

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

JÉSSICA LADYANNE OLIVEIRA PEREIRA DE BRITO

**LOMBALGIA: PREVALÊNCIA E REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE
MULHERES GESTANTES**

**CUITÉ - PB
2013**

JÉSSICA LADYANNE OLIVEIRA PEREIRA DE BRITO

**LOMBALGIA: PREVALÊNCIA E REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE
MULHERES GESTANTES**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de
Bacharelado em Enfermagem da Universidade
Federal de Campina Grande – Campus Cuité
como exigência parcial para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: PROF^a. MSC. ISOLDA MARIA BARROS TORQUATO

**CUITÉ - PB
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

B862I Brito, Jéssica Ladyanne Oliveira Pereira de.

Lombalgia: prevalência e repercussões na qualidade de vida de mulheres gestantes. / Jéssica Ladyanne Oliveira Pereira de Brito – Cuité: CES, 2013.

65 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Isolda Maria Barros Torquato.

1. Gravidez. 2. Lombalgia. 3. Prevalência. I. Título.

CDU 618.2

JÉSSICA LADYANNE OLIVEIRA PEREIRA DE BRITO

**LOMBALGIA: PREVALÊNCIA E REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE
MULHERES GESTANTES**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pela aluna **Jéssica Ladyanne Oliveira Pereira de Brito** do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado em _____ de _____ 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. MSc. Isolda Maria Barros Torquato - UFCG
Orientadora

Prof^a. MSc. Heloisy Alves de Medeiros - UFCG
Membro Examinador

Prof^o. MSc. Janaína von Söhsten Trigueiro - UFCG
Membro Examinador

**CUITÉ - PB
2013**

*Dedico minha pesquisa aos **Meus Pais**, que por muitas vezes abdicaram de seus sonhos em prol dos meus, não medindo esforços para que essa vitória fosse alcançada. Vocês que compreenderam minha dedicação e ausência em casa e incentivaram o meu crescimento profissional. Meu amor por vocês é incondicional.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me proporcionar caminhos com objetivo de concretizar meu grande sonho.

Aos meus pais, sem vocês eu não conseguiria dar nenhum passo, vocês são meu incentivo, minha inspiração, minha vida.

À minha família, Tia Ivanilde, Tia Alcenira, Vô Tonino, Vó Rita, Nildinho, Diego, Juninho, Keila, Tia Iranilde, por me ampararem nas tristezas e nas alegrias, nos problemas e nas soluções.

Às minhas gestantes, o meu muito obrigada, vocês foram essências em minha pesquisa, obrigada pela confiança, compreensão e pelos minutos cedidos para a concretização de minha pesquisa.

À minha orientadora, Isolda Torquato, Deus me abençoou ao te colocar na minha vida, não poderia encontrar uma orientadora tão dedicada como você.

Às enfermeiras das UBSF do município de Cuité-PB, por me cederem momentos e espaço que eu pudesse desenvolver meus estudos.

Ao meu grupo de Estudo: Priscilla, Edjancley, Rayssa, Nayara, Karoline, Vocês foram peças-chaves na minha formação, não esquecerei dos nossos momentos.

Às minhas colegas de classe: Priscila Campos, Kamilla Kafran, Isabelle Araújo, Luana Rodrigues, Patrícia, Débora e Thaysmara Martins, conviver com vocês foi inesquecível, foi amadurecedor.

Às minhas melhores amigas: Dayana Grace, Ângela Gabrielly, Priscilla Tereza, Iani Narciza, Márcia Angélica, Brena Maia, Janáina Medeiros, Mariana Araújo e Priscila Campos, obrigada por entenderem a minha ausência e incentivarem meu crescimento pessoal e profissional. Cada uma de vocês têm um espaço especial no meu coração.

À minha amiga/irmã: Ângela, você foi uma das melhores coisas que aconteceu na minha vida, obrigada pela cumplicidade, pela irmandade, pela compreensão, sua participação na minha vida será sempre indispensável.

Ao JP²: Priscilla e Priscila, com vocês eu descobri que não existem prazos para florescer uma amizade sincera, baseada em honestidade e risos.

Aos meus colegas de casa: Isabelle Araújo, Ângela Gabrielly, Jéssica França, Thacid, Laianny, Matheus Soares, nossas brigas, nossas alegrias, nossos momentos foram únicos. Vocês são mais do que especiais. Morar com cada um me proporcionou descobrir uma nova Jéssica.

À meu amigo Igor Bomfim, no momento que eu mais precisei você esteve presente para me ajudar. Nunca esquecerei da sua dedicação.

À João, suas palavras de incentivo, o orgulho e confiança que você têm em mim é refletido em seu olhar, você me faz sentir que sou capaz e que o céu é o limite. Obrigada por acreditar em mim.

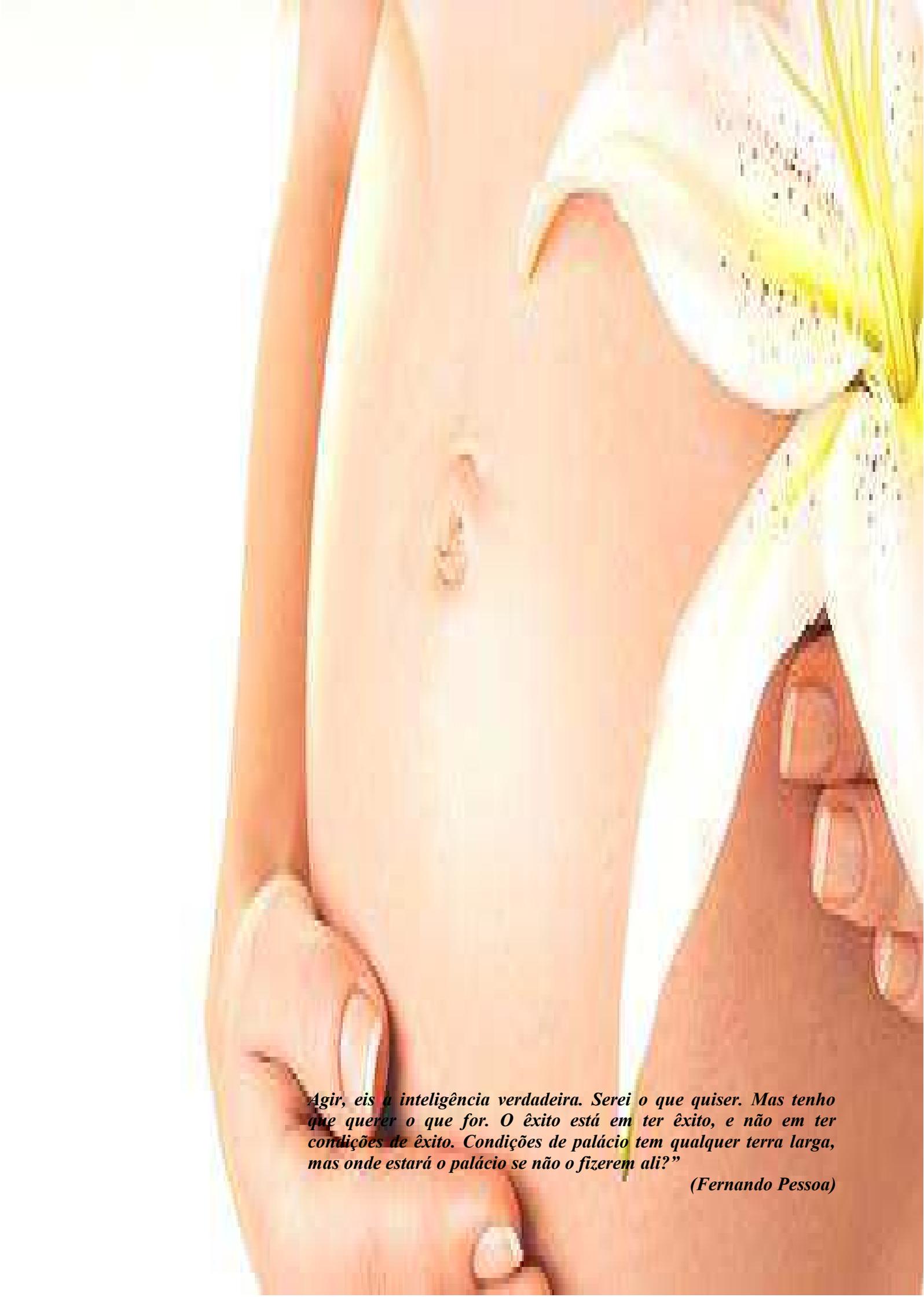
À Cuité, minha cidade tão querida, obrigada por me receber de forma tão acolhedora.

Aos professores: Através da paciência e dedicação de vocês consegui aprender o verdadeiro sentido da palavra cuidar. Vocês são exemplos de sabedoria e humanização. Grandes mestres, essa vitória também é de vocês.

A equipe da Unidade Básica de Saúde da Família Severina, obrigada pelo acolhimento e aprendizado. Vocês são exemplo de uma equipe multiprofissional.

À banca examinadora, agradeço imensamente ao trabalho executado em prol do enriquecimento da minha pesquisa.

À todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que minha caminhada fosse firme e contínua em busca do meu sonho.



Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?"

(Fernando Pessoa)

RESUMO

BRITO, J. L. O. P. de. **Lombalgia:** prevalência e repercussões na qualidade de vida de mulheres gestantes. Cuité, 2013. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2013.

Introdução: A lombalgia é uma queixa comum na população em geral, sendo um sintoma frequentemente relatado durante a gestação. Sua etiologia é multifatorial, porém, as alterações nas concentrações hormonais são consideradas umas das causas mais importantes para o desencadeamento da dor lombar e consequente comprometimento da qualidade de vida das mulheres gestantes. Nesta perspectiva, torna-se essencial que os profissionais de saúde possam ofertar orientações quanto a prevenção e/ou minimização da lombalgia neste grupo.

Objetivo: Determinar a prevalência da lombalgia nesta população e a sua influência na qualidade de vida da gestante. **Metodologia:** Tratou-se de uma pesquisa transversal, exploratório-descritiva de abordagem quantitativa realizada com uma amostra de 70 gestantes assistidas na Estratégia Saúde da Família do município de Cuité – PB. A coleta de dados teve duração de três meses sendo realizada de Junho a Agosto de 2013. O instrumento utilizado contemplou perguntas objetivas e subjetivas envolvendo a identificação e caracterização sócio-demográfica dos informantes assim como relacionadas aos aspectos obstétricos e da dor lombar. Para melhor caracterizar a dor utilizou-se ainda a Escala Visual Analógica (EVA) e o questionário de *McGill* de dor. Os dados foram apresentados descritivamente sob a forma de gráficos e tabelas e discutidos a luz da literatura. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). **Resultados:** A lombalgia esteve presente em 87,1% da amostra, se fazendo presente entre as gestantes diariamente, por um período superior a sessenta minutos e de forma intensa, sendo caracterizada como latejante conforme o questionário de *McGill* de dor. A dor lombar também se manifestou de forma mais intensa entre as múltiparas e àquelas que se submeteram ao parto cesariano. Para o alívio da dor, foram utilizadas pelas gestantes estratégias como o uso de medicamentos, repouso prolongado e caminhadas. Mesmo a maioria referindo importantes dores lombares, as quais repercutiram de forma negativa na qualidade de vida das gestantes, a exemplo, de limitações funcionais, na qualidade do sono e no aspecto emocional, apenas 10,0% mencionou ter recebido informações sobre a minimização do sintoma. Dentre os profissionais envolvidos nas orientações estiveram médicos e enfermeiros, os quais utilizaram a abordagem oral individual para prover as informações as gestantes. Para a minimização do sintoma de dor as gestantes referiam recorrer, principalmente, aos medicamentos. **Conclusão:** a dor lombar é um sintoma comum entre as gestantes, a qual ocasiona importantes repercussões físicas e emocionais, devendo ela ser melhor valorizada pelos profissionais de saúde. É necessário ofertar as gestantes orientações corretas quanto à lombalgia a fim de reduzir o uso desordenado de medicações alopáticas e viabilizar novas estratégias de alívio dos sintomas com vistas à promoção de saúde e uma melhor qualidade de vida durante a gestação.

Palavras-chave: Prevalência. Lombalgia. Gravidez.

ABSTRACT

BRITO, J. L. O. P. de. **Low back pain:** prevalence and impact on quality of life of pregnant women. Cuité, 2013. 65f. Completion of course work (Undergraduate Nursing) - Academic Unit of Health, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, PB-Cuité, 2013.

Introduction: Low back pain is a common complaint in the general population, being a symptom frequently reported during pregnancy. Its etiology is multifactorial, however, changes in hormone concentrations are considered one of the most important causes for the onset of low back pain and consequent impairment of quality of life of pregnant women. In this perspective, it is essential that health professionals can offer guidance on the prevention and / or minimization of LBP in this group. **Objective:** To determine the prevalence of low back pain in this population and its influence on quality of life of the pregnant woman. **Methodology:** This was a cross-sectional, exploratory and descriptive quantitative approach with 70 pregnant women assisted in the network Family Health Strategy of the municipality of Cuité - PB. Data collection lasted three months being held from June to August 2013. The instrument used included objective and subjective questions involving the identification and characterization of the socio-demographic informants as well as related aspects obtétricos and lumbar pain. To better characterize the pain is still used Visual Analogue Scale (VAS) and the McGill pain questionnaire. The data were presented descriptively in the form of tables and graphs and discussed in the light of literature. The research protocol was approved by the Ethics and Research of the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC). **Results:** The low back pain was present in 87.1% of the sample becomes present among pregnant women daily, for a period exceeding sixty minutes and intensely, being characterized as throbbing as. Low back pain is also expressed more intensely among multiparous and those who underwent cesarean delivery. For pain relief, were strategies used by pregnant women as drug use, prolonged standing and walking. Even the most important referring back pain, which reverberated negatively on quality of life of pregnant women, the example of functional impairments in sleep quality and emotional aspect, only 10.0% mentioned having received information on minimizing the symptom. Among the professionals involved in the guidelines were doctors and nurses, who used the oral individual approach to provide information to pregnant women. To minimize the symptom of pain pregnant women reported resorting mainly to drugs. **Conclusion:** Low back pain is a common symptom among pregnant women, which causes significant physical and emotional impact, it should be better valued by health professionals. It is necessary to offer pregnant women correct guidelines regarding low back pain in order to reduce the inordinate use of allopathic medications and enable new strategies for symptom relief in order to promote health and a better quality of life during pregnancy.

Keywords: Prevalence. Lumbago. Pregnancy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Cloasma gravídico.....	10
Figura 2: Linha Alba.....	11
Figura 2: Aréola hiperpigmentada.....	11
Figura 3: Estrias Abdominais.....	11
Figura 5: Hiperlordose na gravidez.....	20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	03
1.1 Contextualização do problema, justificativa e objetivos da pesquisa.....	04
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	07
2.1 A GRAVIDEZ.....	08
2.1.1 Alterações sistêmicas da gravidez: aspectos gerais.....	08
2.1.1.1 Alterações dermatológicas.....	09
2.1.1.2 Alterações cardiorrespiratórias.....	12
2.1.1.3 Sistema hematológico.....	14
2.1.1.4 Sistema digestório e nervoso.....	16
2.1.1.5 Sistema urinário.....	18
2.1.1.6 Sistema musculoesquelético.....	19
2.2 LOMBALGIA.....	21
2.2.1 Lombalgia em gestantes: aspectos gerais.....	21
3 METODOLOGIA.....	25
3.1 Tipo de pesquisa.....	25
3.2 Participantes, Local e Duração da pesquisa.....	25
3.3 Instrumento para a coleta de dados e procedimentos da pesquisa.....	27
3.4 Análise dos dados.....	28
3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	28
3.6 Financiamento da pesquisa.....	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICES.....	54
ANEXOS.....	61



1 Introdução

1.1 Contextualização do problema, justificativa e objetivos da pesquisa

A gravidez é percebida como uma série de processos fisiológicos que são sequenciados por adaptações do organismo feminino, a partir da fertilização, a fim de conservar o feto durante o seu período de crescimento intrauterino (COSTA et al., 2010).

Dentre as alterações vislumbradas nos diversos sistemas do organismo feminino durante o período gravídico, compreende-se que as modificações do sistema musculoesquelético constituem uma das mais impactantes, devido ao desconforto e sintomatologia dolorosa, referidas pelas gestantes, sendo provenientes das adaptações físicas e adequações posturais compensatórias necessárias durante todo o ciclo gravídico-puerperal (MOREIRA et al., 2011).

Segundo Pereira e Bachion (2005), do ponto de vista biomecânico, o determinismo das readaptações ocorridas no sistema osteomioarticular está respaldada no aumento progressivo do peso materno, especialmente no primeiro trimestre de gestação, associado às importantes modificações nos níveis hormonais, especificamente do estrogênio, da progesterona e da relaxina. Lima e Antônio (2009) corroboram o exposto, enfocando que esta última atua causando significativo relaxamento ligamentar generalizado, tornando as articulações, sobretudo as do quadril e da coluna lombar, menos estáveis e conseqüentemente mais susceptíveis a dor.

De fato, o aumento do peso corporal, expresso pela protrusão do útero gravídico e pelo aumento no volume das glândulas mamárias ocasiona o deslocamento anterior do centro de gravidade da gestante. Esta alteração, também é resultante da diminuição do arco plantar, hiperextensão dos joelhos, anteversão pélvica e acentuação da lordose lombar, refletindo na diminuição da ação do músculo ílio-psoas e em significativa tensão da musculatura paravertebral (LIMA et al., 2011).

