

**Prevalência e relação entre dor lombopélvica gestacional e incapacidade funcional de gestantes atendidas na rede pública de Caruaru-PE**

Prevalence and relationship between gestacional lombopelvic pain and functional incapacitation of pregnant women attended in the public network of Caruaru-PE

Marcella Caroline da Costa Leal<sup>1</sup>, Amanda de Carvalho Vasconcelos da Silva<sup>1</sup>, Ítala Fernanda Albuquerque Lucena<sup>1</sup>, Belisa Duarte Ribeiro de Oliveira<sup>2</sup>, Eurico Solian Torres Liberalino<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Discente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Tabosa de Almeida

<sup>2</sup> Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Tabosa de Almeida

**Resumo**

**Objetivo:** Estimar a prevalência da dor lombopélvica gestacional e incapacidade funcional de gestantes atendidas na rede pública de Caruaru-PE, identificando fatores associados ao seu aparecimento. **Métodos:** Foram incluídas 335 gestantes, dos três trimestres gestacionais, atendidas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da zona urbana da cidade de Caruaru/PE. Aplicou-se um questionário para registro de dados pessoais, sociodemográficos, gestacionais e antropométricos. Caso relatasse a presença de dor, era definida a intensidade a partir da Escala Visual Analógica (EVA) e a gestante definia o local da dor (região lombar, pélvica ou ambas). A interferência da dor na funcionalidade foi mensurada pelo questionário de incapacidade funcional de Rolland-Morris (RMDQ), para análise estatística utilizou-se o Excel (versão 2013). **Resultados:** A prevalência de dor lombopélvica foi de 87,46%. Foi observada que em 37,31% relataram a interferência no sono, 59,70% interferência na realização das AVD's e 45,07% nas atividades laborais. De acordo com a (EVA) 61,49% das gestantes

classificaram a dor como moderada e de acordo com o Questionário de Incapacidade Funcional de Rolland-Morris (RMDQ), 27% apresentam incapacidade funcional.

**Conclusões:** Fatores biomecânicos gestacionais interferem na presença na dor lombopélvica gestacional e possivelmente estão associados ao sedentarismo e primiparidade. A dor lombopélvica gestacional podem comprometer a realização de AVD's e atividades laborais pelo aumento da incapacidade funcional.

**Palavras-chaves:** Gestação; Dor lombar; Pelve; Qualidade de vida.

### **Abstract**

**Objective:** To estimate the prevalence of gestational lombopelvic pain and functional disability of pregnant women treated in the public network of Caruaru-PE, identifying components associated with their appearance. **Methods:** A total of 335 pregnant women, three gestational trimesters, attended by the Basic Health Units (UBS) of the urban area of the city of Caruaru / PE, were included. Apply a questionnaire to record data, sociodemographic, gestational and anthropometric. If the pain was reported, the intensity was defined from the Visual Analogue Scale (VAS) and the pregnant woman defined the pain location (lumbar, pelvic or both). Functional pain interference was measured by the Rolland-Morris functional disability questionnaire (RMDQ), for statistical analysis, Excel was used (version 2013). **Results:** The prevalence of lombopelvic pain was 87.46%. It was observed in 37.31% reported interference in sleep, 59.70% interference in performing ADL and 45.07% in work activities. According to one (EVA) 61.49% of the pregnant women rated the pain moderately and according to the Rolland-Morris Functional Disability Questionnaire (RMDQ), 27% had functional disability. **Conclusions:** Gestational biomechanical factors interfere in the presence of gestational lombopelvic pain and are possibly associated with sedentary

lifestyle and primiparity. Lumbar pelvic pain may compromise the performance of ADL and labor activities by increasing functional disability.

**Keywords:** Pregnancy; Low back pain; Pelvic; Quality of life.

## **Introdução**

Durante o período gestacional, diversas modificações fisiológicas com etiologias multifatoriais ocorrem para que ocorra um melhor suporte estrutural ao feto. A expansão do útero estimula uma modificação do centro de gravidade e expansão da musculatura abdominal, fato que frequentemente causa um aumento da lordose lombar como forma compensatória da biomecânica corporal da gestante <sup>1,2</sup>.

Cerca de 50 a 70% das mulheres desenvolvem dor na região lombar e na região pélvica durante a gestação, fato que caracteriza a dor lombopélvica gestacional. Ela é considerada um dos principais sintomas que ocorrem no desenvolvimento da gestação, acometendo mais de um terço das gestantes e gerando um impacto considerável na qualidade de vida dessa população <sup>3,4</sup>. Estudos relatam que fatores biomecânicos gestacionais podem interferir no aparecimento de dores na coluna, tão comumente presentes na gravidez, e acreditam que o aumento do peso seja capaz de interferir no equilíbrio pélvico ao provocar uma rotação anterior pélvica da gestante, causando dor e sobrecarga das estruturas vertebrais <sup>4,5</sup>.

