

Millenium, 2(Edição Especial Nº17)

pt

DIETA DA PARTURIENTE DE TERMO SEM PATOLOGIA ASSOCIADA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA
DIET OF THE TERM PARTURIENT WITHOUT ASSOCIATED PATHOLOGY: SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW
DIETA DE LA PARTURIENTA A TÉRMINO SIN PATOLOGÍA ASOCIADA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Clara Rodrigues¹  <https://orcid.org/0009-0007-0708-8729>

Manuela Ferreira^{2,3}  <https://orcid.org/0000-0002-8452-2222>

Sofia Pires^{2,3}  <https://orcid.org/0000-0002-4696-3537>

Daniel Pousadas¹  <https://orcid.org/0009-0006-3926-3109>


Ana Igual¹

Ana Pires¹

Ana Firmo¹

Ana Cosme¹

Eduardo Santos^{2,3}  <https://orcid.org/0000-0003-0557-2377>

Emília Coutinho^{2,3,4}  <https://orcid.org/0000-0002-9506-4626>

¹ Unidade Local de Saúde de Viseu Dão Lafões, Viseu, Portugal

² Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal

³ UICISA: E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Viseu, Portugal

⁴ SIGMA – Phi Xi Chapter, Coimbra, Portugal

Clara Rodrigues - claraqua@hotmail.com | Manuela Ferreira - mmcferreira@gmail.com | Sofia Pires - sofiamargaridacampos@gmail.com |

Daniel Pousada - dpousadas@hotmail.com | Ana Igual - anarita.sd@hotmail.com | Ana Pires - armpires96@hotmail.com |

Sofia Firmo - sofiafirmo@hotmail.com | Ana Cosme - asofia.cosme@gmail.com | Eduardo Santos - ejf.santos87@gmail.com |

Emília Coutinho - ecoutinhoessv@gmail.com



Autor Correspondente:

Clara Rodrigues

Av. Diogo Cão Nº15, Infantado

2670-327 – Loures - Portugal

claraqua@hotmail.com

RECEBIDO: 13 de novembro de 2024

REVISTO: 28 de maio de 2025

ACEITE: 09 de junho de 2025

PUBLICADO: 28 de julho de 2025

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.38663>

RESUMO

Introdução: A ingestão oral em trabalho de parto é praticada de forma inadequada em muitos hospitais e maternidades portuguesas, com relatos onde o jejum é uma prática comum e é perpetuado de forma rotineira em todas as parturientes.

Objetivo: Identificar a melhor evidência científica sobre qual a dieta mais adequada na parturiente de termo sem patologia associada.

Métodos: Foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) segundo o método da *Joanna Briggs Institute* (JBI) e foi redigida de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA 2020).

Resultados: A pesquisa foi feita em 5 bases de dados, CINAHL Complete, B-On, PUBMED, MEDLINE Complete e Nursing & Allied Health Collection, no dia 30 de março de 2023. Foram utilizados descritores (MeSH) e termos em linguagem natural, com os operadores booleanos “AND” e “OR”. Os limitadores utilizados foram todos os estudos em língua inglesa, portuguesa e espanhola, com friso temporal de 5 anos. Foram avaliados e analisados para elegibilidade 67 artigos por dois revisores independentes e incluídos 11 artigos na revisão.

Conclusão: Os estudos apontam os líquidos claros sem resíduos, ricos em hidratos de carbono e proteínas como a dieta mais adequada e segura em parturientes de termo sem patologia associada, e identificam inúmeros benefícios para a parturiente, para o trabalho de parto e parto, para o feto e recém-nascido.

Palavras-chave: trabalho de parto; dieta; ingestão de líquidos

ABSTRACT

Introduction: Oral intake in labor is practiced inappropriately in many Portuguese hospitals and maternity wards, with reports that fasting is a common practice and is routinely perpetuated in all parturients.

Objective: To identify the best scientific evidence on the most appropriate diet for full-term parturients without associated pathologies.

Methods: A Systematic Literature Review (RSL) was carried out according to the Joanna Briggs Institute (JBI) method and was written in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA 2020).

Results: The search was carried out in 5 databases, CINAHL Complete, B-On, PUBMED, MEDLINE Complete and Nursing & Allied Health Collection, on March 30, 2023. Descriptors (MeSH) and terms in natural language were used, with the Boolean operators “AND” and “OR”. The limiting factors used were all studies in English, Portuguese and Spanish, with a time frame of 5 years. Sixty-seven articles were assessed and analyzed for eligibility by two independent reviewers and 11 articles were included in the review.

Conclusion: The studies point to clear liquids without residues, rich in carbohydrates and proteins as the most suitable and safe diet for term parturients without associated pathologies, and identify numerous benefits for the parturient, for labor and delivery, and for the fetus and newborn.

Keywords: labor; diet; fluid intake

RESUMEN

Introducción: La ingesta oral en el parto se practica de forma inadecuada en muchos hospitales y maternidades portuguesas, existiendo informes que señalan que el ayuno es una práctica habitual y se perpetúa de forma rutinaria en todas las parturientas.

Objetivo: Identificar la mejor evidencia científica sobre la dieta más adecuada para las parturientas a término sin patologías asociadas.

Métodos: Se realizó una Revisión Sistemática de la Literatura (RSL) según el método del Instituto Joanna Briggs (JBI) y se redactó de acuerdo con los Elementos de Información Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis (PRISMA 2020).