Associada as modificações supracitadas, a presença de retenção hídrica ou edema pode diminuir o espaço disponível das estruturas anatômicas, predispondo também ao aparecimento de síndromes dolorosas por compressão nervosa periférica, inclusive na região lombar (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2009).

Comumente, as alterações posturais mencionadas, associadas à instabilidade de equilíbrio, a sobrecarga ligamentar e mioarticular tornam-se mais perceptíveis a partir do segundo trimestre gestacional, quando a ação hormonal é mais intensa, especialmente nas

estruturas articulares e ligamentares da região pélvica e da coluna lombar aumentando o risco de lombalgia gestacional (LIMA et al., 2011).

A dor lombar acomete cerca de 50% das mulheres gestantes, sendo ela conceituada como toda condição dolorosa localizada na região inferior do dorso, especificamente em área situada entre o último arco costal e a prega glútea (NOVAES; SHIMO; LOPES, 2006). Trata-se de um sintoma limitante, a depender da sua intensidade, pois interfere nas atividades de vida diária assim como na qualidade de vida da gestante que a desenvolve (MARTINS; SILVA, 2005).

De acordo com Sabino e Grauer (2008), a lombalgia é considerada um dos sintomas mais frequentes a partir da 16ª semana de gestação. Sua etiologia ainda é obscura, entretanto, acredita-se numa origem multifatorial, podendo estar relacionada a aspectos biomecânicos, hormonais, vasculares e psicológicos. Outras possíveis causas discutidas envolvem a insuficiência pélvica e uma suposta origem neuronal.

Clinicamente, a lombalgia caracteriza-se pela diminuição da amplitude de movimento da coluna vertebral associada à dor e tensão muscular na região lombar, podendo ou não ser irradiada para os membros inferiores. Os sintomas podem perdurar até três anos após a gestação, sendo intensificada no último trimestre de gravidez (MASCARENHAS; SANTOS, 2011).

Ainda no que concerne a descrição da lombalgia gestacional, Santos e Gallo (2010), classifica-a como dor lombar, dor pélvica sacroilíaca e ainda como uma combinação de ambas. A primeira, expressa-se pela limitação da mobilidade lombar devido a dor localizada, interferindo na postura e deambulação. A segunda, por sua vez, também conhecida como dor pélvica posterior, apresenta caráter intermitente com irradiação sintomática para região glútea.

Apesar da alta incidência entre as gestantes, a lombalgia ainda é subvalorizada pelos profissionais de saúde, sendo considerada como uma queixa esperada neste tipo de população e inerente a gestação. Entretanto, sabe-se que a dor lombar a depender da intensidade e duração dos sintomas, pode ocasionar importantes repercussões físicas e mentais, a exemplo de limitações funcionais, insônia e depressão (RAMOS; ALMEIDA, 2012).

Nesta perspectiva, Novaes, Shimo e Lopes (2006), enfatizam que a lombalgia deve ser melhor avaliada e considerada uma preocupação por parte dos profissionais de saúde na assistência pré-natal devido as importantes repercussões que este tipo de sintomatologia pode ocasionar no bem estar físico e mental da gestante. Por isso, necessita ser tratada de forma efetiva a fim de viabilizar o desempenho desta frente às atividades pessoais, profissionais e domésticas.

É fundamental que a equipe de saúde envolvida no cuidado a gestante possa ofertar orientações e estratégias de cuidado que possam minimizar os fatores desencadeantes e a sintomatologia clínica, com vistas a prover uma melhor independência funcional e qualidade de vida à mulher gestante.

Considerando os aspectos discutidos anteriormente e a relevância da temática para obtenção de dados e, assim, subsidiar novas pesquisas sobre o assunto proposto buscou-se responder os seguintes questionamentos: Qual a prevalência da lombalgia em gestantes? De que maneira a lombalgia interfere na qualidade de vida de mulheres gestantes? Quais as estratégias utilizadas por elas e orientadas pelos profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, para minimizar o desconforto lombar?

Destarte, considerando escassos os estudos sobre a lombalgia na população alvo da pesquisa e as repercussões que ela pode ocasionar a mulher gestante, principalmente no que tange à interferência na qualidade de vida e na realização das suas atividades instrumentais e de vida diária, este estudo teve como objetivos:

- **Geral:**

- Determinar a prevalência da lombalgia nesta população e a sua influência na qualidade de vida da gestante.

- **Específicos:**

- Caracterizar as gestantes em estudo quanto aos aspectos sóciodemográficos e obstétricos;
- Classificar a dor lombar e caracterizá-la quanto ao seu aspecto, nível de intensidade, fatores desencadeantes, frequência, duração e condição de agravamento;
- Verificar as estratégias utilizadas pelas gestantes para o tratamento para lombalgia;
- Identificar os profissionais de saúde envolvidos e as estratégias utilizadas por estes no tratamento para lombalgia em gestantes.

A realização deste estudo é justificável devido à escassez de trabalhos que abordem a temática assim como devido à relevância científica e contribuições que o mesmo proverá aos profissionais e acadêmicos da saúde sobre o conhecimento a cerca da lombalgia em gestantes.

Neste ínterim, buscou-se com este estudo contribuir para a aquisição de respostas a partir da problemática apresentada e consolidar novos conhecimentos a respeito dos possíveis fatores que estejam relacionados com a lombalgia gestacional e a influência desta na qualidade de vida da mulher gestante.



2 Referencial Teórico

2.1 A GRAVIDEZ

2.1.1 Alterações sistêmicas da gravidez: aspectos gerais

O período gestacional é compreendido como uma fase na qual ocorrem diversas transformações no corpo materno. Essa fase se inicia na fecundação e perdura até o parto. O tempo gestacional é dividido em três trimestres ou em no máximo quarenta semanas, contado a partir do primeiro dia da última menstruação. Durante o período gravídico a mulher sofre diversas transformações somáticas, visto que este é um processo de adaptação dos sistemas do corpo materno (BARACHO, 2007).

As alterações acontecem a nível sistêmico, ou seja, adaptações fisiológicas ocorrem no corpo materno durante a gravidez, envolvendo todos os sistemas orgânicos. Esses ajustes funcionais decorrem da resposta à carga fisiológica aumentada, que começa na primeira semana da gestação e continua durante toda ela (SI; ECO, 2007).

Segundo Polden e Mantle (2000), as mudanças da gravidez são resultantes da interação de quatro fatores principais, os quais incluem: mudanças hormonalmente mediadas no colágeno e no músculo involuntário; aumento da volemia, com o seu fluxo de sangue aumentado para o útero e os rins; o crescimento do feto resultando na consequente ampliação e deslocamento do útero; e, finalmente, o aumento do peso do corpo e mudanças adaptáveis no centro de gravidade e postura.

As alterações fisiológicas que ocorrem no corpo materno são justificadas devido à intensa ação hormonal no qual perpassa o corpo feminino neste período, sendo a progesterona, o estrogênio e a relaxina, considerados os hormônios mais importantes (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004). Conforme Polden e Mantle (2000), as alterações no sistema endócrino materno constituem uma das mais significativas. Os níveis hormonais elevados têm por finalidade prover a homeostasia metabólica e garantir a manutenção da gravidez até o nascimento da criança. Ressalta-se que os níveis de progesterona alcançam um valor de 10 a 15 vezes mais elevado, enquanto o de estrogênio chega de 500 a 1000 vezes mais elevado do que mulheres não grávidas.

O estrógeno desencadeia o aumento no crescimento uterino e dos ductos mamários, assim como é responsável pela retenção hídrica, flexibilidade articular e estimulação de

prolactina a fim de preparar as mamas para a lactação (REZENDE, 2011). Já a progesterona é considerada um hormônio que apresenta numerosas funções, todas relacionadas diretamente ao preparo progestacional do endométrio e, na ocorrência de gravidez, ao transporte ovular, à nidadação, e, sobretudo, ao bloqueio da contração muscular uterina, responsável pela quiescência do útero (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

Sobre a relaxina Polden e Mantle (2000) enfocam que este hormônio tem a função principal de estimular a quebra gradual de colágeno para prover maior flexibilidade, além de atuar no crescimento mamário, amadurecimento cervical e na inibição da atividade miometrial durante a gravidez na produção de tecido. Segundo os autores, as alterações endócrinas ocasionadas durante o período gravídico são consideradas como as principais responsáveis pelas modificações fisiológicas por qual perpassa o corpo feminino durante o período gestacional.

A seguir, serão explicitadas, de forma sucinta, outras alterações ocasionadas nos principais sistemas corporais da mulher durante o período gravídico, a fim prover um melhor conhecimento sobre as mesmas.

2.1.1.1 Alterações dermatológicas

Durante a gestação numerosas alterações ocorrem na pele, desde aquelas consideradas fisiológicas, próprias da gravidez, até aquelas que representam agravamento de outras dermatoses preexistentes. No primeiro grupo, enquadram-se as alterações esperadas da pele. No segundo, estão as gestantes que são acometidas por dermatoses próprias da gravidez, ou seja, as erupções que ocorrem somente durante o período gravídico (URASAKI, 2010).

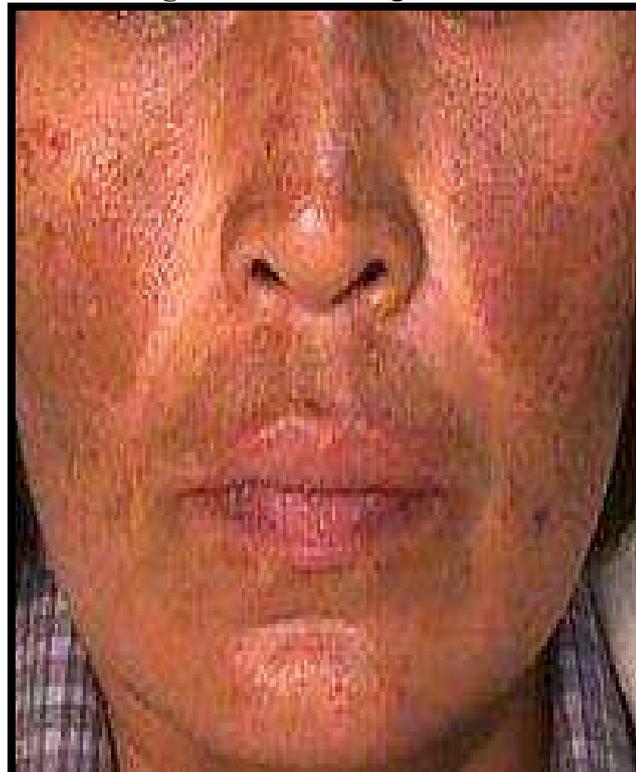
De acordo com Carneiro e Abulafia (2005), as modificações cutâneas fisiológicas decorrem em geral da maior atividade glandular, e de forma particular pela maior produção dos hormônios esteróides (progesterona e estrogênio). O pico desses hormônios varia de acordo com o período gestacional, refletindo-se nas manifestações cutâneas.

A maioria das grávidas apresenta um aumento de pigmentação da pele, sendo esta mais evidente em determinadas regiões corporais, a exemplo da face e pescoço (manchas que se designam por cloasma gravídico e que regridem, pelo menos parcialmente, após o parto) (**Figura 1**), aréolas mamárias (**Figura 2**), linha alba (**Figura 3**), e vulva. O mecanismo causal não é bem conhecido, mas estará relacionado com a MSH (Melanocyte-stimulating hormone), um

hormônio relacionado com a corticotrofina. A vasodilatação periférica relacionada com a hiperestrogenemia associa-se ao aparecimento de angiomas do tipo aranhas vasculares que surgem, sobretudo na face e pescoço, porção superior do tórax e nos membros superiores. Também é frequente o surgimento do eritema palmar. Ambas as situações não têm relevâncias clínica e regridem geralmente após o parto (ALVES; NOGUEIRA, VARELLA, 2005).

O aparecimento das estrias gravídicas (*Striae gravidarum*) (**Figura 4**), no final da gravidez resulta de alterações do tecido conjuntivo, designadamente maior retenção hídrica, por ação estrogênica. Estas lesões representam soluções de continuidade da derme e apresentam cor avermelhada, localizando-se preferencialmente no abdômen, mas também nas mamas, coxas e nádegas. Nas múltíparas, além das estrias vermelhas da atual gravidez, é frequente encontrarem-se linhas mais claras que representam as cicatrizes de estrias anteriores. Os estrogênios são ainda responsáveis pelas alterações capilares associadas à gravidez. No final da gestação, 5 a 10% dos folículos capilares encontram-se em fase telogênica, isto é, em repouso. Esta percentagem quadruplica no puerpério, o que resulta numa perda significativa de cálcio nos meses que seguem o parto, mas que é completa e espontaneamente recuperada ao fim de 6 a 9 meses (REZENDE, 2011).

Figura 1: Cloasma gravídico



Fonte: Carleto (2012).

Figura 2: Linha Alba



Fonte: www.dermatologia.net (2012).

Figura 3: Aréola hiperpigmentada



Fonte: Aracelle (2012).

Figura 4: Estrias Abdominais



Fonte: Saúdemedicina.com (2012).

2.1.1.2 Sistema cardiorrespiratório

O sistema cardiovascular sofre algumas das mais extensas e significativas alterações durante a gravidez, resultando em alterações hemodinâmicas características deste período. As mudanças principais envolvem o aumento da volemia e do débito cardíaco e a diminuição da resistência vascular sistêmica e da reatividade vascular (PICON; SÁ, 2006).

A volemia começa a aumentar a partir da sexta semana de gestação subindo 30% a 40% em relação aos níveis pré-gravídicos em torno da trigésima segunda a trigésima quarta semana de gestação, mantendo-se constante até o nascimento da criança, e retornando aos níveis iniciais duas a três semanas do pós-parto. Este aumento resulta do incremento do volume plasmático que passa de 40 ml/Kg para 70 ml/Kg e dos eritrócitos que aumentam de 25 ml/Kg para 30 ml/Kg (POLDEN; MANTLE, 2000).

Segundo os mesmos autores, a hipervolemia induzida pela gestação é uma adaptação do organismo materno com o objetivo de suprir a demanda do útero hipervascularizado, bem como para proteger a mãe da perda sanguínea no momento do parto. O débito cardíaco começa a se elevar entre a décima e a décima segunda semana de gestação, atingindo 30% a 50% em relação aos níveis pré-gravídicos até a trigésima segunda semana de gestação.

Segundo Picon e Sá (2006), este aumento se deve à elevação do volume sistólico secundário ao aumento da volemia e ao aumento da frequência cardíaca. A maior volemia causa o aumento do retorno venoso, com consequência, há maior distensibilidade e contratilidade do ventrículo esquerdo. A frequência cardíaca aumenta de dez a quinze batimentos por minuto durante a gestação. O aumento do débito cardíaco implicará na maior perfusão dos seguintes órgãos: do útero e da placenta, ampliando progressivamente durante a gestação o aporte sanguíneo para o feto em crescimento; dos rins, cujo suprimento sanguíneo aumenta em aproximadamente 500 ml/min da pele, para eliminação mais eficaz do calor; e das glândulas mamárias, intestinos e outros órgãos.

Nas primeiras horas após o parto, o débito cardíaco se eleva em 60% a 80% do valor pré-parto. Isto ocorre devido à transferência do sangue represado no útero para a circulação sistêmica e à menor compressão da veia cava inferior causados pela involução uterina. O resultado é o aumento da volemia efetiva, apesar da perda sanguínea que ocorre no parto (aproximadamente 500 ml no parto vaginal e 1000 ml no parto cesáreo) (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

Outra alteração percebida no sistema cardiovascular remete-se a pressão arterial. Durante o primeiro e segundo trimestre, a pressão arterial sistólica pode reduzir ou não se alterar, enquanto a pressão arterial diastólica pode cair de 10 a 15 mmHg. No entanto, no terceiro trimestre, a pressão arterial sistêmica sobe até os níveis pré-gravídicos. O aumento do débito cardíaco não acompanhado pelo aumento da pressão arterial indica diminuição da resistência vascular sistêmica que, em parte, se deve ao grande leito vascular uteroplacentário. A diminuição da resistência vascular sistêmica é máxima por volta da segunda metade da gestação, fase em que ocorre a segunda onda de migração trofoblástica. Neste momento, há invasão das artérias espiraladas do útero pelo tecido trofoblástico, fazendo com as mesmas percam sua camada muscular, transformando o leito destas artérias uteroplacentárias em um sistema de baixa resistência, baixa pressão e alto fluxo (ZIEGEL; CRANLEY, 2006).

No terceiro trimestre o peso do feto pode comprimir a aorta e a veia cava inferior contra a coluna lombar quando a mulher está deitada, causando vertigens e até mesmo inconsciência. Uma leve hipotonia vascular, uma pressão para baixo do útero dilatado, aumento de peso, pressão intra-abdominal aumentada, predispõem a veias varicosas. Como resultado da circulação periférica aumentada e estímulo hormonal, as mucosas tornam-se mais hipercoradas (REZENDE, 2011).

No que concerne ao sistema respiratório, o referido autor, menciona a subida do diafragma cerca de 4 cm. O ângulo subcostal alarga-se à medida que o diâmetro transverso da caixa torácica aumenta cerca de 2 cm. O perímetro torácico aumenta cerca de 6cm, mas não o suficiente para impedir a redução do volume residual funcional, originado pela subida do diafragma.

