012; Leahy-Warren et al., 2017; NICE, 2023a; Pinheiro et al., 2012; WHO, 2018)
- **Feto único** (Mendes da Graça, 2010)
- **Feto em apresentação de vértice** (Mendes da Graça, 2010; Pinheiro et al., 2012)
- **Compatibilidade Feto-Pélvica** (Faria & Tinoco, 2016; Mendes da Graça, 2010)
- **Feto sem complicações** (Melo & Clode, 2010).
- **Registo de Cardiotocografia normal** (Ayres-De-Campos et al., 2015; S. Santo, 2016; S. F. Santo, 2018)
- **Não haver contra-indicação médica de Obstetrícia ou Anestesiologia** (Hawkins et al., 2016b; Joshi et al., 2023).

### **Critérios de exclusão:**

- **Recusa da parturiente** (WHO, 2018).
- **Não cumprimento de algum dos critérios de inclusão já referidos.**

### **Dieta**

Líquidos claros sem resíduos, ricos em hidratos de carbono e proteínas (água, sumos de frutas sem polpa, bebidas ricas em hidratos de carbono, chá claro, café preto, gelatina, gelado de gelo e bebidas isotónicas) (Bouvet et al., 2020; Chang et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Hawkins et al., 2016; Huang et al., 2020; Joshi et al., 2023; Nadal et al., 2022; Nascimento et al., 2019; Rousset et al., 2020; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020;

Strong et al., 2018).

Alimentos de fácil digestão e com baixo teor em resíduos/pobre em resíduos (pão e aveia, chocolate, café com leite, iogurte 125ml) (Bouvet et al., 2022; Chang et al., 2022; Huang et al., 2020; Nascimento et al., 2019).

### **Jejum**

2h para líquidos (Hawkins et al., 2016; Joshi et al., 2023).

6h para sólidos (Joshi et al., 2023).

---

### **Parturiente em TP** - Cardiotocografia Normal - Com Analgesia Epidural (sem dor)

---

#### **1º Estadio - Apagamento e dilatação**

<b>Fase latente</b>	<b>Fase ativa</b>
Oferecer líquidos claros 300/400ml de 2/2h	Oferecer líquidos claros 300/400ml de 2/2h até à recusa de parturiente ou vômito
Oferecer alimentos sólidos pobres em resíduos nas primeiras 4h	

#### **2º Estadio- Período expulsivo**

<b>Fase latente</b>	<b>Fase ativa</b>
Oferecer líquidos claros 300/400ml de 2/2h até à recusa de parturiente ou vômito	Sugere-se não fazer ingestão oral

---

### **Parturiente em TP** - Cardiotocografia Normal - Sem Analgesia Epidural

---

#### **1º Estadio - Apagamento e dilatação**

<b>Fase latente</b>	<b>Fase ativa</b>
Oferecer líquidos claros 200ml de 2/2h até à recusa da parturiente	Oferecer líquidos claros 200ml de 2/2h até à recusa da parturiente

#### **2º Estadio- Período expulsivo**

<b>Fase latente</b>	<b>Fase ativa</b>
Sugere-se não fazer ingestão oral	Sugere-se não fazer ingestão oral

---

**Parturiente com vômito**

**Sugere-se fazer pausa na ingestão oral.**



## Conclusão

A ingestão oral em TP é praticada de forma inadequada em muitos hospitais portugueses, com relatos onde a restrição oral é uma prática comum e/ou relatos onde o jejum é perpetuado de forma rotineira em todas as parturientes. Estes relatos mostram que a ingestão oral em TP não está implementada em todos os hospitais portugueses, nomeadamente na prática clínica do investigador, o que suscitou a necessidade de avançar rumo a práticas de ingestão oral durante o TP em mulheres sem patologia associada, com gravidez e TP de baixo risco de complicações maternas e fetais, acompanhando as recomendações da OMS e das organizações internacionais focando a atenção na evidência científica.

Neste sentido, os dois estudos realizados permitiram identificar a melhor evidência científica disponível sobre o tema e os peritos que trabalham em sala de partos contribuíram com a sua experiência, conhecimentos e prática clínica para a elaboração do procedimento de actuação do EESMO para parturientes de termo sem patologia associada em contexto de sala de partos.

A Revisão Sistemática da Literatura permitiu identificar os líquidos claros sem resíduos, ricos em hidratos de carbono e proteínas como a dieta mais adequada e segura em parturientes de termo sem patologia associada, e assim responder à questão de investigação. Também ajudou a encontrar inúmeros benefícios para a parturiente, para a evolução do TP e para o feto/recém-nascido descritos anteriormente neste trabalho, com relevo para a investigação e para a construção e estruturação do procedimento. Este estudo secundário, de forma metódica e organizada, agrupou os estudos primários, tendo sido incluídos 11 estudos que dão resposta à questão de investigação. As publicações dos artigos dispersaram ao longo dos 5 anos do friso temporal, 3 artigos em 2018, 1 em 2019, 4 em 2020, 1 em 2021 e 2 em 2022, e destes, a França foi o país que liderou com 7 artigos publicados neste período. Nota-se um esforço na europa no que se refere à investigação e à procura da prática baseada na evidência científica. A publicação permanente de estudos e ensaios clínicos produz evidência. Nenhum dos estudos encontrados foi realizado em Portugal.

Como **limitação deste estudo**, verifica-se que existe uma necessidade de investigação nesta área, comprovada pelo número de artigos incluídos na revisão. Sugere-se a realização de mais estudos sobre a dieta da parturiente de termo sem patologia associada, nomeadamente em Portugal, de forma a conhecer a realidade das Maternidades/Hospitais Portugueses e sugere-se a realização de estudos sobre o tempo de esvaziamento gástrico em parturientes

com outros alimentos, com o objetivo de diversificar a dieta oferecida à mulher, e acima de tudo, tornar os alimentos seguros para oferecer à mulher em TP. E no futuro com estes estudos, que seja possível e seguro avançar com algum tipo de ingestão oral em mulheres em TP com risco obstétrico e anestésico.

Com a realização do *Focus Group* foi possível recolher informação junto dos peritos que trabalham em sala de partos, conhecer os seus insights sobre a ingestão oral nas parturientes, uma vez que o painel de peritos era constituído por médicos anesthesiologistas, médicos obstetras e enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica e conhecer a sua conduta e prática clínica, dado que trabalham na mesma sala de partos. Verificou-se que são unânimes quanto à ingestão oral de líquidos claros em parturientes de termo sem patologia associada e que a analgesia epidural e a fase ativa de TP não são impeditivas para a ingesta. O recurso à entrevista mostrou-se uma etapa importante para a construção final do procedimento. Através da análise de conteúdo da mesma, foi possível elaborar o procedimento, tendo por base os conhecimentos e as sugestões dadas pelos peritos, com foco nos impactos esperados para a parturiente, profissionais de saúde e organização. Os peritos apontam alguns fatores determinantes para que a ingestão oral não esteja implementada no seu local de trabalho, um deles a necessidade da elaboração de um protocolo/procedimento para o serviço com a interação da equipa multidisciplinar baseado na melhor evidência científica, com o objetivo de uniformizar critérios e práticas clínicas, melhorar a conduta dos profissionais e melhorar outcomes como a satisfação da parturiente, dos profissionais que prestam cuidados e os resultados para o serviço com a redução dos custos gerais, nomeadamente, redução do tempo de TP e redução dos dias de internamento e menor número de cesarianas, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados e segurança das parturientes, tornando o serviço uma referência aquando da escolha dos casais que procuram uma unidade para o nascimento do seu filho. Acrescentam ainda, que este protocolo/procedimento deverá estratificar o risco anestésico e obstétrico, para permitir a ingestão oral em TP e abranger um grupo maior de parturientes, dado que o painel de peritos é unânime quanto à ingestão oral das parturientes sem patologia associada, que é o foco para a elaboração do procedimento deste trabalho. Outro aspecto que o painel de peritos considerou como responsável pela não implementação da ingestão oral em TP é a falta de comunicação entre os profissionais de saúde e a resistência à mudança, no entanto, consideram que há facilidade em providenciar líquidos claros para oferecer à mulher em TP e que a sala de partos é um ambiente controlado quanto à ingesta. O EESMO nas suas intervenções é responsável

por implementar a ingestão oral em TP após avaliar o bem-estar materno e fetal, o TP e a sua evolução, e em situação de desvio da normalidade comunica ao profissional competente. Apontam ainda, que o grupo está motivado para o tema e problemática e sugerem formação em serviço para a equipa multidisciplinar.

Com este estudo, foi importante e significativo conhecer as dificuldades para a implementação de ingestão oral em contexto de sala de partos, pelo menos nesta sala de partos onde o painel de peritos e o investigador trabalham. Foi enriquecedor o painel de peritos pertencer a grupos profissionais distintos (enfermeiros e médicos anestesiológicos e obstetras). Como **limitação**, este painel de peritos trabalha na mesma sala de partos, e portanto, sugere-se no futuro, a nível de investigação, a recolha de dados junto de equipas multidisciplinares que trabalham em sala de partos e onde a ingestão oral em TP está implementada e a partilha da prática clínica entre as diferentes realidades.

