

# Influência Da Dieta Ofertada Durante O Trabalho De Parto Com A Ocorrência De Lipotimia No Pós-Parto Imediato

Maria Salete Barbosa Monteiro<sup>2</sup>, Guilherme Frederico Abdul Nour<sup>1</sup>,  
Suyane Rebouças De Oliveira Alves<sup>1</sup>, Lídia Sousa Moura<sup>2</sup>,  
Eduarda Sousa De Alencar<sup>2</sup>, Edilma Daniel De Lima Sampaio<sup>1</sup>,  
Luciane Nunes Batista<sup>1</sup>, Priscila Marques Da Silva<sup>3</sup>,  
Leda Avelino Do Nascimento<sup>3</sup>, Juliana Rodrigues Teixeira<sup>3</sup>,  
Valdiza Neo Da Silva<sup>3</sup>, Natália Santos Sales<sup>1</sup>, Natércia Camila Carlos Lima<sup>3</sup>,  
Ana Sheyla Chagas Pinho<sup>2</sup>, Vanuzia Prudêncio Siqueira Silva<sup>2</sup>,  
Ana Kelly Alexandre Martins Soares<sup>1</sup>, Tatiane Da Silva Coelho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>(Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares / Universidade Federal Do Ceará, Fortaleza – Ceará, Brasil)

<sup>2</sup>(Maternidade Escola Assis Chateaubriant / Universidade Federal Do Ceara, Fortaleza - Ceará, Brasil)

<sup>3</sup>(Hospital Geral De Fortaleza, Fortaleza - Ceará, Brasil)

---

## Resumo:

**Introdução:** O trabalho de parto é uma experiência pessoal para cada gestante. Toda mulher geralmente tem um plano de como gostaria que a experiência do processo de parturição se desenvolvesse, por vezes, seus desejos e escolhas nem sempre são atendidos, as mulheres são submetidas à várias intervenções, dentre elas, a restrição alimentar durante todo o trabalho de parto.

**Objetivos:** avaliar a influência da dieta ofertada durante o trabalho de parto e a ocorrência de lipotimia no pós-parto imediato; caracterizar o perfil sociodemográfico das parturientes atendidas durante o trabalho de parto e identificar o tipo de alimento ofertado a parturiente durante o trabalho de parto.

**Métodos:** estudo observacional, transversal, descritivo e prospectivo em uma maternidade de Fortaleza, com 53 puérperas de parto vaginal. Os dados foram coletados entre setembro e outubro de 2019, por meio de uma entrevista e aplicação de um questionário.

**Resultados:** a amostra foi composta por 53 mulheres entre 14 e 44 anos, com ensino médio completo 23 (43,4%), a maioria possuía companheiro 35 (66%), procedentes da capital e região metropolitana 39 (73,6%), renda de até um salário-mínimo 34 (64,1%). Sendo 23 (43,4%) primigestas, gestação a termo, média de 8 ou mais consultas de pré-natal 25 (47,3%) e, prevalência de gestações sem intercorrências 27 (51%). Do total 27 (84%) tiveram dieta líquida sob livre demanda, 19 (36%) apresentara lipotimia no pós-parto imediato, sendo realizadas conduta de repouso 17 (85%) e/ou hidratação 03 (15%).

**Conclusão:** a dieta ofertada a mulheres durante o trabalho de parto teve influência positiva, caracterizando um maior número de mulheres sem ocorrência de lipotimia. Mais estudos deverão ser desenvolvidos com o objetivo de melhorar a dieta ofertada às parturientes, com vistas a minimizar os casos de tontura e/ou desmaio e, assim estarem dispostas após o parto para suprir as necessidades do recém-nascido.

**Palavras-chaves:** Obstetrícia; Período pós-parto; Parto humanizado; Cuidados de enfermagem.

---

Date of Submission: 05-10-2024

Date of Acceptance: 15-10-2024

---

## I. Introdução

O trabalho de parto é uma experiência pessoal para cada gestante. Toda mulher geralmente tem um plano de como gostaria que a experiência do processo de parturição se desenvolvesse, por vezes, seus desejos e escolhas nem sempre são atendidos, as mulheres são submetidas à várias intervenções, dentre elas, a restrição alimentar durante todo o trabalho de parto<sup>(1)</sup>.

A ingestão nutricional durante o trabalho de parto é necessária para sustentar o que é, sem dúvida, um evento bastante exigente fisicamente. A ingestão oral também pode ser uma forma de conforto, controle ou normalidade que uma mulher pode precisar para enfrentar o processo de parir com satisfação<sup>(2)</sup>.

Embora seja sabido que o esvaziamento gástrico está obsoleto no trabalho de parto, mulheres que não escolhem ativamente uma cesariana devem ter o direito de decidir sobre sua ingestão nutricional. O debate sobre a nutrição oral das mulheres no trabalho de parto dentro de um hospital não é novo, em 1946, Mendelson publicou um artigo delineando os riscos da aspiração gástrica, mais tarde conhecida como "*síndrome de Mendelson*", durante procedimentos obstétricos que exigiam anestesia. Este artigo instigou uma restrição mundial, até mesmo a remoção, de todos os direitos das mulheres de escolher a ingestão oral durante o trabalho de parto<sup>(3)</sup>.