Resultados: La búsqueda se realizó en 5 bases de datos, CINAHL Complete, B-On, PUBMED, MEDLINE Complete y Nursing & Allied Health Collection, el 30 de marzo de 2023. Se utilizaron descriptores (MeSH) y términos en lenguaje natural, con los operadores booleanos «AND» y «OR». Los factores limitantes utilizados fueron todos los estudios en inglés, portugués y español, con un plazo de 5 años. Sesenta y siete artículos fueron evaluados y analizados para elegibilidad por dos revisores independientes y 11 artículos fueron incluidos en la revisión.

Conclusión: Los estudios señalan a los líquidos claros sin residuos, ricos en hidratos de carbono y proteínas como la dieta más adecuada y segura en parturientas a término sin patología asociada, e identifican numerosos beneficios para la parturienta, para el trabajo de parto y el parto, y para el feto y el recién nacido.

Palabras clave: trabajo de parto; dieta; ingesta de líquidos

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.38663>

INTRODUÇÃO

A ingestão oral em TP não está implementada, em alguns hospitais e maternidades portuguesas, nomeadamente na prática clínica do investigador, o que suscitou 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 acompanhando as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e das organizações internacionais focando a atenção na evidência científica.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

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

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

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

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

Durante anos, a dieta das parturientes foi restrita sem evidências suficientes para apoiar a prática (Bryant & Borders, 2019).

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

Comer e beber é uma necessidade humana básica definida por Virgínia Henderson, que o enfermeiro deve valorizar na sua prática clínica (Henderson, 2007).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica assume no seu exercício profissional intervenções autónomas das situações de baixo risco e intervenções autónomas e interdependentes em situações de médio e alto risco (Regulamento n. 127/2011, 2011; Regulamento n.º 391/2019, 2019), cuida a mulher durante o TP, garantindo a assistência em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do feto/recém-nascido e contribui para uma experiência de parto positiva (OE, 2021). Para isso, deve assegurar a ingestão oral a gosto durante o TP e evitar jejuns prolongados desnecessários (Pinheiro et al., 2012; WHO, 2018).

2. MÉTODOS

Esta revisão seguiu o método proposto pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), que recomenda que seja efetuada em seis passos (Aromataris & Munn, 2020). Todos os passos da revisão foram ser guiados pela questão de investigação “Qual a dieta mais adequada na parturiente de termo sem patologia associada” que obedece ao acrónimo PICOD (Participantes, Intervenção, Comparação, Outcomes e Desenho do estudo), em que (P) foram definidos os participantes: parturientes de termo sem patologia associada, em (I) Intervenção: ingestão oral durante o TP, em (O) Outcomes: dieta mais adequada em TP e em (D) Desenho: estudos Qualitativos e/ou Quantitativos.

Após a elaboração da questão de investigação iniciou-se o processo de pesquisa em 5 bases de dados, sendo elas a CINAHL Complete, B-On, PUBMED, MEDLINE Complete e Nursing & Allied Health Collection, e foi realizada no dia 30 de Março de 2023. Foram utilizados descritores em inglês, validados de forma prévia, na *Medical Subject Headings* (MeSH) e utilizados termos em linguagem natural, com os operadores booleanos “AND” e “OR”. Os limitadores utilizados foram todos os estudos em língua inglesa, portuguesa e espanhola, com friso temporal de cinco anos de 1 de janeiro de 2018 a 30 de Março de 2023. As estratégias de pesquisa que foram utilizadas nas diferentes bases de dados encontram-se na tabela 1.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.38663>

Tabela 1 - Estratégias de pesquisa por base de dados

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

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram transferidas para o gestor de referências bibliográficas *Mendeley Desktop* e os duplicados removidos através da plataforma *Rayyan*. A fim de avaliar a elegibilidade dos restantes, os títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes. Os artigos completos foram analisados com base nos seguintes critérios de inclusão: participantes - estudos que abordem parturientes com gravidez de termo (≥ 37 semanas < 42 semanas) sem patologia associada; intervenção - estudos que abordem a ingestão oral durante o TP; *Outcomes* - estudos que respondam à questão "Qual a dieta mais adequada na parturiente de termo sem patologia associada" e Desenho - estudos Qualitativos e/ou Quantitativos.