A frequência respiratória praticamente não se altera durante a gravidez, mas o volume corrente, o volume ventilatório por minuto e a absorção de oxigênio por minuto aumentam significativamente à medida que a gravidez progride. A capacidade respiratória máxima e a capacidade vital forçada não se alteram apreciavelmente. A capacidade residual funcional e o volume residual estão diminuídos como consequência da elevação do diafragma. A complacência pulmonar não é afetada pela gravidez. A condutância das vias aéreas está aumentada e a resistência pulmonar total está diminuída. O volume crítico de encerramento é mais alto durante a gravidez. As necessidades aumentadas em oxigênio e o volume crítico de encerramento mais elevado tendem a tornar as doenças respiratórias mais graves durante a gravidez (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

Em qualquer uma das fases da gestação, a quantidade de oxigênio que entra para os pulmões através do aumento do volume corrente excede claramente as necessidades

aumentadas impostas pela gestação. Além disso, a quantidade de hemoglobina em circulação, e, portanto a capacidade de transporte do oxigênio, aumenta consideravelmente durante uma gravidez normal, assim como o débito cardíaco. Como consequência o gradiente do oxigênio arteriovenoso materno diminui. O conteúdo em oxigênio do sangue arterial é significativamente mais baixo no terceiro trimestre da gravidez, em virtude da baixa do conteúdo em hemoglobina – a chamada anemia fisiológica da gravidez. A função pulmonar não difere nas gestações únicas ou múltiplas, mas, quando comparadas com mulheres não grávidas verifica-se que, no terceiro trimestre, a capacidade de reserva funcional e o volume de reserva expiratória são 20 e 30 % mais baixos, respectivamente. Além disso, a ventilação por minuto aumenta cerca de 30 %, tão cedo como no primeiro trimestre da gravidez (FEBRASGO, 2000).

2.1.1.3 Sistema hematológico

O volume sanguíneo materno eleva-se consideravelmente durante a gravidez. Este aumento depende de vários fatores, a exemplo, do número de partos, de gestações prévias (em média 1200mL para nulíparas e 1500mL para múltiparas), gemelar e do biótipo materno (uma mulher pequena pode ter um incremento de cerca de 20% do volume sanguíneo, enquanto que, numa mulher maior, esse aumento poderá ascender aos 100%) (REZENDE, 2011).

A hipervolemia inicia-se no primeiro trimestre, a partir da sexta e oitava semana, aumenta rapidamente no segundo, diminui a velocidade de aumento no terceiro trimestre e estabiliza em torno das 32-34 semanas, cuja média do aumento é de cerca de 45-50%. Entre a 6ª e 8ª semana do puerpério, o volume sanguíneo regressa aos valores pré-gravídicos. A hipervolemia induzida pela gravidez serve para ir de encontro às necessidades de um útero extremamente aumentado, proteger a mãe, e consequentemente o feto, dos efeitos deletérios da diminuição do retorno venoso na posição supina e ereta (CHAVES NETTO, 2007).

É importante, salvaguardar as mães das perdas sanguíneas associadas ao parto (500 a 600mL num parto vaginal de um só feto a 1000mL num parto vaginal gemelar). Também é de referir o aumento da perfusão de outros órgãos como o rim e mesmo o aumento de fluxo a nível da pele para permitir a dissipação de calor gerado pelo aumento do metabolismo. O aumento do volume sanguíneo resulta quer do aumento de plasma quer do aumento da massa

eritrocitária. Esta última resulta num incremento de cerca de 450 mL, ou seja, 33% em volume (MARTINS, 2009).

Segundo Febrasgo (2000) a idade média dos eritrócitos em circulação é menor no final da gravidez porque a taxa de produção excede a de destruição. A presença de muitos eritrócitos jovens em circulação leva a um discreto aumento do volume globular médio e algum grau de anisocitose. Existe uma hiperplasia eritróide moderada a nível da medula óssea e a contagem de reticulócitos está discretamente aumentada na gravidez normal. Após as 20 semanas de gestação, período em que a produção eritrocitária é máxima, a concentração de eritropoietina materna aumenta de duas a três vezes. Porém, apesar do aumento da eritropoiese, o hematócrito diminui ligeiramente durante a gravidez normal. Existe certo grau de hemodiluição visto que o aumento da massa eritrocitária é menos acentuado que a expansão plasmática. Consequentemente, diminui a viscosidade sanguínea. A partir do fim do segundo trimestre, quando a expansão plasmática e o aumento da massa eritrocitária estão sincronizando, o hematócrito estabiliza podendo mesmo aumentar ligeiramente no termo da gravidez.

Quanto aos leucócitos, é habitual a ocorrência de leucocitose de 4300-4500/mm de níveis pré-gravídicos para 5000-12000/mm no segundo e terceiro trimestres, que se processa essencialmente à custa dos neutrófilos. As funções de quimiotaxia e aderência estão diminuídas a partir do 2º trimestre e até ao final da gestação. Esta observação poderá explicar não só o aumento da suscetibilidade à infecção das grávidas nesta fase, mas também a razão pela qual algumas doenças imunes apresentam melhoria durante a gravidez. A atividade da fosfatase alcalina dos leucócitos está aumentada desde fases precoces da gravidez e aumenta progressivamente até o 3º trimestre (SOUZA; BATISTA FILHO; FERREIRA, 2002).

Segundo Montenegro e Rezende Filho (2009), a concentração de proteínas plasmáticas totais diminui acentuadamente ao longo da gravidez. Esta diminuição verifica-se logo no 1º trimestre e é atribuída, essencialmente, à albumina (reduz-se de cerca de 4,0g/dL para 2,5 - 3,0gd/L durante a primeira metade da gestação). No que diz respeito às globulinas, existe um aumento discreto das frações α e β , sem alteração dos níveis das γ . O reflexo deste fenómeno reside na diminuição da pressão oncótica com aumento da filtração glomerular e perda de líquidos para o espaço extracelular, com possível formação de edema.

A contagem de plaquetas durante a gravidez revela um ligeiro decréscimo, provavelmente devido à hemodiluição e aumento de consumo. A sua semi-vida diminui discretamente, mas existe um aumento da produção (trombocitopoiese) e sua ativação. Os níveis de prostaciclina (PGI₂) – inibidor da agregação plaquetária estão aumentados. Nas

situações em que pode ocorrer coagulação intravascular. Durante a gravidez, verifica-se o aumento de vários fatores da coagulação, designadamente, fibrinogênio (fator I) e, em menor grau, os fatores II (protrombina), VII (pro-convertina), fator III (fator anti-hemofílico), IX (fator de Christmas) e X (fator de Stuart). Em termos analíticos, tanto o tempo de ativação parcial da tromboplastina (APTT) (via intrínseca) como o tempo de protrombina (via extrínseca) estão diminuídos (MARTINS, 2009).

Os níveis de fibrinogênio começam progressivamente a partir do 3º mês de gravidez (de cerca de 300mg/dL pré-gravídicos a 450mg/dL na gestação a termo). A razão para o aumento da síntese poderá dever-se à sua utilização na circulação uteroplacentária ou resultar das alterações hormonais, designadamente, os elevados níveis de estrogênios. Este aumento de fibrinogênio contribui significativamente para o aumento da velocidade de sedimentação a que se assiste na gravidez normal. Por outro lado, o fator III (fator estabilizador do fibrinogênio) diminui cerca de 50%. Na gravidez normal, circulam complexos solúveis fibrinogênio-fibrina. No que diz respeito à fibrinólise, os níveis de plasminogênio aumentam paralelamente aos de fibrinogênio. Os níveis III não se alteram significativamente. Todavia, a atividade fibrinolítica está diminuída durante a gravidez e trabalho de parto. Mas este estado reverte-se nas primeiras horas após a dequitação (FEBRASGO, 2000).

Esta brusca modificação está relacionada com a rápida remoção da circulação materna dos inibidores da fibrinólise produzidos pela placenta. Do que ficou dito, depreende-se que as modificações sofridas induzem um estado semelhante ao de hipercoagulabilidade, com papel na prevenção das hemorragias pós-parto. A compressão das alterações sofridas na hematose durante a gravidez é fundamental para lidar com duas das mais graves complicações da gravidez e os acidentes tromboembólicos (ZIEGEL; CRANLEY, 2006).

2.1.1.4 Sistema digestório e nervoso

Os distúrbios do sistema gastrointestinal por qual perpassa a mulher gestante constituem problemas frequentes em gestações normais não complicadas. O tecido conjuntivo do corpo da mulher passa por um processo de hipertrofia e aumento da irrigação sanguínea, justificando as alterações observadas na gengiva, a qual torna-se mais edemaciada e hiperemiada, cujo evento é conhecido por epúlide. É muito comum a ocorrência de gengivite,

amolecimento gengival e sangramentos ao menor trauma, a exemplo da escovação (COSTA, 2012).

Outras alterações bastante comuns neste tipo de sistema envolve a ocorrência do aumento da salivação, náuseas e vômitos. A musculatura do intestino torna-se levemente hipotônica e a motilidade é diminuída, levando ao prolongamento de tempo de esvaziamento gástrico e uma lentificação da passagem de alimento. Destarte, a motilidade reduzida do cólon e tempo de trânsito prolongado propiciam aumento de absorção de água. As fezes tornam-se menos volumosas, mais concentradas, contribuindo para obstipação. O aumento de flatulência pode ocorrer em vista diminuição da velocidade do trânsito no cólon e compressão pelo útero em crescimento (KLUG et al., 2007).

Segundo Kawaguti et al. (2008, p. 46) a explicação para a ocorrência de constipação relaciona-se com:

a diminuição da concentração plasmática de motilina, por influência da progesterona na gravidez, um polipeptídeo intestinal que estimula a contração das fibras lisas do intestino. Parece haver também um papel para a somatostatina na regulação do motilidade na gestação. Outros fatores devem ser considerados na gênese ou agravamento dos sintomas. Entre eles inclui-se o programa alimentar, nível de atividade física, ingestão de água, e quantidade adequada de fibras, embora algumas gestantes com constipação grave possam piorar os sintomas ingerindo fibras em excesso.

Branden (2000) assinala que a velocidade reduzida do peristaltismo esofágico, um relaxamento hormonalmente mediado do esfíncter cardíaco, o deslocamento do estômago e uma pressão intra-abdominal aumentada com o desenvolvimento da gravidez, favorece ao refluxo gástrico ou “azia” das quais muitas gestantes se queixam.

No que tange as alterações observadas no sistema nervoso, percebe-se que instabilidade de humor, ansiedade, insônia, pesadelos, leves reduções na habilidade cognitiva e amnésia são todas bem substanciais e acompanhamentos comuns da gravidez. Entretanto, ainda não se conhece o mecanismo fisiológico destas alterações nas funções emocionais, cognitiva, mas presume-se tratar-se de um fenômeno hormonalmente mediado. Além das alterações no sistema nervoso central, também é possível a ocorrência de lesões nervosas periféricas, a exemplo da neuropraxia devido ao excesso de retenção hídrica corporal (SILVA, 2010).

2.1.1.5 Sistema urinário

O sistema urinário é alterado na gestação porque os rins da gestante tendem a responder às maiores demandas metabólicas e circulatórias do seu corpo e excreções das escórias fetais. Durante a gravidez o organismo materno sofre modificações funcionais e anatômicas, as quais podem persistir após o puerpério. Desta feita, observam-se vários sintomas, como aumento de frequência da micção, em 45% a 95% das gestantes, urgência miccional em 60% a 70% ou noctúria em 55% a 65% delas (REZENDE, 2011).

Os rins crescem cerca de 1,5 cm, em decorrência da maior vascularização, aumento do néfron, dilatação dos cálices e do aumento do espaço intersticial. O volume renal aumenta cerca de 30%, até na ausência de hidronefrose, provavelmente pelo acréscimo do fluxo plasmático renal e da filtração glomerular. A dilatação pielouretral, inicia-se cedo, em torno da 10ª semana, tendo com explicação a possível influência hormonal no início de seu aparecimento e, depois, fatores mecânicos como a compressão do ureter pelo útero gravídico. De fato, a dilatação ureteral termina na borda do estreito superior, isto sugere que a obstrução se deve à compressão do útero sobre o ureter, quando este cruza a artéria ilíaca interna. É provável acentuação à direita ocorra dextro-rotação do útero e pela presença do cólon sigmoide à esquerda, aqui amortecendo a compressão do ureter (POLDEN; MANTLE, 2000).

Segundo Montenegro e Rezende filho (2009), a progesterona é apontada como causadora da hipotonia da musculatura lisa ureteral, sendo assim responsável pelo aparecimento precoce da dilatação do bacinete e do ureter. Existem alguns dados, porém, que sugerem haver variações na dilatação pielouretral e na pressão intra-ureteral, se acordo com o decúbito da gestante. Ainda é polêmica, portanto, a causa da dilatação pielo-ureteral. Provavelmente, maior fator é a obstrução mecânica, pois a dilatação deveria ser igual dos dois lados se fosse causada apenas por estímulos hormonal.

Segundo os mesmos autores, além da dilatação o ureter também se alonga, amoldando-se em curvas de várias dimensões, e sofrendo deslocamento lateral junto à pelve renal, e é raro vê-lo na sua porção distal. Essas alterações comprometem, em parte, o fluxo normal da urina nessas vias excretoras, tornando-o mais lento. Neste sentido, a estase urinária se constitui em um dos principais fatores predisponentes à infecção do trato urinário. As adaptações anatômicas descritas, entretanto, não afetam permanentemente a elasticidade do ureter, havendo retorno às condições pré-gravídicas quatro a seis semanas após o parto.

No que concerne à bexiga, há uma alteração no posicionamento desta ao longo da gestação, onde no terceiro trimestre, o referido órgão assume uma posição mais abdominal do

que pélvica, elevando a junção uretrovesical, justificando a incontinência nas gestantes. O detrusor torna-se hipotônico pela progesterona, o que ocasiona aumento da capacidade vesical. No entanto, com a compressão pelo útero, há progressiva diminuição da capacidade vesical, que pode ser responsável pelo maior número de micções no último trimestre (MONTENEGRO; RESENDE FILHO, 2009).

Os autores supracitados pontuam ainda que, nas últimas semanas, quando ocorre a insinuação, a bexiga é comprimida para diante e para cima, podendo gerar dificuldade ao retorno sanguíneo, o que piora o edema local e propicia mais resíduo urinário. Todas essas alterações na bexiga também favorecem o refluxo vésico-uretral e lesões por traumas, concorrendo para a instalação de quadros infecciosos.

Conforme Duarte et al. (2008), vários fatores tornam a infecção do trato urinário (ITU) uma relevante complicação do período gestacional, agravando tanto o prognóstico materno quanto o perinatal. Preocupação adicional para os profissionais responsáveis pela atenção pré-natal destas mulheres é que, além da incidência aumentada de infecções sintomáticas entre grávidas, justamente neste período, o arsenal terapêutico antimicrobiano e as possibilidades profiláticas são restritas, considerando-se a toxicidade de alguns fármacos para o produto conceptual (embrião/feto e placenta). Por estes motivos, o conjunto do diagnóstico precoce, seguido de terapêutica adequada e imediata, é imprescindível durante a assistência pré-natal, evitando comprometer o prognóstico materno e gestacional.

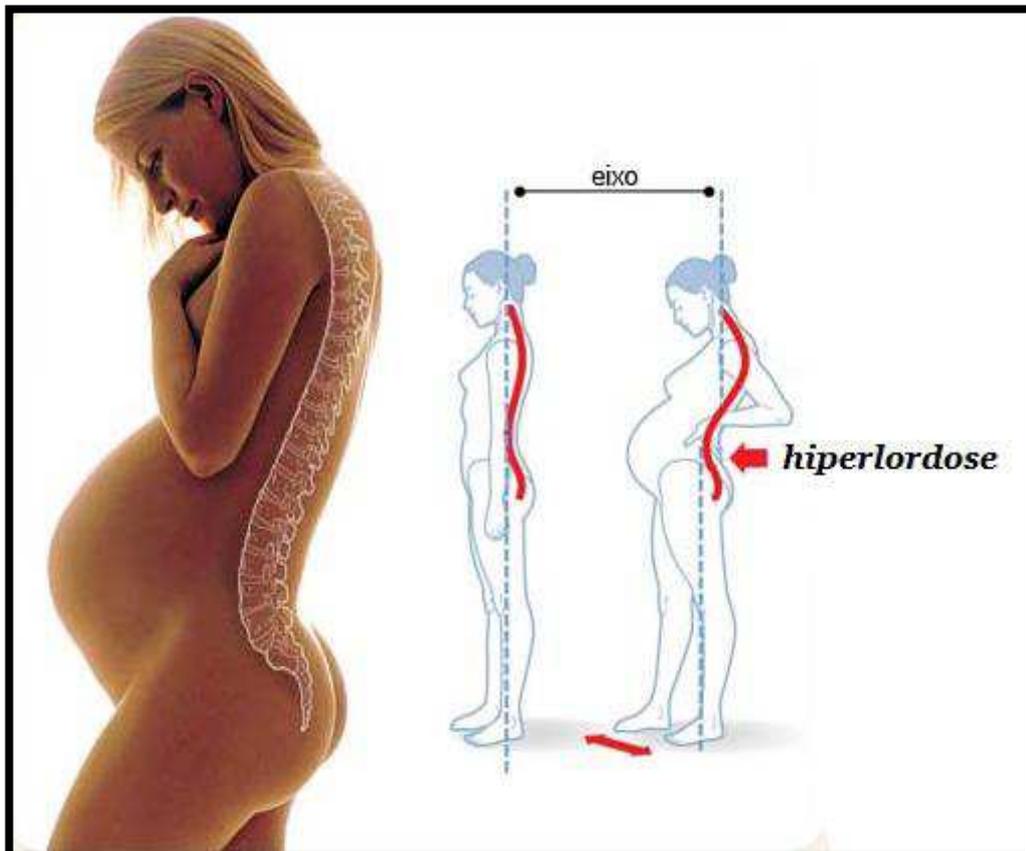
2.1.1.6 Sistema musculoesquelético

A preparação do corpo da mulher para a gestação envolve ajustes dos mais variados sistemas. O sistema musculoesquelético sofre alterações significativas, onde a ocorrência de edema de partes moles, além de facilitar o surgimento de síndromes de compressão nervosa, também pode contribuir para uma diminuição da mobilidade articular das gestantes (LIPPERT, 2008).