No entanto, desde 1946, as práticas anestésicas alteraram-se drasticamente, com menor uso de anestésicos gerais e maior uso de antibióticos, bem como melhor treinamento em emergências obstétricas. Apesar dessas mudanças, a maioria das diretrizes continua a citar as preocupações dos profissionais de saúde sobre a aspiração gástrica em parturientes como a razão para a continuação do tratamento que restringem a nutrição oral durante o trabalho de parto. Por outro lado, as mulheres assistidas no domicílio, são encorajadas a se comportarem normalmente e a consumir nutrição oral conforme desejado<sup>(4)</sup>.

A restrição da ingestão oral durante o trabalho de parto em hospitais permaneceu como uma forte tradição obstétrica e anestésica. A política de restrição de rotina da ingestão oral no trabalho de parto não parece refletir as preferências das mulheres. É essencial que qualquer política sobre a ingestão oral durante o período de parturição seja baseada em evidências de risco e benefícios gerais, maternos e neonatais. As atuais práticas de gestão do trabalho de parto permanecem profundamente diferentes das recomendadas na era de Mendelson. As evidências sugerem que o dramático declínio da aspiração e complicações durante o trabalho de parto é uma prova dos avanços na moderna anestesia obstétrica e que essas práticas são improváveis serem relacionadas à ingestão oral durante o trabalho de parto<sup>(2)</sup>.

Ao longo dos anos a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem em um movimento constante para construção de um novo paradigma de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal. Desta maneira, busca-se o atendimento obstétrico integral permeado por uma assistência de qualidade, pautada em práticas assistenciais baseadas em evidências científicas, no direito de escolha das mulheres e minimização de intervenções neste momento<sup>(5)</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) corrobora dessa mesma orientação por meio da 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. Destaca-se, para tanto, a instituição do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) nos anos 2000, e o financiamento e estímulo à qualificação profissional nesse âmbito, através da implantação da Rede Cegonha<sup>(6)</sup>.

Em 2014, o MS lança o Caderno de Humanização do Parto e do Nascimento, no qual ressalta que melhores resultados maternos e perinatais acontecem quando o parto flui como um processo fisiológico e natural, e que as intervenções durante esse período devem ser aplicadas apenas quando surgirem complicações que as justifiquem. Nesse sentido, correlacionando o intervencionismo desnecessário e a humanização da assistência à mulher durante o trabalho de parto, adentra-se no objeto deste estudo, revelando que a oferta da alimentação à parturiente refere-se a uma conduta que segue os preceitos da humanização da assistência ao parto e nascimento. E, entende-se por humanização, um atendimento de qualidade baseado no reconhecimento, pelos profissionais, dos aspectos que as mulheres valorizam<sup>(7)</sup>.

Em uma revisão da literatura acerca da nutrição oral durante o trabalho de parto verificou-se que o desejo das mulheres em relação à nutrição oral durante o trabalho de parto precisam ser abordadas e que diretrizes e políticas claras precisam ser estabelecidas com base nas evidências atuais e que, o que as mulheres querem durante o trabalho de parto e o que recebem, nem sempre é a mesma coisa, as principais barreiras para a escolha das mulheres em relação à nutrição oral são geralmente a falta de evidências, política de saúde desatualizada ou inexistente e opiniões dos profissionais de saúde<sup>(8)</sup>.

A restrição da alimentação líquida e sólida durante o trabalho de parto constitui uma rotina comum na assistência hospitalar atual, é apoiada no receio de vômitos e na pretensão de prevenir o risco de aspiração gástrica. Entretanto, este risco está relacionado ao uso de anestesia geral no parto, a qual hoje em dia é muito pouco utilizada, ao mesmo tempo que, de acordo com evidências obstétricas, a restrição alimentar emerge como uma rotina hospitalar a ser descontinuada, rotineiramente, em parturientes com gestação de baixo risco<sup>(7)</sup>.

Estudos baseados em evidências obstétricas põem em prática a assistência à mulher em trabalho de parto proposta pela OMS, os mesmos estudos foram transformados em um *guideline*, no qual, a restrição alimentar emerge como uma rotina hospitalar a ser descontinuada. Pactuando desta mesma proposta, propõe-se neste âmbito a realização de novas pesquisas baseadas em evidências que considerem a subjetividade e a opinião da mulher acerca da alimentação durante o parto<sup>(9)</sup>.

Para alguns estudiosos, o puerpério é o período que sucede o parto, que compreende os processos involutivos e de recuperação do organismo materno após a gestação. Sendo dividido em três períodos: pós-parto imediato que inicia no 1º e termina no 10º dia após o parto; pós-parto tardio compreende o período do 10º ao 45º dia e, o pós-parto remoto que é período além do 45º dia<sup>(10)</sup>.

