

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Graduação em Nutrição

Patrícia Fagundes da Silva

DIETA DURANTE O TRABALHO DE PARTO PARA GESTANTES DE RISCO
HABITUAL E DESFECHOS OBSTÉTRICOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Porto Alegre

2023

Patrícia Fagundes da Silva

DIETA DURANTE O TRABALHO DE PARTO PARA GESTANTES DE RISCO
HABITUAL E DESFECHOS OBSTÉTRICOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação apresentado como requisito para
obtenção de grau de Bacharel em Nutrição à
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Faculdade de Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Michele Drehmer

Coorientadora: Nut. Ms. Bruna Luiza Holand

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

da Silva, Patrícia Fagundes
Dieta durante o trabalho de parto para gestantes de
risco habitual e desfechos obstétricos: Uma Revisão
Sistemática / Patrícia Fagundes da Silva. -- 2023.
53 f.
Orientadora: Michele Drehmer.

Coorientadora: Bruna Luiza Holand.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,
2023.

1. Ingestão alimentar. 2. Jejum. 3. Trabalho de
parto. I. Drehmer, Michele, orient. II. Holand, Bruna
Luiza, coorient. III. Título.

Patrícia Fagundes da Silva

DIETA DURANTE O TRABALHO DE PARTO PARA GESTANTES DE RISCO
HABITUAL E DESFECHOS OBSTÉTRICOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação apresentado como requisito para
obtenção de grau de Bacharel em Nutrição à
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Faculdade de Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Michele Drehmer

Porto Alegre, __ de abril de 2023.

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Nut. Roberta Aguiar Sarmiento
Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Prof^a Dra Nut. Vivian Luft
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Orientadora: Dra Nut. Michele Drehmer
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Coorientadora: Ms. Nut. Bruna Luiza Holand
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente aos meus pais, por todo amor incondicional. Por sempre me incentivarem a seguir na busca pela educação e formação profissional e por não medirem esforços em me proporcionar as condições necessárias para ir em busca dos meus objetivos. Obrigada por muitas vezes renunciarem dos seus sonhos para que pudessem realizar os meus. Aos dois, todo meu amor.

A Bruna Vargas, colega e amiga. Agradeço profundamente sua amizade verdadeira. Admiro você pela sua dedicação, cumplicidade e amor pela nutrição. Obrigada por abraçar esse trabalho. Acredite, admiro você demais.

À minha coorientadora Bruna Luiza Holand que tenho muito orgulho e admiração. Obrigada por todo incentivo na monitoria e no projeto materno. E a amizade que se construiu com risadas e ensinamentos.

A minha orientadora Prof^a Michele, por toda a dedicação e comprometimento com o desenvolvimento pessoal e formação acadêmica. Muito obrigada por compartilhar comigo um pouco do teu conhecimento.

Ao Leonardo Bloedow, um amigo dedicado e instigador. Obrigada, pelo apoio nos estudos e por muitos finais de semana ter ficado ao meu lado tomando chimarrão e estudando.

A minha amiga e colega Angela Lautert, pela sua presença nas alegrias e nos momentos desesperadores com abraços e palavras de incentivo.

A minha amiga e nutricionista Juliana Gonçalves, que me abriu portas para o mundo da nutrição fora da universidade. Te admiro muito.

À banca examinadora, Professora Vivian e Nutricionista Roberta Aguiar Sarmiento, profissionais as quais admiro profundamente, pela disponibilidade e considerações.

