New Trends in Qualitative Research

(cc) BY-NC-ND

VOLUME **22** | Nº **4**

DOI:
https://doi.org/10.36367/ntqr.22.4.2026.e1331

Clara Rodrigues

Manuela Ferreira

Sofia Campos

Andreia Pereira

Daniel Pousadas

Data de submissão: Agosto, 2025
Data de avaliação: Julho, 2026
Data de publicação: Outubro, 2026

PERCEÇÕES SOBRE INGESTÃO ORAL NO TRABALHO DE PARTO: *FOCUS GROUP*

RESUMO

A ingestão oral durante o trabalho de parto ainda não está implementada em alguns hospitais e maternidades portuguesas, mantendo-se a prática do jejum em algumas instituições. Neste contexto, o estudo qualitativo pretende servir de suporte metodológico para a criação de um procedimento de ingestão oral em parturientes de termo sem patologia associada, com gravidez e trabalho de parto de baixo risco de complicações maternas e fetais, e baixo risco de aspiração. Elaborar um procedimento sobre a dieta da parturiente de termo sem patologia associada para Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica no contexto de sala de partos estudado. Foi realizada uma investigação qualitativa, descritiva e analítica que utilizou o *Focus Group* como técnica de recolha de dados, através de uma entrevista semiestruturada e constituído por sete peritos (três enfermeiros especialistas e quatro médicos). A análise de conteúdo seguiu a metodologia de *Bardin*, com apoio do *software NVivo14®*. O *Focus Group* permitiu recolher 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, que contribuíram para a elaboração de um procedimento sobre a dieta da parturiente de termo sem patologia associada para Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica em contexto de Sala de Partos. Os peritos são unânimes quanto à ingestão de líquidos claros em parturientes de termo sem patologia associada e consideram que a analgesia epidural e a fase ativa de trabalho de parto não são impeditivas para a ingestão. A articulação entre evidência científica, o *Focus Group* e a análise de conteúdo mostraram-se útil para a construção contextualizada do procedimento, constituindo uma estratégia que poderá ser utilizada noutros contextos clínicos, considerando as respetivas características institucionais e profissionais.

Palavras-Chave
Gestantes; Trabalho de Parto; Dieta; Analgesia Epidural (DeCS).

PERCEPTIONS ON ORAL INTAKE DURING LABOUR – FOCUS GROUP

ABSTRACT

Oral intake during labour has not yet been implemented in some Portuguese hospitals and maternity units, with the practice of fasting continuing in some institutions. Against this background, this qualitative study aims to provide methodological support for the development of a protocol for oral intake in full-term women in labour with no associated medical conditions, whose pregnancies and labour carry a low risk of maternal and fetal complications and a low risk of aspiration. To develop a protocol on the diet of full-term women in labour with no associated medical conditions for Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health within the context of the delivery room under study. A qualitative, descriptive and analytical study was conducted using a Focus Group as the data collection technique, involving a semi-structured interview with seven experts (three specialist nurses and four doctors). Content analysis followed Bardin's methodology, with the support of NVivo14® software. The Focus Group enabled information to be gathered from experts in the field, based on their knowledge and clinical practice, and the content analysis of the data obtained identified three emerging domains: the woman in labour, Organisational Dimension and Procedure, which contributed to the development of a protocol on the diet of full-term labouring women without associated pathology for Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health in the delivery theatre setting. The experts are unanimous regarding the intake of clear fluids by full-term labouring women without associated pathologies and consider that epidural analgesia and the active phase of labour do not preclude such intake. The combination of scientific evidence, the Focus Group and content analysis proved useful for the context-specific development of the procedure, constituting a strategy that could be utilised in other clinical contexts, taking into account the respective institutional and professional characteristics.

Keywords
Pregnant Women; Labor Obstetric; Diet; Analgesia Epidural (MeSH).

1. Introdução

A ingestão oral em trabalho de Parto (TP) não está implementada em alguns hospitais e maternidades portuguesas. Deste modo, verificou-se a necessidade de investigar sobre práticas de ingestão oral em parturientes de termo sem patologia associada, com gravidez e TP de baixo risco de complicações maternas e fetais, e baixo risco de aspiração. Estas orientações estão de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) que recomenda a ingestão de líquidos orais e alimentos durante o TP, para uma experiência positiva de nascimento (World Health Organization [WHO], 2018).

Em 1946, *Curtis Mendelson* publicou um estudo que sugeriu que a pneumonia de aspiração de conteúdo gástrico poderia ser evitada na indução anestésica, se a ingestão oral fosse restringida a zero durante o TP (Mendelson, 1946). No entanto, com a evolução do conhecimento, hoje sabe-se, que o jejum não é sinónimo de um estômago vazio e que o volume do conteúdo gástrico é influenciado pela ingestão oral, pela produção de secreções gástricas e pela saliva deglutida (Maharaj, 2009), e que a própria gravidez induz alterações anatómicas que contribuem para um esvaziamento gástrico lento, razão pela qual toda a grávida deveria ser considerada à partida "estômago cheio" (Kinsella, 2018).

Estudos recentes não encontraram nenhum dano em dietas menos restritivas para mulheres de baixo risco em TP (Singata et al., 2013), nem casos de pneumonia de aspiração (Ciardulli et al., 2017), nem nenhum relato de aspiração após ingestão de líquidos claros ricos em hidratos de carbono ou líquidos não calóricos (Joshi et al., 2023).