3. RESULTADOS

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

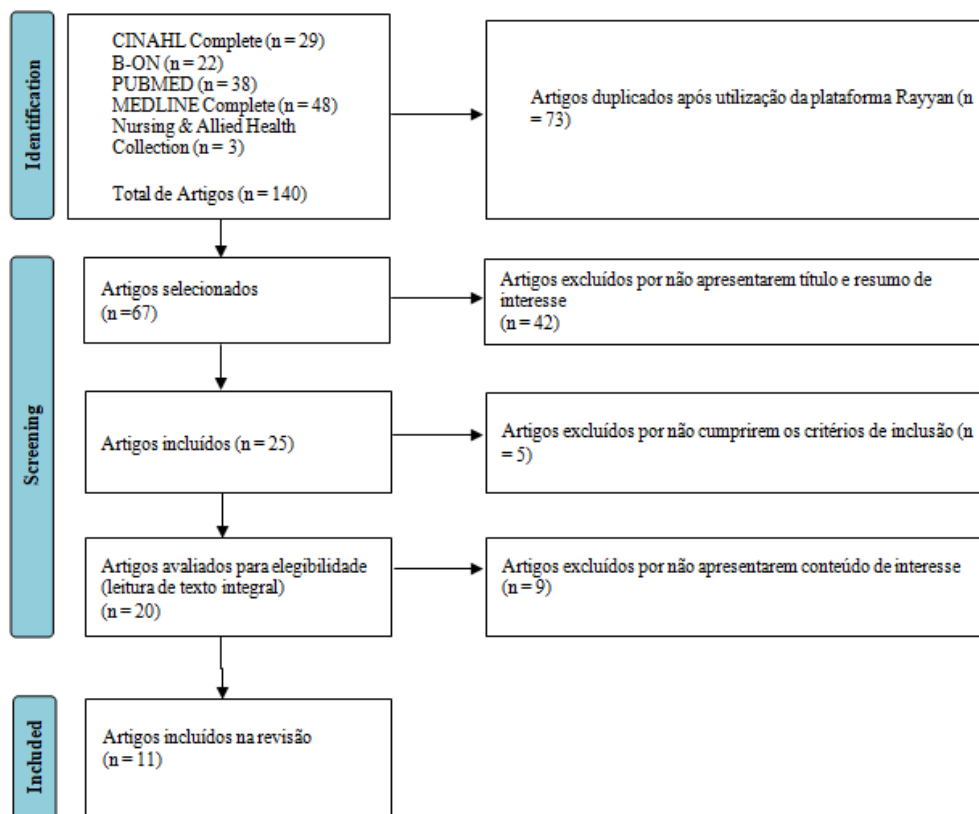


Figura 1 - Fluxograma de pesquisa adaptado do protocolo PRISMA 2020

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.38663>

A avaliação da qualidade dos estudos foi realizada por dois revisores independentes através de ferramentas de avaliação do risco de viés JBI (Aromataris & Munn, 2020; Barker et al., 2023; Munn et al., 2023). A qualidade de cada estudo tem por base os seguintes pontos de corte: 0–3 será considerado uma pontuação de qualidade muito baixa; 4–6 serão considerados uma pontuação de baixa qualidade; 7–9 será considerado uma pontuação de qualidade moderada; e 10–11 será considerado uma pontuação de alta qualidade (decisão estabelecida pelos autores como critério de revisões sistemáticas de qualidade). Após a avaliação crítica, todos os estudos foram incluídos independentemente dos resultados e os resultados da avaliação crítica foram considerados na síntese narrativa e relatados sob a forma de tabela (Tabela 2).

Para identificar os níveis de recomendação e grau de evidência recorremos a *The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation de Working Party (2013) cit in Cunha & Santos (2021)*.

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

Tabela 2 - Extração de dados

<p>Autor/es: Brandi Strong, Kimberly Coyne, Elizabeth White Título: <i>"Are there benefits to a general diet rather than clear liquid diet for low-risk women in labor"</i>- E1 Ano de publicação: 2018 País de origem: EUA Objetivos: Avaliar os resultados obstétricos de mulheres com gravidez de baixo risco em TP com ingestão de apenas água e pedaços de gelo versus restrições alimentares variáveis, apenas água e pedaços de gelo versus dieta com baixo teor em resíduos e pedaços de gelo versus dieta sem restrições - liberdade de comer e beber). Participantes: Primíparas entre os 24 e 26 anos, com idade gestacional entre as 39 as 40 semanas, em TP e com gravidez de baixo risco. Metodologia/métodos: meta-análise de 5 ensaios clínicos randomizados e estudo de coorte. Os resultados incluíram percentagens de partos distócicos (cesariana, ventosa ou fórceps), índice de APGAR inferior a 7 ao 5º minuto, duração o TP, vômitos e internamento do recém-nascido na unidade de cuidados intensivos neonatal. Nível de evidência alcançado (se aplicável): 1B Avaliação da qualidade: alta (11 pontos)</p>	
<p>Autor/es: Nascimento, Goveia, Guimarães, Filho, Ladeira, Silva Título: <i>"Assessment of gastric emptying of maltodextrin, coffee with milk and orange juice during labour at term using point of care ultrasound: a non-inferiority randomised clinical trial"</i>- E2 Ano de publicação: 2019 País de origem: Brasil Objetivos: Avaliar o tempo de esvaziamento gástrico. Participantes: Mulheres com gravidez de termo, com feto único, em TP ativo com idade >18 anos e mulheres não grávidas. Metodologia/métodos: Estudo Randomizado. Realizado estudo de grupos paralelos, comparando o esvaziamento gástrico de 450ml de maltodextrina ajustada isocaloricamente, café com leite ou sumo de laranja sem polpa, com 18 mulheres em cada grupo. As mulheres foram inicialmente jejuadas por 2h para líquidos claros, 6h para refeições leves e 8h para uma refeição com alto teor de gordura ou proteína. A ecografia gástrica foi realizada em decúbito lateral direito a 45º. A área do antro gástrico foi medida aos 5 min, 30 min, 60 min, 90 min e 120 min após a ingestão da bebida. Nível de evidência alcançado (se aplicável): 1C Avaliação da qualidade: alta (13 pontos)</p>	
<p>Autor/es: François-Pierrick Desgranges, Marinho Simonin, Sofia Barnoud, Laurent Zielskiewicz, Eloise Cercueil, Julien Erbacher, Bernard Allaochiche, Dominique Chassard, Lionel Bouvet Título: <i>"Prevalence and prediction of higher estimated gastric content in parturients at full cervical dilatation: A prospective cohort study"</i>- E3 Ano de publicação: 2018 País de origem: França Objetivos: Determinar a prevalência e os fatores preditivos de maior conteúdo gástrico estimado na dilatação cervical completa em parturientes autorizadas a beber durante o TP. Participantes: Mulheres adultas em fase ativa de TP e com analgesia epidural. Foram excluídas as mulheres com contraindicação obstétrica para a posição semirreclinada em decúbito lateral direito, história de cirurgia digestiva alta e recusa em participar no estudo. Metodologia/métodos: Estudo de Coorte Prospectivo. As parturientes foram autorizadas a beber líquidos claros até à dilatação cervical completa, mas não foram autorizadas a comer qualquer alimento sólido. As mulheres fizeram analgesia epidural e mantiveram analgesia até ao parto vaginal. A ecografia gástrica do antro foi realizada na dilatação cervical completa, na hora anterior ao início dos esforços expulsivos. As parturientes foram consideradas com maior conteúdo gástrico estimado quando observado conteúdo sólido e/ou volume do conteúdo gástrico >1,5 mL/kg. Nível de evidência alcançado (se aplicável): 3C Avaliação da qualidade: moderada (8 pontos)</p>	
<p>Autor/es: Anne Shea-Lewis, Patricia Eckardt, Donna Stapleton Título: <i>"An Investigation into the Safety of Oral Intake During Labor"</i>- E4 Ano de publicação: 2018 País de origem: EUA Objetivos: Comparar os resultados maternos e neonatais entre dois grupos de mulheres em TP: mulheres que ingeriram sólidos e líquidos e mulheres que não ingeriram nada via oral (NPO), exceto pedaços de gelo. Participantes: 2784 Mulheres. Metodologia/métodos: Estudo quantitativo, retrospectivo, observacional e transversal. Foram consultados 2784 processos clínicos num Hospital dos EUA num período de 5 anos, para comparações descritivas e inferenciais entre os grupos. Nível de evidência alcançado (se aplicável): 4B Avaliação da qualidade: baixa (5 pontos)</p>	