RESUMO

Introdução: O parto é um processo fisiológico e natural, sendo a ingestão oral não restrita em mulheres de risco habitual, uma prática recomendada pela Organização Mundial da Saúde. No entanto, devido aos raros casos de aspiração pulmonar (síndrome de Mendelson) durante anestesia geral em parturientes, e à falta de evidências sobre os benefícios em relação aos desfechos como tempo de trabalho de parto e complicações perinatais, essa prática ainda é controversa. **Objetivo:** Sumarizar as evidências sobre intervenções que recomendam ingestão oral (alimentos e bebidas) durante o trabalho de parto comparado com jejum no tempo de trabalho de parto e nas complicações perinatais. **Métodos:** A revisão sistemática foi conduzida com base nas diretrizes PRISMA. A busca estruturada foi realizada nas bases Pubmed, Embase, Scielo e Lilacs. Foram considerados elegíveis ensaios clínicos randomizados, composto por gestantes de risco habitual, nulíparas, em trabalho de parto, recebendo dieta por via oral como intervenção. O risco de viés foi avaliado pela ferramenta RoB 2.0. **Resultados:** Seis estudos, incluindo 3.333 mulheres em trabalho de parto, foram analisados. Houve baixo risco de viés em três dos seis estudos incluídos. Todas as mulheres no grupo de intervenção foram autorizadas a ingerir alimentos, enquanto as mulheres no grupo controle ingeriram apenas água, lascas de gelo e bebidas sem propriedade energética até o parto. A ingestão de alimentos durante o trabalho de parto foi associada a um tempo significativamente menor de duração do trabalho de parto em um estudo ($P < 0,01$), nos demais não houve diferença estatisticamente significativa. Para os demais desfechos (anestesia epidural, menor Apgar, vômitos e náuseas) não houve diferença entre os grupos intervenção e controle. Não foi relatado nenhum caso de aspiração ou síndrome de Mendelson nesses estudos. **Conclusão:** Apenas um estudo demonstrou diferença estatisticamente significativa entre o oferecimento de dieta durante o trabalho de parto em mulheres de risco habitual quando comparadas com mulheres em jejum no desfecho duração do trabalho de parto. Para os demais desfechos perinatais não houve diferença entre os grupos intervenção e controle.

Palavras-chave: Ingestão alimentar; Jejum; Trabalho de parto.

ABSTRACT

Introduction: Childbirth is a physiological and natural process, and the World Health Organization recommends oral intake in women at usual risk. However, due to the rare cases of pulmonary aspiration (Mendelson's syndrome) during general anesthesia in parturients, and the lack of evidence on the benefits in relation to outcomes such as duration of labor and perinatal complications, this practice is still controversial. **Objective:** To summarize the evidence on interventions that recommend oral intake (food and beverages) during labor compared with fasting in the duration of labor and perinatal complications. **Methods:** The systematic review was conducted based on the PRISMA guidelines. The structured search was performed in the Pubmed, Embase, Scielo and Lilacs databases. Randomized clinical trials were considered eligible, composed of habitual risk pregnant women during labor, nulliparous, receiving oral diet as an intervention. The risk of bias was assessed by the RoB 2.0 tool. **Results:** Six studies, including 3,333 women during labor, were included. There was a low risk of bias in three of the six included studies. In the included studies, all women in the intervention group were allowed to eat food, while women in the control group ingested only water, ice chips and drink without energy property until delivery. Food intake during labor was associated with a significantly lower duration of labor in one study ($P < 0.01$), in the others there was no statistically significant difference. For the other outcomes (epidural anesthesia, lower Apgar, vomiting and nausea) there was no difference between the intervention and control groups. No cases of aspiration or Mendelson's syndrome were reported in these studies. **Conclusion:** Only one study showed a statistically significant difference between the diet being offered during labor in women at usual risk when compared to women fasting when it comes to labor duration. For the other perinatal outcomes, there was no difference between the intervention and control groups.

Keywords: Food intake; Fasting; Obstetric labor.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 FISIOLOGIA DO TRABALHO DE PARTO	9
2.2 RECOMENDAÇÃO DE INGESTÃO DE ALIMENTOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO	11
2.3 ALIMENTAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO E DESFECHOS PERINATAIS	14
3 JUSTIFICATIVA	16
4 OBJETIVOS	17
4.1 OBJETIVO GERAL.....	17
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
ARTIGO ORIGINAL	21
TABELA 1	39
FIGURA 1	40
FIGURA 2	45
TABELA SUPLEMENTAR 1	46
TABELA SUPLEMENTAR 2	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
ANEXOS	52

1 INTRODUÇÃO

As discussões a respeito do fornecimento de alimento durante o trabalho de parto iniciaram na década de 40, decorrentes da elevada taxa de comorbidade e mortalidade materna relacionada à aspiração de partículas de alimentos durante a anestesia geral, que poderiam resultar em asfixia ou pneumonite (MENDELSON, 1946). Entretanto, segundo o *Committee on Obstetric Practice* de 2009, algumas ações como políticas hospitalares, melhorias em prática de anestesia obstétrica e estratégias para reduzir o volume gástrico materno e aumentar o pH gástrico, contribuíram para a baixa incidência de morte materna por aspiração nos últimos 60 anos (ACOG, 2009).