Durante o TP, a mulher precisa de aporte energético e a ingestão oral é essencial para manter as necessidades de energia física, conforto e bem-estar (Huang et al., 2020). É o jejum e a diminuição do aporte de hidratos de carbono, que conduz a um cansaço mais rápido, que aumenta a lipólise e o catabolismo proteico, resultando em fadiga muscular e inatividade uterina (American College of Nurse-Midwives, 2016).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO) assume intervenções autónomas nas situações de baixo risco (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019), cuida a parturiente garantindo a assistência em ambiente seguro, otimiza a sua saúde e a do feto/recém-nascido contribuindo para uma experiência de parto positiva, devendo assegurar a ingestão oral a gosto durante o TP e evitar jejuns prolongados (WHO, 2018).

No contexto estudado, foi observada a persistência do jejum rotineiro em contraste com as recomendações atuais, justificando-se a necessidade da criação de um procedimento de ingestão oral em parturientes de termo sem patologia associada para EE-ESMO, dado a sua inexistência. De forma a substanciar a criação de um procedimento adaptado recorreu-se a uma abordagem qualitativa, através de um *Focus Group*, que permitiu compreender junto de peritos de que forma interpretam a evidência científica, que critérios utilizam na prática e quais os constrangimentos organizacionais percecionados que podem dificultar a mudança.

O estudo empírico foi orientado para responder à questão de investigação: Quais as perceções dos profissionais de saúde sobre a ingestão oral durante o trabalho de parto e quais os elementos necessários para subsidiar a construção de um procedimento clínico?

2. Metodologia

Para a elaboração do procedimento de ingestão oral em parturientes de termo sem patologia associada, com gravidez e trabalho de parto de baixo risco de complicações maternas e fetais, e baixo risco de aspiração, foi desenvolvido um estudo qualitativo, descritivo e analítico com recurso ao *Focus Group*, que permitiu recolher informação junto de peritos na área baseada nos seus conhecimentos e na sua prática clínica.

O *Focus Group* foi conduzido por um dos autores, também profissional de saúde no serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, que atuou como mediador do processo interpretativo, reconhecendo que a produção de conhecimento decorre da interação e negociação entre participantes e investigador (Fortin, 2009). O guião baseou-se numa entrevista semiestruturada com 5 questões previamente elaboradas: (1). Quais as vantagens e desvantagens da ingestão oral nas mulheres em TP? (2). Quais as facilidades e dificuldades que percecionam 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 a implementação de um procedimento sobre ingestão oral nas mulheres em TP?

As questões foram elaboradas após a realização de uma revisão sistemática da literatura que foi previamente publicada (Rodrigues et al., 2025), reforçando a credibilidade e transparência do estudo. Este guião serviu de orientação para a entrevista, permitindo o controlo sobre o processo, abordando todos os tópicos e produzindo o conjunto de dados obtido. As notas de campo foram colhidas durante o *Focus Group* e permitiram complementar os dados recolhidos, tais como momentos de complementaridade de ideias ou de maior debate sobre um determinado tema.

Foi submetido à apreciação e aprovação da Comissão de Ética com o n.º de referência 02/21/04/2023, com deliberação em 21 de abril de 2023. Os participantes do *Focus Group* foram convidados a participar no estudo de forma individual e pessoal. De forma a garantir a sua voluntariedade e autonomia, o consentimento informado foi assinado, datado e entregue antes do início do *Focus Group*. Todos os participantes deram o seu consentimento livre e esclarecido por escrito e foram informados dos seus direitos e da estratégia a ser adotada para o tratamento dos dados. A garantia da confidencialidade foi assegurada pelo anonimato da identidade do participante, de modo que fontes externas não obtivessem conhecimento sobre os intervenientes. Todos os participantes à altura da recolha de dados trabalhavam no serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia e faziam parte da equipa multidisciplinar do investigador principal. Todos foram informados dos objetivos da investigação, e posterior elaboração de um procedimento de atuação para EE-ESMO em contexto de Sala de Partos.

Para a seleção dos participantes, foi utilizado o método de amostra intencional ou racional, incluindo profissionais que trabalham na área, com diferentes categorias profissionais. A amostra contava com 7 profissionais de saúde do Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia (3 EE-ESMO, 2 Médicos Obstetras e 2 Médicos Anestesiologistas) e o critério de inclusão foi definido pela experiência clínica na área do estudo.

Os participantes eram todos do sexo feminino, a maioria com o grau académico de licenciatura (5), e os restantes com habilitações a nível do mestrado (1) e doutoramento (1). O painel de peritos encontrava-se na faixa etária dos 41 aos 60 anos e detinha experiência profissional superior a 10 anos, sendo todos especialistas nas suas áreas. Os dados recolhidos foram gravados com recurso a ficheiro exclusivamente de voz, sendo eliminados após o cumprimento dos objetivos científicos do projeto, garantindo o anonimato e o sigilo. O *Focus Group* teve uma duração de 60 minutos. Apesar de todos os participantes integrarem a mesma equipa multidisciplinar, o investigador responsável pela moderação do *Focus Group* procurou minimizar a influência de possíveis constrangimentos associados às relações profissionais ou hierárquicas, evitando que participantes com papéis de liderança dominassem a discussão, tendo o debate decorrido com igual valorização de opiniões e contributos.