As adaptações do sistema osteoarticular são determinadas pelo ganho de peso materno progressivo proveniente do aumento considerável do volume do abdome e das mamas associada à ação de hormônios placentários. A distribuição do peso adquirido durante a gestação dependerá dos tecidos afetados a cada trimestre (POLDEN; MANTLE, 2000).

Os mesmos autores, acrescentam que esse aumento de peso ocorre principalmente no 3º trimestre, elevando a sobrecarga sobre as articulações. Ao carregar um feto e seus anexos na região anterior da pélvis, a gestante sofre alguns ajustes posturais através da produção de forças internas realizadas pelos músculos extensores do quadril. Na grávida, observam-se os ajustes através do deslocamento anterior da pélvis e do aumento curvatura lombar (**Figura 5**). A adaptação lombar pode ser dada pela diminuição da ação do músculo íliopsoas, já que seu torque de flexão não tem mais utilidade, uma vez que o peso do feto realiza essa função. Durante a gestação, o crescimento e o desenvolvimento do útero provocam mudanças na forma, no tamanho e na inércia materna, ocasionando alterações na estática da mulher.

Figura 5: Hiperlordose na gravidez.



Fonte: Fabian (2013).

Ajustes no sistema postural podem ser esperados com a gestação, pois com o ganho de peso nas mamas e no útero gravídico percebe-se uma importante readaptação postural: a lordose cervical aumenta e desenvolve-se um posicionamento anteriorizado da cabeça para

compensar o alinhamento do ombro; os joelhos se hiperestendem, provavelmente pela mudança na linha da gravidade; os ombros ficam arredondados com protração escapular e rotação interna dos membros superiores em razão do crescimento das mamas (STEPHENSON; O'CONNOR; 2004).

Segundo Kisner e Colby (2005), o aumento do volume abdominal desviando o centro de gravidade da gestante para frente tem que ser compensado, possibilitando assim, a manutenção da posição ereta. O principal mecanismo de compensação é a lordose acentuada na postura de grávida, acompanhada de um aumento de base de sustentação resultando em um andar de gestante que lhe é peculiar, a chamada “marcha anserina”.

É possível considerar, conforme Stephenson e O' Connor (2004), que a distribuição instável do peso corporal associada à instabilidade articular que pode contribuir para a diminuição do equilíbrio, fazendo com que a gestante coloque tensões anormais sobre músculos e articulações, ocasionando importantes sintomatologias como a lombalgia, a qual será discutida de forma objetiva a seguir.

2.2 LOMBALGIA

2.2.1 Lombalgia em gestantes: aspectos gerais

As alterações que mais acarretam dor na gestante são as musculoesqueléticas, entre elas a cervicalgia, a dorsalgia, a dor sacroilíaca e a dor lombar ou lombalgia. Sobre esta última, entende-se como toda a condição de dor ou rigidez que se localize na região inferior do dorso, situada entre o último arco costal e a prega glútea (MARTINS; SILVA, 2005).

Poucos são os estudos que abordam a lombalgia no que concerne aos aspectos epidemiológicos. Na Suécia a prevalência está em torno de 50% das gestantes. Já nos Estados Unidos, 83% das grávidas apresentam dores lombares. No Brasil, apesar de poucos estudos abordarem esta temática, estima-se que a incidência de lombalgia esteja em torno de 47% a 83% (SILVA, 2003).

A etiologia de dor lombar específica na gravidez ainda é mal definida e sua origem é desconhecida. Segundo Santos e Gallo (2010), sua origem pode estar relacionada a inúmeros fatores, tais como as alterações fisiológicas, biomecânicas, vasculares e psicológicas.

Apesar de tratar-se de uma condição clínica que ainda precisa ser melhor investigada quanto aos fatores etiológicos, alguns fatores são considerados de risco para o desenvolvimento da lombalgia. Dentre eles elencam-se: idade materna, peso materno e fetal, gestações anteriores, paridade, altura e índice de massa corporal (CARVALHO; CAROMANO, 2001). Segundo Gil, Ribeiro e Quinoneiro (2007) quando uma mulher em seu período gravídico aumenta seu peso corporal em torno de 20% há um aumento da probabilidade das dores lombares serem mais intensas, devido ao aumento da sobrecarga articular.

Martins e Silva (2005) afirmam que mulheres que apresentam história pregressa de lombalgia em gravidez anterior apresentam um risco duas vezes maior de recidiva do que aquelas grávidas que não apresentavam histórico de dor lombar pré-gestacional. O estudo também mostrou que mulheres com histórico de lombalgia têm maiores chances dos sintomas perdurarem no pós-parto.

Para Santos e Gallo (2010), a lombalgia gestacional pode ser classificada em dor lombar, dor pélvica posterior e na combinação das duas anteriores. Clinicamente, a dor lombar é uma condição que se caracteriza por dor à palpação da musculatura paravertebral, diminuição da amplitude de movimento da coluna lombar, interferindo pouco na marcha e na postura. Por outro lado, a dor pélvica posterior tem caráter intermitente, irradia-se para a região glútea, piorando com a deambulação e a postura estática. A lombalgia gestacional é um sintoma limitante, pois interfere nas atividades de vida diária (AVDs) e na qualidade de vida. Os sintomas da lombalgia podem durar até três anos após a gestação e ocorrem, principalmente, no último trimestre gestacional.

Moreira et al. (2011) apontam que, a lombalgia gestacional interfere de maneira significativa na qualidade de vida da gestante, podendo causar incapacidade motora, insônia, depressão, afastamento do ambiente de trabalho e impedindo a mulher de levar uma vida normal. Diante de todas essas alterações, a lombalgia não deve ser considerada como mais um sintoma esperado durante a gestação. É preciso ser melhor avaliada pelos profissionais de saúde, devendo ser tratada de forma adequada e efetiva.

Os principais sintomas podem ter alívio com a diminuição da atividade física, uso de sapatos de salto baixo, repouso, calor local, descanso sentado por alguns períodos e prática de exercícios de relaxamento da musculatura lombar sob orientação fisioterapêutica. É importante ressaltar que o uso de cintas elásticas também podem reduzir o quadro álgico (LIMA; ANTÔNIO, 2009).

Novaes, Shimo e Lopes (2006), corroboram enfocando que a mulher gestante que vivencia a dor lombar, deve ter sua queixa valorizada pelo médico ou enfermeiro, por ocasião das consultas pré-natais. A escuta atenta e uma relação profissional-cliente que estabeleça confiança são os primeiros passos para o tratamento do problema. Ao médico, cabe as orientações quando ao tratamento medicamentoso. Ao profissional de enfermagem, cabe as orientações quanto aos hábitos de vida a serem mudados além da utilização de técnicas complementares de saúde como a reflexologia e o uso de relaxamento. Além destes é essencial à participação do profissional da fisioterapeuta e o educador físico, os quais poderão minimizar os sintomas por meio de técnicas específicas, as quais lhe são inerentes.

A atuação dos profissionais envolvidos no processo gravídico responsáveis pelas orientações a cerca das algias gestacionais merecem ser revistas, visto que estudos demonstraram que um terço dos profissionais de saúde, inclusive obstetras não aconselha nenhuma orientação para o tratamento dessas dores (MARTINS; SILVA, 2005).

Segundo os referidos autores, é primordial para os profissionais de saúde conhecer com mais detalhes a frequência e as características dessas queixas, com a finalidade de propor e realizar novos estudos, onde se possa verificar a efetividade dos diferentes tratamentos disponíveis a fim de amenizar sua repercussão sobre o bem-estar das gestantes, possibilitando uma integração mais harmônica entre as atividades pessoais, domésticas e laborativas.



3 Metodologia

3.1 Tipo de pesquisa

O estudo foi do tipo transversal exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva é aquela que tem por objetivo estudar as características de um grupo ou fenômenos entre as variáveis.

Sobre a abordagem quantitativa Marconi e Lakatos (2007), mencionam que a mesma busca critérios numéricos que possibilite gerar e generalizar conceitos teóricos que se pretende testar. Ela transforma em números, opiniões e informações, por meio de recursos e técnicas estatísticas para classificá-las e analisá-las, associado ao estudo descritivo. Esta abordagem é utilizada quando se conhece o perfil do universo e os objetivos específicos do problema.

Segundo os mesmos autores o instrumento para a coleta de informações é estruturado e os resultados são extrapolados para o universo, onde todos os componentes devem ter a chance de participar da amostra.

3.2 Participantes, Local e Duração da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Cuité – PB, localizado na microrregião do Curimataú Ocidental do estado da Paraíba, especificamente na rede de Atenção Primária do referido município. Esta, conta com nove Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo quatro na zona rural e cinco na zona urbana, sendo nesta última onde se procedeu a pesquisa. Estiveram envolvidas na pesquisa: ESF Abílio Chacon; ESF Ezequias Venâncio; ESF Luiza Dantas de Medeiros; ESF Diomedes Lucas de Carvalho e a ESF Raimunda Domingos de Moura.

O número de gestantes cadastradas na rede de Atenção Primária do município de Cuité foram de 116, caracterizando a população alvo da pesquisa. A amostra, entretanto, envolveu 70 gestantes cadastradas na rede ESF, zona urbana, sendo 14 provenientes de cada uma das Unidades de Saúde da Família (USF). O cálculo amostral respaldou-se na fórmula estatística utilizada para pesquisas com amostragem aleatória simples, explicitada a seguir:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde: **n:** amostra calculada; **N:** população; **Z:** variável normal padronizada associada ao nível de confiança; **p:** verdadeira probabilidade do evento; **e:** erro amostral.

A escolha do cenário da pesquisa justificou-se devido à viabilidade de acesso ao local (**ANEXO A**) e devido a ESF ser considerada um importante dispositivo com o objetivo de reorganizar a prática de atenção à saúde, incluindo o público de mulheres grávidas, viabilizando o acompanhamento das mesmas desde o primeiro trimestre até o parto e o puerpério.

A seleção das participantes ocorreu de maneira aleatória, já que se trata de uma pesquisa não probabilística, sendo escolhidas enquanto aguardam atendimento na sala de espera para a realização de consulta pré-natal.

A coleta de dados teve duração de três meses (Junho a Agosto de 2013), cujas entrevistas foram realizadas nas Unidades de Saúde da Família (USF) nos turnos matutino (08:00 às 12:00h) e vespertino (13:00 às 17:00h) conforme os dias de atendimento pré-natal estabelecidos pelo serviço.

De modo a garantir uma uniformidade do grupo amostral, foram estabelecidos os critérios de inclusão e de exclusão os quais seguem:

3.2.1 Critérios de Inclusão:

- Gestantes devidamente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família da zona urbana;
- Gestantes que estivessem realizando regularmente o pré-natal;

3.2.2 Critérios de Exclusão:

- Gestantes com idade inferior aos 18 anos;
- Gestantes com risco de abortamento;
- Gestantes com distúrbios mentais e no sistema geniturinário;
- Gestantes que se recusaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE A**);
- Gestantes que se recusaram em participar da pesquisa.

3.3 Instrumento para a coleta de dados e procedimentos da pesquisa

Os dados foram coletados mediante entrevista individual estruturada, a qual foi norteada por meio de um instrumento de coleta (**APÊNDICE B**) composto por 29 questões objetivas e subjetivas divididas em três categorias. A primeira referiu-se aos dados sócio demográficos da gestante (Idade, Estado civil, Escolaridade, Profissão/Ocupação e Renda familiar); A segunda e terceira categoria remeteram-se, respectivamente, as informações obstétricas (Idade gestacional, Altura, Peso, Índice de Massa Corporal (IMC), Número de consultas pré-natais, História obstétrica prévia) e a caracterização da lombalgia (Início, Duração, Intensidade, Frequência, Agravamento do sintoma, Profissionais envolvidos e as Orientações ofertadas por estes para a lombalgia gestacional). Para melhor quantificar a intensidade da dor foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA), a qual se trata de um instrumento unidimensional que apresentará escores **0 (zero)** que significa **ausência total de dor**, escores **1-2** remete-se a **dor leve**, escores **3-7** como **dor moderada** e **8-10** **dor intensa**.

Ainda para análise e caracterização da dor foi utilizado o Questionário *McGill de Dor* (**ANEXO B**), instrumento multidimensional, que contém 78 descritores distribuídos em quatro grandes grupos e 20 subgrupos. O primeiro grupo é considerado o sensorial, composto por 10 subgrupos e 42 palavras. O grupo afetivo é composto por cinco subgrupos e 14 palavras. O grupo avaliativo é composto de um subgrupo e cinco palavras; e, finalmente, o grupo misto com quatro subgrupos e 17 palavras.

Para registro da entrevista e posterior contabilidade dos dados no que se remete a pergunta norteadora: “Como você percebe a lombalgia interferindo na sua qualidade de vida?” foi utilizado um aparelho de MP3 player, o qual garantiu maior fidelidade e veracidade das informações coletadas. Após essa etapa, o material foi transcrito na íntegra, sendo posteriormente analisada e quantificada a frequência das respostas.

O procedimento da pesquisa constou de etapas que se iniciou mediante envio de um ofício ao Secretário de Saúde do Município de Cuité (**APÊNDICE C**), informando sobre o estudo e solicitando sua autorização para a realização da pesquisa, assim como para a utilização formal do nome da instituição no relatório final. Após essa autorização (**ANEXO A**), o projeto foi submetido para apreciação a Plataforma Brasil e devidamente encaminhado para um Comitê de Ética em Pesquisa designado (**ANEXO D**).

Após a aprovação e de posse da certidão provisória a pesquisa foi iniciada nos turnos mencionados e de acordo com as consultas de pré-natal agendadas em cada uma da ESF que contemplam a zona urbana.

3.4 Análise dos dados

Para a elaboração do banco de dados e análise quantitativa foram utilizados os *Softwares Word e Excel 2007*, cujos resultados foram apresentados descritivamente sob a forma de gráficos e tabelas e discutidos a luz da literatura.

3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

A coleta de dados foi formalizada e iniciada após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa sugerido e designado pela Plataforma Brasil, a qual foi iniciada após autorização do mesmo, conforme exigências estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que norteia a prática de pesquisa com seres humanos.

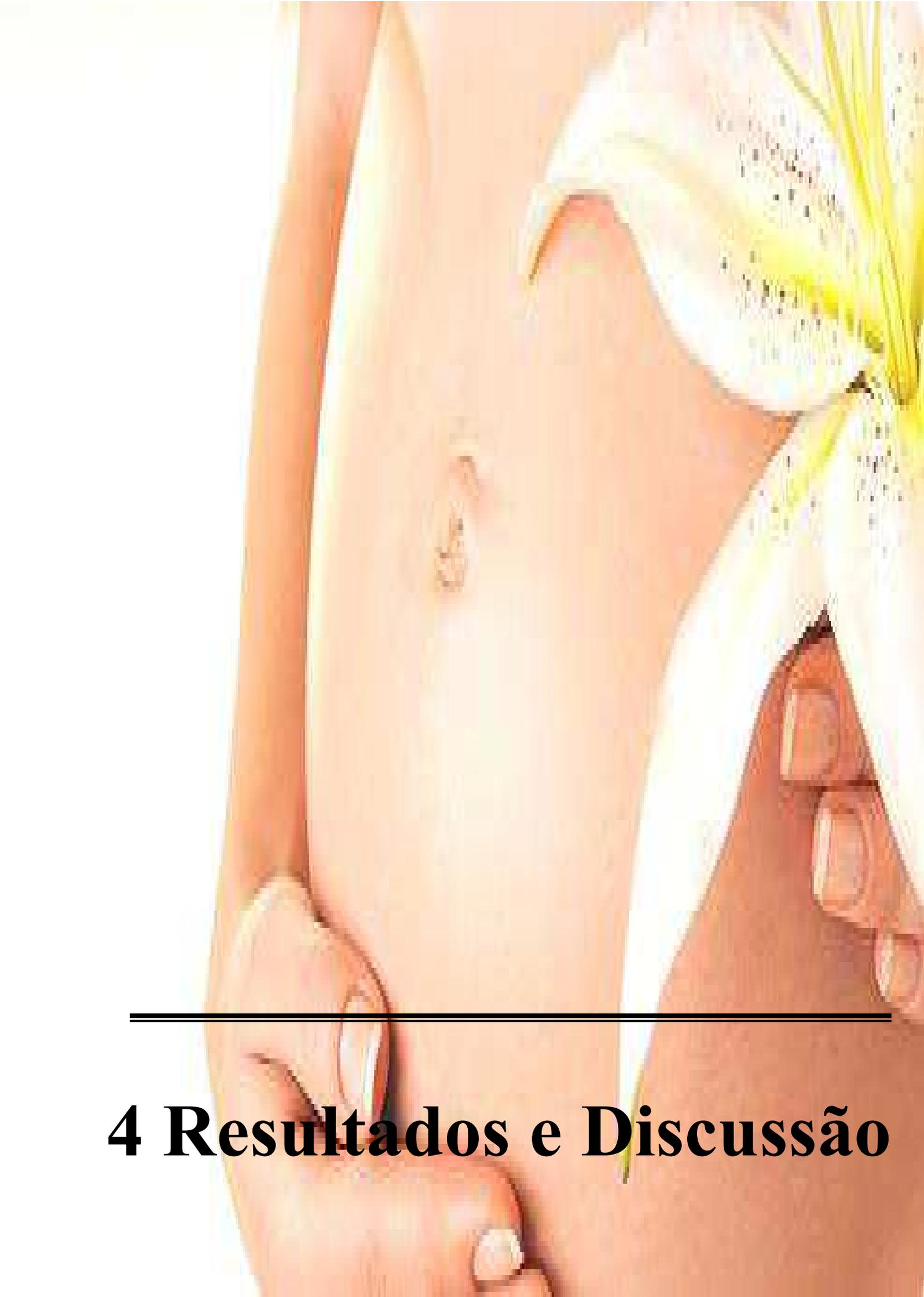
O procedimento fez-se em dois momentos: o primeiro consistiu de um contato prévio e individualizado com cada gestante, onde foram explanados os objetivos da pesquisa, a importância de sua participação e a apresentação de todos os itens contemplados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o qual foi assinado pela gestante e pesquisadores responsáveis, sendo inclusive referida a livre opção em aceitar ou não participar da pesquisa sem qualquer prejuízo pessoal, podendo inclusive a participante retirar-se antes, durante ou depois da finalização da coleta de dados. Salientamos ainda que a participante foi entregue uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinada pelos pesquisadores envolvidos na referida pesquisa.