Diante das práticas modernas de anestesia, observa-se baixas chances (uma em um milhão) de mortalidade materna em decorrência de um problema anestésico (GYTE; RICHENS, 2006). As evidências apontam que é aceitável mulheres com gestações de risco habitual e que não apresentam indicação de cesariana receberem nutrição oral durante o trabalho de parto. Além disso, sugere-se que padrões alimentares naturais sejam priorizados, uma vez que são mais benéficos tanto do ponto de vista físico quanto emocional (O'REILLY; HOYER; WALSH, 1998).

O trabalho de parto pode durar horas, requerendo grande consumo de energia. Acredita-se que o gasto energético seja de, aproximadamente, 50 a 100 kcal por hora (MELO; PERAÇOLI, 2007). Essa demanda energética decorre da série de eventos fisiológicos e contínuos que permitem que o feto, as membranas, o cordão umbilical e a placenta sejam expelidos do útero para o mundo exterior (LIAO; BUHIMSCHI; NORWITZ, 2005). A duração média do trabalho de parto apresenta uma grande variabilidade biológica (HIGGINS; FARINE, 2013). Portanto, deve-se respeitar o curso natural, evitando intervenções sem indicação quando a assistência ao bem-estar materno e fetal estiver assegurada (BRASIL, 2022).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde do Brasil apresenta iniciativas voltadas para priorizar a integralidade do cuidado, o resgate da fisiologia do parto e a atenção humanizada durante o cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal. A Política de Humanização da Assistência ao Parto foi precursora e trouxe informações sobre os cuidados gerais durante o trabalho de parto normal,

recomendando dieta durante o trabalho de parto em mulheres com risco habitual (BRASIL, 2002).

O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) também recomenda a ingestão oral em quantidades modestas de líquidos claros, como por exemplo, água, suco de frutas sem polpa, chá claro e bebidas esportivas, para pacientes com trabalho de parto não complicado. No entanto, recomenda que alimentos sólidos sejam evitados durante o trabalho de parto, visto que não há evidências suficientes para concluir sobre a relação entre tempos de jejum para líquidos claros e o risco de vômito e/ou refluxo, ou aspiração pulmonar durante o trabalho de parto (ACOG, 2009).

Assim, as evidências ainda inconclusivas sobre a ingestão alimentar no momento do trabalho de parto e os desfechos perinatais fazem com que as atuais recomendações das diretrizes de associações de obstetras, anestesistas e outras entidades sejam fracas. Nesse sentido, o objetivo desta revisão sistemática foi sumarizar as evidências relacionadas às intervenções de oferta de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto comparado com manejo convencional como o jejum e o tempo de duração de trabalho de parto e intercorrências perinatais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FISIOLOGIA DO TRABALHO DE PARTO

O trabalho de parto constitui uma série de eventos fisiológicos e contínuos que permitem que o feto, as membranas, o cordão umbilical e a placenta sejam expelidos do útero para o mundo exterior (LIAO; BUHIMSCHI; NORWITZ, 2005). O diagnóstico clínico do início do trabalho de parto tem sido descrito como um dos mais importantes na assistência ao parto, sendo caracterizado pelas contrações uterinas regulares e dolorosas que aumentam em frequência e intensidade e estão associadas ao apagamento ou dilatação cervical progressiva (BRASIL, 2022; HIGGINS; FARINE, 2013). Portanto, contrações uterinas sozinhas, com ausência de alteração cervical não são suficientes para fazer o diagnóstico. Assim, a progressão do trabalho de parto é avaliada com base em quatro sinais principais: dilatação/apagamento cervical, posição da apresentação, posição da cabeça fetal e força das contrações (HIGGINS; FARINE, 2013). A avaliação do trabalho de parto é fundamental para identificar e prever problemas como a progressão anormal do trabalho de parto, a fim de melhorar os resultados de saúde da mãe e da criança (BRASIL, 2001).