Posteriormente, foi realizada a transcrição da entrevista para formato textual, uma vez que não houve necessidade de devolução da transcrição aos participantes para correções ou eliminação de informações prestadas. Os dados recolhidos foram suficientes para sustentar a elaboração do procedimento no contexto estudado. O tratamento dos dados seguiu a perspetiva de *Bardin* (2016), que garantiu os princípios da exaustividade, exclusividade, homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade. A pré-análise permitiu recolher a informação através da transcrição da entrevista e organização dos dados obtidos. A fase da exploração do material através da codificação, permitiu a organização da informação. A unidade de análise correspondeu à transcrição integral do *Focus Group*, e as unidades de registo foram, por sua vez, excertos dos testemunhos com relevância para o objeto de estudo. Assim, o processo de codificação começou por identificar as unidades de registo, assim como pela atribuição de códigos iniciais, que, por meio da discussão entre o grupo de juízes, resultou no grupo de categorias e subcategorias apresentado. Neste processo, o painel de quatro júris independentes foi composto por dois investigadores da área da Saúde Materna e Obstétrica e dois das áreas das Ciências Sociais, minimizando possíveis vieses. Os juízes procederam à leitura flutuante da transcrição do *Focus Group*, identificando numa fase inicial de forma independente os principais temas emergentes. Após este processo, o grupo reuniu e debateu os principais temas, tendo sido substanciados pela literatura prévia e ancorados na revisão sistemática realizada *a priori* (Rodrigues et al., 2025). O debate entre juízes permitiu condensar a definição de três domínios emergentes, categorias e subcategorias para cada domínio e elaboradas tabelas de resultados.

Deste modo, a análise de conteúdo foi realizada de forma dedutiva, sustentada numa primeira fase na revisão sistemática da literatura e numa componente indutiva, que permitiu a discussão entre o grupo de investigadores, e consequentemente, a criação de novos códigos e categorias emergentes dos dados recolhidos. As divergências entre os juízes foram sanadas discutindo-se entre pares, até ter sido alcançado consenso. Os dados foram tratados com recurso ao *software NVivo14®* que permitiu sistematizar o processo de codificação e agrupamento dos testemunhos recolhidos.

3. Resultados

Após a análise de conteúdo, foram definidos três domínios emergentes: Parturiente, Dimensão Organizacional e Procedimento. Na tabela 1 são apresentadas as categorias e subcategorias que emergem de cada domínio, o número de referências e as unidades de registo.

Tabela 1. Categorias e subcategorias que emergem de cada domínio, referências e unidades de registo

Domínios	Categorias	Subcategorias	Referências	Unidades de Registo
D1 Parturiente	C1 Benefícios da Ingestão	Benefícios Maternos	12	"(...) satisfação da mulher (...) – PE1 (...) conforto (...) – PE2 (...) bem-estar da parturiente –PO1 (...) bem-estar materno (...) – PO2 (...) bem-estar materno (...) – PA1 (...) o aporte de glicose é a forma mais simples de renovar o esforço físico durante o TP (...)" – PE1
		Benefícios Fetais	2	"(...) menor número de problemas associados ao recém-nascido (...) – PE1 (...) bem-estar fetal (...)" – PA1
		Benefícios na Evolução do TP	1	"(...) ingestão de líquidos claros, vantajoso para a mulher em termos de redução do tempo de TP (...)" – PE3
	C2 Riscos do Jejum	Risco Materno	8	"(...) desidratação e hipoglicemia (...) – PA1 (...) cetoacidoses (...) – PA2 (...) corioamnionites (...) – PE1 (...) desidratação (...) – PE2 (...) hipoglicemia (...) PE3, (...) os vómitos estão associados às horas de jejum prolongado (...) – PE1 (...) risco da anestesia geral é a aspiração de conteúdo gástrico (...) – PA2 (...) o líquido gástrico pode fazer uma pneumonite de aspiração, pneumonia, atelectasias, hipoxemias, hipoxias graves que podem ser fatais (...)" – PA1
		Risco Fetal	1	"(...) as soluções endovenosas com glicose podem fazer hiperglicemias maternas e do feto, e depois hipoglicemia no recém-nascido (...)" – PA1 (...) hipoglicemia do recém-nascido (...)" PE1
		Risco na Evolução do TP	6	"(...) exaustão, em termos de trabalho uterino (...) – PO1 (...) o TP mais prolongado em função dos desequilíbrios nutricionais (...) – PE3 (...) falência do útero que entra em exaustão e que pode levar a decisões de cesariana (...)" – PE1
	C3 Riscos da Ingestão	Risco Materno	9	"(...) cesariana de emergência, que sendo de emergência não é previsível e, portanto, a necessidade de anestesia geral, com os riscos inerentes à ingestão de alimentos sólidos no período anterior, nomeadamente em termos de aspiração (...)" – PO1 (...) aspiração de conteúdo gástrico (...) – PA1 (...) aspiração de conteúdo gástrico e aspiração pulmonar (...)" – PA2
	C4 Estratificação do Risco		16	"(...) estratificação do risco da grávida (...) – PA1 (...) a grávida de baixo risco não se justifica o jejum (...) – PA2 (...) mulheres de baixo risco sem complicações (...) – PE1(...) estratificação do risco a todas as mulheres (...) – PE3 (...) grávida é estratificada de baixo risco pode manter a ingestão controlada (...)
D2 Dimensão Organizacional	C5 Contexto Organizacional	Recursos Humanos	7	"(...) resistência à mudança (...) – PE3 (...) equipa multidisciplinar motivada para avançar com a ingesta (...) – PE1 (...) falta de comunicação (...)" – PA1
		Recursos Físicos e Materiais	12	"(...) sala de partos é um ambiente privilegiado, um ambiente controlado (...) – PE3 (...) em termos hospitalares conseguimos providenciar dietas claras/líquidos claros (...)" – PE1
D3 Procedimento	C6 Procedimento	Enfermagem	13	"(...) Mulher em dieta zero não é necessariamente um estômago vazio (...) – PE1 (...) a mulher ao longo do TP adequa a vontade de comer para coisas mais simples (...)– PE1 e PE2 (...) Existe alguma dificuldade em algumas utentes fazerem a ingestão a partir do momento que entram em TP, a partir do momento que colocam cateter epidural (...) – PE1 (...) avaliação da evolução do TP (...) – PE3 (...) oferecer líquidos claros 200ml a cada 2h (...) – PE1 (...)
		Médico	37	"(...) não é por ter epidural que deixam de comer (...) – PA1 (...) a grávida de baixo risco não se justifica o jejum (...) – PA2 (...) a epidural não é igual a ficar em jejum (...) – PA1 (...) não é por ter epidural, que deixa de comer (...)" – PO1
		Impactos Esperados	31	"(...) protocolo que satisfaça o serviço, os profissionais e a utente (...) – PE2 (...) um impacto positivo e terá sempre um resultado positivo no TP (...) – PO2 (...) haver um protocolo, é sempre um aspeto favorável (...) – PO1 (...) vai uniformizar as práticas (...) – PA1 (...) melhorar a nossa conduta e *outcomes* (...)" – PA2