Mulheres que tiveram restrição alimentar durante o trabalho de parto podem apresentar lipotímia após o parto vaginal. Isso se deve porque a restrição de nutrição oral pode resultar no desenvolvimento de cetose e pode contribuir potencialmente para o estresse e perda de consciência materna no puerpério imediato. Para uma melhor compreensão, o termo lipotímia significa perda de consciência, desmaio, síncope<sup>(8)</sup>.

Tendo em vista a escassez de evidências existentes para apoiar a continuidade de práticas restritivas em torno da nutrição oral no trabalho de parto para todas as mulheres, a escolha das mulheres é influenciada pela opinião dos profissionais de saúde, pela experiência e pelos métodos e políticas de prática, ou falta deles, o que torna a tomada de conduta durante o trabalho de parto dependente, apenas, do conhecimento teórico-prático do profissional que o assiste, bem como, a diversas interferências realizadas, muitas vezes, desnecessárias e, que podem levar a desfechos desfavoráveis ao binômio mãe-filho após o parto.

O presente estudo se faz relevante pois ao seu término espera-se que sejam obtidas informações consistentes acerca da ocorrência de lipotímia na puérpera no pós-parto imediato e, além disso, espera-se que com o material obtido se possa sensibilizar os profissionais que prestam assistência ao trabalho de parto, a partir da realidade encontrada, no sentido de resgatar as boas práticas e provocar reflexão para a necessidade de ingestão calórica durante o trabalho de parto para que seja proporcionado às parturientes um parto vaginal mais fisiológico possível, possibilitando com isso, minimizar a ocorrência de lipotímias após o parto e, conseqüentemente maior disposição materna para cuidados com o recém-nascido.

Neste sentido apresenta-se como questão norteadora: no contexto das salas de parto, tem-se desenvolvido a prática de alimentar a gestante durante o trabalho de parto? Há relação entre a oferta de alimentação durante o trabalho de parto e a ocorrência de lipotímia no puerpério imediato?

Objetivou-se avaliar a influência da dieta ofertada durante o trabalho de parto e a ocorrência de lipotímia no pós-parto imediato; caracterizar o perfil sociodemográfico das parturientes atendidas durante o trabalho de parto e identificar o tipo de alimento ofertado a parturiente durante o trabalho de parto.

## **II. Materiais E Métodos**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e prospectivo. Foi desenvolvido na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), localizada na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, instituição vinculada ao Sistema Único de saúde (SUS), de nível terciário e administrada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

A missão dessa instituição é realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido. Tem como visão ser instituição acreditada, referência regional em pesquisa na área de saúde da mulher e perinatal, com profissionais capacitados e cenários de prática adequados. Tem como valores fundamentais o compromisso com: a vida; o acolhimento das pessoas; a formação para o cuidado em saúde; a realização de pesquisas de excelência e a governança política. Na MEAC as ações assistenciais focam, prioritariamente, nos princípios da humanização, com cultura participativa, trabalho integrado e interdisciplinar<sup>(11)</sup>.

Os sujeitos do estudo foram 53 puérperas, no puerpério imediato. Tendo como critérios de inclusão: puérperas de parto normal e ausência de hemorragia no pós-parto imediato. Foram critérios de exclusão: parto abdominal e puérperas que Manifestarem o desejo de não participar do estudo. A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro a outubro de 2019.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário, elaborado pelas pesquisadoras que abrange aspectos relacionados ao perfil sociodemográfico das puérperas, dados obstétricos e dados acerca das características do trabalho de parto, com questões fechadas que foram preenchidas pelas pesquisadoras, durante a entrevista à puérpera.

A análise dos dados foi realizada a partir do banco de dados exportado para o Excel calculando-se as frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas. Utilizou-se o cálculo da *Razão de Verossimilhança*, para confirmar a probabilidade da ocorrência da lipotímia. Os resultados estão apresentados em forma de gráficos e tabelas, sendo discutidos de acordo com a literatura.

Os dados foram coletados respeitando-se os preceitos éticos e legais da pesquisa com seres humanos de acordo com as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Instituição com número 212.909.199.

## **III. Resultados E Discussão**

Ao final do estudo obteve-se uma amostra de 53 puérperas no pós-parto vaginal imediato, que pariram no período de setembro a outubro de 2019. A distribuição dos dados segundo perfil sociodemográfico das mulheres em estudo está distribuídos conforme a Tabela 1:

**Tabela 1:** Distribuição dos dados segundo perfil sociodemográfico das puérperas, Fortaleza, 2019.

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
14 - 19 anos	09	17,0
20 - 35 anos	41	77,4
36 - 44 anos	03	5,6
<b>Escolaridade</b>		
Médio completo	23	43,4
Fundamental incompleto	13	24,5
Médio incompleto	11	20,8
Superior completo	03	5,6
Superior incompleto	02	3,8
Fundamental completo	01	1,9
<b>Estado civil:</b>		
União estável	35	66,0
Casada	10	18,9
Solteira	08	15,1
<b>Procedência</b>		
Capital e região metropolitana	39	73,6
Interior	14	26,4
<b>Ocupação</b>		
Do lar	10	18,9
Estudante	09	17,1
Doméstica	08	15,1
Autônoma	06	11,5
Vendedora	04	7,5
Atendente	02	3,7
Costureira	02	3,7
Auxiliar administrativo	02	3,7
Cabelereira	02	3,7
Outros	08	15,1
<b>Renda</b>		
1 salário mínimo	34	64,1
> 1 salário mínimo	15	28,3
< 1 salário mínimo	04	7,6

De acordo com os dados supracitados na amostra predominam mulheres com idade entre com idade entre 20 e 35 anos 41 (77,4%), seguidos por mulheres entre 14 e 19 anos 9 (17%) e com idade entre 36 e 44 anos 3 (5,6%).

Em relação a escolaridade 23 (43,4%) referiram ter ensino médio completo, enquanto 13 (24,5%) o fundamental incompleto, 11 (20,8%) tinham o ensino médio incompleto, 3 (5,6%) superior completo, 2 (3,8%) superior incompleto e 1 (1,9%) fundamental completo.

Quanto ao estado civil, a maioria informou estar em união estável 35 (66,0%), casadas 10 (18,9%) e solteiras 8 (15,1%). Procedentes da capital e região metropolitana de Fortaleza 39 (73,6%), sendo um percentual menor de puérperas oriundas do interior 14 (26,4%).

De acordo com os relatos das mulheres, 10 (18,9%) desempenhavam atividades do lar, 09 (17,1%) eram estudantes, ou seja, a maioria realizava atividade não-remunerada. A ocupação de doméstica foi mencionada por 8 (15,1%), autônoma 6 (11,5%), vendedora 4 (7,5%). Atendente, costureira, auxiliar administrativo e cabelereira foram representadas por 2 (3,7%) respectivamente. Um percentual significativo de outras profissões como: professora, gerente administrativo, massoterapeuta, manicure, vigilante, técnica de enfermagem, auxiliar de marketing e balconista, perfazendo 08 (15,1%) das profissões remuneradas.

Em relação a renda familiar predominou uma renda de até um salário mínimo 34 (64,1%). Mais de um salário 15 (28,3%) e menos de um salário 4 (7,6%).

Tais resultados foram semelhantes aos encontrados por dois estudos descritivos e retrospectivos, realizados em maternidades públicas na região nordeste do Brasil, nos quais, objetivaram analisar o perfil sociodemográfico de puérperas atendidas nessas instituições. Ambos descrevem o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres internadas, havendo predomínio da faixa etária de 20 a 35 anos, viviam com companheiro, maioria sem atividade remunerada, procedentes da capital e região metropolitana<sup>(12,13)</sup>.

Observou-se um número significativo de gravidez na adolescência 09 (17%). A idade, nível sócio educacional entre outras dimensões, influenciam diretamente no acesso aos serviços de saúde e na qualidade da atenção recebida. Por isso faz-se importante salientar que a qualidade da assistência pré-natal está diretamente relacionada com a realização dos procedimentos preconizados, entre eles a estratificação do risco gestacional<sup>(14)</sup>.

De acordo com a pesquisa divulgada pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a média de gravidez na adolescência em Rondônia é de mais 27% de meninas entre 10 e 19 anos de idade<sup>(15)</sup>.

Um estudo epidemiológico de base populacional realizado em Juiz de Fora - MG, objetivou caracterizar as gestantes brasileiras conforme características sociodemográficas e a prevalência de doenças crônicas, obteve como resultados que o perfil sociodemográfico das gestantes brasileiras apresenta maior prevalência na faixa etária entre 26 a 34 anos, com 9 a 11 anos de estudo, com companheiro, residentes nas regiões Sudeste e Nordeste do país e que mantiam algum tipo de ocupação não remunerada. Outro achado deste estudo foi a diferença notável entre as mulheres de distintos níveis de educação, revelando a escolaridade como fator de iniquidade para a saúde dessas mulheres<sup>(16)</sup>.

Em relação aos dados obstétricos das puérperas participantes do estudo, a maioria 23 (43,4%) era primigesta, 38 (71,7%) estavam com gestação a termo entre 37s e 41s6dias e 26 (49,0%) informaram não ter tido intercorrências neste período. A média de consultas pré-natal foi de 8 ou mais consultas 25 (47,3%). Verificou-se que 11 (20,8%) mencionaram já ter tido experiência anterior de aborto.

A Organização Mundial da Saúde revela que há evidências científicas de que várias práticas na assistência à gestação e ao parto são promotoras de melhores resultados obstétricos e são efetivas para a redução de desfechos maternos e perinatais negativos. Fatores da saúde materna que atuam durante o período gestacional influenciam nos resultados da gravidez e, a assistência pré-natal de qualidade contribui para a redução de danos à gestante e ao recém-nascido. Da mesma forma, uma parcela importante das complicações que podem ocorrer ao longo do trabalho de parto e no momento do parto pode ser reduzida por cuidado obstétrico apropriado, realizado com o uso adequado das tecnologias<sup>(9)</sup>.