Embora seja um processo contínuo, o trabalho de parto é tradicionalmente dividido em três períodos para facilitar o estudo e auxiliar no manejo clínico (ABALOS *et al.*, 2018; BRASIL, 2022). De acordo com a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, o primeiro período do trabalho de parto é dividido em duas fases. A fase latente, que é caracterizada por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação de até 5 cm, para nulíparas e múltíparas; e a fase ativa, a qual caracteriza-se pelas contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação cervical mais rápida de 5 cm até a dilatação completa para nulíparas e múltíparas. Já o segundo período, corresponde ao período expulsivo, e ocorre entre a dilatação cervical completa e o nascimento do feto, caracterizado pelos puxos maternos, isto é, vontade involuntária de fazer força que a mulher apresenta decorrentes da pressão que a apresentação fetal exerce sobre o reto e a musculatura do assoalho pélvico, desencadeando o reflexo da defecação, resultado de contrações uterinas expulsivas. Por fim, o terceiro

período do parto compreende o espaço de tempo desde o nascimento do bebê até a expulsão da placenta e membranas (BRASIL, 2022).

Contudo, a duração média do trabalho de parto apresenta uma grande variabilidade biológica (HIGGINS; FARINE, 2013). Assim, a duração do primeiro período do parto depende do processo fisiológico individual e das características da gravidez. Em relação a fase ativa do primeiro período do parto, a mediana é de quatro horas nas nulíparas e de três horas nas múltiparas, tendo como referência 5 cm de dilatação cervical, não estendendo a 12 horas nas nulíparas, e, geralmente, a 10 horas nas múltipara. No segundo período, no caso das primíparas, o nascimento geralmente é concluído em até três horas, enquanto nas múltiparas, o nascimento geralmente é concluído em até duas horas. A duração do terceiro estágio dura aproximadamente 30 minutos (BRASIL, 2022).

Entretanto, o conceito de normalidade no trabalho de parto, em termos de sua evolução e duração, não é universal ou padronizado. Na prática clínica, é importante definir os limites que distinguem o que é normal do que é anormal para permitir que as mulheres e os profissionais de saúde tenham uma compreensão equivalente do que esperar e quando a tomada de decisão para intervenções são justificadas (ABALOS *et al.*, 2018). Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como nascimento normal aquele que ocorre entre 37 e 42 semanas de gestação, com início espontâneo do trabalho de parto, em pacientes com risco habitual que tenham fetos em apresentação cefálica fletida e que resulte em mãe e recém-nascido em boas condições (BRASIL, 2022).

A progressão do trabalho de parto e parto deve ser avaliada em intervalos, utilizando o partograma, para que complicações para a saúde materno-fetal possam ser reduzidas através dos cuidados obstétricos apropriados (COHEN; FRIEDMAN, 2021; BRASIL, 2022). De acordo com os dados da pesquisa Nascer no Brasil, a qual entrevistou 23.940 mulheres, 56,8% foram classificadas como risco obstétrico habitual, 70% dessas realizou punção venosa periférica, enquanto aproximadamente 40% fez uso de ocitocina e a amniotomia, e a analgesia raqui/epidural em cerca de 30%. Durante o parto, a prevalência da posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia foi de 92%, 37% e 56%, respectivamente (LEAL *et al.*, 2014). Nesse sentido, ressalta-se que intervenções visando acelerar o trabalho de parto e o parto, como episiotomia, uso de amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, para prevenir a demora no trabalho de parto, o uso de agentes antiespasmódicos para

prevenção de atraso no trabalho de parto devem ser evitadas se estiver assegurado o bem-estar materno e fetal. (BRASIL, 2022).