Legenda: PE (Participante Enfermeiro Especialista), PO (Participante Médico Obstetra), PA (Participante Médico Anestesiologista).

De seguida, é apresentado o procedimento elaborado a partir dos dados. Na tabela estão identificadas as categorias que derivam do *Focus Group* e síntese dos autores.

Tabela 2. Procedimento elaborado a partir dos dados

<table>
<tr><th>Literatura</th><th>Focus Group</th><th>Síntese e Recomendação final</th><th colspan="2">Procedimento Resultante</th></tr>
<tr><td rowspan="3">(American College of Nurse-Midwives, 2016; Bouvet et al., 2020; Hawkins et al., 2016; Huang et al., 2020; OE, 2013; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020; Smith et al., 2011; Rousset et al., 2020; WHO, 2018; Tadaumi et al, 2020).</td><td rowspan="3">C1, C2, C3, C4, C5, C6</td><td rowspan="6">Importância da introdução de ingestão de líquidos claros e alimentos sólidos pobres em resíduos em TP

Ambiente controlado e facilidade de introdução dos líquidos claros neste contexto hospitalar

Identificação da quantidade de líquidos claros ingeridos (na fase latente e ativa do 1º estádio) com preservação do tempo de esvaziamento gástrico

Identificação do espaço temporal recomendado do jejum pré-operatório para sólidos e líquidos claros em caso de parto cirúrgico</td><td colspan="2">Parturiente em TP
- Cardiotocografia Normal
- Com Analgesia Epidural (sem dor)</td></tr>
<tr><td colspan="2">1º Estádio - Apagamento e dilatação</td></tr>
<tr><td>Fase latente</td><td>Fase ativa</td></tr>
<tr><td rowspan="2">(Bouvet et al., 2022; Chang et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Joshi et al., 2023; Rousset et al., 2020; Smith et al., 2011).</td><td rowspan="2">C1, C2, C4, C6</td><td>Oferecer líquidos claros 300/400 ml de 2/2h

Oferecer alimentos sólidos pobres em resíduos</td><td rowspan="2">Oferecer líquidos claros 300/400ml de 2/2h até à recusa de parturiente</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">(Chang et al., 2022; Smith et al., 2011).</td><td rowspan="3">C1, C3, C4, C6</td><td rowspan="3">Identificação da quantidade de líquidos claros ingeridos (na fase latente do 2º estádio) com preservação do tempo de esvaziamento gástrico, tendo em conta a avaliação da evolução normal do TP com estratificação do risco anestésico e obstétrico nas fases do 2º estádio
Identificação do espaço temporal recomendado do jejum pré-operatório para líquidos claros em caso de parto cirúrgico</td><td colspan="2">2º Estádio– Período expulsivo</td></tr>
<tr><td>Fase latente</td><td>Fase ativa</td></tr>
<tr><td>Oferecer líquidos claros 300/400ml de 2/2h até à recusa de parturiente</td><td>Sugere-se não fazer ingestão oral</td></tr>
<tr><td rowspan="3">(Bouvet et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Rousset et al., 2020)</td><td rowspan="3">C3, C4, C5, C6</td><td rowspan="4">Identificação da redução da quantidade de líquidos claros ingeridos pelo aumento do tempo de esvaziamento gástrico (dor), tendo em conta a avaliação da evolução normal do TP e estratificação do risco anestésico e obstétrico nos estádios do TP

Identificação do espaço temporal recomendado do jejum pré-operatório para líquidos claros em caso de parto cirúrgico (nestes casos é sempre com recurso à anestesia geral)</td><td colspan="2">Parturiente em TP
- Cardiotocografia Normal
- Sem Analgesia Epidural</td></tr>
<tr><td colspan="2">1º Estádio - Apagamento e dilatação</td></tr>
<tr><td>Fase latente</td><td>Fase ativa</td></tr>
<tr><td>Oferecer líquidos claros 200ml de 2/2h até à recusa da parturiente</td><td>Oferecer líquidos claros 200ml de 2/2h até à recusa da parturiente</td></tr>
<tr><td rowspan="3">(Chang et al., 2022; Smith et al., 2011).</td><td rowspan="3">C4, C6</td><td colspan="2">2º Estádio– Período expulsivo</td></tr>
<tr><td>Fase latente</td><td>Fase ativa</td></tr>
<tr><td>Sugere-se não fazer ingestão oral</td><td>Sugere-se não fazer ingestão oral</td></tr>
</table>

Nota: Suspende-se a ingesta em caso de vómitos e aumento do risco materno e fetal e/ou inadequada evolução do trabalho de parto.