A nível da avaliação dos objetivos, foi possível com a realização desta dissertação, atingir os objetivos definidos, nomeadamente a realização da Revisão Sistemática de Literatura e a elaboração do procedimento de actuação para EESMO em contexto de Sala de Partos.

No que se refere às **implicações** para a prática futura, pretende-se com o desenvolvimento deste procedimento aumentar a consciencialização, a mestria, a autonomia e o empoderamento do EESMO na prestação de cuidados de excelência à mulher em TP, centrados na competência profissional, na prática baseada na evidência e no respeito pela parturiente, naquilo que são os seus processos corporais e psicológicos, ações e projetos de saúde. Sabemos que o papel da parturiente durante o TP e parto tem vindo a modificar-se ao longo dos tempos, notando-se um maior envolvimento e participação na procura de cuidados de qualidade e na tomada de decisão informada, de acordo com as suas preferências e necessidades. Actualmente, o TP é um momento importante na vida da mulher do ponto de vista emocional, stress físico, psicológico e metabólico, razão pela qual a mulher deve ter um papel ativo, autónomo e consciente na tomada de decisão, sobre a ingestão oral durante o TP, e que o EESMO a esclareça e a apoie como ser singular, dotada de sensibilidade e influências sócio-culturais.

O investigador, ao longo deste percurso e com as ferramentas adquiridas, elaborou um Projeto de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem sobre a Ingestão Oral na Parturiente de Termo sem Patologia Associada para implementação na Sala de Partos

onde exerce funções, realizou formação em serviço à equipa sobre a importância da ingestão oral em TP baseada na melhor evidência científica com o foco na prática clínica. Foi apresentado o respetivo projeto à equipa e criado grupo de trabalho com a equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos anesthesiologistas e médicos obstetras) para a criação de um protocolo multidisciplinar sobre a ingestão oral em parturientes com os diferentes riscos anestésicos e obstétricos. O investigador pretende que o procedimento elaborado com esta dissertação seja apresentado à equipa e incorporado neste protocolo, para as parturientes sem patologia associada (prévia e/ou da gravidez), com gravidez e TP de baixo risco de complicações maternas e fetais e com baixo risco de aspiração. Desta forma, pretende-se implementar o procedimento elaborado.

Como projeto futuro, pretende-se dar continuidade a esta investigação com apresentação de resultados, dado que a ingestão oral em TP é um indicador de qualidade. Para isto, foi feito o levantamento dos focos de atenção, dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e o registo em SCLINICO® (Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalar). Com a implementação do procedimento, pretende-se o registo rigoroso e conciso da monitorização dos líquidos claros, tipo de líquido ingerido, ingestão voluntária/sugerida, avaliação do vómito e ensinamentos sobre os benefícios (bem-estar, satisfação e conforto materno, segurança materna e redução de complicações maternas, redução do número de vómitos, redução das complicações neonatais, tipo de parto, menor duração do TP, redução do tempo de internamento em sala de partos). Os resultados poderão ser uma mais-valia para a validação e melhoria do procedimento.

Com o procedimento elaborado pretende-se que os cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica contribuam para melhorar os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, trazer ganhos em saúde, reduzir custos e melhorar a satisfação das parturientes e dos profissionais que prestam cuidados de saúde que se pretendem ser de excelência.

## Referências Bibliográficas:

- ACOG. (2013). ACOG COMMITTEE OPINION Number 579: Definition of Term Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 122(2), 1139–1140.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª Edição). Lusodidacta.
- Almeida, C., Costa, F., Graça, P., Menezes, B., Mota, E., Oliveira, D., Órfão, A., Torgal, A. L., & Vicente, L. F. (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. In *Direção Geral da Saúde*.
- American College of Nurse-Midwives. (2016). Providing Oral Nutrition to Women in Labor: American College of Nurse-Midwives. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 61(4), 528–534. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12515>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (JBI). <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Ayres-De-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandraran, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131(1), 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (edição rev). edições 70, Lda.
- Barker, T. H., Stone, J. C., Sears, K., Klugar, M., Leonardi-Bee, J., Tufanaru, C., Aromataris, E., & Munn, Z. (2023). Revising the JBI quantitative critical appraisal tools to improve their applicability: an overview of methods and the development process. *JBIM Evidence Synthesis*, 21(3), 478–493. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00125>
- Barroso, F., Ramos, S., & Sales, L. (2021). *Guia Prático para a Segurança do Doente*. Lidel - edições técnicas, Lda.
- Boeckmann, L. M., Soares Rodrigues, M. C., Soares dos Santos, D., Costa Melo, M., Chiodi Toscano de Campos, M., & Antonello Griboski, R. (2018). *O Uso De Checklists Como Ferramentas De Apoio Na Elaboração De Pesquisas Qualitativas*. 6–8. <https://doi.org/10.17648/simpe-2018-89430>
- Bouvet, L., Garrigue, J., FP, D., Piana, F., Lamblin, G., & Chassard, D. (2020). Women's view on fasting during labor in a tertiary care obstetric unit. A prospective cohort study.

*European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 253, 25–30.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.07.041>

- Bouvet, L., Schulz, T., Piana, F., Desgranges, F. P., & Chassard, D. (2022). Pregnancy and Labor Epidural Effects on Gastric Emptying: A Prospective Comparative Study. *Anesthesiology*, 136(4), 542–550. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004133>
- Bryant, A. S., & Borders, A. E. (2019). ACOG COMMITTEE OPINION Number 766: Approaches to Limit Intervention during Labor and Birth. *Obstetrics and Gynecology*, 133(2), E164–E173. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>
- Chang, X. Y., Wang, L. Z., Xia, F., & Zhang, Y. F. (2022). Prevalence of risk stomach in laboring women allowed to unrestrictive oral intake: a comparative cross-sectional study. *BMC Anesthesiology*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12871-022-01582-z>
- Ciardulli, A., Saccone, G., Anastasio, H., & Berghella, V. (2017). Less-restrictive food intake during labor in low-risk singleton pregnancies a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 129(3), 473–480. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001898>
- Cunha, M., & Santos, E. (2021). *Revisão Sistemática da Literatura com Meta-Análise: Um guia prático para iniciantes*. Edições Esgotadas.
- Desgranges, F., Simonin, M., Barnoud, S., Zieleskiewicz, L., Cercueil, E., Erbacher, J., Allaouchiche, B., Chassard, D., Bouvet, L., & Desgranges, F.-P. (2019). Prevalence and prediction of higher estimated gastric content in parturients at full cervical dilatation: A prospective cohort study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 63(1), 27–33. <https://doi.org/10.1111/aas.13220>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. *Orientação Da Direção-Geral Da Saúde, N.º 002/2023 de 10-05-2023*, 1–16. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/orientacao-0022023-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2023). Organização dos cuidados de saúde na preconcepção, gravidez e puerpério. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde, (N.º 001/2023 de 27-01-2023)*, 1–20.
- Faria, N., & Ramos, S. (2016). Extremos da Idade e Gravidez. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª edição). Lidel - edições

técnicas, Lda.

- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel - edições técnicas, Lda.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Freires, D., Gouveia, V., Bortolotti, S., & Ribas, F. (2014). Resistência à Mudança Organizacional: Perspectiva Valorativa e Organizacional. *Psico*, 45(4), 513. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.4.16220>
- Hawkins, J. L., Agarkar, M., Bucklin, A., Connis, R. T., Gambling, D. R., Diego, S., Mhyre, J., Rock, L., Nickinovich, D. G., Sherman, H., & Tsen, L. C. (2016). *Um relatório atualizado da Sociedade Americana de Força-Tarefa de Anestesiologistas em Anestesia Obstétrica e a Sociedade de Anestesia Obstétrica e Perinatologia\**.
- Henderson, V. (2007). *PRINCÍPIOS BÁSICOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DO CIE*. Lusodidacta.
- Huang, C. Y., Luo, B. R., & Hu, J. (2020). Investigation on the status of oral intake management measures during labor in China. *Medicine (United States)*, 99(23). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020626>
- International Confederation of Midwives. (2012). Position Statement: Keeping Birth Normal. *International Journal of Childbirth*, 2(2), 146–148. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.2.2.146>
- Joshi, G. P., Abdelmalak, B. B., Weigel, W. A., Harbell, M. W., Kuo, C. I., Soriano, S. G., Stricker, P. A., Tipton, T., Grant, M. D., Marbella, A. M., Agarkar, M., Blanck, J. F., & Domino, K. B. (2023). 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting: Carbohydrate-containing Clear Liquids with or without Protein, Chewing Gum, and Pediatric Fasting Duration - A Modular Update of the 2017 American Society of Anesthes. *Anesthesiology*, 138(2), 132–151. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004381>
- King, R., Glover, P., Byrt, K., & Porter-Nocella, L. (2011). Oral nutrition in labour: “Whose choice is it anyway?” A review of the literature. *Midwifery*, 27(5), 674–686. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.006>
- Kinsella, S. M. (2018). The ‘full stomach’: full time for sloppy terminology? *Anaesthesia*, 73(10), 1189–1190. <https://doi.org/10.1111/anae.14362>