Com relação ao número de consultas de pré-natal, observou-se que 25 (47,3%) realizaram 8 ou mais consultas, dado animador, pois segue o que é atualmente preconizado pela OMS, que é a realização de pelo menos 6 consultas de pré-natal<sup>(17)</sup>. No entanto, 15 (28,2%), um percentual significativo de mulheres, realizaram menos de 6 consultas. Observou-se, ainda, um dado preocupante, onde 04 (7,5%) não realizaram nenhuma consulta ou realizou, no máximo, duas consultas de pré-natal.

Um estudo de revisão sistemática, realizado entre as regiões brasileiras, demonstrou elevada cobertura pré-natal em todas as localidades estudadas, tendo algumas delas atingido níveis universais preconizados, o que não significou elevada qualidade. Em geral, a qualidade da atenção pré-natal nas regiões investigadas foi inadequada<sup>(18)</sup>.

O início precoce da assistência pré-natal permite o acesso aos métodos diagnósticos e terapêuticos, enquanto a realização do número adequado de consultas possibilita o acompanhamento adequado e a realização de intervenções oportunas sempre que for necessário, evitando eventuais complicações à saúde materna e fetal. Os achados deste estudo mostram o aumento da cobertura da atenção pré-natal ao longo dos últimos dez anos em quase todo o país, a despeito da qualidade, com elevado nível de inadequação. Destacaram-se como fatores que contribuem para a baixa qualidade da atenção pré-natal a não realização dos exames laboratoriais de rotina, os procedimentos básicos recomendados, as prescrições e orientações durante as consultas<sup>(19)</sup>.

Acerca das intercorrências observadas durante a gestação, a maioria não apresentou nenhuma intercorrência na gestação, 27 (51%), entretanto, 26 (49%) apresentaram alguma intercorrência, observada prevalência para Infecção do Trato Urinário (ITU) com 15 (57,7%) dos casos.

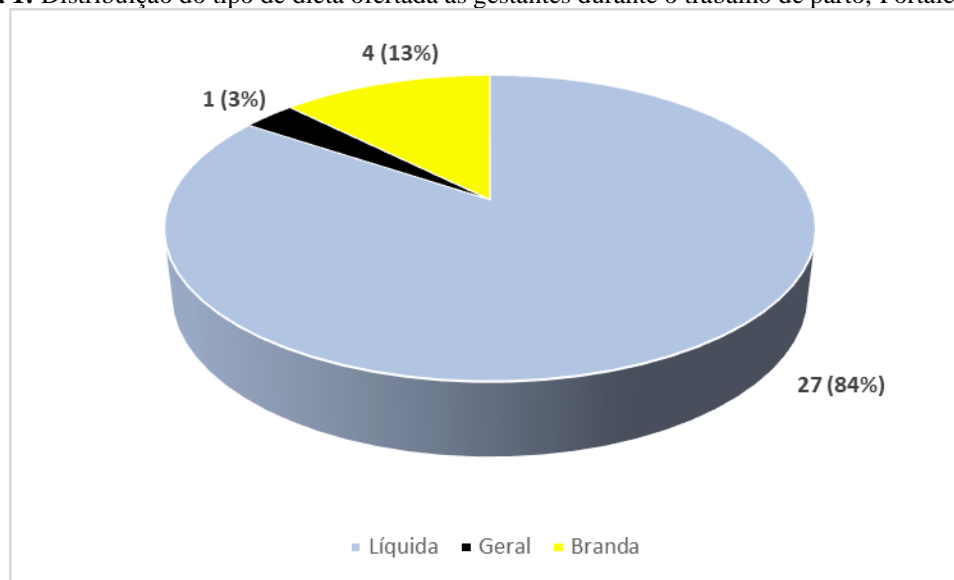
Um estudo transversal, realizado em um Hospital Universitário, com 361 puérperas, de fevereiro a abril de 2013, que objetivou conhecer as intercorrências clínicas e obstétricas em mulheres no pré-natal e verificar a concordância do relato da mulher com registros da carteira de pré-natal associadas às intercorrências com o tipo de parto. Identificou uma taxa mais elevada de intervenções, onde 67,9% das mulheres tiveram alguma intercorrência, a mais frequente foi a infecção do trato urinário, trabalho de parto prematuro e diabetes gestacional<sup>(18)</sup>.