4. Discussão

Na categoria C1, o testemunho dos peritos permitiu aos autores evidenciar as subcategorias: Benefícios Maternos, Benefícios Fetais e Benefícios na Evolução do TP. Em Benefícios Maternos, os especialistas mostraram concordância referindo *"(...) o conforto e o bem-estar materno (...)* – PO2 *(...) a satisfação da mulher (...)* – PE1 *(...) evita a desidratação e hipoglicemia das grávidas (...)"* – PA1. Estes benefícios são corroborados por vários estudos (Bouvet et al., 2020; Huang et al., 2020; Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018; Simonet et al., 2020). Em relação à subcategoria Benefícios Fetais, os participantes referem que a ingestão oral em TP contribui para o bem-estar fetal e diminuição de complicações do recém-nascido. O PE1 associa os benefícios a *"(...) menor número de problemas associados ao recém-nascido (...)* e o PA1 reforça com o *(...) bem-estar fetal (...)"* A ingestão oral de sólidos e líquidos em TP não aumentou os internamentos neonatais em unidades de cuidados intensivos nem os resultados neonatais adversos (Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018; Strong et al., 2018). Até alimentos de fácil digestão, tais como o chocolate, podem ter efeitos estimulantes a nível do coração e do sangue materno que podem contribuir para melhorar a circulação feto-placentar e evitar o sofrimento fetal agudo (Huang et al., 2020). Em Benefícios da Ingestão Oral na evolução do TP, foi referida a redução do tempo do TP *"(...) a ingestão de líquidos claros (...) em termos de redução de tempo de TP (...)"* – PE3. Vários estudos indicam que políticas menos restritivas de ingestão de líquidos claros contribuíram para TP mais curtos (Nadal et al., 2022; Huang et al., 2020) em relação às que comeram em qualquer fase (Strong et al., 2018).

Em C2, na subcategoria Riscos Maternos, foram referidas complicações maternas como consequência do jejum em TP *"risco de hipoglicémia (...)* – PA1 *(...) desidratação (...)"* – PE2. A literatura aponta que a ingestão de líquidos claros pode reduzir a fome e a sede (Joshi et al., 2023). Alimentos de fácil digestão diminuem a cetose, enquanto bebidas isotónicas ou energéticas podem prevenir a produção excessiva de cetonas, a desidratação e os desequilíbrios hidroeletrolíticos (Huang et al., 2020). Nos Riscos Fetais, os participantes referiram que as mulheres em jejum podem apresentar complicações fetais e neonatais, complicações também corroboradas pela literatura (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). Em Riscos na Evolução do TP, os participantes associaram o jejum a TP prolongados pela exaustão do músculo uterino, tendo como consequência a paragem do TP, a corioamnionite e a decisão de cesariana *"(...) exaustão em termos de trabalho uterino (...)* - PO1 *(...) falência do útero que entra em exaustão,* a falha de progressão do TP e conduzir a *decisão de cesariana (...)"* – PE1. O jejum e o reduzido aporte de hidratos de carbono podem prolongar o TP e aumentar as cesarianas, corioamnionites, hemorragias pós-parto e complicações neonatais (Bouvet et al., 2020; Huang et al., 2020; Tadaumi et al., 2020), podendo favorecer o cansaço, a lipólise e o catabolismo proteico (American College of Nurse-Midwives, 2016).

Em C3 em Riscos Maternos foi referido *"(...) o risco é a aspiração do conteúdo gástrico e a aspiração pulmonar (...)"* – PA2. No entanto, e considerando a literatura prévia, a aspiração pulmonar poderá estar associada à anestesia geral, não à ingestão oral no TP (Ciardulli et al., 2017; Joshi et al., 2023; Shea-Lewis et al., 2018; Singata et al., 2013).

Em C4 os participantes referem a importância de estratificar o risco anestésico e obstétrico, para permitir a ingestão oral em TP *"(...) uma grávida que é estratificada com um baixo risco não se justifica o jejum (...)"* – PA2. Os participantes foram unânimes e mostraram concordância quanto à ingestão oral de líquidos claros na parturiente de termo sem patologia associada. Esta opinião é corroborada pelo consenso americano de anestesia e obstetrícia (ASA/ACOG) (Hawkins et al., 2016). A ESA desencoraja alimentos sólidos no TP ativo (6h de jejum). Contudo, reconhece ser impraticável impedir a ingestão de alimentos, sugerindo opções de fácil digestão e baixo teor de resíduos (Smith et al., 2011).

Na categoria C5, emergiram duas subcategorias: Recursos Humanos e Recursos Físicos e Materiais. Em Recursos Humanos, PA1 aponta a *"(...) falta de comunicação (...)"* e PE3 responde e acrescenta que na *"(...) resistência à mudança, nem todas as pessoas acompanham da mesma maneira a proposta de mudança (...)"*. Em Recursos Físicos e Materiais, PE3 refere a *"(...) facilidade de providenciar líquidos claros (...) num ambiente também a este nível privilegiado, porque é um ambiente controlado (...)"* e PE1 responde e acrescenta que *"(...) conseguimos providenciar dietas claras para as mulheres em trabalho de parto com gravidez de baixo risco (...)"*.