Nós, pesquisadores, cumprimos fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas na Resolução 466/12 do conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares (**APÊNDICE D**), assinando também um termo de compromisso, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (**APÊNDICE E**).

Ademais foram levados em consideração os deveres e responsabilidades existentes no capítulo III da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no que concerne aos aspectos éticos e legais da pesquisa, contemplados nos artigos 89, 90, 91, 92 e 93 (COFEN, 2007).

3.6 Financiamento da pesquisa

Os itens necessários à execução da pesquisa foram todos da responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Demonstrando-se, portanto, a nulidade de ônus, de qualquer natureza para o participante desse estudo, uma vez que todos os elementos necessários para a avaliação e tratamento classificam-se como de fácil aquisição e baixo custo.



4 Resultados e Discussão

Participaram deste estudo 70 gestantes assistidas na rede Estratégia Saúde da Família da zona urbana localizado no município de Cuité – PB conforme os dados da **Tabela 1**. A faixa etária das participantes variou de 20 a 45 anos completos, sendo a lombalgia mais frequente nas mulheres ente 20 a 29 anos (78,7%). Conforme estudo realizado por Martins e Silva (2005), quanto mais jovens forem as gestantes, maior será a probabilidade de sentirem dores na coluna lombar. Em gestantes cuja faixa de idade era inferior aos 19 anos, ficou evidenciado sintomas não apenas na região lombar como também na coluna torácica.

A maioria das gestantes que referiram lombalgia era da raça branca corroborando os achados de Aquino et al. (2011), apresentava uma relação conjugal estável e tinha renda familiar de um salário mínimo. Ainda conforme os referidos autores a relação positiva obtida entre as variáveis lombalgia e relação conjugal estável pode ser explicada devido demanda imposta pelas atividades domésticas desenvolvidas pela mulher, as quais requerem importante mobilidade física e constantes mudanças na postura. Isso provavelmente potencializa as chances do desenvolvimento de problemas lombares.

Quanto à frequência de lombalgia e a relação entre as variáveis nível de escolaridade, trabalho fora do domicílio e renda familiar, constatou-se que a maioria das entrevistadas não exerciam atividades laborais fora do domicílio (77,4%), apresentavam o ensino médio concluído (55,7%) e tinham renda familiar inferior a um salário mínimo (45,7%). De acordo com Nascimento (2011) a baixa escolaridade pode interferir de forma significativa para a realização do pré-natal, visto que esta condição interfere diretamente na qualidade deste, diminuindo a busca pela orientação e educação em saúde.

Acredita-se que, com o acompanhamento regular do pré-natal por parte da gestante é possível obter melhores informações sobre as alterações fisiológicas da gravidez e, com isso, minimizar possíveis sintomas que interfiram no bem-estar da gestante, a exemplo da lombalgia.

Sobre as variáveis renda familiar e trabalho laboral fora do domicílio ainda constata-se uma escassez de estudos que traduzam resultados não consolidados sendo necessário a realização de novas pesquisas que possam abordar os dados sociodemográficos e a associação com lombalgia em gestantes.

Tabela 1: Características sociodemográficas das gestantes e a relação com a lombalgia. Cuité, Paraíba, Brasil, 2013.

Variáveis	n	%	Lombalgia			
			Sim		Não	
			n	%	n	%
Idade						
20 a 29 anos	60	85,7	55	78,7	5	7,1
30 a 39 anos	8	12,9	5	7,1	3	4,3
≥ 40 anos	2	2,9	1	1,4	1	1,4
Raça						
Branca	44	62,9	39	55,7	5	7,1
Parda	23	32,9	20	28,6	3	4,3
Negra	3	4,2	2	2,9	1	1,4
Estado civil						
Solteira	17	24,2	14	20,1	3	4,3
Casada	49	70,0	45	64,3	4	5,7
Divorciada	2	2,9	1	1,4	1	1,4
Viúva	2	2,9	1	1,4	1	1,4
Escolaridade						
Ensino fundamental	22	31,4	19	27,1	3	4,3
Ensino Médio	43	61,4	39	55,7	4	5,7
Ensino Superior	5	7,2	3	4,3	2	2,9
Trabalha						
Sim	16	22,9	11	15,8	5	7,1
Não	54	77,1	50	71,4	4	5,7
Renda familiar						
Inferior a um salário mínimo	35	50,0	32	45,7	3	4,3
Um salário mínimo	19	27,1	17	24,3	2	2,9
Superior a um salário mínimo	16	22,9	12	17,1	4	5,7

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

No que concerne a relação entre os aspectos obstétricos e a presença de lombalgias, (**Tabela 2**), apesar de não haver uma análise bivariada, contradizendo os achados de Martins e Silva (2005) e Sant'ana et al., (2006), os quais verificaram que a dor foi mais prevalente no início da gestação constatou-se, na presente pesquisa, que a maioria das gestantes que se encontravam no terceiro (50,0%) e segundo (27,2%) trimestre de gestação apresentavam queixas de dor lombar corroborando os achados de Madeira (2012) e Assis e Tibúrcio (2004), os quais referiram o predomínio de lombalgia entre gestantes a partir de 22 semanas de gravidez.

A justificativa para que a ocorrência de dores na coluna lombar tenha início principalmente entre mulheres a partir do segundo trimestre de gestação, pode estar relacionada à evolução fisiológica da gravidez, que repercute diretamente no crescimento uterino e deslocamento do centro de gravidade materno. Há um significativo estiramento da musculatura paravertebral na tentativa de compensar o enfraquecimento da musculatura vertebral com vistas à manutenção do equilíbrio estático da mulher. Neste ínterim, acredita-se que as alterações musculoesqueléticas expressas, especialmente pelas tensões articulares e musculares, são as principais responsáveis pelos sintomas dolorosos experienciados pelas mulheres grávidas.

Conforme Rett et al. (2009), mesmo considerando que o útero gravídico pode atingir 150 vezes o seu tamanho normal e modificar a biomecânica corporal é o aumento da concentração do hormônio polipeptídeo relaxina e estrogênio os principais responsáveis pela intensificação de dor nesta região, os quais promovem o relaxamento dos ligamentos longitudinais ântero-posteriores da região lombar e pélvica.

Outra explicação levantada, esta por Darryl et al. (2007), consiste no comprometimento vascular ocasionado pela compressão da aorta e veia cava inferior pelo útero especialmente entre a 1ª e 5ª vértebras lombares, ou seja, o aumento do fluxo sanguíneo para os órgãos pélvicos associada a circulação venosa colateral inadequada distal ao ponto de oclusão podem exacerbar os sintomas. Somada a esta questão advém à possibilidade do peso uterino ocasionar compressão direta do plexo lombossacro, causando dor local e irradiada para nádegas e pernas.

Apesar da maioria da amostra apresentar peso dentro dos padrões considerados aceitáveis, após o cálculo índice de massa corpórea (54,3%), considera-se que, um peso corporal inadequado, especificamente o sobrepeso, pode repercutir de forma direta nas alterações mencionadas, visto que haverá uma intensificação da anteriorização do útero gravídico e conseqüentemente dos sintomas algícos lombares.

Sobre a relação entre o número de gestações e a ocorrência de lombalgia observou-se que as multíparas (47,1%) apresentaram uma tendência maior de dor lombar. Contudo, outras pesquisas, a exemplo de Santos e Gallo (2010), evidenciaram correlação estatística positiva entre a primiparidade e a lombalgia. Nesta perspectiva, diante de resultados controversos a cerca da correlação entre as variáveis, sugere-se que novos estudos com amostras representativas sejam realizadas a fim de viabilizar discussões mais aprofundadas.

Quanto a variável tipo de parto, constatou-se que, as mulheres submetidas ao parto cesariano referiram mais dores lombares em relação as que tiveram o filho pelo método

natural. Entretanto, por constatar que ainda existe uma escassez de trabalhos na literatura e aqueles que existem divergem em relação à influência ou não do tipo de parto na persistência de lombalgia. Neste sentido, por considerar que a amostra é pouco representativa e por não haver correlação estatística entre as variáveis, sugere-se que novos estudos possam melhor respaldar os resultados obtidos nesta pesquisa.

De acordo com Mann et al. (2008), o excesso de peso gerado pelo crescimento mamário e uterino são fatores fundamentais para o deslocamento do centro de gravidade da mulher, resultando em anteversão pélvica e acentuação da lordose lombar o que poderia justificar o desencadeamento de dores nesta região.

Tabela 2: Características obstétricas das gestantes. Cuité, Paraíba, Brasil, 2013.

Variáveis	n	%	Lombalgia			
			Sim		Não	
			n	%	n	%
Idade gestacional						
1º Trimestre	14	20,0	7	10,0	7	10,0
2º Trimestre	20	28,6	19	27,2	1	1,4
3º Trimestre	36	51,4	35	50,0	1	1,4
Número de consultas pré-natais						
≤ 6 consultas	56	80,0	53	75,7	3	4,3
7 consultas	12	17,1	9	12,9	3	4,3
>7 consultas	2	2,9	1	1,4	1	1,4
Paridade						
Primípara	28	40,0	9	12,9	19	27,1
Múltipara	42	60,0	33	47,1	9	12,9
Tipo de parto						
Vaginal	32	45,7	28	40,0	4	5,7
Cesariano	38	54,3	33	47,2	5	7,1
Peso corporal						
Adequado	47	67,1	38	54,3	9	12,8
Inadequado	23	32,9	22	31,5	1	1,4

Fonte: Dados da Pesquisa (2013).

Quanto à caracterização da dor na coluna vertebral, a **Tabela 3** demonstra que 87,1% (61) das mulheres referiram sentir desconforto intenso nesta região durante a gravidez. Segundo Novaes, Shimo e Lopes (2006), a incidência de lombalgia em gestantes é frequente, sendo de aproximadamente 50% na população mundial.

Constatou-se que, a região lombar (82,0%) foi a mais referenciada entre as gestantes como principal local responsável pelos incômodos na coluna vertebral. Os sintomas tiveram início no terceiro (50,9%), seguido pelo segundo trimestre (31,1%) de gestação, corroborando os achados de Santos e Gallo (2010), cuja prevalência de lombalgia, na amostra, foi de 73,0%, sendo predominante ao final da gestação. Sobre este último aspecto, Martins e Silva (2005), contradizem os resultados obtidos no presente estudo, os quais referiram que a prevalência de dor foi maior em gestantes com até 12 semanas diminuindo com o avanço da gestação. Da mesma forma, Wang et al., (2004), também não evidenciaram uma associação entre a prevalência de lombalgia entre as gestantes pesquisadas e a idade gestacional.

De acordo com Novaes, Shimo e Lopes (2006), a lombalgia é uma queixa frequente entre as gestantes especialmente a partir do terceiro trimestre. Entretanto, para os autores não deve ser negligenciada, visto que os sintomas, a depender da intensidade, podem ocasionar significativa incapacidade motora, limitações funcionais além comprometimento no padrão do sono e surgimento de depressão devido a inviabilidade da manutenção das atividades de vida diária.

A causa da lombalgia na gestação é multifatorial. Contudo, a explicação contundente para a ocorrência de lombalgia durante o período gestacional respalda-se nas alterações hormonais, as quais acarretam importantes mudanças no corpo da gestante. Dentre os hormônios responsáveis pelas alterações no corpo materno está a relaxina, a qual é responsável pelo relaxamento e frouxidão ligamentar das articulações, tornando-as mais instáveis (LIMA et al., 2011; CARVALHO; CAROMANO, 2001).

Além da atuação hormonal mencionadas outras alterações como intensificação das curvaturas da coluna vertebral, especialmente a lordose lombar, o aumento de peso materno, crescimento e fetal e a retenção hídrica determinada pelo estímulo progesterônico contribuem para o quadro de lombalgia em gestantes (NOVAES; SHIMO; LOPES, 2006).

Conforme Martins e Silva (2005), as mudanças significativas na angulação lombar, o aumento da anterversão pélvica e a posteriorização cervical justificadas pelo crescimento uterino frontal são intensificadas no último trimestre de gestação, modificando o centro de gravidade e intensificando o grande quantitativo de queixas de lombalgia neste período.

No que concerne à relação entre a retenção hídrica e a ocorrência de lombalgia Carvalho e Caromano (2001), mencionam que o edema de partes moles diminuem o espaço disponível das estruturas anatômicas favorecendo o aparecimento de síndromes nervosas compressivas, inclusive na região lombar.

Quanto à frequência da dor, assim como no estudo realizado por Santos e Gallo (2010), verificou-se que, na maioria das gestantes (50,8%; 31), o sintoma ocorria diariamente e apenas em 8,2% (5) a dor foi considerada rara. De acordo com as gestantes o início da dor ocorria principalmente no turno vespertino (71,2%), agravando-se a noite (50,8%). A duração do quadro algico foi prolongada sendo mencionada um período de superior a 60 minutos corroborando os achados de Gomes et al. (2013).

Possivelmente a justificativa para que a ocorrência dos sintomas se iniciasse no turno vespertino e agravo a noite esteja relacionado as demandas das atividades de vida diária (AVD), as quais iniciam-se pela manhã, adentrando pela tarde e noite, especialmente quando as gestantes se dedicam aos afazeres domésticos e ao cuidado dos demais filhos. Ressalta-se que as AVD requerem posturas e mobilidade física prolongada que sobrecarregam a musculatura paravertebral e podem intensificar os sintomas da lombalgia entre as gestantes.

Silva (2003) complementa enfocando que fatores mecânicos associados a fatores hormonais podem ser responsáveis pela dor lombar quando relacionados a grandes esforços ou devido à realização de práticas posturais inadequadas tanto de forma estática quanto dinâmica.

Em relação à intensidade do sintoma, corroborando o estudo realizado por Silva e Carvalho (2011), a maioria das gestantes referiu à dor como moderada (54,1%) a intensa (42,6%) segundo a utilização da Escala Visual Analógica (EVA) da dor. Ressalta-se que apenas 31,1% das gestantes referiram dor lombar prévia a gestação. Segundo Martins e Silva (2005) a presença de algias lombares pré-gestacionais podem elevar cerca de duas vezes mais o riscos de sintomatologia dolorosa nas mulheres durante a gestação quando comparado àquelas que não apresentaram história pregressa.

Isso pôde ser constatado na pesquisa realizada por Gomes et al. (2013), onde após estudo realizado com as gestantes 71,43% constatou-se que a presença de lombalgia prévia consistiu em um importante fator de risco para o aparecimento da queixa durante a gestação.

Tabela 3: Características da lombalgia entre as gestantes. Cuité, Paraíba, Brasil, 2013.

Variáveis	n	%
Sente dor na coluna?		
Sim	61	87,1
Não	09	12,9
Qual a localização da dor?		
Região lombar	50	82,0
Região sacroilíaca	09	14,7
Região torácica	02	3,3
Em que período gestacional a dor lombar iniciou?		
1º Trimestre	11	18,0
2º Trimestre	19	31,1
3º Trimestre	31	50,9
Qual o período em que a dor tem início?		
Matutino	13	25,0
Vespertino	37	71,2
Noturno	11	18,0
Qual o período em que a dor é mais intensa?		
Matutino	7	11,5
Vespertino	23	37,7
Noturno	31	50,8
Qual a frequência da dor?		
Diária	31	50,8
Semanal	21	34,4
Quinzenal	3	4,9
Rara	5	8,2
Qual a duração da dor?		
< 60 minutos	10	16,39
60 minutos	7	11,5
≥ 60 minutos	44	72,1
Qual a classificação a intensidade da dor?		
Leve	2	3,3
Moderada	33	54,1
Intensa	26	42,6
Apresentava lombalgia prévia à gestação		
Sim	19	31,1
Não	42	68,9

Fonte: Dados da Pesquisa (2013).

Para uma melhor análise quanto às características da dor pelas gestantes constatou-se que através do questionário de *Questionário McGill de Dor* as expressões das subclasses mais marcantes da dimensão *Sensorial* foram: a expressão “latejante” por 35 gestantes (57,3%), “em pontada” por 31 (50,8%), “punhalada” por 10 gestantes (16,4%), “queimação” por 9 gestantes (14,8%) e “pesada” por 7 delas (11,5%).