As infecções do trato urinário ocorrem com frequência durante a gestação, provavelmente porque a expansão do útero e os hormônios produzidos durante a gestação diminuem o fluxo de urina nos ureteres, que ligam os rins à bexiga. Quando o fluxo de urina é lento, as bactérias não podem ser expelidas para fora do trato urinário, aumentando o risco de uma infecção. As infecções do trato urinário aumentam o risco de ocorrer trabalho

de parto prematuro e ruptura prematura das membranas amnióticas. Às vezes, uma infecção na bexiga ou nos ureteres espalha-se pelo trato urinário e atinge um rim, causando uma pielonefrite. As bactérias podem infectar a urina sem apresentar sintomas de infecção do trato urinário, de modo que os médicos costumam verificar a presença de bactérias na urina até mesmo em gestantes sem sintomas. O tratamento consiste em antibióticos, tais como cefalexina, nitrofurantoína ou trimetoprima-sulfametoxazol<sup>(20)</sup>.

No que se refere à dieta das mulheres durante o trabalho de parto, observou-se que ao todo 32 (60,0%) das parturientes tiveram dieta liberada durante o trabalho de parto, estando estas descritas na Figura 1:

**Figura 1:** Distribuição do tipo de dieta ofertada as gestantes durante o trabalho de parto, Fortaleza, 2019.



Percebe-se uma prevalência da dieta líquida 27 (84,0%), sob livre demanda durante todo trabalho de parto, tais como chá, sucos, água de coco, água natural. Dieta branda 4 (13,0%) e dieta geral 1 (3,0%). Um percentual de 21 (40,0%) de parturientes permaneceram em jejum durante o trabalho de parto, justificado por alguma anormalidade na avaliação da progressão do trabalho de parto e/ou por chances de indicação de cesárea, por fase latente prolongada no trabalho de parto associado a bolsa rota.

Em 1946, o Dr. Curtis Mendelson sugeriu que a aspiração durante a anestesia geral para o parto era evitável restringindo a ingestão oral durante o trabalho de parto. Essa sugestão mostrou-se influente e a restrição da ingestão oral no trabalho de parto tornou-se a norma. A obstetrícia moderna, especialmente no contexto de avanços na anestesia obstétrica, não reflete o panorama clínico de Mendelson. Portanto, resta a questão se suas descobertas permanecem relevantes ou se devem utilizar as recomendações atuais. Ademais o uso de anestesia geral na ocasião da cesárea teve um declínio notável com o aumento do uso de analgesia neuroaxial efetiva como padrão de tratamento na anestesia obstétrica moderna, não sendo justificável o jejum durante o trabalho de parto. Embora o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomende a oferta de líquidos claros durante o trabalho de parto, as recomendações atuais continuam sugerindo que a ingestão de alimentos sólidos deve ser evitada<sup>(2)</sup>.

Evidência recente de uma revisão sistemática envolvendo 3130 mulheres em trabalho de parto ativo sugere que a ingestão oral não deve ser restrita em mulheres com baixo risco de complicações, uma vez que não foram identificados benefícios ou malefícios de uma dieta geral. A aspiração e outros desfechos maternos adversos podem não estar relacionados à ingestão oral no trabalho de parto e, como tal, medidas qualitativas como a satisfação do paciente devem ser primordiais<sup>(2)</sup>.

A ingestão dietética durante as fases latente e ativa do trabalho de parto varia entre as instituições hospitalares. Em um estudo transversal com 118 hospitais canadenses, com objetivo de documentar as restrições atuais à ingestão oral e parenteral para o trabalho de parto de baixo risco, verificou que quando a anestesia epidural foi usada durante a fase ativa do trabalho de parto, a ingestão oral foi restringida para fluidos e pedaços de gelo em 82,8% dos hospitais pesquisados, enquanto a ingestão oral poderia incluir alimentos sólidos em 7,2%. Além disso, em 77,5% dos hospitais, a alimentação por via oral de mulheres com anestesia peridural na fase ativa de trabalho de parto não se limitou apenas a fluidos claros e/ou cubos de gelo, porém, não houve administração parenteral de dextrose. Concluindo-se que a maioria das gestantes de baixo risco em hospitais canadenses está sujeita à restrição calórica durante a fase ativa do trabalho de parto, especialmente, quando a anestesia epidural é administrada<sup>(21)</sup>.

Desta forma percebe-se que a maioria das mulheres alimentadas não apresentaram lipotímia, sendo este um dado significativo para esta população. Para caracterizar a veracidade dos achados, na Tabela 2, tem-se a aplicação teste da Razão de Verossimilhança.

**Tabela 2:** Distribuição das puérperas segundo ocorrência ou não de lipotímia e sua relação com a oferta da dieta durante o trabalho de parto. Fortaleza, 2019.

	Ocorrência de lipotímia	Sem ocorrência de lipotímia	Razão de Verossimilhança
Alimentada	12 (23%)	20 (38%)	0,6
Não alimentada	7 (13%)	14 (26%)	

De acordo com o resultado do teste da *Razão de Verossimilhança*, pode-se dizer que na amostra estudada, as mulheres alimentadas durante o trabalho de parto tiveram menor probabilidade de apresentar lipotímia após o parto.