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.38663>

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

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

Ano de publicação: 2020

País de origem: China

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

Participantes: 1213 Hospitais

Metodologia/métodos: Estudo Transversal/ Longitudinal

Questionário, com análise de dados em SPSS 23.0.

Nível de evidência alcançado (se aplicável): 4B

Avaliação da qualidade: baixa (6 pontos)

Autor/es: Julien Rousset, Simon Clariot, Felix Tounou, Julien Burey, El Hafiani, Elodie Eliot, Christophe Quesnel, Francis Bonnet, Marc Fischler

Título: "Oral fluid intake during the first stage of labour A randomised trial" – E6

Ano de publicação: 2020

País de origem: França

Objetivos: Avaliar se a ingestão oral de líquidos durante o TP está associado ao aumento do conteúdo gástrico.

Participantes: parturientes com idade entre 18-40 anos, com gravidez única de termo e sem complicações.

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

Nível de evidência alcançado (se aplicável): 1C

Avaliação da qualidade: alta (10 pontos)

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

Título: "Drinking during low-risk labor: monocentric randomized clinical trial on patients' satisfaction, and maternal and neonatal outcomes" – E7

Ano de publicação: 2021

País de origem: França

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

Participantes: participantes com idade > 18 e <35 anos, gravidez única, idade gestacional entre as 37 e 41 semanas, apresentação cefálica de um feto, índice de massa corporal materno >17 e <40 Kg/m², paridade <4, início espontâneo de TP, dilatação cervical <5cm no início do ensaio. Os critérios de exclusão foram patologia médica prévia, cesariana anterior, complicação fetal, alteração cromossómica fetal ou malformação congénita e restrição de crescimento fetal (percentil <10).

Metodologia/métodos: Ensaio clínico randomizado monocêntrico, não cego. As 40 participantes foram randomizadas aleatoriamente em 2 grupos: 1 grupo com regime restrito de ingestão oral de líquidos com 20 participantes e 1 sem restrição de ingestão oral de líquidos com 20 participantes. Todas as mulheres incluídas podiam beber apenas água pura. No grupo com regime restrito de ingestão oral de líquidos, as mulheres podiam beber até 100ml por hora até ao parto. No grupo sem restrição, as mulheres podiam beber até 500ml durante a primeira hora do ensaio e depois até 200ml por hora até ao parto.

Nível de evidência alcançado (se aplicável): 1C

Avaliação da qualidade: alta (10 pontos)

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

Título: "Prevalence of risk stomach in laboring women allowed to unrestrictive oral intake: a comparative cross-sectional study" – E8

Ano de publicação: 2022

País de origem: China

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

Participantes: 50 parturientes com permissão para comer e beber durante a fase ativa de TP. Os critérios de inclusão foram idade >18 anos, gravidez de termo (>37 semanas), feto único em apresentação cefálica. Os critérios de exclusão foram gestações gemelares, obesidade mórbida, história de doença gástrica ou esofágica ou cirurgia, refluxo esofágico, diabetes mellitus e recusa em participar no estudo.