- Leahy-Warren, P., Nieuwenhuijze, M., Kazmierczak, M., Benyamini, Y., Murphy, M., Crespo-Mirasol, E., Spyridou, A., Jonsdóttir, S. S., Tackas, L., & Olza, I. (2017). The Psychological Experience of Physiological Childbirth: A Protocol for a Systematic Review of Qualitative Studies. *International Journal of Childbirth*, 7(2), 101–109. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.7.2.101>
- Lisonkova, S., Muraca, G. M., Potts, J., Liauw, J., Chan, W. S., Skoll, A., & Lim, K. I. (2017). Association between prepregnancy body mass index and severe maternal morbidity. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 318(18), 1777–1786. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.16191>
- Maharaj, D. (2009). Eating and drinking in labor: Should it be allowed? *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 146(1), 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.04.019>
- Melo, M., & Clode, N. (2010). Diagnóstico das anomalias fetais mais frequentes. In L. Mendes da Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (4<sup>a</sup> Edição). Lidel - edições técnicas, Lda.
- Mendelson, C. L. (1946). The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 52(2), 191–205. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(16\)39829-5](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(16)39829-5)
- Mendes da Graça, L. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (4<sup>a</sup> Edição). Lidel - edições técnicas, Lda.
- Munn, Z., Stone, J. C., Aromataris, E., Klugar, M., Sears, K., Leonardi-Bee, J., & Barker, T. H. (2023). Assessing the risk of bias of quantitative analytical studies: introducing the vision for critical appraisal within JBI systematic reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 21(3), 467–471. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00224>
- Nadal, J., Pierre, F., Fernandez, A., Boussac, E., Loupec, T., & Desseauve, D. (2022). Drinking during low-risk labor: monocentric randomized clinical trial on patients' satisfaction, and maternal and neonatal outcomes. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 35(25), 5697–5702. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1891219>
- Nascimento, A. C., Goveia, C. S., Guimarães, G. M. N., Filho, R. P. L., Ladeira, L. C. A., & Silva, H. B. G. (2019). Assessment of gastric emptying of maltodextrin, coffee with milk and orange juice during labour at term using point of care ultrasound: a non-inferiority

- randomised clinical trial. *Anaesthesia*, 74(7), 856–861.  
<https://doi.org/10.1111/anae.14671>
- NICE. (2023a). National Institute for Health and Care Excellence Guideline : Intrapartum care NG235. *Oxford Clinical Guidelines: Newly Qualified Doctor, September*, 497–508.  
[https://doi.org/10.1093/med/9780198834502.003.0062\\_update\\_001](https://doi.org/10.1093/med/9780198834502.003.0062_update_001)
- NICE. (2023b). National Institute for Health and Care Excellence Guideline - Obesity : identification , assessment and management CG189. *Oxford Clinical Guidelines: Newly Qualified Doctor, Julho*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189>
- O’Sullivan, G., Liu, B., Hart, D., Seed, P., & Shennan, A. (2009). Effect of food intake during labour on obstetric outcome: Randomised controlled trial. *BMJ (Online)*, 338(7699), 880. <https://doi.org/10.1136/bmj.b784>
- OE. (2013). Projeto da MCEESMO-OE Maternidade com Qualidade Efetivar a ingesta ao longo do trabalho de parto , segundo diretrizes da OMS Projeto da MCEESMO-OE Maternidade com Qualidade. *Com, Resultados Normal, Iniciativa Parto Americana, Sociedade Birth, National*, 1–3.
- OE. (2021). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica aprovado por unanimidade. *Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, 1–22.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3\\_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The prisma 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Medicina Fluminensis*, 57(4), 444–465.  
[https://doi.org/10.21860/medflum2021\\_264903](https://doi.org/10.21860/medflum2021_264903)
- Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J. C., & Marques, R. (2012). Pelo direito ao parto normal - Uma visão partilhada. In *Ordem dos Enfermeiros* (pp. 1–36).  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8905/livro\\_parto\\_normal.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8905/livro_parto_normal.pdf)
- Possati, A. B., Prates, L. A., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. N., & Ressel, L. B. (2017).

- Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1–6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>
- Ramalho, C., & Ayres-De-Campos, D. (2014). CRITÉRIOS PARA VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ EM CONSULTA HOSPITALAR. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. Ayres-De-Campos (Eds.), *Protocolos de Medicina Materno-fetal* (3<sup>a</sup> Edição). Lidel - edições técnicas, Lda.
- Regulamento n. 127/2011. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário Da República*, 2<sup>a</sup> Série, 8662–8666.
- Regulamento n.º 391/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República*, II Série(N.º 85 de 03-05-2019), 13560–13565. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Rousset, J., Clariot, S., Tounou, F., Burey, J., Hafiani, E. M., Féliot, E., Quesnel, C., Bonnet, F., & Fischler, M. (2020). Oral fluid intake during the first stage of labour: A randomised trial. *European Journal of Anaesthesiology | EJA*, 37(9).
- Santo, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto: resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10(1), 8–11.
- Santo, S. F. (2018). *Avaliação da concordância e fiabilidade das normas de orientação da FIGO, ACOG e NICE para a interpretação da cardiotocografia* [Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/38764>
- Shea-Lewis, A., Eckardt, P., & Stapleton, D. (2018). CE: Original Research: An Investigation into the Safety of Oral Intake During Labor. *The American Journal of Nursing*, 118(3), 24–31. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000530913.80349.53>
- Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusofona de Educacao*, 26, 175–190.
- Simonet, T., Gakuba, C., Desmeulles, I., Corouge, J., Beucher, G., Morello, R., Gérard, J.-L., Ducloy-Bouthors, A. S., Dreyfus, M., & Hanouz, J.-L. (2020). Effect of Oral Carbohydrate Intake During Labor on the Rate of Instrumental Vaginal Delivery: A Multicenter, Randomized Controlled Trial. *Anesthesia & Analgesia*, 130(6).
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. L. (2013). Restricting oral fluid and food intake

- during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>
- Smith, I., Kranke, P., Murat, I., Smith, A., O'Sullivan, G., Søreide, E., Spies, C., & in't Veld, B. (2011). Perioperative fasting in adults and children: Guidelines from the european society of anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology*, 28(8), 556–569. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e3283495ba1>
- Souza, V. R. dos S., Marziale, M. H. P., Silva, G. T. R., & Nascimento, P. L. (2021). Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, 1–9. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>
- Sperling, J. D., Dahlke, J. D., & Sibai, B. M. (2016). Restriction of oral intake during labor: Whither are we bound? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(5), 592–596. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.01.166>
- Strong, B., Coyne, K., & White, E. (2018). Are there benefits to a general diet rather than clear liquid diet for low-risk women in labor? *Evidence-Based Practice*, 21(9), 26–27. <https://doi.org/10.1097/EBP.0000000000000047>
- Tadaumi, M., Sweet, L., & Graham, K. (2020). A qualitative study of factors that influence midwives' practice in relation to low-risk women's oral intake in labour in Australia. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 33(5), e455–e463. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.11.004>
- Torgal, A. L. (2016). Assistência no 1.º Trimestre da Gravidez. In M. Néne, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel - edições técnicas, Lda.
- WHO. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Transforming care of women and babies for improved health and well-being Executive summary. *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience.*, 1–8. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>



## **Apêndices**

## Apêndice I

### Ferramentas de Avaliação de Risco de Viés para uso em Revisões Sistemáticas JBI

(Aromataris & Munn, 2020; Barker et al., 2023; Munn et al., 2023)

A avaliação da qualidade dos estudos foi realizada por dois revisores independentes através de ferramentas de avaliação do risco de viés JBI (Aromataris & Munn, 2020; Barker et al., 2023; Munn et al., 2023). Após avaliação crítica todos os estudos foram incluídos independentemente dos resultados.

A qualidade de cada estudo tem por base os seguintes pontos de corte: 0–3 será considerado uma pontuação de qualidade muito baixa; 4–6 serão considerados uma pontuação de baixa qualidade; 7–9 será considerado uma pontuação de qualidade moderada; e 10–11 será considerado uma pontuação de alta qualidade (decisão estabelecida pelos autores como critério de revisões sistemáticas de qualidade).

**Artigo 1** - *“Are there benefits to a general diet rather than clear liquid diet for low-risk women in labor?”*. Brandi Strong, Kimberly Coyne, Elizabeth White. Estados Unidos da América, 2018.

### FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA JBI PARA REVISÕES SISTEMÁTICAS E SÍNTESES DE PESQUISAS

*Aromataris E, Fernandez R, Godfrey C, Holly C, Kahlil H, Tunpunkom P. Summarizing systematic reviews: methodological development, conductand reporting of na Umbrella review approach. Int J Evid Based Healthc. 2015;13(3):132-40.*

	Sim	Não	Não está claro	Não aplicável
1. A questão da revisão está clara e explicitamente declarada?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os critérios de inclusão foram apropriados para a pergunta de revisão?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A estratégia de busca foi adequada?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As fontes e recursos utilizados para busca de estudos foram adequados?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Os critérios de avaliação dos estudos foram adequados?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A avaliação crítica foi conduzida por dois ou mais revisores de forma independente?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Havia métodos para minimizar erros na extração de dados?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os métodos utilizados para combinar os estudos foram adequados?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A probabilidade de viés de publicação foi avaliada?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. As recomendações de políticas e/ou práticas foram apoiadas pelos dados relatados?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. As diretrizes específicas para novas pesquisas foram apropriadas?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avaliação geral: Incluir  Excluir  Buscar mais informações

Comentários: 11 pontos

**Artigo 2** - “*Assessment of gastric emptying of maltodextrin, coffee with milk and orange juice during labour at term using point of care ultrasound: a non-inferiority randomised clinical trial*”. Nascimento, Goveia, Guimarães, Filho, Ladeira, Silva. Brasil, 2019.

#### FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA JBI PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE VIÉS EM ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS

*Barker TH, Stone JC, Sears K, Klugar M, Tufanaru C, Leonardi-Bee J, Aromataris E, Munn Z. Therevised JBI critical appraisal tool for theassessment of risk of bias for randomized controlled trials. JBI Evidence Synthesis. 2023;21(3):494-506*

Validade interna		Escolha - Comentários/Justificativa	Sim	Não	Não está claro	N / D
<b>Viés relacionado à seleção e alocação</b>						
1	A verdadeira randomização foi usada para atribuição de participantes a grupos de tratamento?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2	A alocação para grupos de tratamento foi ocultada?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Os grupos de tratamento eram semelhantes no início do estudo?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Viés relacionado à administração da intervenção/exposição</b>						
4	Os participantes estavam cegos para a atribuição do tratamento?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Aqueles que administraram o tratamento estavam cegos para a atribuição do tratamento?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto na intervenção de interesse?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Viés relacionado à avaliação, detecção e medição do resultado</b>						
7	Os avaliadores dos resultados estavam cegos quanto à atribuição do tratamento?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Os resultados foram medidos de forma confiável?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Viés relacionado à retenção de participantes

10	O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?		
	Resultados		× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### Validade da Conclusão Estatística

11	Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados?		
	Resultados		× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

12	Foi utilizada análise estatística apropriada?		
	Resultados		× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>13</b> O desenho do ensaio foi apropriado e quaisquer desvios do desenho padrão do ECR (randomização individual, grupos paralelos) foram considerados na condução e análise do ensaio?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Avaliação geral:

Incluir: Excluir: Procure mais informações: 

Comentários: 13 pontos

**Artigo 3:** *Prevalence and prediction of higher estimated gastric content in parturients at full cervical dilatation: A prospective cohort study*”.

François-Pierrick Desgranges, Marinho Simonin, Sofia Barnoud, Laurent Zielskiewicz, Eloise Cercueil, Julien Erbacher, Bernard Allaochiche, Dominique Chassard, Lionel Bouvet. França, 2018.

## FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA JBI PARA ESTUDOS DE COORTE

Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk . In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JBI MANUAL FOR EVIDENCE SYNTHESIS**. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

	Sim	Não	Não está claro	Não aplicável
1. Os dois grupos eram semelhantes e recrutados na mesma população?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As exposições foram medidas de forma semelhante para atribuir as pessoas a grupos expostos e não expostos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A exposição foi medida de forma válida e confiável?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Foram identificados fatores de confusão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Foram declaradas estratégias para lidar com fatores de confusão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Os grupos/participantes estavam livres do desfecho no início do estudo (ou no momento da exposição)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. O tempo de acompanhamento foi relatado e suficiente para que os resultados ocorressem?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, os motivos da perda do acompanhamento foram descritos e explorados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. FORAM utilizadas estratégias para abordar o acompanhamento incompleto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Foi utilizada análise estatística apropriada?

×

Avaliação geral: Incluir  Excluir  Buscar mais informações

Comentário: 8 pontos

**Artigo 4:** *Investigation into the Safety of Oral Intake During Labor*". Anne Shea-Lewis, Patricia Eckardt, Donna Stapleton. Estados Unidos da América. 2018.

### FERRAMENTA PARA AVALIAÇÃO CRÍTICA JBI PARA ESTUDOS TRANSVERSAIS ANALÍTICOS

Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JBI MANUAL FOR EVIDENCE SYNTHESIS**. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

	Sim	Não	Não está claro	Não aplicável
1. Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  |                                     |                          |                                     |                          |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 2. Os sujeitos do estudo e o ambiente foram descritos detalhadamente?            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 3. A exposição foi medida de forma válida e confiável?                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Foram utilizados critérios objetivos e padronizados para medição da condição? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 5. Foram identificados fatores de confusão?                                      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Foram declaradas estratégias para lidar com fatores de confusão?              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 8. Foi utilizada análise estatística apropriada?                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |

Avaliação geral: Incluir  Excluir  Buscar mais informações

Comentários: 5 pontos

**Artigo 5:** “*Investigation on the status of oral intake management measures during labor in China.*”. Huang Chuan-Ya, Luo Bi-Ru, Hu Juan. China, 2020.

### FERRAMENTA PARA AVALIAÇÃO CRÍTICA JBI PARA ESTUDOS TRANSVERSAIS ANALÍTICOS

Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk . In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JBI MANUAL FOR EVIDENCE SYNTHESIS**. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

	Sim	Não	Não está claro	Não aplicável
1. Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os sujeitos do estudo e o ambiente foram descritos detalhadamente?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A exposição foi medida de forma válida e confiável?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Foram utilizados critérios objetivos e padronizados para medição da condição?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Foram identificados fatores de confusão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×	<input type="checkbox"/>
6. Foram declaradas estratégias para lidar com fatores de confusão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×	<input type="checkbox"/>

- 7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável? ×
- 8. Foi utilizada análise estatística apropriada? ×

Avaliação geral: Incluir  Excluir  Buscar mais informações

Comentários: 6 pontos

**Artigo 6:** “*Oral fluid intake during the first stage of labour A randomised trial*”. Julien Rousset, Simon Clariot, Felix Tounou, Julien Burey, El Hafiani, Elodie Eliot, Christophe Quesnel, Francis Bonnet, Marc Fischler. França, 2020.

**FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA JBI PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE VIÉS EM ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS**

*Barker TH, Stone JC, Sears K, Klugar M, Tufanaru C, Leonardi-Bee J, Aromataris E, Munn Z. Therevised JBI criticalappraisaltool for theassessment of risk of bias for randomizedcontrolledtrials. JBI Evidence Synthesis. 2023;21(3):494-506*

Validade interna	Escolha - Comentários/Justificativa	Sim	Não	Não está claro	N / D
<b>Viés relacionado à seleção e alocação</b>					

<b>1</b>	A verdadeira randomização foi usada para atribuição de participantes a grupos de tratamento?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	A alocação para grupos de tratamento foi ocultada?		<input type="checkbox"/>	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Os grupos de tratamento eram semelhantes no início do estudo?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Viés relacionado à administração da intervenção/exposição</b>						
<b>4</b>	Os participantes estavam cegos para a atribuição do tratamento?		<input type="checkbox"/>	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Aqueles que administraram o tratamento estavam cegos para a atribuição do tratamento?		<input type="checkbox"/>	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto na intervenção de interesse?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Viés relacionado à avaliação, detecção e medição do resultado</b>						
<b>7</b>	Os avaliadores dos resultados estavam cegos quanto à atribuição do tratamento?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	Os resultados foram medidos de forma confiável?		×      □      □      □

### Viés relacionado à retenção de participantes

10	O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?		
	Resultados		×      □      □      □

### Validade da Conclusão Estatística

11	Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados?		
	Resultados		×      □      □      □

12	Foi utilizada análise estatística apropriada?		
----	---	--	--

Resultados		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<b>13</b> O desenho do ensaio foi apropriado e quaisquer desvios do desenho padrão do ECR (randomização individual, grupos paralelos) foram considerados na condução e análise do ensaio?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Avaliação geral:

Incluir: Excluir: Procure mais informações: 

Comentários: 10 pontos

**Artigo 7:** “*Drinking during low-risk labor: monocentric randomized clinical trial on patients’ satisfaction, and maternal and neonatal outcomes*”. Justine Nadal, Fabrice Pierre, Anna Fernandez, Emilie Boussac, Thibaut Loupec, David Desseauve. França, 2021.

## FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA JBI PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE VIÉS EM ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS

*Barker TH, Stone JC, Sears K, Klugar M, Tufanaru C, Leonardi-Bee J, Aromataris E, Munn Z. Therevised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. JBI Evidence Synthesis. 2023;21(3):494-506*

Validade interna		Escolha - Comentários/Justificativa	Sim	Não	Não está claro	N / D
<b>Viés relacionado à seleção e alocação</b>						
<b>1</b>	A verdadeira randomização foi usada para atribuição de participantes a grupos de tratamento?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	A alocação para grupos de tratamento foi ocultada?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Os grupos de tratamento eram semelhantes no início do estudo?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Viés relacionado à administração da intervenção/exposição</b>						
<b>4</b>	Os participantes estavam cegos para a atribuição do tratamento?		<input type="checkbox"/>	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Aqueles que administraram o tratamento estavam cegos para a atribuição do tratamento?		<input type="checkbox"/>	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6	Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto na intervenção de interesse?		×	□	□	□	□
---	---	--	---	---	---	---	---

#### Viés relacionado à avaliação, detecção e medição do resultado

7	Os avaliadores dos resultados estavam cegos quanto à atribuição do tratamento?		□	×	□	□	□
---	--	--	---	---	---	---	---

8	Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?		×	□	□	□	□
---	--	--	---	---	---	---	---

9	Os resultados foram medidos de forma confiável?		×	□	□	□	□
---	---	--	---	---	---	---	---

#### Viés relacionado à retenção de participantes

10	O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?						
	Resultados		×	□	□	□	□

### Validade da Conclusão Estatística

11	Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados?				
	Resultados		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12	Foi utilizada análise estatística apropriada?				
	Resultados		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13	O desenho do ensaio foi apropriado e quaisquer desvios do desenho padrão do ECR (randomização individual, grupos paralelos) foram considerados na condução e análise do ensaio?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	---	--	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Avaliação geral:

Incluir: Excluir: Procure mais informações: 

Comentários: 10 pontos

**Artigo 8:** “Prevalence of risk stomach in laboring women allowed to unrestrictive oral intake: a comparative cross-sectional study”. Xiang-Yang Chang, Li-Zhong Wang, Feng Xia, Yin-Fa Zhang. China, 2022.

### FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA JBI PARA ESTUDOS DE COORTE

Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

	Sim	Não	Não está claro	Não aplicável
1. Os dois grupos eram semelhantes e recrutados na mesma população?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As exposições foram medidas de forma semelhante para atribuir as pessoas a grupos expostos e não expostos?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A exposição foi medida de forma válida e confiável?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Foram identificados fatores de confusão?	<input type="checkbox"/>	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Foram declaradas estratégias para lidar com fatores de confusão?	<input type="checkbox"/>	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Os grupos/participantes estavam livres do desfecho no início do estudo (ou no momento da exposição)?                 | ×                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?   | ×                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. O tempo de acompanhamento foi relatado e suficiente para que os resultados ocorressem?                               | ×                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, os motivos da perda do acompanhamento foram descritos e explorados? | ×                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. FORAM utilizadas estratégias para abordar o acompanhamento incompleto?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ×                        | <input type="checkbox"/> |
| 11. Foi utilizada análise estatística apropriada?   | ×                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avaliação geral: Incluir  Excluir  Buscar mais informações

Comentários: 8 pontos

**Artigo 9:** “*Women’s view on fasting during labor in a tertiary care obstetric unit. A prospective cohort study*”. Lionel Bouvet, Julie Garrigue1, François-Pierrick Desgranges, Federica Piana, Gery Lambin, Dominique Chassard. França, 2020.

### FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA JBI PARA ESTUDOS DE COORTE

Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk . In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

	Sim	Não	Não está claro	Não aplicável
12. Os dois grupos eram semelhantes e recrutados na mesma população?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As exposições foram medidas de forma semelhante para atribuir as pessoas a grupos expostos e não expostos?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A exposição foi medida de forma válida e confiável?	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. Foram identificados fatores de confusão?   | <input type="checkbox"/> | ×                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Foram declaradas estratégias para lidar com fatores de confusão?   | <input type="checkbox"/> | ×                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Os grupos/participantes estavam livres do desfecho no início do estudo (ou no momento da exposição)?                 | ×                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?   | ×                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. O tempo de acompanhamento foi relatado e suficiente para que os resultados ocorressem?                               | ×                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, os motivos da perda do acompanhamento foram descritos e explorados? | ×                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. FORAM utilizadas estratégias para abordar o acompanhamento incompleto?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ×                        | <input type="checkbox"/> |
| 22. Foi utilizada análise estatística apropriada?  | ×                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avaliação geral: Incluir  Excluir  Buscar mais informações

Comentários: 8 pontos

**Artigo 10:** “*Effect of Oral Carbohydrate Intake During Labor on the Rate of Instrumental Vaginal Delivery: A Multicenter, Randomized Controlled Trial*”. Thérèse Simonet, Clément Gakuba, Isabelle Desmeulles, Julien Corouge, Gael Beucher, Rémi Morello, Jean-Louis Gérard, Anne Sophie Ducloy-Bouthors, Michel Dreyfus, Jean-Luc Hanouz. França, 2020.

#### FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA JBI PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE VIÉS EM ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS

*Barker TH, Stone JC, Sears K, Klugar M, Tufanaru C, Leonardi-Bee J, Aromataris E, Munn Z. Therevised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. JBI Evidence Synthesis. 2023;21(3):494-506*

Validade interna		Escolha - Comentários/Justificativa	Sim	Não	Não está claro	N / D
<b>Viés relacionado à seleção e alocação</b>						
<b>1</b>	A verdadeira randomização foi usada para atribuição de participantes a grupos de tratamento?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	A alocação para grupos de tratamento foi ocultada?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Os grupos de tratamento eram semelhantes no início do estudo?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Viés relacionado à administração da intervenção/exposição**

<b>4</b>	Os participantes estavam cegos para a atribuição do tratamento?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Aqueles que administraram o tratamento estavam cegos para a atribuição do tratamento?		<input type="checkbox"/>	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto na intervenção de interesse?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Viés relacionado à avaliação, detecção e medição do resultado**

<b>7</b>	Os avaliadores dos resultados estavam cegos quanto à atribuição do tratamento?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	Os resultados foram medidos de forma confiável?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Viés relacionado à retenção de participantes**


---

10	O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?		
	Resultados		× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### Validade da Conclusão Estatística

11	Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados?		
	Resultados		× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

12	Foi utilizada análise estatística apropriada?		
	Resultados		× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

13	O desenho do ensaio foi apropriado e quaisquer desvios do desenho padrão do ECR (randomização individual, grupos paralelos) foram considerados na condução e análise do ensaio?		× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
----	---	--	--

Avaliação geral:

Incluir: Excluir: Procure mais informações: 

Comentários: 12 pontos

**Artigo 11:** “*Pregnancy and Labor Epidural Effects on Gastric Emptying: A Prospective Comparative Study*”. Lionel Bouvet, Thomas Schulz, Federica Piana, François-Pierrick Desgranges, Dominique Chassard. França, 2022.

#### FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO CRÍTICA JBI PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE VIÉS EM ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS

*Barker TH, Stone JC, Sears K, Klugar M, Tufanaru C, Leonardi-Bee J, Aromataris E, Munn Z. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. JBI Evidence Synthesis. 2023;21(3):494-506*

Validade interna		Escolha - Comentários/Justificativa	Sim	Não	Não está claro	N / D
<b>Viés relacionado à seleção e alocação</b>						
<b>1</b>	A verdadeira randomização foi usada para atribuição de participantes a grupos de tratamento?		×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>2</b>	A alocação para grupos de tratamento foi ocultada?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Os grupos de tratamento eram semelhantes no início do estudo?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Viés relacionado à administração da intervenção/exposição</b>						
<b>4</b>	Os participantes estavam cegos para a atribuição do tratamento?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Aqueles que administraram o tratamento estavam cegos para a atribuição do tratamento?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto na intervenção de interesse?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Viés relacionado à avaliação, detecção e medição do resultado</b>						
<b>7</b>	Os avaliadores dos resultados estavam cegos quanto à atribuição do tratamento?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	Os resultados foram medidos de forma confiável?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Viés relacionado à retenção de participantes

<b>10</b>	O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?		
	Resultados		× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### Validade da Conclusão Estatística

<b>11</b>	Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados?		
	Resultados		× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>12</b>	Foi utilizada análise estatística apropriada?		
	Resultados		× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**13** O desenho do ensaio foi apropriado e quaisquer desvios do desenho padrão do ECR (randomização individual, grupos paralelos) foram considerados na condução e análise do ensaio?

×

Avaliação geral:

Incluir:

Excluir:

Procure mais informações:

Comentários: 10 pontos

## Apêndice II

### **Informação ao participante**

O estudo “A dieta mais adequada na parturiente de termo sem patologia associada” tem como objetivo principal a elaboração de um procedimento de atuação para Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, em contexto de Sala de Partos, assente na melhor evidência científica disponível. No âmbito da vigilância do TP, na sala de partos, torna-se premente a necessidade de avançar rumo a práticas de ingestão oral durante o TP em mulheres com gravidez de baixo risco, acompanhando as recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Neste sentido, solicitamos a sua participação num *Focus Group* em que colocaremos algumas questões relacionadas com o tema e a sua experiência em contexto de sala de partos.

**Riscos e custos:** Não existem danos ou custos associados à sua participação neste projeto.

**Benefícios:** A sua opinião é decisiva para a elaboração de um procedimento de atuação para Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, em contexto de Sala de Partos.

**Alternativas:** A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar quaisquer questões. Se decidir colaborar, pedir-lheemos que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. Tem sempre a alternativa de não completar o grupo focal ou não responder a algumas das questões.