Atualmente, existem vários estudos para avaliar a questão da administração de fluidos intravenosos durante o trabalho de parto e, se essa administração é benéfica para a parturiente e seu concepto. Com o objetivo de determinar se o aumento da hidratação durante o trabalho de parto é seguro e associado a uma redução no risco de cesariana, realizou-se uma revisão sistemática com metanálise e concluiu-se que a duração do trabalho de parto em mulheres nulíparas de baixo risco pode ser encurtada por uma política de fluidos intravenosos a uma taxa de 250 ml/h e, que os dados apoiam o aumento da hidratação entre essas mulheres em trabalho de parto quando a ingestão oral é restrita. Sendo necessários mais estudos em relação aos riscos e benefícios do aumento da hidratação entre mulheres com ingestão oral irrestrita<sup>(22)</sup>.

Em relação as condutas implementadas às puérperas com diagnóstico de lipotímia após o parto vaginal, elencou-se que na maioria dos casos foi indicado repouso 16 (84%) e em 03 (16%) dos casos a conduta foi a realização de hidratação endovenosa.

Na tentativa de investigar outros fatores que pudessem influenciar a ocorrência da lipotímia nas puérperas, buscou-se verificar os exames laboratoriais, acreditando que estes pudessem indicar alterações que justificassem e potencializassem o evento.

Entretanto é interessante revelar que 28 (52,8%) das pacientes não apresentaram exames laboratoriais com os valores referentes a hematócrito e hemoglobina sanguíneo. A falta de resultados de tais exames dificulta de certa forma a avaliação da puérpera. Nas mulheres que apresentaram os exames, verificou-se que 13 (24,5%) apresentavam valores de hematócrito 12 (22,7%) e valores de hemoglobina abaixo dos valores de referência.

Em um estudo de caso controle, conduzido com 200 gestantes, os pesquisadores concluíram que a anemia por deficiência de ferro foi associada ao aumento de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, trabalho de parto prematuro e mortalidade perinatal. Além disso, mulheres com anemia tem mais chances de ter hemorragia após o parto, dentre outras intercorrências<sup>(23)</sup>. Desta forma, esta limitação instiga o desenvolvimento de outras pesquisas que possam investigar aspectos que não puderam ser abordados neste estudo.

#### IV. Conclusão

Neste estudo a dieta ofertada a mulheres durante o trabalho de parto teve influência positiva, caracterizando um maior número de mulheres sem ocorrência de lipotímia. Nos casos de dieta liberada, em sua maioria, era ofertada ingestão de líquidos durante o trabalho de parto e também dieta branda e geral, levando em consideração as normas e rotinas estabelecidas pela instituição.

A ingestão oral também pode ser uma forma de conforto e controle que uma mulher pode precisar para enfrentar o processo de parir com satisfação. Esta realidade é uma prática que ainda revela insegurança por parte de alguns profissionais. A enfermagem por sua vez tem-se mostrado favorável as mudanças e novas práticas de cuidar.

Os resultados desse estudo sugerem que é crucial levar em consideração o respeito pelo desejo da mulher, associada à experiência profissional e às evidências científicas são o fundamento para a construção de assistência à saúde com qualidade.

Espera-se que mais estudos sejam desenvolvidos, com o objetivo de ampliar e melhorar a dieta ofertada às parturientes durante o trabalho de parto, com vistas a minimizar os casos de tontura e/ou desmaio e, assim estarem dispostas após o parto para suprir as necessidades do recém-nascido.

#### Referências

- [1]. Sousa Amm, Souza Kv, Rezende Em, Martins Ef, Campos D, Lansky S. Práticas Na Assistência Ao Parto Em Maternidades Com Inserção De Enfermeiras Obstétricas, Em Belo Horizonte, Minas Gerais. Esc. Anna Nery [Internet]. 2016 June. [Cited 2019 Dec 01]; 20(2):324-331. Disponível Em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000200324&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200324&lng=en).
- [2]. Sperling Jd, Dahlke Jd, Sibai Bm. Restriction Of Oral Intake During Labor: Whither Are We Bound? Am J Obstet Gynecol. 2016 May; 214(5):592-6. Doi: 10.1016/j.ajog.2016.01.166. Disponível Em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(16\)30375-1/pdf](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(16)30375-1/pdf).
- [3]. Pinto Lmtr, Trezza Mcsf, Santos Aap, Melo Gc, Jovânia Marques De Oliveira E Silva, Larissa Lages Ferrer De Oliveira. O Manejo Alimentar Durante O Parto Sob A Percepção Da Mulher. Rev. Enferm Uerj, Rio De Janeiro, 2017.