Em C6 os participantes foram unânimes *"(...) o jejum não se justifica em parturientes de baixo risco (...)"*, posição corroborada pela OMS, ASA/ACOG, ESA e Ordem dos Enfermeiros (Hawkins et al., 2016; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013; Smith et al., 2011; WHO, 2018). Os participantes referiram *"(...) a mulher ao longo do TP adequa a vontade de comer para coisas mais simples (...)"* – PE1 e PE2. Esta opinião é corroborada pela OMS (WHO, 2018). Num estudo, apenas 14% das parturientes conseguiram ingerir 200 ml de sumo recomendados a cada 3h (Simonet et al., 2020).

A discussão do grupo concretiza esta ideia apontando a proposta de ingestão de 200 ml de líquidos claros de 2/2h. Contudo, o participante PA1 introduziu uma importante especificação do ponto de vista anestésico "(...) *não deverá ser livre demanda – à vontade (...)"*. Os participantes referiram ainda, que na parturiente em fase ativa de TP e com analgesia epidural pode ser considerada a ingestão oral de líquidos claros "*(...) A epidural não é igual a ficar em jejum (...)"* – PA1e PA2. A ingestão de 400ml de líquidos claros é segura durante a fase ativa de TP em parturientes com analgesia epidural, não aumentando significativamente o volume gástrico (Bouvet et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Rousset et al., 2020). A analgesia epidural reduz o stress associado à dor e facilita o esvaziamento gástrico em comparação com o parto sem analgesia epidural (Bouvet et al., 2022; American College of Nurse-Midwives, 2016). Em contrapartida, os alimentos sólidos associam-se a maior prevalência de estômago cheio e risco de aspiração, sendo desencorajados durante a fase ativa (Chang et al., 2022; Smith et al., 2011).

Assim, dado que a analgesia epidural facilita o esvaziamento gástrico seguiu-se a indicação da literatura, 300/400 ml de 2h em 2h, até à recusa da parturiente, quer no 1º e 2º estadio do TP (American College of Nurse-Midwives, 2016; Bouvet et al., 2022; Desgranges et al., 2019; Rousset et al., 2020). Quanto às mulheres sem analgesia epidural pode verificar-se o aumento do tempo de esvaziamento gástrico, provocado pela dor (Bouvet et al., 2022; American College of Nurse-Midwives, 2016). Deste modo os participantes do *Focus Group* chegaram ao consenso e optaram pela redução do volume para 200 ml, conforme o procedimento apresentado na Tabela 2. Em Impactos Esperados, os participantes referem "*(...) procedimento que satisfaça os profissionais (...)"* – PE2, *"(...) melhorar os outcomes (...)"* – PA2, *"(...) satisfação das utentes/casais (...)"* – PE2, *"(...) menor tempo de TP, menor tempo de internamento (...) redução dos custos gerais (...)"* – PE1. É importante referir que os resultados esperados são baseados nas expectativas dos profissionais de saúde entrevistados, podendo ser apenas corroborados após a implementação do procedimento, através de uma observação longitudinal.

5. Reflexão Metodológica

A investigação qualitativa constitui um método que privilegia a compreensão profunda dos fenómenos humanos, considerando o seu significado, contexto e complexidade, partindo da premissa de que a realidade é construída e interpretada pelos sujeitos, e busca compreender experiências vividas, perceções, representações e processos sociais, sendo particularmente útil em áreas como saúde e enfermagem, onde é essencial captar nuances e dimensões subjetivas que não podem ser quantificadas (Fortin, 2009). Tratando-se de um estudo descritivo e analítico enquadra-se na perspetiva interpretativa, segundo a qual a compreensão dos fenómenos resulta da interpretação dos discursos dos participantes no contexto em que estes são produzidos.

Neste enquadramento metodológico, e considerando o objetivo de recolher as perceções dos profissionais de saúde sobre a ingestão oral em trabalho de parto, recorreu-se ao *Focus Group* como técnica de recolha de dados. O *Focus Group*, também designado por 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 de providenciar insights quanto à origem da problemática em estudo (Silva et al., 2014). No contexto de estudos em saúde, o *Focus Group* é relevante para identificar necessidades profissionais ou formativas, construir e validar procedimentos clínicos, recolher consensos e divergências entre peritos e promover reflexão dentro de equipas multidisciplinares (Fortin, 2009).

Salienta-se que no presente estudo, o principal contributo metodológico, decorreu da articulação entre a revisão sistemática realizada *a priori*, o *Focus Group*, a análise de conteúdo e também a experiência e a prática clínica. Assim, a revisão sistemática forneceu a base científica e orientou a elaboração do guião, enquanto o *Focus Group* permitiu confrontar essa evidência com o conhecimento clínico dos participantes e com as condições do contexto organizacional.

A análise de conteúdo possibilitou posteriormente sistematizar e integrar estes contributos na construção do procedimento, alinhado com a experiência do investigador no contexto clínico abordado. Assim, o seu contributo não se limitou à recolha de opiniões, uma vez que a interação entre os participantes permitiu complementar diferentes perspetivas profissionais e discutir a aplicabilidade da evidência científica à realidade clínica estudada.

Os dados obtidos através do *Focus Group* foram posteriormente submetidos a análise de conteúdo, de forma a organizar, interpretar e atribuir através do debate entre juízes, significado às perceções expressas pelos participantes. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação que se organizam em torno de três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2016).

A composição multidisciplinar do grupo foi importante para a recolha e confrontação de diferentes perspetivas. Ainda que não tenham sido observadas muitas divergências durante o processo de *Focus Group*, quando estas emergiram foram debatidas, através de uma discussão dinâmica entre o grupo permitindo clarificar as etapas do procedimento proposto.