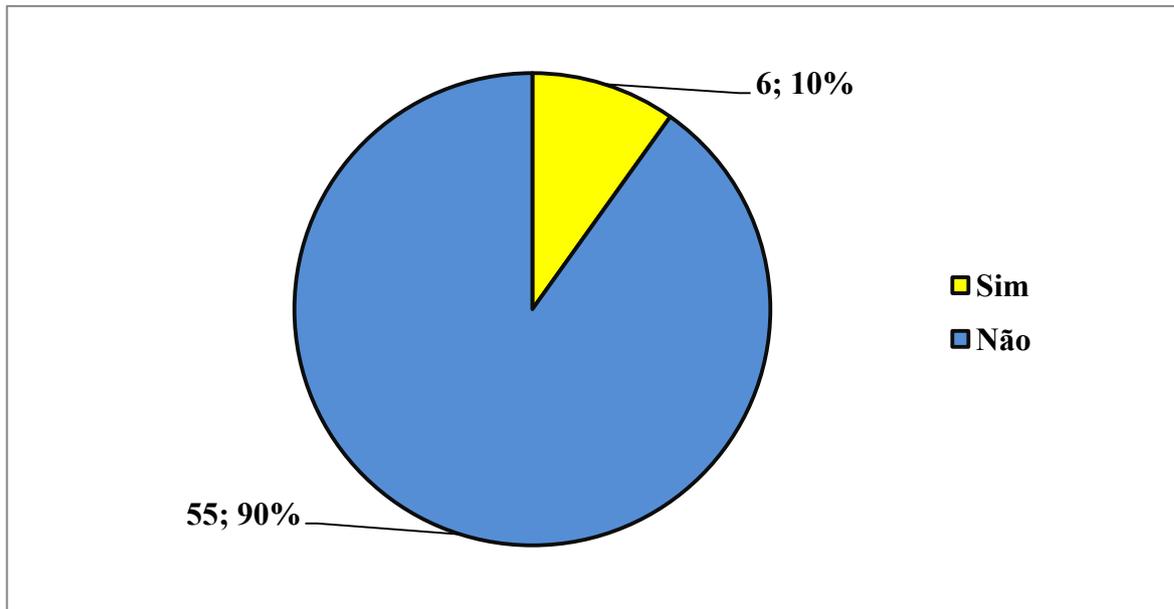
Entre as 5 subclasses da categoria *Afetiva*, as gestantes optaram pelas palavras: “cansativa” (28; 45,9%), “castigante” (15; 21,1%), “maldita” (5; 8,2%) e “miserável” (3;4,9%). Relataram “dor incômoda” na *Avaliação Subjetiva* 25 (62,5%) gestantes, 10 chata (16,4%) e 9 desgastante (14,8%) . Na categoria *Mistas Sensoriais*, a expressão “aborrecida” foi mobilizada por 21 (34,4%) mulheres;

Reconhecendo que a gravidez é um período que acarreta intensas modificações fisiológicas nos diferentes sistemas corporais, tornando o organismo mais susceptível a riscos faz-se necessário um acompanhamento direto junto a uma equipe multidisciplinar. Segundo Ramos e Almeida (2012), os programas multidisciplinares com enfoque a assistência pré-natal tem sido bem diferenciados, caracterizando-se não apenas para assistência no que concerne ao cumprimento dos protocolos clínicos estabelecidos para gestantes, mas também utilização de ações educativas, atenção psicológica e preparação física para o parto para a minimização dos sintomas através de métodos conservadores ou não farmacológicos.

Considerando que o aparelho musculoesquelético destaca-se como um dos sistemas que mais repercute de maneira negativa na qualidade de vida das gestantes devido à dor e desconforto provocado pelas alterações ligamentares e mioarticulares já discutidas torna-se necessário a utilização de tratamentos e orientações gerais que busquem minimizar a lombalgia durante a gravidez, sendo esta considerada a principal queixa entre as mulheres.

Contudo, constatou-se que assim como nos estudos de Santos e Gallo (2010) e Wang et al., (2004), a maioria das gestantes (90%) não receberam qualquer tipo de orientação por parte dos profissionais de saúde quanto aos cuidados em relação à prevenção da dor lombar durante a gestação (**Gráfico 1**), mesmo considerando que 87,1% da amostra terem referido lombalgia moderada durante o período gravídico.

Gráfico 1: Quantitativo de gestantes que receberam orientações quanto a lombalgia e orientações quanto as estratégias de tratamento para a minimização dos sintomas. Cuité, Paraíba, 2013.

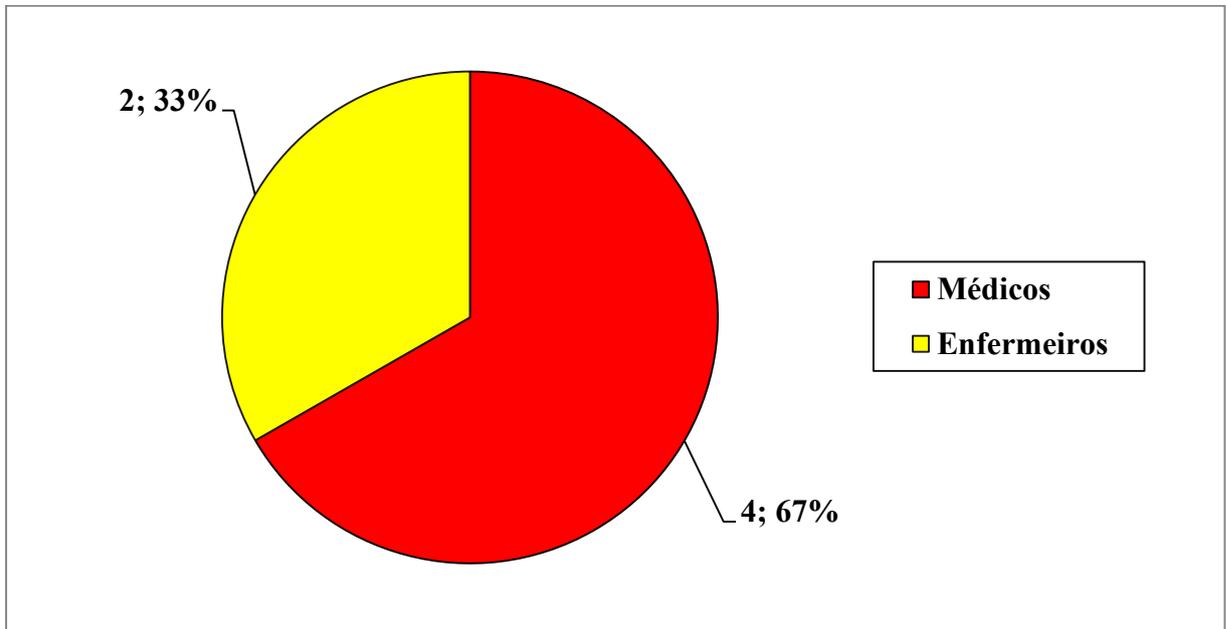


Fonte: Dados da Pesquisa (2013).

Em relação aos profissionais de saúde envolvidos no tratamento e orientações para os sintomas lombares, constatou-se que os médicos (67,0%) e enfermeiros (33,0%) foram os únicos mencionados pelas gestantes que ofertaram informações para a minimização deste tipo de desconforto (**Gráfico 2**).

A lombalgia é erroneamente considerada, muitas vezes, como sintoma inerente a gravidez, tornando-o subvalorizado por muitos profissionais de saúde que prestam assistência a gestante. Em estudo realizado por Martins e Silva (2005), verificou-se que um terço dos obstetras não realizam qualquer tipo de orientação para o alívio ou prevenção de dores lombares.

Gráfico 2: Identificação dos profissionais de saúde envolvidos nas orientações quanto ao tratamento de lombalgias em gestantes. Cuité, Paraíba, 2013.



Fonte: Dados da Pesquisa (2013).

Sabe-se a gestação propicia algumas limitações no que concerne às condutas diagnósticas e terapêuticas, especialmente em relação às de uso farmacológico. Assim, as medidas de alívio conservadoras devem ser valorizadas nesse período especificamente para gestante que apresentam lombalgia e cujo sintoma pode comprometer o bem-estar e qualidade de vida da mulher.

O aconselhamento em relação à prática de postura correta e a realização de repouso é uma das orientações que deve ser enfatizada as gestantes por parte dos profissionais de saúde. De acordo com Brazil et al., (2004), o repouso adequado propicia menor limitação funcional e menor taxa de recorrência de lombalgias. A postura supina com joelhos fletidos e pés apoiados sobre o leito ou em de 90° com as coxas em mesmo ângulo da bacia, objetivam a retificação da coluna lombar, a fim de prover redução da pressão sobre os discos intervertebrais e musculatura paravertebral.

Outra medida complementar que pode ser implementada para o alívio dos sintomas sem ocasionar repercussões negativas a gestante e ao feto remete-se ao uso da massagem. De acordo com Santos e Gallo (2010) pode ser indicado para as gestantes com queixas de lombalgias a utilização de técnicas clássicas, miofasciais ou ponto-gatilho.

A orientação quanto à adesão da prática de atividade física pela gestante é um aspecto muito importante para a minimização da lombalgia entre as gestantes. Contudo, ficou evidenciado que esse tipo de informação era pouco ofertada pelos profissionais de saúde para a minimização ou prevenção dos sintomas álgicos da coluna lombar.

Estudos como o de Granath, Hellgren e Gunnarsson (2006), tem evidenciado a efetividade de diferentes métodos de atividade física sobre a dor lombar. Nesta pesquisa constatou-se os benefícios da ginástica aquática regular no alívio da dor lombar. Martins e Silva (2005), também constataram a influência do alongamento global ativo ou *stretching* global ativo na diminuição da dor lombar em gestantes constatando que a maioria delas referiu a redução e até mesmo a cessação da dor após a realização deste tipo de atividade. Segundo os autores, os efeitos relaxantes e de melhora na consciência corporal também foram relacionados, o que permitiu uma menor ingestão de analgésicos, proporcionando mais confiança para a realização das atividades de rotina diária.

Almeida e Tumelero (2003) verificaram que a prática da *yoga*, com as devidas ressalvas, teve efeito positivo em avaliação realizada com 30 gestantes que estavam em diferentes períodos gestacionais. Após a prática, houve relatos de diminuição da dor lombar, melhora na postura, no sono, maior resistência física e menor ganho de massa corporal.

Outra forma de prover benefícios para a minimização de dor lombar em gestantes envolve a prática da Reeducação Postural Global (RPG). Em estudo realizado por Gil, Osis e Faúndes (2011), constatou-se que gestantes submetidas a sessões regulares de RPG apresentaram significativo decréscimo na intensidade da dor lombar ao longo do estudo assim como melhora do desempenho funcional quando comparado as gestantes que seguiram as recomendações de rotina no pré-natal para tratar essa dor.

Diante destes e de outros resultados é importante que os profissionais de saúde possam trabalhar de forma multidisciplinar encaminhando a um profissional especializado e orientando as gestantes quanto à importância da atividade física regular para a redução do sintoma de dor lombar, mas também para a melhora do desempenho fisiológico dos demais sistemas corporais.

Todavia, apesar de estudos comprovarem os benefícios da postura correta e prática adequada de exercícios, a maioria das gestantes não receberam orientações sobre esse tipo de conduta, ou seja, poucos profissionais informaram ou esclareceram sobre as técnicas conservadoras que podem ser utilizadas para o alívio da dor lombar durante o período gestacional. Aqueles que as orientaram realizaram por meio de abordagem oral individual (9,8%). Nenhuma delas mencionou o recebimento de materiais educativos ou informações

coletivas sobre o tema a exemplo da participação em oficinas ou palestras educativas (**Tabela 4**).

Tabela 4: Caracterização quanto ao tipo de abordagem interpessoal e orientações recebidas pelas gestantes por parte dos profissionais de saúde para o alívio da lombalgia. Cuité, Paraíba, 2013.

Variáveis	n	%
Orientação ofertada pelos profissionais de saúde para a minimização da lombalgia		
Uso de medicamentos orais	4	6,6
Orientações posturais	2	3,3
Orientação para a prática de atividade física	4	6,6
Forma de abordagem interpessoal		
Exposição oral individual	6	9,8
Exposição oral coletiva	0	0,0
Utilização de materiais educativos	0	0,0

Fonte: Dados da Pesquisa (2013).

Em relação à interferência na qualidade de vida (QV) das gestantes ocasionada pela lombalgia constatou-se que 86,9% das entrevistadas mencionaram que a dor lombar repercute de maneira significativa neste aspecto. Evidenciou-se ainda que as implicações na QV das mulheres ocorreram no que concerne à inviabilidade de realizar as atividades de vida diária, especialmente as de caráter doméstico, comprometimento no sono e repouso e no âmbito emocional através do desencadeamento de sentimentos de tristeza e medo. Para o alívio da dor constatou-se que as mulheres utilizavam predominantemente medidas farmacológicas para o alívio do quadro de dor. Algumas referiram implementar outras estratégias como repouso prolongado, caminhada e massagem (**Tabela 5**).

Corroborando os resultados desta pesquisa, a dor crônica, segundo Stefane et al., (2013), a depender da sua intensidade, pode levar à diminuição da QV por meio do sofrimento, reduzir a capacidade funcional, dependência de medicamentos, isolamento social, dificuldades no trabalho e alterações emocionais.

Conforme Novaes, Shimo e Lopes (2006), o uso de analgésicos e anti-inflamatórios são estratégias utilizadas frequentemente para o alívio da dor entre as gestantes como ficou constatado nesta pesquisa. De acordo com Lopes, Francisco e Zugaib (2010), os anti-inflamatórios não-hormonais (AINH), representados principalmente pelos diclofenacos, agem inibindo a prostaglandina sintetase e são comumente usados na prática clínica para uma

variedade de estados dolorosos, principalmente em serviços de pronto atendimento, rotineiramente procurados pelas gestantes em situações de lombalgias, infecção, urinária e hemorroidas.

Contudo, Pinheiro e Wannmacher (2010) e Lopes, Francisco e Zugaib (2010), alertam para os riscos do uso frequente destes medicamentos para o feto especificamente quanto ao risco de constrição do canal arterial, hipertensão arterial, hemorragia intracraniana, enterocolite necrotizante, persistência de canal arterial e diminuição da função renal.

Deste modo, é necessário que os profissionais de saúde, especificamente os médicos, possam estar atentos para os perigos da prescrição destes e de outras classes de medicamentos para a gestante e o feto em questão. É necessário também que este e os demais profissionais de saúde possam divulgar os riscos da automedicação alertando as gestantes quanto à existência de outras formas de promover o alívio da dor através de outras técnicas e métodos conservadores.

Novaes, Shimo e Lopes (2006), alerta para a importância da realização de um trabalho de prevenção para minimizar o desconforto e quadro de dor entre as gestantes através de métodos conservadores como bons hábitos posturais, adequação ergonômica do ambiente e prática de atividade física.

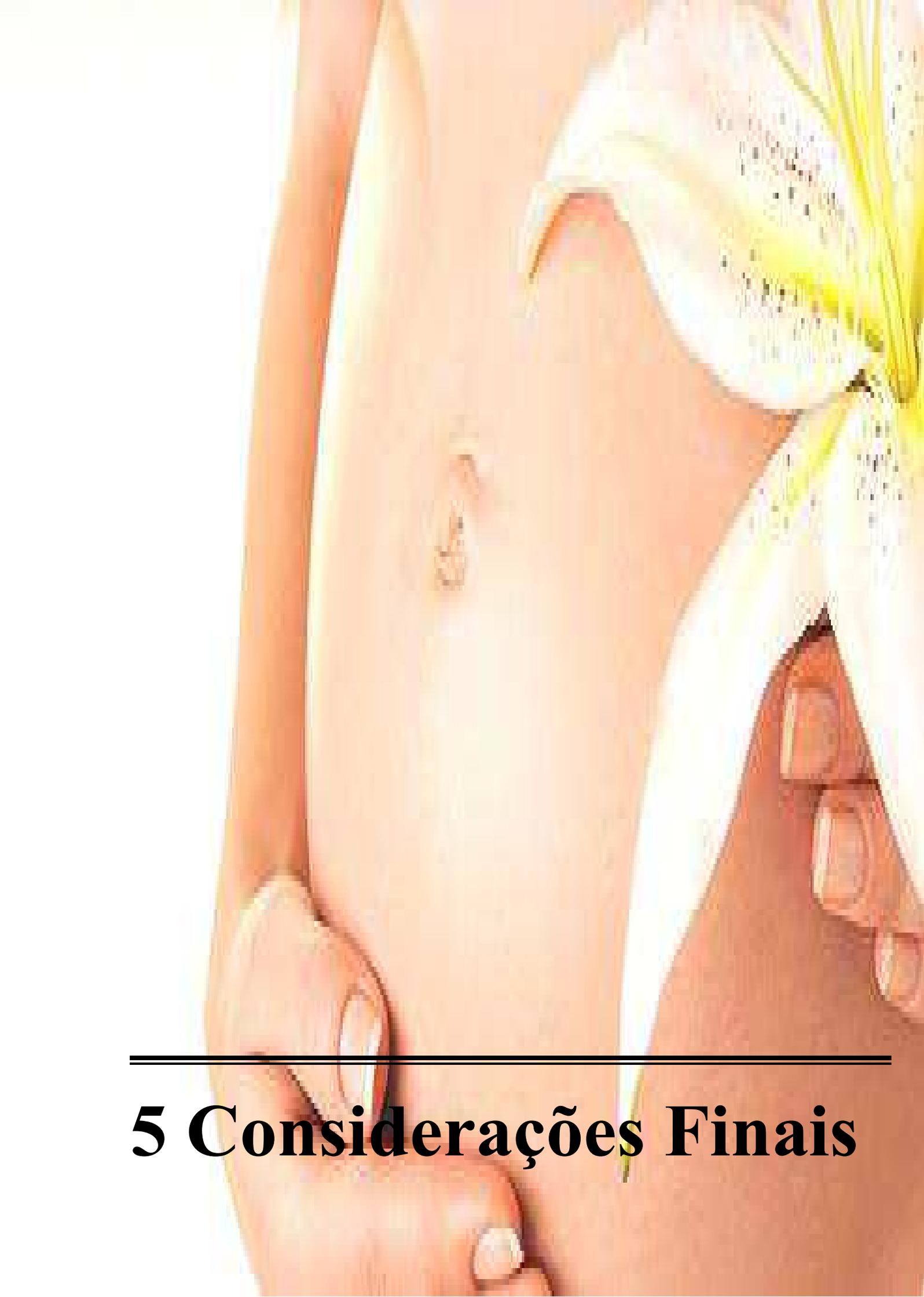
A eficácia de técnicas de auto e heteromassagens na região lombar realizadas em grupo de gestantes por meio de movimentos circulares pôde ser comprovada viabilizando o alívio das tensões e o favorecimento da consciência corporal (REBERTE; HOGA, 2005).