Metodologia/métodos: Estudo de coorte transversal comparativo. Foi realizada ecografia gástrica do antro do estômago em 50 parturientes com permissão para comer alimentos de fácil digestão e beber líquidos sem restrição durante a fase ativa (dilatação cervical de 3cm até dilatação cervical completa) do TP, com ou sem analgesia epidural e em 50 mulheres antes da cesariana electiva e com anestesia neuroaxial. As mulheres que não estavam em TP cumpriram 2h de jejum para líquidos claros, 6h para refeição leve e 8h para refeição completa. A ecografia consistiu na avaliação qualitativa e quantitativa da secção antral e volume gástrico calculado na posição supina e decúbito lateral direito com elevação da cabeça a 45°.

Nível de evidência alcançado (se aplicável): 3C

Avaliação da qualidade: moderada (8 pontos)

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

Título: "Women's view on fasting during labor in a tertiary care obstetric unit. A prospective cohort study" – E9

Ano de publicação: 2020

País de origem: França

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

Participantes: 193 parturientes

Metodologia/métodos: Estudo de Coorte Prospetivo. As mulheres em TP sob analgesia epidural foram autorizadas a beber quantidades moderadas de líquidos claros, exceto casos de obesidade, diabetes mellitus ou risco de cesariana. Registrado a duração do jejum para sólidos e líquidos. As mulheres foram questionadas se receberam informação sobre jejum, beber ou comer durante o TP. Se a informação foi dada por um profissional de saúde, que tipo de profissional de saúde e se a informação foi espontânea ou após solicitação da parturiente. Foi registado se a ingestão foi permitida ou não, durante o TP, tipo de líquido claro, o volume e se os alimentos sólidos foram permitidos e em que condições. Foram avaliados os graus de desconforto materno relacionado com a sede e a fome (utilizando uma escala de classificação verbal de 0 a 10). Foram recolhidos os desejos maternos em relação à ingestão oral durante o TP e questionadas se gostariam de consumir alimentos sólidos, volume de líquidos claros, líquidos doces ou líquidos mais frios ou gelo. Por fim foi registada a ocorrência de vômitos e náuseas durante o TP.

Nível de evidência alcançado (se aplicável): 3C Avaliação da qualidade: moderada (8 pontos)

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.38663>

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

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

Ano de publicação: 2020

País de origem: França

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

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

Metodologia/métodos: Estudo randomizado, controlado, multicêntrico e prospetivo. Foram criados 2 grupos: o grupo “Carboidratos” (ingesta de 200ml de sumo de maçã ou uva sem polpa a cada 3h) e o grupo “Jejum” (ingesta de água). Os resultados incluíram tipo de parto vaginal (eutócico *versus* distócico), duração do TP, número de cesarianas, fome, sede, stress, fadiga, bem-estar durante o TP, episódios de vômito e duração do internamento.

Nível de evidência alcançado (se aplicável): 1C Avaliação da qualidade: alta (12 pontos)

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

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

Ano de publicação: 2022

País de origem: França

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

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

Metodologia/métodos: Estudo prospetivo comparativo. Dez mulheres foram incluídas e testadas em cada grupo: não grávidas, grávidas de termo, parturientes sem analgesia epidural e parturientes com analgesia epidural. Após um primeiro exame ecográfico gástrico para garantir o estômago vazio, cada indivíduo ingeriu uma refeição leve (125 g de iogurte - 120 kcal) em 5 minutos. De seguida, foram realizadas medições ecográficas da área antral aos 15, 60, 90 e 120min. Todas parturientes tinham idade inferior a 40 anos, sem patologia médica ou obstétrica, jejum de pelo menos 6h para sólidos e 1h para líquidos claros e estômago vazio na primeira ecografia. As mulheres incluídas nos grupos Parturiente-Epidural e Parturiente Não-Epidural deveriam estar em TP, tinham mais de 38 semanas e ingeriram 125 g de iogurte aromatizado. As mulheres incluídas no grupo Parturiente-Epidural tinham de ter analgesia epidural eficaz (dor menor ou igual a 3 na escala numérica 1h após o início da analgesia epidural).

Nível de evidência alcançado (se aplicável): 1C Avaliação da qualidade: alta (10 pontos)

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

4. DISCUSSÃO

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

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

Em 2023, a ASA nas suas recomendações continua a indicar a abreviação do jejum pré-operatório, com ingestão de líquidos claros ricos em hidratos de carbono simples ou complexos, até 2 h antes de um procedimento eletivo, que requeira anestesia geral, anestesia

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.38663>

regional ou sedação, para minimizar os danos potenciais do jejum prolongado, incluindo a fome e a sede (Joshi et al., 2023). Os estudos utilizados para a elaboração destas recomendações forneceram aos participantes uma mediana de 400ml de líquidos claros 2 h antes da indução anestésica sem consequências adversas (Joshi et al., 2023). A ingestão oral de líquidos claros com hidratos de carbono reduziu a fome e aumentaram a satisfação quando comparados com a ingestão de líquidos claros não calóricos. Também os participantes que beberam líquidos claros com hidratos de carbono e proteínas até 2 h antes dos procedimentos experimentaram menos fome e sede em comparação com o jejum e menos fome em comparação com a ingestão de líquidos claros não calóricos. Não houve incidência de aspiração em nenhum grupo (Joshi et al., 2023).