- [4]. Singata M, Tranmer J, Gyte Gml. Restricting Oral Fluid And Food Intake During Labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: Cd003930. Doi: 10.1002/14651858.Cd003930.Pub3. Disponível Em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.Cd003930.Pub3/Full>.
- [5]. Côrtes Ct, Santos Rcs, Caroci As, Oliveira Sg, Oliveira Smjv, Riesco Mlg. Metodologia De Implementação De Práticas Baseadas Em Evidências Científicas Na Assistência Ao Parto Normal: Estudo Piloto. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp*, 49(5):716-25, 2015. Disponível Em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt\\_0080-6234-reeusp-49-05-0716.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0716.pdf).
- [6]. Apolinário D, Rabelo M, Wolff Ldg, Rossi Sr, Souza K, Leal Gcg. Práticas Na Atenção Ao Parto E Nascimento Sob A Perspectiva Das Puérperas. *Rev Rene* 2016; 17: 20-8.
- [7]. Ministério Da Saúde (Br). Humanização Do Parto E Do Nascimento / Ministério Da Saúde. Universidade Estadual Do Ceará. – Cadernos Humaniza Sus – Brasília: Ministério Da Saúde; 2014; 4: 465; 2014.
- [8]. American College Of Nurse-Midwives (Acnm). Providing Oral Nutrition To Women In Labor *Journal Of Midwifery Womens's Health*. 2016; 61(4): 528-34. Doi: 10.1111/Jmwh.12515.
- [9]. World Health Organization (Who). *Who Recommendations: Intrapartum Care For A Positive Childbirth Experience*. Geneva; 2018. Licence: Cc By-Nc-Sa 3.0 Igo. Cataloguing-In-Publication (Cip) Data.
- [10]. Montenegro, C.A.B; Filho, J.R. *Rezende Obstetrícia*. 13ª Ed-Rio De Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
- [11]. Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Meac). *Relatório Institucional Assistencial*, 2017. Disponível Em: <http://www.meac.ufc.br>.
- [12]. Araújo Krs, Calácio Ia, Ribeiro Jf, Fontenele Pm, Morais Tv. Perfil Sociodemográfico De Puérperas Em Uma Maternidade Pública De Referência Do Nordeste Brasileiro. *Rev Eletrônica Gestã & Saúde*, 2015; 6(3). Disponível Em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22411>.
- [13]. Barbosa Em, Oliveira Ass, Galiza Ddf, Barros Vl, Aguiar Vf, Marques Mb. Perfil Sociodemográfico E Obstétrico De Parturientes De Um Hospital Público. *Rev Rene*. 2017; 18(2):227-33. Disponível Em: <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555846>. Acesso Em: 10 Out 2019.
- [14]. Leite Vc, Gasquez As, Bertoncim Kri. Estratificação De Risco Em Gestantes No Pré-Natal. *Revista Uninga, [S.L.]*; 56(2):184-193, Mar. 2019.
- [15]. 15.Federação Brasileira Das Associações De Ginecologia E Obstetrícia (Febrasgo), 2016.
- [16]. Santana, Nb. *Perfil De Saúde De Gestantes Brasileiras: Uma Análise Do Vigitel, 2009-2013*, 2016. Dissertação (Mestrado Em Saúde Coletiva) - Faculdade De Medicina, Universidade Federal De Juiz De Fora: Minas Gerais; 2016.
- [17]. World Health Organization (Who). *Companion Of Choice During Labour And Childbirth For Improved Quality Of Care: Evidence-To-Action Brief*. (2016). World Health Organization. Disponível Em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/250274>.
- [18]. Caldeira Ap, Oliveira Rm, Rodrigues Oa. Qualidade Da Assistência Materno-Infantil Em Diferentes Modelos De Atenção Primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl 2):3139-47. Disponível Em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/V24n2/1414-462x-cadsc-24-2-252.pdf>.
- [19]. Calegari Rs, Gouveia Hg, Gonçalves Ac. Intercorrências Clínicas E Obstétricas Vivenciadas Por Mulheres No Pré-Natal. *Cogitare Enferm*. 2016 Abr/Jun; 21(2):01-08.
- [20]. Pigozzo Yg, Silva Cm, Peder Ld. Infecção Do Trato Urinário Em Gestantes: Incidência E Perfil De Suscetibilidade. *Acta Biomédica Brasiliensia*.2016; 7(1) :64-74.
- [21]. Chackowicz, A., Spence, A. R., & Abenhaim, H. A. (2016). Restrictions On Oral And Parenteral Intake For Low-Risk Labouring Women In Hospitals Across Canada: A Cross-Sectional Study. *J Obstet Gynaecol Can*; 2016; 38(11): 1009-14.
- [22]. Ehsanipoor Rm, Saccone G, Seligman Ns, Pierce-Williams Ram, Ciardulli A, Berghella V. Intravenous Fluid Rate For Reduction Of Cesarean Delivery Rate In Nulliparous Women: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(7):804–11. Disponível Em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28236651>.
- [23]. Majeed T, Adnan R, Mahmood Z, Majeed I, Saba K, Mahmood H, Et Al. Anemic Patients; Relationship Of Frequency And Severity Of Iron Deficiency Anemia With Preterm Labor And Eventual Perinatal Outcome. *Professional Med J* 2015;22(12):1550-54. Disponível Em: <https://www.researchgate.net/publication/287375050>.