**Confidencialidade:** A garantia da confidencialidade será assegurada pelo anonimato da identidade do participante e dos dados obtidos, de modo a que mais ninguém além do investigador conheça a fonte da qual provém a informação. Todos os ficheiros de voz e vídeo gerados na investigação serão eliminados com o encerramento da investigação, sendo garantido o anonimato e o sigilo, assim como o direito ao esquecimento.

Todos os participantes serão informados dos seus direitos e da estratégia adotada para a manipulação dos dados. Todos os dados e registos obtidos na realização do *Focus Group* serão unicamente utilizados e acedidos pelo investigador principal.

**Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas:** Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar através do email

claraqua@hotmail.com ou telemóvel 96xxxxxxx.

## Apêndice III

### **Consentimento informado**

Declaro que, relativamente ao *Focus Group* integrado no estudo “A dieta mais adequada na parturiente de termo sem patologia associada” com o objetivo principal de elaborar um procedimento de atuação para Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, em contexto de Sala de Partos, fui informado(a) que o mesmo será realizado com recurso a gravação para posterior análise do conteúdo. Fui informado(a) também sobre o âmbito, os objetivos, os riscos e os custos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, e o carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas verbalmente e por escrito. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar no estudo.

Assinatura do(a) participante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ /2023

Assinatura dos investigadores \_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ /2023

## Apêndice IV

### **Guião da entrevista para o *Focus Group***

Perspectivas da equipa multidisciplinar (Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Médicos Obstetras e Médicos Anestesiologistas):

1. Quais as vantagens e desvantagens da ingestão oral nas mulheres em TP?
2. Quais as facilidades e dificuldades que percepcionam na implementação da ingestão oral nas mulheres em TP?
3. Quais as sugestões que fazem para a elaboração de um procedimento sobre ingestão oral nas mulheres em TP?
4. Quais as mulheres que podem fazer ingestão oral em TP?
5. Que implicações terá para o Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia a implementação de um procedimento sobre ingestão oral nas mulheres em TP?

**Apêndice V**  
**Tabelas de Categorias, subcategorias, unidades de registo e referências da análise de conteúdo**

<b>Parturiente</b>			
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>	<b>Referências</b>
Benefícios da Ingestão	Benefícios Maternos	<p><i>“ (...) a satisfação da mulher (...) ” Enfermeira Especialista</i></p> <p><i>“ (...) o conforto (...) ” Enfermeira Especialista</i></p> <p><i>“ (...) o aporte de glicose, é a forma mais simples de renovar o seu esforço físico durante o TP (...)” Enfermeira Especialista</i></p> <p><i>“ (...) compensa a energia gasta em TP (...)” Enfermeira Especialista</i></p> <p><i>“ (...) o bem-estar da parturiente (...) as senhoras (...) passam várias horas em TP e uma das coisas que referem é que lhes custa passar algumas horas sem ingestão de sólidos e de líquidos (...)” Médico Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) a satisfação da mulher (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) índices glicémicos que são mais fáceis de controlar com a alimentação/ingestão oral (...)” Médica obstetra</i></p> <p><i>“ (...) a própria mulher se sentir bem e estar mais livre, uma mulher que tenha a liberdade de ingerir alimentos ou não, líquidos ou sólidos, a mulher terá esse direito e essa liberdade de o poder fazer, claro se não houver contra-indicações (...)” Médico Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) Mulheres ficam (...) satisfeitas (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) o bem-estar materno (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) evitar a desidratação e hipoglicemia das grávidas (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) evitar as cetoacidoses, as soluções endovenosas com</i></p>	12

		<i>glicose não são suficientes e podem (...) fazer também hiperglicemias maternas (...)</i> Médica Anestesiologista	
	Benefícios Fetais	<i>“(...) menor número de problemas associados ao recém-nascido (...)</i> Enfermeira Especialista <i>“(...) o bem-estar (...) fetal (...)</i> Médica Anestesiologista	2
	Benefícios na Evolução do TP	<i>“(...) a ingestão de líquidos claros, como sendo vantajoso para a mulher, (...) em termos de <b>redução de tempo de TP</b> (...)</i> Enfermeira Especialista	1
Riscos do Jejum	Risco Materno	<i>“(...) a desidratação e hipoglicemia das grávidas (...)</i> Médica Anestesiologista <i>“(...) as cetoacidoses (...)</i> Médica Anestesiologista <i>“(...) o risco de hipoglicemia (...)</i> Enfermeira Especialista <i>“(...) a desidratação (...)</i> Enfermeira Especialista <i>“(...) corioamniotites (...)</i> Enfermeira especialista <i>“(...) os vômitos estão associados às horas de jejum prolongado, porque o jejum leva ao aumento de corpos cetônicos e acaba por provocar vômitos e risco de aspiração. Os vômitos não estão associados à ingesta, mas sim ao jejum prolongado e produção de corpos cetônicos. E a aspiração de conteúdo gástrico está associado à anestesia geral e não à ingesta da mulher (...)</i> Enfermeira Especialista <i>“(...) o risco da anestesia geral, que é a aspiração, a aspiração tem mortalidade (...)</i> Médica Anestesiologista <i>“(...) o líquido gástrico pode fazer uma pneumonite de aspiração, mas se tiver outros conteúdos, pode fazer pneumonias, e pode fazer mesmo aspiração de partículas,</i>	8

		<i>com atelectasias, com hipoxémias, com hipoxias graves que podem ser fatais (...)</i> Médica Anestesiologista	
	Risco Fetal	<i>“( ... ) as soluções endovenosas com glicose não são suficientes e podem ter seus problemas também, as suas complicações, porque podem fazer também hiperglicemias maternas e do feto e depois a seguir, podemos também ter <b>hipoglicemia no recém-nascido</b> (...)</i> Médica Anestesiologista e Enfermeira Especialista	1
	Risco na Evolução do TP	<i>“( ... ) exaustão, em termos de trabalho uterino (...)</i> Enfermeira Especialista <i>“( ... ) que por outro lado, não havendo este aporte de glicose pode <b>conduzir a cesarianas desnecessárias</b> (...)</i> Enfermeira Especialista <i>“( ... ) o útero acaba por trabalhar em demasia, chegar ao cansaço, e pode parar por completo o TP (...)</i> Enfermeira Especialista <i>“( ... ) o TP mais prolongado em função dos desequilíbrios nutricionais (...)</i> Enfermeira Especialista <i>“( ... ) a falência deste útero que entra em exaustão e que muitas vezes acaba por levar a decisões de cesariana. Por isso, a exaustão do útero em função do tempo prolongado de TP (...)</i> Enfermeira Especialista	6
Riscos da Ingestão	Riscos Maternos	<i>“( ... ) é sempre a possibilidade de uma cesariana de <b>emergência</b>, que sendo de emergência não é previsível e, portanto, a qualquer momento pode haver necessidade de uma intervenção cirúrgica e necessidade de anestesia geral, com os riscos inerentes à ingestão de alimentos sólidos no período anterior, nomeadamente em termos de aspiração (...)</i> Médica Obstetra	9

		<p>“ (...) o grande risco é a aspiração do conteúdo gástrico e a aspiração pulmonar, isso é uma grande desvantagem quando se tem que recorrer a uma cesariana de emergência (...)” Médica Anestesiologista</p> <p>“ (...) as comorbilidades são grandes (...)” Médica Anestesiologista</p> <p>“ (...) como anestesista, concordo que é a parte mais importante para nós, e é o que temos que gerir (<b>a aspiração do conteúdo gástrico e a aspiração pulmonar</b>). Sim, porque esse é o problema e as consequências podem ser fatais (...)” Médica Anestesiologista</p> <p>“ (...) O único aspecto que eu vejo como desvantagem é a necessidade de uma cesariana de emergência, mas penso que também há formas de contornar essa situação. Se houver um acidente e houver necessidade de uma cirurgia emergente também há forma de contornar isso (...)” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...) só líquido gástrico pode fazer uma pneumonite de aspiração, mas se tiver outros conteúdos, pode fazer pneumonias (...)” Médica Anestesiologista</p> <p>“ (...) aspiração de partículas, com atelectasias, com hipoxémias, com hipoxias graves que podem ser fatais (...)” Médica Anestesiologista</p> <p>“ (...) E nós sabemos que o estômago, com partículas, que acabou de comer uma canja, se aspirar, não é só uma pneumonia de aspiração, é uma pneumonia e pode ser uma obstrução das vias aéreas, com hipoxémia e pode ser fatal, portanto, nós estamos a falar de riscos muito graves (...)” Médica Anestesiologista</p> <p>“ (...) <b>o risco de aspiração</b>. Esse é o principal, nas Mulheres</p>	
--	--	---	--