Também as parturientes devem receber líquidos claros (incluindo água, sumo sem polpa, chá e café) até 2 h antes da cesariana eletiva para diminuir o desconforto e melhorar o bem-estar (Hawkins et al., 2016; Joshi et al., 2023; Smith et al., 2011). E em caso de cesariana de emergência com anestesia geral devem receber profilaxia antiácida e procinéticos que diminuam o volume gástrico (Smith et al., 2011).

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

A ingestão oral sem restrição contribui para o bem-estar e conforto materno, para a satisfação materna e sensação de autonomia (Shea-Lewis et al., 2018). Bouvet et al (2020) verificou que as parturientes referem maior desconforto em relação à sede do que à fome, e que oferecer líquidos claros frios, sem restrição de quantidade e líquidos doces contribuem para melhorar o conforto materno. Até o chocolate é rico em hidratos de carbono, é digerido e absorvido rapidamente e produz muita energia, tem efeito estimulante (caféina) sobre o cérebro que pode estimular o bem-estar materno e aliviar a fadiga (Huang et al., 2020). Isto é corroborado pela ESA que recomenda que as mulheres em TP devem ingerir líquidos claros conforme desejarem e acrescenta que a ingestão de líquidos ricos em hidratos de carbono para além de melhorarem o bem-estar, reduzem a sede e a fome e reduzem a resistência à insulina pós-operatória (Smith et al., 2011).

Os líquidos claros podem ser facilmente alcançados em prática clínica para grande parte das mulheres e permitir a ingestão de líquidos claros sem restrição não compromete a segurança materna (Bouvet et al., 2020). Também no estudo de Shea-Lewis et al., (2018) a ingestão oral em parturientes, não aumentou os resultados maternos adversos ou complicações maternas, não houve diferenças significativas no internamento de puérperas em unidades de cuidados intensivos no pós-parto, não planeada, nos dois grupos estudados (mulheres que ingeriram sólidos e líquidos - *Ad Lib*, e mulheres que não ingeriram nada via oral, exceto pedaços de gelo - NPO).

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

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

A ingestão oral em TP que variou desde água e pedaços de gelo, dieta com baixo teor em resíduos e liberdade de comer e beber não mostrou um número aumentado de internamentos do recém-nascido nos cuidados intensivos neonatais (Strong et al., 2018) ou resultados neonatais adversos (Nadal et al., 2022; Shea-Lewis et al., 2018). Até a ingestão de chocolate tem efeitos estimulantes a nível do coração e circulação sanguínea materna que contribuiu para melhorar a circulação feto-placentar e evitar o sofrimento fetal agudo (Huang et al., 2020). Estes resultados são corroborados pelos estudos de Singata et al., (2013) e Ciardulli et al., (2017) que não identificaram diferenças significativas nos resultados neonatais.

A ingestão oral de líquidos claros permitiu menor duração do TP, ora vejamos, as parturientes que comeram em qualquer momento do TP tiveram durações de TP mais longas comparativamente com as parturientes que consumiram apenas líquidos claros (ingestão oral de

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.38663>

líquidos claros - média de 6,5 horas); ingestão oral de sólidos na fase latente (0-3cm de dilatação cervical) - média de 10 h; ingestão oral de sólidos na fase ativa (3-10cm de dilatação cervical) - média 8,2 h; ingestão oral de sólidos na fase latente e ativa - média de 13 h (Strong et al., 2018). A explicação pode estar associada ao aumento do aporte sanguíneo ao sistema digestivo em detrimento do aporte sanguíneo ao músculo uterino, aquando da ingestão de sólidos (Enkin et al., 1995, 2013).

Os partos que acontecem sob políticas menos restritivas de ingestão oral de líquidos tiveram duração mais curta. Não houve diferença significativa entre o 1º e 2º estágio do TP, mas a fase ativa do 2º estágio do TP foi mais curta (Nadal et al., 2022). Também Ciardulli et al, no seu estudo de 2017, concluiu que a ingestão alimentar menos restritiva foi associada a uma duração significativamente mais curta do TP (diferença média de 16 minutos).

Já Huang et al., (2020) referem que as parturientes que ingeriram de acordo com os seus próprios desejos não tiveram partos mais longos e Simonet et al., (2020) não encontrou diferenças significativas na duração do TP.

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

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

No estudo de Nadal et al. (2022) não houve diferença nos resultados obstétricos, nem no tipo de parto e a maioria das mulheres (17/20) recomendaria a uma amiga beber durante o TP.

Em relação ao tempo de esvaziamento gástrico, Nascimento et al., (2019) mostrou que o esvaziamento gástrico da 450ml de maltodextrina é mais rápido comparando com 450ml de café com leite (60ml de café, 330ml de leite e 60ml água) e 450ml de sumo de laranja nas parturientes, e confirma que o esvaziamento gástrico não depende apenas do volume e calorias totais, mas também no teor de lípidos e proteínas ingeridas. Este estudo reforça que a maltodextrina é uma solução adequada para as parturientes beberem, mas até o café com leite e o sumo de laranja foi eliminado do estômago em duas horas. Outro estudo, Desgranges et al. (2019), sugere que a ingestão oral de líquidos claros é segura durante a fase ativa do TP em parturientes com analgesia epidural e sem dor. A dor contribui para um atraso no esvaziamento gástrico, aumento do volume e acidez gástrica e a analgesia epidural preserva o tempo de esvaziamento gástrico. Rousset et al. (2020) também corrobora esta ideia, este estudo sugere que a ingestão oral de líquidos até 400ml (sumo de maçã) durante o TP (após colocação de cateter epidural e dilatação cervical < 8cm) não é uma quantidade de líquido suficiente para alterar significativamente o conteúdo gástrico. A ingestão de líquidos durante o TP não aumenta o risco de estômago cheio no momento do parto por causa da motilidade gástrica preservada. Também Bouvet et al. (2022) refere que a analgesia epidural não piora, mas na verdade facilita o esvaziamento gástrico em comparação com o parto sem analgesia epidural, pois o volume gástrico é significativamente maior entre as parturientes que não recebem alívio da dor. Permitir que a parturiente ingira uma refeição leve (125ml de iogurte) durante o TP deve depender do uso de analgesia epidural (Bouvet et al., 2022).