Nesta perspectiva, percebe-se a viabilidade do alívio da dor por meio de estratégias diversas para o provimento do alívio da lombalgia em gestante. Contudo, é necessário que haja valorização deste sintoma pelos profissionais de saúde e um direcionamento destas mulheres para um tratamento adequado. Além disso, a oferta de atividades de educação em saúde são recursos que permitem a aproximação entre profissionais e receptores do cuidado, podendo repercutir de forma positiva para a minimização da lombalgia entre as gestantes. Salienta-se que a prática de ações educativas seja em qual grupo for visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde constitui-se em uma das importantes funções dos profissionais de saúde, especificamente do profissional de enfermagem, devendo estas serem cumpridas com esmero e responsabilidade.

Tabela 5: Caracterização quanto à interferência da lombalgia na qualidade de vida das gestantes e as estratégias utilizadas pelas mesmas para o alívio sintomático. Cuité, Paraíba, 2013.

Variáveis	n	%
Você acha que a lombalgia interfere na sua qualidade de vida?		
Sim	53	86,9
Não	8	13,1
Como a lombalgia interfere na sua qualidade de vida?		
Limitações nas atividades de vida diária.	52	85,2
Interferência no sono e repouso	48	78,7
Consequências sociais	5	8,2
Consequências emocionais	10	16,4
Quais as estratégias são utilizadas por você para minimizar a lombalgia		
Medicamentos	45	73,8
Repouso prolongado	21	34,4
Caminhada	2	3,8
Massagem associada a medicamentos tópicos	17	27,9
Não sabe o que fazer	8	13,1

Fonte: Dados da Pesquisa (2013).



5 Considerações Finais

A partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, constatou-se que a lombalgia é um sintoma frequente entre as gestantes, estando presente principalmente a partir do segundo e terceiro trimestre de gestação, especialmente entre multíparas e àquelas submetidas ao parto cesariano.

As gestantes referiram que a presença de dor lombar prevalecia diariamente, principalmente a partir do turno vespertino, por um período superior a sessenta minutos, tendo ela uma intensidade variando de moderada a intensa caracterizada principalmente como latejante conforme o questionário de *McGill* de dor.

Apesar da lombalgia ser considerada uma das alterações musculoesqueléticas mais frequentes do período gestacional proveniente das adaptações posturais trata de um sintoma que é subvalorizado por muitos profissionais de saúde por considerá-lo como algo inerente a gravidez. Contudo, é importante ressaltar que a depender a intensidade e frequência do quadro algíco isso pode repercutir de forma negativa na qualidade de vida da mulher. Este fato, pôde ser constatado a partir dos resultados aqui obtidos especialmente no que concerne as limitações para a realização das atividades de vida diária, implicações negativas no lazer, na qualidade do sono e no aspecto emocional com a ocorrência de sentimentos de tristeza e medo entre as participantes.

Mesmo a lombalgia se fazendo presente em 87,1% das gestantes apenas 10,0% receberam orientações sobre o sintoma e sobre quais estratégias de saúde poderiam ser implementadas para minimizá-lo. Dentre as quais destacaram o uso de medicamentos, orientações posturais e a prática de atividade física. Ressalta-se que apenas os profissionais de enfermagem e medicina estiveram à frente das recomendações quanto à prevenção e/ou minimização da lombalgia no grupo pesquisado. A forma utilizada pelos médicos e enfermeiros para prover as informações foi à abordagem oral individual, não sendo constatado a formação de grupos para exposição oral coletiva e nem a utilização de materiais educativos impressos.

Ainda referente aos resultados, constatou-se que devido ao intenso desconforto na região lombar às estratégias utilizadas por elas para aliviar a dor remeteu-se ao uso de medicamentos, repouso prolongado e a realização de caminhada, mesmo esta última sendo referenciada por um quantitativo pouco representativo.

Neste ínterim, considerando que a lombalgia é um sintoma que se faz presente em um percentual significativo entre as gestantes é importante que os profissionais de saúde estejam atentos para este tipo de queixa entre as elas, valorizando a dor lombar, visto as repercussões que a dor lombar pode ocasionar a mulher durante o período gestacional. Além disso, a

perspectiva de um trabalho multidisciplinar por meio da redução de tratamento alopático e utilização de estratégias conservadoras de alívio da dor podem favorecer de forma significativa a minimização dos sintomas e melhorar a qualidade de vida das mulheres gestantes.

Assim, consideramos que objetivos propostos por este trabalho foram cumpridos. No entanto, sugerimos a realização de outros estudos com amostra mais significativa e tratamento de testes estatísticos mais elaborados, utilizando o mesmo instrumento do presente trabalho, com o propósito de aperfeiçoar a caracterização da dor lombar entre as gestantes.

A close-up photograph of a person's hands holding a white lace-trimmed garment, possibly a bra or undergarment, with a yellow ribbon. The hands are positioned at the bottom of the frame, with fingers visible. The garment is white with intricate lace patterns and a yellow ribbon running vertically. The background is a plain, light color.

Referências

- ALMEIDA, J. D. N. de; TUMELERO, S. **Prática da yoga durante o período de gestação**. 2003. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd63/yoga.htm>. Acesso em: 29 jul. 2013.
- ALVES, G. F.; NOGUEIRA, L. S. C.; VARELLA, T. C. N. Dermatologia e gestação. **An Bras Dermatol**, v. 80, n. 2, p. 179-86, 2005.
- AQUINO, D. L. *et al.* Prevalência de dor lombar em mulheres grávidas atendidas na clínica escola do Unipê. **VII Congresso Brasileiro de enfermagem obstétrica e neonatal**. Minas Gerais, 2011. Disponível em: http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0346.pdf. Acesso em: 29 jul. 2013.
- ARACELLE, P. Alterações fisiológicas da gravidez. 2012. Disponível em: <http://academicosemenfermagem.blogspot.com.br/2012/12/alguns-sinais-que-aparecem-na-gestante.htm>. Acesso em: 01 maio 2013.
- ASSIS, R. G. de; TIBÚRCIO, R. E. S. **Prevalência e características da lombalgia na gestação**: um estudo entre gestantes assistidas no programa de pré-natal da maternidade dona íris em Goiânia. (Monografia de Fisioterapia). Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2004.
- BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- BRANDEN, S. P. **Enfermagem materno-infantil**. 2ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.
- BRAZIL, A. V. et al. **Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias**. **Rev Bras Reumatol**. v. 44. n. 6. p. 419-25. Nov-Dez . 2004.
- CARLETO, P. Alterações cutâneas. 2012. Disponível em: <http://odiariodamamae.blogspot.com.br/2012/01/cloasma-gravidico.html>. Acesso em: 05 maio 2013.
- CARNEIRO, S. C. S.; ABULAFIA, L. A. Pele na gestação. **Rev Bras Reumatol**, v. 45, n. 3, p. 146-52, 2005.
- CARVALHO, Y. B. R.; CAROMANO, F. A. Alterações morfofisiológicas relacionadas com a lombalgia gestacional. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, v. 5, n.3, p. 267-72, 2001.
- CHAVES NETTO, H. **Obstetrícia básica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. Fevereiro de 2007. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>. Acesso em: 05 abr. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2013.

COSTA, E. S.; PINON, G. M. B.; COSTA, T. S.; SANTOS, R. C. A.; NÓBREGA, A. R.; SOUSA, L. B. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Revista Rene**, v. 11, n. 2, p. 86-93, 2010.

COSTA, D. B. S. **Alterações do sistema digestivo durante a gravidez**. 2012. Disponível em: <http://www.guiasaudedamulher.com.br/saude-da-mulher/gravidez/queixas-mais-comuns-de-gravidas-e-gestantes-relacionadas-ao-sistema-digestivo-durante-a-gravidez.html>. Acesso em: 27 abr. 2013.

DARRYL, B.; SNEAG, A. B.; JOHN, A.; BENDO, M. D. Pregnancy-Related Low Back Pain. **Orthopedics** October, v. 30, n. 10, p. 839-45, 2007.

DUARTE, G.; MARCOLIN, A. C.; QUINTANA, S. M.; CAVALLI, R. C. Infecção urinária na gravidez. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 2, p. 93-100, 2008.

FABIAN, P. **Pilates para gestantes**. 2013. Disponível em: http://thonuspilatesbauru.blogspot.com.br/2013_02_01_archive.html. Acesso em: 29 abr. 2013.

FEBRASGO. **Tratado de obstetrícia**. 1 ed. São Paulo: Revinter, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, J. D.; RIBEIRO, L. H. S.; QUINONEIRO, T. In: SACHELLI, T.; ACCACIO, L. M. P.; RADAL, A. L. M. **Fisioterapia aquática**. São Paulo: Ed. Manole, 2007.

GIL, V. F. B.; OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A. Lombalgia durante a gestação: eficácia do tratamento com Reeducação Postural Global (RPG). **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.18, n.2, p. 164-70, abr/jun. 2011.

GOMES, M. R. de A.; ARAÚJO, R. C. de.; LIMA, A. S.; PITANGUI, A. C. R. Gestational low back pain: prevalence and clinical presentations in a group of pregnant women, **Rev Dor. São Paulo**, v. 14, n. 2, p. 114-7, 2013.

GRANATH, A. B, HELLGREN M. S. E, GUNNARSSON, R. K. Water Aerobics reduces sick leave due to low back pain during pregnancy. **JOGNN**, v. 35, n. 4, p. 1-7, 2006.

LIMA, S. M. A. A. L. de; ANTÔNIO, S. F. Manifestações músculo esqueléticas na gravidez. **Temas de reumatologia clínica**, v. 10, n. 1, p. 3-5, 2009.

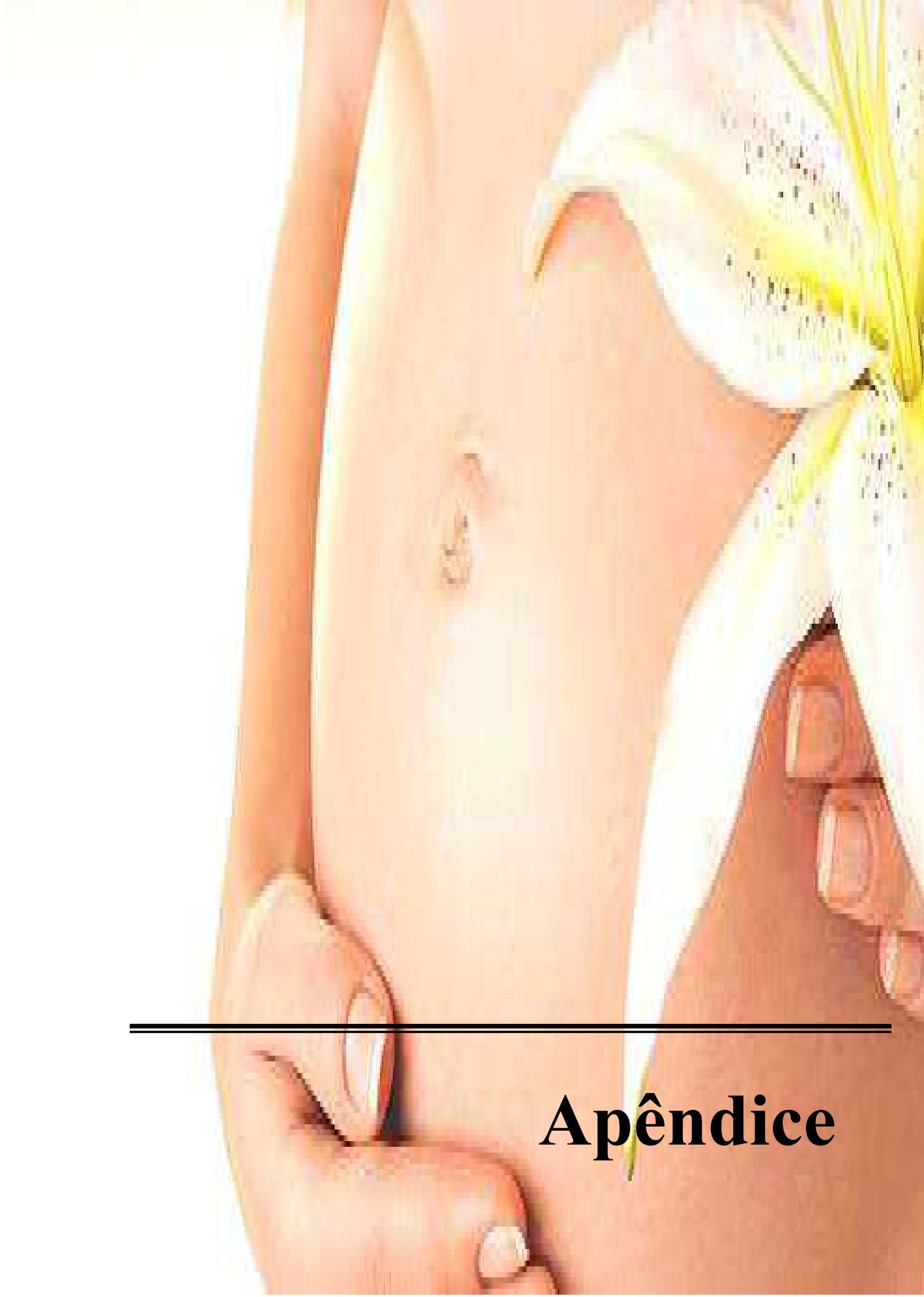
LIMA, A. S.; GOMES, M. R. de A.; ARAÚJO, R. C. de.; PITANGUI, A. C. R. Análise da postura e frequência de lombalgia em gestantes: estudo piloto. **J Health Sci Inst.**, v. 29, n. 4, p. 290-3, 2011.

LIPPERT, L. S. **Cinesiologia clínica e anatomia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

- LOPES, L. M.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Anti-inflamatórios e alterações cardíacas fetais, **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2010.
- KAWAGUTI, F. S.; KLUG, W. A.; FANG, C. B.; ORTIZ, J. A.; CAPELHUCNICK, P. Constipação na Gravidez. **Rev bras Coloproct**, v. 28, n. 1, p. 46-9, 2008.
- KISNER, C.; COLBY, L. A. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 4. ed. Barueri: **Manole**, 2005.
- KLUG, W. A.; AGUIDA, H. A. C.; ORTIZ, J. A.; FANG, C. B.; CAPELHUCHNIK, P. Alteração das Pressões Anais na Gravidez. **Rev bras Coloproct**, v. 27, n. 2, p. 196-201, 2007.
- MADEIRA, H. G. R. **Lombalgia em gestantes: Prevalência, características e fatores associados.** (Dissertação de mestrado). Programa de pós-graduação em Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2012.
- MANN, L.; KLEINPAUL, J. F.; TEIXEIRA, C. S.; KONOPKA, C. K. Dor lombo-pélvica e exercício físico durante a gestação. **Fisioter Mov**, v. 21, n. 2, p. 99-105, 2008.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 7 ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- MARTINS, R. F.; SILVA, J. L. P. Prevalência de dores nas costas na gestação. **Rev Assoc Med Bras**, v. 51, n. 3, p. 144-7, 2005.
- MARTINS, A. G. **Alterações hematológicas da gestação.** 2009. Disponível em: fbm.ufpa.br/pdf/tcc/tcc18.pdf. Acesso em: 02 abr. 2013.
- MASCARENHAS, C. H.; SANTOS, L. S. Avaliação da dor e da capacidade funcional em indivíduos com lombalgia crônica. **J Health Sci Inst.**, v. 29, n. 3, p. 205-8, 2011.
- MOREIRA, L. S.; ANDRADE, S. R. de S.; SOARES, V.; AVELAR, I. S. de.; AMARAL, W. N.; VIEIRA, M. F. Alterações posturais, de equilíbrio e dor lombar no período gestacional. **Femina**, v. 39, n. 5, p. 1-4, 2011.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Rezende obstetrícia.** São Paulo: Guanabara Koogan, 2009.
- NASCIMENTO, V. K. E. **Dor lombar em gestantes assistidas no programa de pré-natal em uma unidade básica de saúde de salvador.** Salvador, 2011. Disponível em https://docs.google.com/document/d/1QWoaW2k7SCUT8n4Am1uch5WDmaNWnT7kV6Kbi_jQBITo/edit?pli=1. Acesso em: 02 abr. 2013.
- NOVAES, F. S.; SHIMO, A. K. K.; LOPES, M. H. B. de M. Lombalgia na gestação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 620-4, 2006.