As taxas de cesariana aumentaram significativamente nas últimas décadas (ROTH; TEIXEIRA, 2021; BETRAN *et al.*, 2021). Aproximadamente 55% dos partos realizados no Brasil são cesáreas, sendo a segunda maior taxa do mundo, atrás apenas da República Dominicana (BETRAN *et al.*, 2021). Segundo a OMS, a taxa ideal de cesariana deve estar entre 10% a 15% dos partos (WHO, 2015). Entretanto, quando indicadas e realizadas de forma adequada, as cesáreas são procedimentos relacionados à proteção da mortalidade materna e neonatal. Em contrapartida, quando realizadas sem indicação apresentam risco de complicações respiratórias no recém-nascido, maiores taxas de mortalidade fetal e maior número de bebês admitidos em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, além do aumento de desfechos maternos graves, incluindo óbitos maternos, internação em UTI, transfusão de sangue e histerectomia (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017; BERNARDO *et al.*, 2014; VILLAR *et al.*, 2005; SOUZA *et al.*, 2010).

O uso inadequado de tecnologias ou a realização de intervenções desnecessárias pode trazer prejuízos para a saúde materno-fetal. Políticas públicas de saúde da mulher como a Política de Humanização da Assistência ao Parto (BRASIL, 2002) têm sido desenvolvidas com o objetivo de priorizar a integralidade do cuidado, o resgate da fisiologia do parto e a atenção humanizada, fornecendo informações sobre os cuidados gerais durante o trabalho de parto normal, bem como recomendando a ingestão alimentar durante o trabalho de parto em mulheres de risco habitual (BRASIL, 2002) - prática também recomendada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018).

2.2 RECOMENDAÇÃO DE INGESTÃO DE ALIMENTOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Desde a década de 30, quando o Curtis Lester Mendelson avaliou a aspiração do conteúdo gástrico de 44.000 mulheres grávidas jovens e saudáveis sob anestesia geral para cesariana, discussões e recomendações sobre alimentação durante o trabalho têm sido realizadas. Em seu estudo, ocorreram 66 casos (0,15%) de aspiração de ácido gástrico durante o anestésico e 2 óbitos (0,0045%). Ambas

pacientes morreram tragicamente após asfixia por aspiração de alimentos sólidos de refeições completas que foram ingeridas seis e oito horas antes do parto, respectivamente. Assim, originou-se o debate sobre o fornecimento de alimentos líquidos e sólidos devido à aspiração de partículas durante a anestesia geral. A "síndrome de Mendelson" foi descrita inicialmente em 1946 como aspiração do conteúdo gástrico causando pneumonite química após a anestesia geral (MENDELSON, 1946).

Durante a época de Mendelson, a anestesia geral não era usada apenas para cesarianas, mas também para partos vaginais. O anestésico geral era uma mistura inespecífica de gás, oxigênio e éter, e a aspiração dessas substâncias tóxicas poderia causar uma lesão pulmonar aguda conhecida como pneumonite química, com sintomas como febre, cianose e edema pulmonar. Mendelson recomendou evitar a ingestão de alimentos líquidos e sólidos durante o trabalho de parto devido ao prolongamento da digestão. O prognóstico da síndrome de Mendelson depende de vários fatores, incluindo a gravidade da aspiração e a saúde geral do paciente (MENDELSON, 1946). Sendo assim, em 1960 foi introduzida a restrição de consumo de alimentos e água durante o trabalho de parto para reduzir o risco de aspiração gástrica. A limitação de ingestão de alimentos líquidos e sólidos durante o trabalho de parto é uma prática comum em muitos ambientes de parto, para algumas mulheres sendo permitidos apenas goles de água ou gelo (OZKAN; KADIOGLU; RATHFISCH, 2017).

Em 2009, o *American College of Obstetricians Opinion and Gynecologists (ACOG) Committee Opinion* informou que políticas hospitalares, melhorias em prática de anestesia obstétrica e estratégias para reduzir o volume gástrico materno e aumentar o pH gástrico, contribuíram para a baixa incidência de morte materna por aspiração nos últimos 60 anos (ACOG, 2009). Uma revisão sistemática que avaliou estudos sobre a ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto em mulheres com baixo risco, não encontrou evidência para determinar se restringir/limitar fluido ou ingerir alimentos durante o trabalho de parto é útil ou prejudicial (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013).