Em relação aos sólidos, o estudo de Chang et al. (2022), confirma uma maior prevalência de estômago cheio, considerado de risco para aspiração em parturientes com permissão para comer e beber durante a fase ativa.

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

CONCLUSÃO

A RSL permitiu identificar a melhor evidência científica disponível sobre o tema e permitiu responder à questão de investigação. Os estudos recentes apontam a ingestão oral de líquidos claros sem resíduos, ricos em hidratos de carbono e proteínas como a dieta mais adequada e segura em parturientes de termo, sem patologia associada, isto porque os líquidos claros sem resíduos reduzem a quantidade de resíduos no estômago e intestino, o que permite um esvaziamento gástrico mais rápido e diminui o dano em caso de aspiração do conteúdo gástrico. Assim como, os líquidos claros ricos em hidratos de carbono reduzem a fome e aumentam a satisfação da parturiente quando comparados com líquidos claros não calóricos. Tal como, a ingestão de líquidos claros ricos em hidratos de carbono e proteínas reduzem a fome e a sede, quando comparados com o jejum ou líquidos claros não calóricos.

Os alimentos sólidos são desencorajados na fase ativa de TP, pela necessidade de jejum de 6h, caso seja necessário recorrer a cesariana com anestesia geral. Aguardam-se mais estudos sobre esvaziamento gástrico de alimentos sólidos em parturientes para podermos oferecer outros alimentos em TP.

Embora a mulher saudável tenha um risco baixo de aspiração incluindo no parto por cesariana, o risco existe e terá de ser sempre considerado o potencial dano provocado pela aspiração de conteúdo gástrico. Sabendo que a evolução do TP é imprevisível e condicionado por vários fatores maternos e fetais, se houver necessidade de cesariana emergente com recurso a anestesia geral, a evidência científica aponta para a realização de profilaxia através da administração de terapêutica para reduzir a acidez e o volume gástrico (Smith et al., 2011).

A analgesia epidural demonstrou ser um fator protetor, pois facilita o esvaziamento gástrico em comparação com o parto sem analgesia epidural. A ausência de dor facilita o esvaziamento gástrico, diminui o volume e a acidez gástrica.

A evidência científica demonstrou que a ingestão oral de líquidos claros em TP contribui para inúmeros benefícios para a parturiente, para o trabalho de parto e parto e para o feto e recém-nascido.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.38663>

Como limitação deste estudo, verificou-se que existe uma necessidade de investigação nesta área, comprovada pelo número de artigos incluídos na revisão. Sugere-se a realização de mais estudos sobre a dieta da parturiente de termo sem patologia associada, nomeadamente em Portugal, de forma a conhecer a realidade dos hospitais e maternidades portuguesas.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização, C.R., M.F., S.P., D.P., A.I., A.P., A.F., A.C., E.S. e E.C.; tratamento de dados C.R., M.F., S.P., D.P., A.I., A.P., A.F., A.C., E.S. e E.C.; análise formal, C.R., M.F., S.P., D.P., A.I., A.P., A.F., A.C., E.S. e E.C.; investigação, C.R., M.F., S.P., D.P., A.I., A.P., A.F., A.C., E.S. e E.C.; metodologia, C.R., M.F., S.P., D.P., A.I., A.P., A.F., A.C., E.S. e E.C.; recursos, C.R., M.F., S.P., D.P., A.I., A.P., A.F., A.C., E.S. e E.C.; supervisão, C.R., M.F., S.P., D.P., A.I., A.P., A.F., A.C., E.S. e E.C.; validação, C.R., M.F., S.P., D.P., A.I., A.P., A.F., A.C., E.S. e E.C.; visualização, C.R., M.F., S.P., D.P., A.I., A.P., A.F., A.C., E.S. e E.C.; redação – preparação do rascunho original, C.R., M.F., S.P., D.P., A.I., A.P., A.F., A.C., E.S. e E.C.;