		<p><i>que são submetidas à anestesia geral, principalmente. Mas sabemos também, que o número de Mulheres que são submetidas a anestesia geral, é um número muito baixo. Portanto, estamos a condicionar quase todas as Mulheres que estão numa sala de partos em TP (...) Médica Obstetra</i></p>	
Estratificação do Risco	Estratificação do Risco	<p><i>“ (...) necessidade de uma estratificação de risco (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) a questão é mesmo da estratificação de risco da grávida. Porque a grávida de baixo risco não se justifica o jejum (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) Eu não acho que haja dificuldades quando estamos a falar de gravidez de baixo risco (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) tem que necessariamente ser feita uma estratificação do risco a todas as Mulheres (...)” Enfermeira especialista</i></p> <p><i>“ (...) Mulheres de baixo risco sem complicações (...)” Enfermeira Especialista</i></p> <p><i>“ (...) Mulheres em idade adulta, mulheres com Índice de Massa Corporal normal, uma apresentação de vértice, um registo de cardiotocografia de traçado normal segundo a FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics), Mulheres sem patologia ou prévia à gravidez ou da gravidez, um feto sem patologia (...)” Enfermeira Especialista</i></p> <p><i>“ (...) É importante estratificar o risco, nas de baixo risco pode haver ingestão (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) Uma grávida que é estratificada com um baixo risco pode manter uma ingestão controlada (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) é importante é fazer uma boa estratificação e a</i></p>	16

		<p><i>classificação das grávidas (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) Há riscos anestésicos e riscos obstétricos (...)”</i></p> <p><i>Médica Anestesiologistas</i></p> <p><i>“ (...) É importante a questão da estratificação do risco obstétrico e do risco anestésico (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) O momento de TP da mulher. As condições obstétricas da mulher, e eventualmente, o risco de cesariana. As comorbidades da mulher podem contribuir para maior risco de anestesia geral. É importante um protocolo entre obstetrícia e anestesia (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) Se não é uma gravidez de baixo risco, se há algum tipo de comorbidade que aumente o risco obstétrico ou anestésico, aí tem de ser uma decisão partilhada, tem de ser avaliada caso a caso (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) definiremos baixo risco, intermédio, elevado e muito elevado (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) As de elevado risco. Aliás, elas podem ingerir numa primeira fase, menos dose, elas poderão ingerir. Eu acho que poderão ingerir numa primeira fase, mas só mesmo na fase inicial, depois não. Na fase latente, depois na fase ativa deixam de poder. As tais mulheres de risco elevado e muito elevado (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) as obesas com IMC acima dos 40, diabéticas com vias aéreas, previsivelmente difíceis (...)” Médica Anestesiologista</i></p>	
--	--	---	--

Procedimento				
Procedimento	Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo	Referências
Procedimento		Enfermagem	<p>“ (...) Uma mulher em dieta zero não é necessariamente um estômago vazio (...)” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...) A própria mulher ao longo do TP, a vontade dela comer passa por coisas mais simples, mais básicas (...) ” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...) Ainda assim, há alguma dificuldade em algumas utentes fazerem a ingestão a partir do momento que entram em TP, a partir do momento que colocam cateter epidural (...)” Enfermeira especialista</p> <p>“ (...) uma das características daquilo que é um protocolo para um serviço é que tem que ter interferência de todos os grupos profissionais intervenientes (...) ” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...) Mulheres de baixo risco sem complicações (...)” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...) Mulheres em idade adulta, mulheres com IMC normal, uma apresentação de vértice, um RCT de traçado normal segundo a FIGO, Mulheres sem patologia ou prévia à gravidez ou da gravidez, um feto sem patologia (...)” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...) tem que necessariamente ser feita uma estratificação do risco a todas as Mulheres (...)” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...) E a avaliação da evolução do TP, as mulheres que chegam aqui sem risco nenhum e que depois, na evolução do trabalho de trabalho, pode ser identificado risco (...)” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...) informar as Mulheres acerca das vantagens e desvantagens desta ingestão, informar quais os tipos de líquidos claros que estão disponíveis, conhecer as preferências das Mulheres, oferecer estes líquidos claros (...)” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...) a cada 2 horas 200ml ou depois de acordo também com indicação da obstetrícia e da anestesia, outro tipo de intervalos, dependente, do tipo de líquido</p>	13

		<p><i>que se oferece, mas a partida será isto e que é consensual, a cada 2 horas, oferecer cerca de 200 ml (...)" Enfermeira Especialista</i></p> <p><i>" (... ) vigiar o RCT, vigiar também a evolução do TP, porque a qualquer momento também pode haver necessidade de cessar esta ingesta e efectuar registos claros, nomeadamente a quantidade de líquido ingerido e o tipo de líquido ingerido (...)" Enfermeira Especialista</i></p> <p><i>" (... ) protocolo que satisfaça o serviço, que nos satisfaça e principalmente que satisfaça as utentes (...)" Enfermeira Especialista</i></p> <p><i>" (... ) avaliação do que é que o hospital tem para oferecer em termos de líquidos claros e a opinião do nutricionista (...)" Enfermeira Especialista</i></p>	
	Médico	<p><i>" (... ) não é por ter epidural que deixam de comer (...)" Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>" (... ) existir um protocolo atualizado (...)" Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>" (... ) O momento de TP da mulher. As condições obstétricas da mulher, e eventualmente, o risco de cesariana. As comorbilidades da mulher pode contribuir para maior risco de anestesia geral. É importante um protocolo entre obstetria e anestesia (...)" Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>" (... ) a grávida de baixo risco não se justifica o jejum (...)" Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>" (... ) as obesas com IMC acima dos 40, diabéticas com vias aéreas, previsivelmente difíceis (...)" Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>" (... ) A gestão será de acordo com isso, o TP não invalida que não se administrem líquidos claros (...)" Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>" (... ) claro que nós fazemos epidurais e fazemos neuro-eixo e portanto as grávidas, à partida mesmo com cesarianas, não vão fazer anestesia geral, mas nós sabemos que a nossa maternidade tem uma elevada taxa de anestésias gerais. Temos problemas logísticos que nos levam a isso (...)" Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>" (... ) mesmo o pantoprazol e o omeprazol tem que estar 2 horas antes, pelo menos (...)" Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>" (... ) A epidural não é igual a ficar em jejum (...)" Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>" (... ) não é por ter epidural, que deixa de comer (...)" Médica Anestesiologista</i></p>	37

		<p><i>“ (...) É importante estratificar o risco, nas de baixo risco pode haver ingestão. Ainda não há muita evidência disso - livre demanda - não é a mesma coisa beber 2L de um líquido claro do que 200ml (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) E deverá ser importante reforçar a toda a equipa. Do ponto de vista anestésico não deverá ser livre demanda – à vontade (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) baixo risco, estamos muito mais à vontade, ingestão de líquidos claros, 200 ml de hora a hora ou 2 em 2 horas (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) No intermédio poderão também ainda ingerir, agora, claro que isto é na primeira fase do TP (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) uma mulher que não tem risco nenhum anestésico previsível, mas está em TP e diz que não quer analgesia de TP, ora bem essa mulher, mesmo não tendo um elevado risco de cesariana, se for, vai ser anestesia geral, portanto essa mulher vai ter de ser inserida noutra grupo (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) o importante é a estratificação do risco e a ingestão dos líquidos claros (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) As de elevado risco. Aliás, elas podem ingerir numa primeira fase, menos dose, elas poderão ingerir. Eu acho que poderão ingerir numa primeira fase, mas só mesmo na fase inicial, depois não. Na fase latente, depois na fase ativa deixam de poder. As tais mulheres de risco elevado e muito elevado (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) Uma grávida que é estratificada com um baixo risco pode manter uma ingestão controlada (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) é importante é fazer uma boa estratificação e a classificação das grávidas (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) da estratificação de risco, acho que esse é o ponto inicial e ponto de partida para qualquer procedimento, qualquer protocolo. É saber quais são as grávidas que têm risco acrescido ou não têm risco acrescido. Esse, será o primeiro ponto, depois dentro da evidência científica se pudermos também tentar ajustar um bocadinho às preferências de cada parturiente (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) a estratificação do risco (...)” Médica Anestesiologista</i></p>	
--	--	---	--

		<p>“ (...) temos várias condicionantes neste hospital que é a taxa de anestesia geral, que é superior ao da média da evidência científica que se lêem, portanto, temos que ter isso em consideração e, se calhar, tenta aplicar dessa forma, tendo em conta a taxa de anestesia geral (...)” Médica Anestesiologista</p> <p>“ (...) Falar com a cozinha e ver que tipos de alimentos podem disponibilizar (...)” Médica Anestesiologista</p> <p>“ (...) E é a parte da estratificação (...)” Médica Anestesiologista</p> <p>“ (...) escolher os alimentos adequados com a nutricionista (...)” Médica Anestesiologista</p> <p>“ (...) A estratificação do risco é feita inicialmente, mas a qualquer momento do TP pode haver necessidade de suspender a ingesta (...)” Médica Obstetra</p> <p>“ (...) O Protocolo tem de ser avaliado sempre. Avaliar em todas as fases do TP (...)” Médica Anestesiologista</p> <p>“ (...) o número de mulheres que são submetidas a anestesia geral, é um número muito baixo. Portanto, estamos a condicionar quase todas as mulheres que estão numa sala de partos em TP (...)” Médica Obstetra</p> <p>“ (...) nas mulheres de baixo risco as desvantagens são muito inferiores às potenciais vantagens (...)” Médica Obstetra</p> <p>“ (...) obesas, acima do IMC 35, porque essas também já têm atrasos no esvaziamento gástrico e têm maior risco de aspiração, pela dificuldade da intubação (...)” Médica Obstetra</p> <p>“ (...) IMC superiores a 35 ou 40 (...)” Médica Obstetra</p> <p>“ (...) registos não tranquilizadores (...)” Médica Obstetra</p> <p>“ (...) RCF muito graves que tenham potencial para desenvolver CTG não tranquilizador, ou muito restritos, ou oligoâmnios também complicados (...)” Médica Obstetra</p> <p>“ (...) todas as outras, mesmo Diabéticas, hipertensas, mesmo pré-eclâmpsia acho que sim (...)” Médica Obstetra</p> <p>“ (...) não há um número muito grande de Mulheres que à partida, à cabeça, estejam impedidas de comer. No meu ponto de vista, enquanto obstetra (...)”</p>	
--	--	---	--