Nesse sentido, o ACOG recomenda que a ingestão oral de quantidades modestas de líquidos claros, como por exemplo, água, suco de frutas sem polpa, chá claro e bebidas esportivas, pode ser permitida em mulheres com trabalho de parto não complicado. No entanto, recomenda que sejam evitados alimentos sólidos

(ACOG, 2009). A ACOG baseia suas conclusões e recomendações em evidências recentes que indicam que a assistência ao parto deve facilitar o processo fisiológico e reduzir as intervenções desnecessárias para mulheres em trabalho de parto espontâneo a termo. Quando mulheres são observadas ou admitidas com dor ou fadiga no trabalho de parto inicial, a ingestão de líquidos por via oral pode trazer benefícios (ACOG, 2019).

De acordo com o relatório da *American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology* de 2016, ainda não há literatura suficiente publicada para avaliar a relação entre os tempos de jejum para líquidos claros e o risco de vômito, refluxo ou aspiração pulmonar durante o trabalho de parto sem complicações. No entanto, para pacientes sem complicações submetidas a cirurgia eletiva, como uma cesariana programada, é permitido o consumo moderado de líquidos claros até duas horas antes da indução da anestesia (*American Society of Anesthesiologists*, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta a importância de 56 recomendações para as iniciativas de cuidados centrados na mulher no momento intraparto. Dentre as opções de cuidados, no momento do trabalho de parto, é abordado sobre a ingestão de fluidos orais e alimentos para mulheres com risco habitual (WHO, 2018). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) apresenta uma evolução das políticas públicas de saúde da mulher, priorizando a integralidade do cuidado, o resgate da fisiologia do parto e a atenção humanizada. Nesse contexto, fornece informações sobre os cuidados gerais durante o trabalho de parto normal, recomendando dieta durante o trabalho de parto em mulheres com baixo risco (BRASIL, 2022). Restringir a alimentação apresenta um aumento da percepção da dor e tensão em mulheres parturientes. Gestantes de risco habitual indicaram sensação de fome, sede e fadiga durante o trabalho de parto, o que afetou o curso natural. A satisfação materna também deve ser considerada, apresentando angústia em serem negadas comida e bebida em trabalho de parto (MANIZHEH; LEILA, 2009; OZKAN; KADIOGLU; RATHFISCH, 2017).

2.3 ALIMENTAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO E DESFECHOS PERINATAIS

Durante a gravidez, a taxa metabólica basal aumenta, e o trabalho de parto aumenta ainda mais a demanda de energia por motivos que incluem contrações uterinas regulares das células musculares lisas e contrações dos músculos abdominais (ELIASSON *et al.*, 1992). O processo de parto frequentemente resulta em fadiga fisiológica e psicológica, e pode ter efeitos negativos no decorrer do trabalho de parto, incluindo a possibilidade de prolongamento do mesmo, e no mais podendo ser alvo de intervenção precoce. Segundo TZENG *et al.* (2008), o período mais rápido de aumento da taxa de fadiga foi na fase ativa.

O trabalho de parto não é apenas psicologicamente e fisicamente estressante, mas é acompanhado pela demanda óbvia de combustível para atender às necessidades do útero em contração para expulsar o feto. Quando o trabalho de parto é prolongado e a oferta de glicose é limitada, a gliconeogênese pode não ser suficiente. Durante o parto normal, os ácidos graxos livres e as cetonas corporais aumentam, o que leva à maior mobilização de outros substratos que não a glicose e a uma diminuição relativa dos carboidratos (KASHYAP *et al.* 1976; FELIG; LYNCH, 1970).

Evidências sugerem que durante o trabalho de parto em gestantes a termo, o músculo liso uterino utiliza, predominantemente, a glicose como combustível nutricional em vez dos lipídios, e que a via anaeróbica do metabolismo da glicose é mais ativa no miométrio em comparação com o músculo reto estriado (STEINGRIMSDDTTIR *et al.*, 1995). Acredita-se que o gasto energético seja de, aproximadamente, 50 a 100 kcal por hora (MELO; PERAÇOLI, 2007).

Segundo Iravani *et al.* (2015), bebidas contendo carboidratos não apenas fornecem hidratação e nutrição, mas também podem ter efeitos psicológicos positivos em mulheres em trabalho de parto. Quando as mulheres têm permissão para ingerir a bebida de forma autorregulada, seus níveis de estresse podem ser reduzidos, além de fornecer uma sensação de controle e autoconfiança.