Durante a realização do *Focus Group*, a moderação procurou promover a participação equilibrada dos vários elementos do grupo, recorrendo a perguntas de aprofundamento, clarificação e retomada de temas emergentes.

A utilização de um guião semiestruturado permitiu à moderação assegurar a exploração de todos os temas essenciais, e promover o debate dinâmico do grupo. Assim, o moderador teve um papel facilitador durante a entrevista, procurando aprofundar ideias centrais e explorar os temas emergentes.

Foram igualmente adotadas estratégias para minimizar o impacto de possíveis relações hierárquicas ou profissionais entre participantes, nomeadamente através do incentivo à expressão de diferentes perspetivas, da valorização de opiniões divergentes e da gestão da eventual dominância de alguns intervenientes. Concordâncias, discordâncias e complementações entre participantes foram consideradas como parte integrante dos dados produzidos e valorizadas no processo analítico. Contudo, deve-se salientar a predominante convergência que importa ser criticamente analisada, uma vez que os participantes pertenciam à mesma equipa e partilhavam o mesmo contexto institucional. Assim, esta convergência poderá refletir consenso, mas também possíveis constrangimentos devido à proximidade profissional, podendo ter condicionado perguntas ou a expressão de diferentes opiniões, tais como nos Benefícios Maternos: PE1 refere *"(...) o aporte de glicose, é a forma mais simples de renovar o esforço físico em TP (...),"* *PE2 responde e acrescenta "(...) a energia gasta em TP (...)"* e PO1 concorda e responde aos outros peritos acrescentando "*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 (...),"* PO2 assinala a vontade da parturiente "*(...) a própria mulher ao sentir-se bem, uma mulher que tenha a liberdade de ingerir alimentos líquidos ou sólidos, a mulher tem esse direito e essa liberdade de o poder fazer (...)."*

Outro ponto de convergência foram Riscos Maternos na ingestão: *"(...) é sempre a possibilidade de cesariana de emergência, que sendo de emergência não é previsível e, portanto, a qualquer momento pode haver necessidade de anestesia geral, com os riscos inerentes à ingestão de alimentos sólidos no período anterior, nomeadamente em termos de aspiração (...)"* - PO1. *Em resposta,* PA1 *concorda e refere "(...) o 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 (...)" e PA2 em resposta menciona ainda "(...) como anestesista, concordo que é a parte mais importante para nós, gerir a aspiração do conteúdo gástrico e a aspiração pulmonar (...)."*

A utilização do *software NVivo14®*, auxiliou o processo de análise de dados, ao organizar as transcrições, codificar e agregar as unidades de registo. Apesar da utilização deste *software* o processo analítico dependeu predominantemente na reflexão e do debate entre o grupo de investigadores. Apesar do processo metodológico e do contributo do estudo, importa reconhecer algumas limitações. Em primeiro lugar, salienta-se que todo o painel de peritos trabalha na mesma sala de partos, todos do sexo feminino, pertencentes à equipa multidisciplinar do investigador principal. Esta limitação foi observada uma vez que o estudo e os dados apresentados são específicos ao hospital onde foi realizado o *Focus Group*. A falta de heterogeneidade em termos de género é explicada pela predominância de profissionais de saúde nesta área de especialidade do sexo feminino. Como referido, o facto de o investigador principal fazer parte da equipa de profissionais de saúde é uma clara limitação ao estudo atendendo à proximidade profissional existente, podendo ter eventualmente ter causado algum constrangimento no debate do grupo, não identificado pelo investigador.

É também importante deixar a ressalva de que o procedimento apresentado se baseou apenas num único *Focus Group*, constituindo uma limitação metodológica, uma vez que os resultados refletem apenas um contexto específico, não representando as práticas de outras instituições. Salientamos ainda que, apesar de esta ser uma limitação, o objetivo do estudo qualitativo não seria a sua replicação em outros contextos, uma vez que cada unidade hospitalar detém procedimentos específicos e adaptados. No que concerne ao número de participantes do *Focus Group*, não existe um consenso generalizado sobre o número de participantes ideal, podendo oscilar entre 4 e 12 participantes por grupo (Silva et al, 2014). No presente estudo foram incluídos 7 profissionais de saúde que manifestaram interesse pelo tema, encontrando-se este número dentro do referido na literatura.

A combinação da evidência científica com a discussão entre diferentes profissionais e a análise qualitativa dos dados mostrou-se útil para desenvolver um procedimento adaptado ao contexto clínico. Esta estratégia poderá ser utilizada noutros contextos, desde que sejam consideradas as características de cada instituição, a composição do grupo e a influência das relações profissionais e do investigador.

Deste modo, recomenda-se a realização de outras entrevistas que apurem as realidades de outros contextos organizacionais, através de uma composição multidisciplinar de profissionais de saúde, e que a moderação esteja atenta a possíveis constrangimentos hierárquicos e consiga criar uma ponte entre a evidência científica e as práticas institucionalizadas. Assim como, investigar as perspetivas das próprias parturientes.

6. Considerações Finais

Com a realização do *Focus Group* foi possível recolher informação junto do grupo de peritos, conhecer os seus insights sobre a ingestão oral em TP. A articulação entre a evidência científica, o *Focus Group* e a análise de conteúdo mostrou-se fundamental para a construção de um procedimento adaptado ao contexto clínico onde decorreu a investigação. O estudo permitiu elaborar uma proposta contextualizada de procedimento, contudo a sua implementação e efeitos não foram avaliados nesta investigação. A transferibilidade do estudo deve ser adaptada metodologicamente a outros contextos e mediante a apreciação das condições locais.