- PEREIRA, S. V. M. ; BACHION, M. M. Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 659-64, 2005.
- PICON, J. D.; SÁ, A. M. P. O. A. Alterações hemodinâmicas da gravidez. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, v. 14, n. 5, p.1-2 , 2005.
- PINHEIRO, R. M.; WANNMACHER, L. **Uso racional de anti-inflamatórios não esteroides**. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Tema05-aime.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2013.
- POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2000.
- RAMOS, A. V. B.; ALMEIDA, C. S. de. A gestação no segundo trimestre de usuárias da clínica de saúde da mulher e o papel da fisioterapia. **Revista inspirar-movimento & saúde**, v. 4, n. 21, p. 1-5, 2012.
- REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 2, p.186-92, 2005.
- RETT, M. T.; BRAGA, M. D.; BERNARDES, N. O.; ANDRADE, S. C. Prevalência de diástase dos músculos retoabdominais no puerpério imediato: comparação entre primíparas e múltiparas. **Rev. bras. fisioter.**, v. 13, n. 4, p. 275-80, 2009.
- REZENDE, J; MONTENEGRO, A. C. N. **Obstetrícia fundamental**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- SABINO J, GRAUER JN. Pregnancy and low back pain. **Curr Rev Musculoskelet Med.**, v. 1, n. 2, p. 137-41, 2008.
- SANT'ANA, P. F.; FREIRE, S. S.; ALVES, A. T.; SILVA, D. R. R. da. Caracterização da dor lombar em gestantes atendidas no hospital universitário de Brasília. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 4, n. 1 / 2, p. 37-48, 2006.
- SANTOS, M. M. dos.; GALLO, A. P. Lombalgia gestacional: prevalência e características de um programa pré-natal. **Arq Bras Ciên Saúde**, v.35, n.3, p.174-9, 2010.
- SAÚDEMEDICINA. Estrias abdominais. 2012. Disponível em: <http://www.saudemedicina.com/estrias-apos-a-gravidez/>. Acesso em: 05 maio 2013.
- SI, R.; ECO, G. Análise da pressão plantar e do equilíbrio postural em diferentes fases da gestação. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 5, p. 391-396, set./out. 2007.
- SILVA, K. B.; CARVALHO, C. A. de. Prevalência da lombalgia e sua associação com atividades domésticas em gestantes do município de Itabuna, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.2, p.387-396 abr./jun. 2011.

- SILVA, A. C. L. G. **Alterações osteomusculares durante a gravidez:** As suas influências no desempenho do trabalho da gestante. 2010. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd141/alteracoes-osteomusculares-durante-a-gravidez.htm>. Acesso em: 25 abr. 2013.
- SILVA, M. do S. B. **Dor lombar na gravidez:** prevalência e efeitos dos exercícios terapêuticos. (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, 2003.
- SOUZA, A. I.; BATISTA FILHO, M.; FERREIRA, L. O. C. Alterações hematológicas e gravidez. **Revista bras hematol hemoter**, v. 24, n. 1, p.29-36, 2002.
- STEFANE, T.; SANTOS, A. M. dos ; MARINOVIC, A.; HORTENSE, P. Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 1, p. 14-20, 2013.
- STEPHENSON, R. G., O'CONNOR, L. J. **Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Manole. 2004. 520p.
- URASAKI, M. B. M. Alterações fisiológicas da pele percebidas por gestantes assistidas em serviços públicos de saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 4, p. 519-25, 2010.
- ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- WANG, S. M; DEZINNO, P.; MARANETS, I.; BERMAN, M. R.; CALDWELL-ANDREWS, A. A.; KAIN, Z. N. Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes. **Obstet Gynecol**, v. 104, n. 1, p. 65-70, 2004.



Apêndice

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Sra.

Você foi convidada para participar da pesquisa “**Lombalgia: prevalência e repercussões na qualidade de vida de mulheres gestantes**”, realizada pela acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem **Jéssica Ladyanne Oliveira Pereira de Brito** da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG – Campus Cuité) sob a orientação da professora **Ms. Isolda Maria Barros Torquato**.

O objetivo principal da pesquisa consiste em: Determinar a prevalência da lombalgia nesta população e a sua influência na qualidade de vida da gestante. Sobre os objetivos específicos elencam-se: Caracterizar as gestantes quanto aos aspectos sócio demográficos e obstétricos; Classificar a dor lombar e caracterizá-la quanto ao seu aspecto, nível de intensidade, fatores desencadeantes, frequência, duração e condição de agravamento; Verificar as estratégias utilizadas pelas gestantes para o tratamento para lombalgia; Identificar os profissionais de saúde envolvidos e as estratégias utilizadas por estes no tratamento para lombalgia em gestantes.

Este estudo pode proporcionar contribuições significativas para a área da saúde a fim de que possamos conhecer a frequência de lombalgia em gestantes e como esta pode interferir na qualidade de vida deste grupo em específico.

A coleta de dados será feita por meio de entrevista semi-estruturada, gravada e guiada por um formulário contendo 29 questões objetivas e subjetivas associadas à utilização de instrumentos científicos de pesquisa, os quais incluem a Escala Visual Analógica da Dor – EVA e o Questionário *McGill de Dor* utilizados para avaliar a intensidade e caracterizar a dor, respectivamente. Ressaltamos que, sua identidade e privacidade serão preservadas e que os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em revistas e/ou eventos científicos apenas mediante autorização.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto a Senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Qualquer dúvida que venha surgir antes, durante ou depois de qualquer etapa desta pesquisa, bem como sua recusa a participar ou retirar seu consentimento em quaisquer fases, não trará nenhum tipo de penalidade para você ou para o serviço que lhe oferta assistência.

Esta pesquisa não contém nenhuma relação com instituições de saúde, ficando à Senhora isenta de receber qualquer tipo de benefício material ou financiamento à sua participação, assim como também fica a certeza de isenção a qualquer tipo de risco para a sua pessoa durante esta pesquisa.

Informamos ainda que o (s) pesquisador(es) estará(ão) a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, solicitamos a uma participação o que tornará possível a realização dessa pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinada por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Cuité ____ de _____ de 2013.

Profª. Ms. Isolda Maria Barros Torquato
Pesquisadora Responsável

Jéssica Ladyanne Brito
Pesquisadora Participante

Testemunha

Endereço do Pesquisador Responsável:

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cuité.

Olho D’Água da Bica s/n - Cuité-PB. CEP: 58175-000 - Telefone: (83) 3372-1900

Endereço do Pesquisador Participante

Rua Mário Azevedo Buriti, S/N, Bairro Antônio Mariz, cep: 58175-000 – Telefone: (84) 9820-4421

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG - CAMPUS CUITÉ
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM



LOMBALGIA: PREVALÊNCIA E SUAS REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES GESTANTES

Matrícula Saúde da Família: _____

Formulário Número: _____

Parto vaginal Parto C/iring

I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____ (anos completos)
2. Raça: () Branca () Parda () Negra
3. Estado civil:
- a) () Solteira
- b) () Casada/Amazada
- c) () Divorciada
- d) () Viúva
4. Escolaridade:
- a) () Sem escolaridade
- b) () Ensino fundamental
- c) () Ensino médio
- d) () Ensino superior
5. Renda Familiar:
- a) () Inferior a um salário mínimo
- b) () Até um salário mínimo
- c) () Superior a um salário mínimo
6. Trabalha fora do domicílio?
- a) () Sim. Onde? _____
- b) () Não

II - DADOS OBSTÉTRICOS

7. Idade gestacional da gravidez atual:
- a) () 1º Trimestre (Abaixo de 13 semanas)
- b) () 2º Trimestre (Entre 14 e 27 semanas)
- c) () 3º Trimestre (Acima de 28 semanas)
8. Altura: _____ Cm
9. Peso: _____ Kg
10. Índice de Massa Corporal (IMC): _____
11. Número de consultas pré-natais?
- a) () ≤ 6 consultas
- b) () 7
- c) () Mais de 7
- d) () Não sabe responder
12. Memória obstétrica prévia:
- a) Gest: Part: Abort:

III - CARACTERIZAÇÃO DA LOMBALGIA

13. Você sente dor na coluna lombar?
- () Sim - Continuar a responder as questões a seguir
- () Não - Encerrar a entrevista
14. Você já apresentava dor na coluna lombar antes da gestação?
- () Sim
- () Não
15. Em que período da gestação a dor lombar iniciou?
- () 1º Trimestre
- () 2º Trimestre
- () 3º Trimestre
16. Onde se localiza a dor?
- () Região lombar
- () Região sacroilíaca
- () Em ambas as regiões anteriores
17. Como você classifica a intensidade da dor pela Escala Visual Analógica (EVA)?



18. Qual a frequência da dor?
- () Diária
- () Semanal
- () Quinzenal
- () Mensal
19. Período diário que a dor lombar inicia?
- () Manhã
- () Tarde
- () Noite
20. Período que a dor é mais intensa?
- () Manhã
- () Tarde
- () Noite

21. O que melhora a dor?

22. O que piora a dor?

23. Qual a duração da dor?

- < 1 hora
- 1 a 2 horas
- 2 a 4 horas
- 5 horas ou mais

24. Você recebeu orientação(ões) sobre a lombalgia durante o pré-natal?

- Sim
- Não – Passe para a questão 25

25. Qual o(s) profissional(is) envolvido(s) nas orientação(ões) sobre a lombalgia?

- Médico
- Enfermeiro
- Odontólogo
- Outros: _____

26. Qual(is) a(s) orientação(ões) que você recebeu por parte dos profissionais para o tratamento da lombalgia?

- Orientação(ões) quanto ao uso de medicamentos
- Orientação(ões) posturais
- Orientação(ões) para a prática de atividade física
- Encaminhamento para as terapias complementares
- Outros: _____

27. Qual a forma utilizada pelo(s) profissional(is) para realizar as orientação(ões)?

- a) Exposição oral individual
- b) Exposição oral coletiva
- c) Materiais educativos
- d) Outros: _____

28. O que você utiliza atualmente para aliviar o quadro de dor lombar?

29. Como você percebe a lombalgia interferindo na sua qualidade de vida?

APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE - UAS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

OFÍCIO

Cuite, 26 de Abril de 2013.

Ofício n.º 24

Ao Ilmo. Secretário de Saúde do Município de Cuité
Gentil Palmeira Venâncio Filho

Senhor secretário, é com grande estima que venho por meio deste, solicitar a autorização para a realização da pesquisa intitulada **“Lombalgia: prevalência e repercussões na qualidade de vida de mulheres gestantes”** da aluna **Jéssica Ladyanne Oliveira Pereira de Brito** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande sob a orientação da professora mestre **Isolda Maria Barros Torquato** para fins de conclusão do referido curso. Certa de que o referido estudo trará importantes contribuições aos acadêmicos, profissionais de enfermagem e a sociedade principalmente agradecemos desde já a vossa compreensão.

Certa da sua atenção agradece antecipadamente.

Isolda Maria Barros Torquato
Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem
Matrícula SIAPE: 1577240

APÊNDICE D**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS
TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Pesquisa: **Lombalgia: prevalência e repercussões na qualidade de vida de mulheres gestantes.**

Eu, **Isolda Maria Barros Torquato**, Enfermeira, Professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (SIAPE 1577240), portadora do RG: 2.099.914 e CPF: 033.326.024-46 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, ____ de _____ de 2013.

Isolda Maria Barros Torquato
Orientadora da pesquisa

APÊNDICE E**TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR (ES)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autora orientadora (Isolda Maria Barros Torquato) e orientanda da pesquisa (Jéssica Ladyanne Oliveira Pereira de Brito)

intitulada “**Lombalgia: prevalência e repercussões na qualidade de vida de mulheres gestantes**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa avaliador determinado pela CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao mesmo, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, _____ de _____ de 2013.

Isolda Maria Barros Torquato
Autora orientadora da pesquisa

Jéssica Ladyanne Oliveira Pereira de Brito
Orientanda



Anexo

ANEXO A

**SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ**

Endereço: Rua Francisco Teodoro da Fonseca Bairro: Centro Cuité-PB CEP: 58175-000
CNPJ: 08.732.174/0008-27

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa intitulado **“Lombalgia: prevalência e repercussões na qualidade de vida de mulheres gestantes”** desenvolvida pela aluna **Jéssica Ladyanne de Brito** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande sob a orientação da professora mestre **Isolda Maria Barros Torquato** estando autorizada a realização do referido estudo.

Cuité, ____ de _____ de 2013.

Gentil Palmeira Venâncio Filho
Secretário de Saúde do Município de Cuité - PB

ANEXO B

Questionário de McGill - Avaliação do Padrão da Dor

Assinale, no máximo, uma expressão de cada grupo. Não assinale palavras que não se aplicam.
Escolha dentre estas, as expressões que melhor descrevam sua dor atual

<p>1. <input type="checkbox"/> 1-Vibração <input type="checkbox"/> 2-Tremor <input type="checkbox"/> 3-Pulsante <input type="checkbox"/> 4-Latejante <input type="checkbox"/> 5-Como Batida <input type="checkbox"/> 6-Como Pancada</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 1-Pontada <input type="checkbox"/> 2-Choque <input type="checkbox"/> 3-Tiro</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 1-Agulhada <input type="checkbox"/> 2-Perfurante <input type="checkbox"/> 3-Facada <input type="checkbox"/> 4-Punhalada <input type="checkbox"/> 5-Em lança</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 1-Fina <input type="checkbox"/> 2-Cortante <input type="checkbox"/> 3-Estraçalha</p> <p>5. <input type="checkbox"/> 1-Beliscão <input type="checkbox"/> 2-Aperto <input type="checkbox"/> 3-Mordida <input type="checkbox"/> 4-Cólica <input type="checkbox"/> 5-Esmagamento</p>	<p>6. <input type="checkbox"/> 1-Fisgada <input type="checkbox"/> 2-Puxão <input type="checkbox"/> 3-Torção</p> <p>7. <input type="checkbox"/> 1-Calor <input type="checkbox"/> 2-Queimação <input type="checkbox"/> 3-Fervente <input type="checkbox"/> 4-Em Brasa</p> <p>8. <input type="checkbox"/> 1-Formigamento <input type="checkbox"/> 2-Coceira <input type="checkbox"/> 3-Ardor <input type="checkbox"/> 4-Ferroada</p> <p>9. <input type="checkbox"/> 1-Mal localizada <input type="checkbox"/> 2-Dolorida <input type="checkbox"/> 3-Machucada <input type="checkbox"/> 4-Doida <input type="checkbox"/> 5-Pesada</p> <p>10. <input type="checkbox"/> 1-Sensível <input type="checkbox"/> 2-Esticada <input type="checkbox"/> 3-Esfolante <input type="checkbox"/> 4-Rachando</p> <p>11. <input type="checkbox"/> 1-Cansativa <input type="checkbox"/> 2-Exaustiva</p>	<p>12. <input type="checkbox"/> 1-Enjoada <input type="checkbox"/> 2-Sufocante</p> <p>13. <input type="checkbox"/> 1-Castigante <input type="checkbox"/> 2-Atormenta <input type="checkbox"/> 3-Cruel</p> <p>14. <input type="checkbox"/> 1-Amedrontadora <input type="checkbox"/> 2-Apavorante <input type="checkbox"/> 3-Aterrorizante <input type="checkbox"/> 4-Maldita <input type="checkbox"/> 5-Mortal</p> <p>15. <input type="checkbox"/> 1-Miserável <input type="checkbox"/> 2-Enloquecedora</p> <p>16. <input type="checkbox"/> 1-Chata <input type="checkbox"/> 2-Que incomoda <input type="checkbox"/> 3-Desgastante <input type="checkbox"/> 4-Forte <input type="checkbox"/> 5-Insuportável</p> <p>17. <input type="checkbox"/> 1-Espalha <input type="checkbox"/> 2-Irradia <input type="checkbox"/> 3-Penetra <input type="checkbox"/> 4-Atravessa</p>	<p>18. <input type="checkbox"/> 1-Aperta <input type="checkbox"/> 2-Adormece <input type="checkbox"/> 3-Repuxa <input type="checkbox"/> 4-Espreme <input type="checkbox"/> 5-Rasga</p> <p>19. <input type="checkbox"/> 1-Fria <input type="checkbox"/> 2-Gelada <input type="checkbox"/> 3-Congelante</p> <p>20. <input type="checkbox"/> 1-Aborrecida <input type="checkbox"/> 2-Dá náuseas <input type="checkbox"/> 3-Agonizante <input type="checkbox"/> 4-Pavorosa <input type="checkbox"/> 5-Torturante</p> <p>Nº de Descritores <input type="checkbox"/> 1-Sensoriais <input type="checkbox"/> 2-Afetivos <input type="checkbox"/> 3-Avaliativos <input type="checkbox"/> 4-Miscelânea <input type="checkbox"/> 5-Total</p> <p>Índice de Dor <input type="checkbox"/> 1-Sensoriais <input type="checkbox"/> 2-Afetivos <input type="checkbox"/> 3-Avaliativos <input type="checkbox"/> 4-Miscelânea <input type="checkbox"/> 5-Total</p>
--	--	--	--

ANEXO C**TERMO DE SUBMISSÃO DO PROJETO DE TCC NA PLATBR**

Declaro, para fim de proceder à submissão na PLATBR do Projeto de Pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **Jéssica Ladyanne Oliveira Pereira de Brito** intitulado “**Lombalgia: prevalência e repercussões na qualidade de vida de mulheres gestantes**”, que foram realizadas todas as modificações propostas pela Banca Examinadora e aprovadas pela aluna, autora do trabalho e sua orientadora, estando o mesmo pronto para submissão a PLATBR para apreciação ética nesse Comitê de Ética em Pesquisa, aguardando o pronunciamento deste, para o início da pesquisa.

Eu, **Isolda Maria Barros Torquato**, Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso em foco, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Cuité, _____ de _____ de 2013.

Isolda Maria Barros Torquato
Autora orientadora da pesquisa

ANEXO D

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LOMBALGIA: PREVALÊNCIA E REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES GESTANTES
Pesquisador: Isolda Maria Barros Torquato
Versão: 1
CAAE: 16742713.7.0000.5182
Instituição Proponente: Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da UFCG

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 049111/2013
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br