Restringir a ingestão de água não necessariamente leva a uma maior satisfação materna. Líquidos claros e frescos, consumo irrestrito de líquidos e bebidas adoçadas podem ajudar a melhorar o conforto da mãe. Além disso, a sede

pode agravar o desconforto sentido pela mãe durante o trabalho de parto. (BOUVET *et al.*, 2020).

Atualmente na prática obstétrica, é raro que as mulheres recebam anestesia geral, porém a prática de restringir a ingestão de alimentos e líquidos ainda está presente. A política de "nada por via oral" durante o trabalho de parto foi implementada com o intuito de reduzir ou eliminar o conteúdo gástrico, deixando pouco ou nada a ser aspirado. No entanto, estudos mostraram que mulheres em trabalho de parto que não ingeriram nada oralmente apresentaram variações na secreção de sucos gástricos contendo ácido clorídrico em níveis perigosamente baixos de pH. Foi constatado que o jejum não elimina o conteúdo do estômago, mas aumenta a concentração de ácido clorídrico. Assim, privar a mãe de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto pode, na verdade, aumentar o risco de mortalidade e morbidade materna devido à aspiração de ácido (LUDKA, ROBERTS, 1998).

3. JUSTIFICATIVA

A partir de dados apresentados na literatura é possível observar a evolução dos procedimentos relacionados à alimentação das mulheres em trabalho de parto nas últimas décadas, os quais inicialmente justificavam uma restrição mais severa de alimentos em função de possíveis riscos de mortalidade e comorbidades materno fetal por aspiração do conteúdo ingerido. No entanto, estudos mais recentes evidenciam que a oferta de uma alimentação menos restritiva composta de alimentos leves, soluções de carboidrato ou líquidos isotônicos não causam risco à mãe nem ao feto, e pode ainda contribuir para um maior bem estar materno. Apesar de dados recentes, existentes na literatura, apontarem para uso de alimentação menos limitada, os resultados ainda são inconclusivos, havendo necessidade de sumarização, para melhor serem compreendidos.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Sumarizar as evidências relacionadas à intervenções de oferta de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto comparado com manejo convencional como o jejum e o tempo de duração de trabalho de parto e intercorrências perinatais.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Identificar os tipos de alimentos sólidos e líquidos amplamente fornecidos durante o trabalho de parto.
- II. Embasar cientificamente quanto aos alimentos que contribuem para melhores resultados desfechos relacionados ao trabalho de parto.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABALOS, E. *et al.* Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with normal perinatal outcomes: A systematic review. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 223, p. 123-132, 2018.

ACOG Committee Opinion No. 441: Oral intake during labor. **Obstet Gynecol.**, v. 14, n. 3, p. 714, 2009.

ACOG Committee Opinion No. 766: Resumo Abordagens para Limitar a Intervenção Durante o Trabalho de Parto e Nascimento. **Obstet Gynecol.** 133 (2):406-408, 2019.

BERNARDO, L. S. *et al.* Mother-requested cesarean delivery compared to vaginal delivery: a systematic review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 60, p. 302-304, 2014.

BETRAN, A. P. *et al.* Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health**, v. 6, n. 6, p. e005671, 2021.

BOUVET, L. *et al.* Pregnancy and labor epidural effects on gastric emptying: A prospective comparative study. **Anesthesiology**, v. 136, n. 4, p. 542-550, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento.** 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: versão preliminar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

COHEN, W. R.; FRIEDMAN, E. A. Clinical evaluation of labor: an evidence-and experience-based approach. **Journal of Perinatal Medicine**, v. 49, n. 3, p. 241-253, 2021.

ELIASSON, L.T.C. Arn H. *et al.* Oxygen consumption and ventilation during normal labor. **Chest**, v. 102, n. 2, p. 467-471, 1992.

FELIG, P.; LYNCH, V. Starvation in human pregnancy: hypoglycemia, hypoinsulinemia, and hyperketonemia. **Science**, v. 170, n. 3961, p. 990-992, 1970.