	<p><i>Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) O protocolo é fundamental (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) as Mulheres em TP, em fase ativa, com analgesia epidural, podem fazer ingestão de líquidos claros e ou pobre em resíduos ou sem resíduos, o ideal. Onde incluímos aqui, sumos, gelatinas e chá e acho que sim, faz todo o sentido ser implementado se estamos a caminhar para uma sala de partos evoluída (...)”</i></p> <p><i>Médica Obstetra</i></p>	
Impactos Esperados	<p><i>“ (...) A elaboração do Protocolo e do consenso que vão chegar entre todos, porque todos queremos o mesmo fim (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) protocolo que satisfaça o serviço, que nos satisfaça e principalmente que satisfaça as utentes (...)” Enfermeira Especialista</i></p> <p><i>“ (...)existência de um procedimento ou de um protocolo tem sempre um impacto positivo e terá sempre um resultado positivo no TP (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) Haver um protocolo, é sempre um aspecto favorável(...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...)Isto vai uniformizar as práticas (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) vai certamente melhorar a nossa conduta (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) mesmo muito, muito positivo (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) vai uniformizar e vem ao encontro às últimas normas da DGS (...)”</i></p> <p><i>Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...)uniformidade de critérios (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...)é um grande Benefícios e é completamente desejável (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...)É a mais valia de uniformizar todas as condutas. E até aumentará a satisfação materna (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...)A satisfação materna acho que é uma preocupação e um desejo que a gente tem (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...) Diminuir o número de cesarianas, se houver aspiração que não seja tão grave porque não tem um pH tão ácido (...)” Médica Anestesiologista</i></p> <p><i>“ (...)a prioridade é melhorar os outcomes e secundariamente melhorar a satisfação dos doentes (...)” Médica Anestesiologista</i></p>	31

		<p>“ (...)formação a todos os profissionais, aos enfermeiros, obstetras e anestesia para todos saberem que estamos a trabalhar isto e estarem atualizados (...)” Médica Anestesiologista</p> <p>“ (...) uniformiza as condutas de todos os profissionais e a satisfação das Mulheres (...)” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...)Passamos a ser um serviço de referência para as Mulheres e casais, que queiram vir cá ter os seus bebés. Uma maior satisfação das utentes/casais/familia (...)” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...) menor tempo de TP, menor tempo de internamento (...)” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...)uma maior satisfação dos profissionais em geral (...)” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...) a redução dos custos gerais (...)” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...) a qualidade das equipas, dos vários grupos profissionais desta equipa, no acompanhamento de tudo aquilo que é a evidência mais recente no sentido de irmos ao encontro das reais necessidades e expectativas das Mulheres (...)” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...) outcomes positivos (...)” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...)a formação de toda a equipa no sentido de partirmos todos do mesmo patamar (...)” Enfermeira Especialista</p> <p>“ (...)O protocolo é fundamental (...)” Médica Obstetra</p> <p>“ (...) todos a falar a mesma língua (...)” Médica Obstetra</p> <p>“ (...) É fazer um protocolo, portanto eu acho que isso vai ser o principal desbloqueio aqui nesta sala, nesta realidade em Viseu, é um protocolo bem definido, com todas as partes, e não só com algumas (...)” Médica Obstetra</p> <p>“ (...) vantagens que falámos há pouco para a própria mulher e para a parturiente. Ela poder ter a liberdade de escolher, se quer comer ou não (...)” Médica Obstetra</p> <p>“ (...) Em termos de implicações directas para o serviço, a uniformização (...)” Médica Obstetra</p>	
--	--	---	--

		<p><i>“ (...) Até em termos de gastos, não sei se isso terá uma implicação, mas de certeza que é mais barato uma gelatinaa do que 1 saco de soro (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) A satisfação da parturiente, é claro, e a uniformização das equipas (...)” Médica Obstetra</i></p> <p><i>“ (...) protocolo é fundamental, que todas as partes têm que ser envolvidas, não só médicos, mas também enfermeiros e, principalmente os enfermeiros, que são quem lidam diretamente com estas questões da alimentação e do controlo da mulher em sala de partos (...)” Médica Obstetra</i></p>	
--	--	--	--

## Apêndice VI

**Implementação da ingestão oral durante o TP****Intervenções de Enfermagem e registo em SCLINICO®**

Foco de atenção	Intervenções de diagnóstico frequentes	Diagnóstico	Intervenções de enfermagem	Horários
TP	Avaliar conhecimento sobre TP	Potencial para melhorar o conhecimento sobre o TP	- Ensinar sobre ingestão de líquidos: <u>Normas:</u> -Benefícios da ingestão oral em TP -Tipos de líquidos claros -Adequar preferências -Oferecer líquidos claros 300/400ml 2/2h *	Sem Horário
	Avaliar TP	TP	- Assistir durante o TP - Avaliar TP - Vigiar dor TP - Vigiar traçado cardiotocográfico	Sem Horário
Alimentar-se	Avaliar o alimentar-se	Independente no alimentar-se	- Avaliar o alimentar-se - Vigiar refeição - Gerir dieta: <u>Normas:</u> -Dieta sem resíduos -Água -Chá -Café -Sumos sem polpa -Gelatina vegetal -Gelado de gelo	Sem Horário
Vómito	Avaliar Vómito	Vómito	- Avaliar vómito - Referenciar para o serviço médico	Sem Horário


ATITUDES TERAPÊUTICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
- Acolhimento	- Monitorizar ingestão de líquidos	Sem Horário
- Sinais vitais	- Monitorizar sinais vitais (*dor)	Sem Horário

## **Anexos**

## Anexo I

## Parecer da Comissão de Ética

A.O.A.  
27.04.23


**CENTRO HOSPITALAR**  
 VILA REAL  
 INSTITUTO DE ENSINO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO  
 COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

José L. Gomes  
 Enfermeiro Director

---

**DELIBERAÇÃO**

<b>Nº Referência</b>	02/21/04/2023
<b>Designação</b>	Pedido de autorização para efetuar colheita de dados, "Focus Group", no âmbito do estudo subordinado ao tema: "A dieta mais adequada na parturiente de termo sem patologia associada: "Elaboração de procedimento de atuação para Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em contexto de Sala de Partos".
<b>Investigador(a) Principal - CHTV</b> <b>Outros Investigador(a) CHTV</b>	Enfermeira Clara Ferreira Rodrigues Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
<b>Data do documento</b>	20 de março de 2023
<b>Data de Entrada na CES</b>	21 de março de 2023
<b>Data de Deliberação CES</b>	21 de abril de 2023

Analisado o pedido de autorização, efetuado pela enfermeira Clara Ferreira Rodrigues, Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, para efetuar colheita de dados, "Focus Group", no âmbito do estudo subordinado ao tema: "A dieta mais adequada na parturiente de termo sem patologia associada: "Elaboração de procedimento de atuação para Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em contexto de Sala de Partos", cuja amostra é constituída por 2 enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, 2 médicos obstetras e 2 médicos anestesiológicos", esta CES deliberou que, o mesmo não envolve doentes, pelo que é de livre vontade a participação no mesmo, que não se levantam quaisquer questões éticas e portanto qualquer parecer desta comissão não cabe no âmbito das suas competências.

**Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 21/04/2023**

**Presidente:** Maria Helena Ruivo Solheiro  
**Vice-Presidente:** Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade  
**Vogal:** António Jaime Pereira Pinto Fernandes  
**Vogal:** Celeste Maria Barrigas do Nascimento  
**Vogal:** Dra. Ana Maria Pinto da Costa

**Dra. Helena Solheiro**  
Presidente da C.E.S.

AUTORIZADO  
 Reunião: 21/04/2023  
 CONSELHO  
 ADMINISTRAÇÃO  
 Presidente (Nuno Duarte)  
 Vogal Executiva (Suzette)  
 Vogal Executiva (Mafalda Guiné)  
 Diretor Clínico (Eduardo Melo)  
 Diretor (José C. Soares)

Av. Rei D. Duarte - 3504 500 VISEU    Tel. 232 420 500 - exteúdo 11317    Fax 232 420 581    Correio eletrónico: [etica@chvtr.vr.pt](mailto:etica@chvtr.vr.pt)