Sugere-se a realização de estudos sobre a dieta da parturiente de termo sem patologia associada, nomeadamente em Portugal, de forma a conhecer a realidade das maternidades e hospitais portugueses. Salienta-se também a pertinência de realização de estudos futuros 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. Para estes estudos e atendendo aos resultados apresentados, sugere-se a adoção de metodologias qualitativas para a exploração, compreensão e aprofundamento do conhecimento e da prática clínica.

Aprovação Ética: Foi submetido para apreciação e aprovação da Comissão de Ética do Hospital, com a ref. n.º 02/21/04/2023, com deliberação a 21 de abril de 2023.

Consentimento Informado: O consentimento informado foi obtido de todos os participantes envolvidos no estudo, garantindo o respeito aos princípios de confidencialidade e voluntariedade.

Declaração de Conflitos de Interesse: Os autores declaram que não há conflitos de interesse em relação à pesquisa, autoria e/ou publicação deste artigo. O material não foi publicado, no todo ou em parte, em nenhum outro periódico e não está atualmente sob consideração para publicação em nenhum outro periódico. Todos os autores estiveram pessoal e ativamente envolvidos no trabalho que levou à elaboração deste artigo e assumem a responsabilidade por seu conteúdo. Todos os padrões éticos relativos à proteção dos participantes do estudo foram atendidos, de acordo com a Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial.

Utilização de Inteligência Artificial (IA): Reconhece-se o uso do Perplexity, modelo generativo, como ferramenta de suporte para a revisão textual do manuscrito, o que não substituiu a revisão de literatura, análise e interpretação dos dados.

Financiamento: Os autores agradecem o apoio da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEUC), bem como da Universidade Politécnica de Viseu e da Escola Superior de Saúde de Viseu.

7. Referências

American College of Nurse-Midwives. (2016). Providing oral nutrition to women in labor. Journal of Midwifery & Women's Health, 61(4), 528–534. https://doi.org/10.1111/jmwh.12515

Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo. Edições 70.

Bouvet, L., Garrigue, J., Desgranges, F.-P., 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

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, Article 41. 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 & Gynecology, 129(3), 473–480. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001898

Desgranges, F.-P., Simonin, M., Barnoud, S., Zieleskiewicz, L., Cercueil, E., Erbacher, J., Allaouchiche, B., Chassard, D., & Bouvet, L. (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

Fortin, M.-F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta.

Hawkins, J. L., Agarkar, M., Bucklin, B. A., Connis, R. T., Gambling, D. R., Mhyre, J. M., Rock, L. K., Nickinovich, D. G., Sherman, H., & Tsen, L. C. (2016). Practice guidelines for obstetric anesthesia: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Anesthesiology, 124(2), 270–300. https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000935

Huang, C.-Y., Luo, B.-R., & Hu, J. (2020). Investigation on the status of oral intake management measures during labor in China. Medicine, 99(23), e20626. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000020626

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 ASA 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 Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting. Anesthesiology, 138(2), 132–151. https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004381

Kinsella, S. M. (2018). The 'full stomach': Full time for sloppy terminology? Anaesthesia, 73(10), 1189–1190. https://doi.org/10.1111/anae.14362

Maharaj, D. (2009). Eating and drinking in labor: Should it be allowed? European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 146(1), 3–7. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.04.019

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

Nadal, J., Pierre, F., Fernandez, A., Boussac, E., Loupec, T., & Desseauve, D. (2022). Drinking during low-risk labor: A monocentric randomized clinical trial on patients' satisfaction and maternal and neonatal outcomes. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 35(25), 5697–5702. https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1891219

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). Projeto da MCEESMO-OE: Maternidade com qualidade: Efetivar a ingesta ao longo do trabalho de parto, segundo diretrizes da OMS. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Ingesta_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º 391/2019, 3 de maio. Diário da República, 85 (II), 13560–13565. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892

Rodrigues, C., Ferreira, M., Pires, S., Pousadas, D., Igual, A., Pires, A., Firmo, A., Cosme, A., Santos, E., & Coutinho, E. (2025). Dieta da parturiente de termo sem patologia associada: Revisão sistemática da literatura. Millenium - Journal of Education, Technologies and Health, 2(17e), e38663. https://doi.org/10.29352/mill0217e.38663

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, 37(9), 810–817. https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001278

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 Lusófona de Educação, 26, 175–190. https://repositorium.uminho.pt/entities/publication/c19ae32d-7b02-4e0b-aadd-83d832bb1138

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), 1670–1677. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004515

Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. L. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013(8), CD003930. 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

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, 33(5), e455–e463. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.11.004

World Health Organization [WHO]. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215

Clara Rodrigues
Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, Portugal
https://orcid.org/0009-0007-0708-8729
claraqua@hotmail.com

Manuela Ferreira
Universidade Politécnica de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu,
Universidade de Coimbra, UICISA:E, Portugal
https://orcid.org/0000-0002-8452-2222
mmcferreira@gmail.com

Sofia Campos
Universidade Politécnica de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu,
Universidade de Coimbra, UICISA:E, Portugal
https://orcid.org/0000-0002-4696-3537
sofiamargaridacampos@gmail.com

Andreia Pereira
Universidade Politécnica de Viseu;
Universidade de Coimbra, UICISA:E, Portugal
https://orcid.org/0000-0001-8765-6608
arapereira@outlook.pt

Daniel Pousadas
Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, Portugal
https://orcid.org/0009-0006-3926-3109
dpousadas@hotmail.com