GYTE, G. M.; RICHENS, Y. Routine prophylactic drugs in normal labour for reducing gastric aspiration and its effects. **Cochrane Database Syst Rev.** 2006.

HIGGINS, M.; FARINE, D. Assessment of labor progress. **Expert Review of Obstetrics & Gynecology**, v. 8, n. 1, p. 83-95, 2013.

IRAVANI M. *et al.* Women's needs and expectations during normal labor and delivery. **J Educ Health Promot.** v. 4, 2015.

KASHYAP M. L. *et al.* Carbohydrate and lipid metabolism during human labor: free fatty acids, glucose, insulin, and lactic acid metabolism during normal and oxytocin-induced labor for postmaturity. **Metabolism**, v. 25, n. 8, p. 865-875, 1976.

LEAL, M. do C. *et al.* Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cadernos de saude publica**, v. 30, p. S17-S32, 2014.

LIAO, J. B.; BUHIMSCHI, C. S.; NORWITZ, E. R. Normal labor: mechanism and duration. **Obstetrics and Gynecology Clinics**, v. 32, n. 2, p. 145-164, 2005.

LUDKA L.M, ROBERTS C.C. Eating and drinking in labor: A literature review. *Journal of Nurse-Midwifery*. v. 38, n. 4, p. 199-207, 1998.

MANIZHEH, P.; LEILA, P. Perceived environmental stressors and pain perception during labor among primiparous and multiparous women. **Journal of reproduction & infertility** , v. 10, n. 3, p. 217–223, 2009.

MASCARELLO, K. C.; HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. F. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

MELO, C. R. M.; PERAÇOLI, J. C. Measuring the energy spent by parturient women in fasting and in ingesting caloric replacement (HONEY). **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 15, p. 612-617, 2007.

MENDELSON, C. L. The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 52, n. 2, p. 191–205, 1946.

O'REILLY, S. A.; HOYER, P. J. P.; WALSH, E. Low-risk mothers: Oral intake and emesis in labor. **Journal of Nurse-Midwifery**. v. 34, ed. 4, p. 228-229, 232-235, 1993.

OZKAN, S. A.; KADIOGLU, M.; RATHFISCH, G. Restricting Oral Fluid and Food Intake during Labour: A Qualitative Analysis of Women's Views. **International Journal of Caring Sciences**, v. 10, n. 1, p. 235, 2017.

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** 2016; v. 124, p. 270-300

ROTH, C.; TEIXEIRA, L. A. From embryotomy to cesarean: changes in obstetric operatory techniques in nineteenth-and twentieth-century urban Brazil. **Bulletin of the History of Medicine**, v. 95, n. 1, p. 24-52, 2021.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M.L. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 8, 2013.

SOUZA, J. P. *et al.* Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC medicine**, v. 8, n. 1, p. 1-10, 2010.

STEINGRÍMSDÓTTIR, T. *et al.* Different energy metabolite pattern between uterine smooth muscle and striated rectus muscle in term pregnant women. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 62, n. 2, p. 241-245, 1995.

TZENG, Ya-Ling *et al.* Childbirth-related fatigue trajectories during labour. **Journal of advanced nursing**, v. 63, n. 3, p. 240-249, 2008.

VILLAR, J. *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **The Lancet**, v. 367, n. 9525, p. 1819-1829, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. World Health Organization, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience**. World Health Organization, 2018.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão sistemática foi útil para atualizar a evidência a respeito da segurança da ingestão oral durante o trabalho de parto em mulheres de risco habitual e os desfechos perinatais. Quando as mulheres em risco habitual têm o direito a uma dieta leve e de fácil digestão durante o trabalho de parto, é importante que elas recebam informações no pré-natal para expressar suas escolhas no plano de parto, considerando a variedade de tipos e consistências de dietas. Essa escolha deve ser baseada em ética, esclarecimento e evidências confiáveis, visando o melhor desfecho possível.

7. ANEXOS

ANEXO 1. Checklist PRISMA 2020

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis has been done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

De: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. A declaração PRISMA 2020: uma diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *BMJ* 2021; 372:n71. DOI: 10.1136/bmj.n71 Para mais informações, visite : <http://www.prisma-statement.org/>