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Nurse-Midwives. (2016). Providing Oral Nutrition to Women in Labor: American College of Nurse-Midwives. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 61(4), 528–534. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12515>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (JBIM). <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Bouvet, L., Garrigue, J., FP, D., Piana, F., Lamblin, G., & Chassard, D. (2020). Women's view on fasting during labor in a tertiary care obstetric unit. A prospective cohort study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 253, 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.07.041>
- Bouvet, L., Schulz, T., Piana, F., Desgranges, F. P., & Chassard, D. (2022). Pregnancy and Labor Epidural Effects on Gastric Emptying: A Prospective Comparative Study. *Anesthesiology*, 136(4), 542–550. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004133>
- Bryant, A. S., & Borders, A. E. (2019). ACOG COMMITTEE OPINION Number 766: Approaches to Limit Intervention during Labor and Birth. *Obstetrics and Gynecology*, 133(2), E164–E173. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>
- Chang, X. Y., Wang, L. Z., Xia, F., & Zhang, Y. F. (2022). Prevalence of risk stomach in laboring women allowed to unrestrictive oral intake: a comparative cross-sectional study. *BMC Anesthesiology*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12871-022-01582-z>
- Ciardulli, A., Saccone, G., Anastasio, H., & Berghella, V. (2017). Less-restrictive food intake during labor in low-risk singleton pregnancies a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 129(3), 473–480. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001898>
- Desgranges, F., Simonin, M., Barnoud, S., Zieleskiewicz, L., Cercueil, E., Erbacher, J., Allaouchiche, B., Chassard, D., Bouvet, L., & Desgranges, F.-P. (2019). Prevalence and prediction of higher estimated gastric content in parturients at full cervical dilatation: A prospective cohort study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 63(1), 27–33. <https://doi.org/10.1111/aas.13220>
- Enkin, M., Keirse, M., Renfrew, M., & Neilson, J. (1995). *Effective Care in Pregnancy and Childbirth: a synopsis* (2nd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1177/089033449000600329>
- Enkin, M., Keirse, M., Renfrew, M., & Neilson, J. (2013). *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (3 edn). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780192631732.001.0001>
- Hawkins, J. L., Agarkar, M., Bucklin, A., Connis, R. T., Gambling, D. R., Diego, S., Mhyre, J., Rock, L., Nickinovich, D. G., Sherman, H., & Tsen, L. C. (2016). *Um relatório atualizado da Sociedade Americana de Força-Tarefa de Anestesiologistas em Anestesia Obstétrica e a Sociedade de Anestesia Obstétrica e Perinatologia**. <https://www.asahq.org/~media/sites/asahq/files/public/resources/standards-guidelines/practice-guidelines-for-obstetric-anesthesia.pdf>
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem Do CIE*. Lusodidacta.
- Huang, C.-Y., Luo, B.-R., & Hu, J. (2020). Investigation on the status of oral intake management measures during labor in China. *Medicine*, 99(23), e20626. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020626>
- Joshi, G. P., Abdelmalak, B. B., Weigel, W. A., Harbell, M. W., Kuo, C. I., Soriano, S. G., Stricker, P. A., Tipton, T., Grant, M. D., Marbella, A. M., Agarkar, M., Blanck, J. F., & Domino, K. B. (2023). 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting: Carbohydrate-containing Clear Liquids with or without Protein, Chewing Gum, and Pediatric Fasting Duration - A Modular Update of the 2017 American Society of Anesthes. *Anesthesiology*, 138(2), 132–151. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004381>
- King, R., Glover, P., Byrt, K., & Porter-Nocella, L. (2011). Oral nutrition in labour: “Whose choice is it anyway?” A review of the literature. *Midwifery*, 27(5), 674–686. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.006>

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.38663>

- 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 and 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](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: monocentric randomized clinical trial on patients’ satisfaction, and maternal and neonatal outcomes. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 35(25), 5697–5702. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1891219>
- Nascimento, A. C., Filho, R. P. L., Goveia, C. S., Guimarães, G. M. N., Silva, H. B. G., & Ladeira, L. C. A. (2019). Assessment of gastric emptying of maltodextrin, coffee with milk and orange juice during labour at term using point of care ultrasound: a non-inferiority randomised clinical trial. *Anaesthesia*, 74(7), 856–861. <https://doi.org/10.1111/anae.14671>
- O’Sullivan, G., Liu, B., Hart, D., Seed, P., & Shennan, A. (2009). Effect of food intake during labour on obstetric outcome: Randomised controlled trial. *BMJ (Online)*, 338(7699), 880. <https://doi.org/10.1136/bmj.b784>
- OE. (2021). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica aprovado por unanimidade. *Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, 1–22. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The prisma 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Medicina Fluminensis*, 57(4), 444–465. https://doi.org/10.21860/medflum2021_264903
- Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J. C., & Marques, R. (2012). Pelo direito ao parto normal - Uma visão partilhada. In *Ordem dos Enfermeiros* (pp. 1–36). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8905/livro_parto_normal.pdf
- Regulamento n. 127/2011. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário Da República*, 2ª Série, 8662–8666. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2011/02/035000000/0866208666.pdf>
- Regulamento n.º 391/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República*, II Série(N.º 85 de 03-05-2019), 13560–13565. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Rousset, J., Clariot, S., Tounou, F., Burey, J., Hafiani, E. M., Féliot, E., Quesnel, C., Bonnet, F., & Fischler, M. (2020). Oral fluid intake during the first stage of labour: A randomised trial. *European Journal of Anaesthesiology | EJA*, 37(9).
- 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>
- 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). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31702699/>
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. L. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>
- Smith, I., Kranke, P., Murat, I., Smith, A., O’Sullivan, G., Søreide, E., Spies, C., & in’t Veld, B. (2011). Perioperative fasting in adults and children: Guidelines from the european society of anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology*, 28(8), 556–569. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e3283495ba1>
- 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>
- WHO. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Transforming care of women and babies for improved health and well-being Executive summary. *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience.*, 1–8. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>