A presença da lombalgia é uma das principais queixas musculoesqueléticas da gestação e traz inúmeros efeitos negativos no período gestacional, fator que diminui a produtividade laboral de até 50% das gestantes. A influência dessas queixas de dores nas atividades de vida diária (AVD's) varia quanto à intensificação e o incômodo, mas independentemente do nível, influencia negativamente a vida da gestante, fato que resulta na limitação funcional e compromete de maneira direta o desempenho na realização de suas atividades e vida social <sup>1, 3, 6, 7</sup>.

Atualmente, estudos têm sugerido que as alterações posturais (especialmente a hiperlordose lombar) não são as únicas que acarretam os sintomas da lombalgia, mas um conjunto de mudanças que ocorre no organismo da gestante, como o ganho de peso, instabilidade articular e outros fatores. Entre os envolvidos, sucessivos partos, idade materna avançada e presença de dor na coluna previamente à gravidez também podem contribuir para o aparecimento do quadro álgico <sup>4, 8, 9, 10, 11, 12</sup>.

O aumento da flexibilidade e extensibilidade articular ocasionada pela ação hormonal, o crescimento e anteriorização do útero dentro da cavidade abdominal, o aumento de peso e o tamanho das mamas contribuem para o deslocamento do centro de gravidade e intensificação da curvatura lombar, fatores que podem ocasionar em dor lombar e pélvica <sup>8, 9, 10</sup>. Entretanto, alguns autores relatam que não há evidências sobre quais os reais fatores (gestacionais e biomecânicos) envolvidos com a presença da dor lombopélvica na gestação <sup>10, 13, 14</sup>.

O reconhecimento desses fatores, portanto, é fundamental para a adoção de tratamentos adequados e específicos para cada caso, além da adoção de medidas que possam prevenir a dor lombopélvica na população gestante. Este estudo, portanto, teve como objetivo estimar a prevalência de dor lombopélvica gestacional, estabelecer a relação entre dor lombopélvica gestacional e a incapacidade funcional de gestantes atendidas na rede pública de Caruaru-PE, identificando fatores associados ao seu aparecimento.

## **Métodos**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter exploratório de corte transversal. Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário

Tabosa de Almeida (CAAE: 62224016.8.0000.520) foram recrutadas aleatoriamente 335 gestantes atendidas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da zona urbana da cidade de Caruaru/PE. Foram incluídas gestantes de baixo risco obstétrico atendidas pela rede municipal de saúde, de qualquer idade gestacional, com faixa etária de 15 a 35 anos de idade. Foram excluídas as gestantes com história prévia de hérnia de disco ou lesões na coluna vertebral e também com alterações posturais anômalas prévias à gestação associadas com a dor lombar.

As gestantes foram abordadas na sala de espera do atendimento pré-natal e após o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foram submetidas à avaliação inicial por meio de uma entrevista individual utilizando um questionário para registro de dados pessoais, sociodemográficos, gestacionais e antropométricos. Caso a gestante relatasse a presença de dor lombopélvica, era definida a intensidade da dor a partir da Escala Visual Analógica (EVA)<sup>15</sup> e a gestante definia o local da dor (se na região lombar, pélvica ou ambas, através de uma figura ilustrativa). Posteriormente, a interferência da dor na funcionalidade foi mensurada pelo questionário de incapacidade funcional de Rolland-Morris (RMDQ)<sup>16, 17</sup>, composto por 24 questões dicotômicas relacionadas às atividades de vida diária, a dor e a função. As perguntas eram objetivas e simples, dando-se a pontuação de “1” para cada questão cuja afirmação a gestante concordasse e a pontuação “0” para cada questão cuja afirmação a gestante não concordasse. O escore foi a somatória dos valores, podendo variar de zero (sugerindo nenhuma incapacidade) a 24 (incapacidade grave). As gestantes avaliadas com um escore maior e/ou iguais a 14 foram consideradas com incapacidade funcional<sup>16, 17</sup>.

Após a coleta, os dados foram tabulados no programa Excel (versão 2013) e posteriormente exportados para o SPSS (versão 2013). Para a variável categórica

(presença ou não de dor) foi realizada a análise da frequência relativa e absoluta. Para as variáveis contínuas, aplicou-se o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. Para as variáveis contínuas com distribuição normal, foi adotada a descrição das médias e dos respectivos desvios padrões, e as que não apresentaram normalidade de distribuição, foram representadas em forma de mediana e pelo intervalo interquartil. Na comparação e análise de associação de variáveis contínuas e categóricas, foram utilizados os testes T-student para amostras pareadas e teste de Mann-whitney para amostras não pareadas. Considerou-se as diferenças estatisticamente significativas variáveis contínuas que apresentem valor de  $p < 0,05$ .

## **Resultados**

As características gerais da amostra são descritas na Tabela 1, que se refere a dados coletados a partir do questionário de registro de dados pessoais, sociodemográficos, gestacionais e antropométricos. Observa-se a média de idade da amostra coletada, paridade média, distribuição dos trimestres gestacionais, IMC com classificação do estado nutricional, de acordo com a Escala de Atalah <sup>18</sup>, índice de sedentarismo e estado civil. Como podemos observar, a amostra foi composta, em sua maioria, de gestantes do terceiro trimestre gestacional, eutróficas segundo critérios do Ministério da Saúde <sup>18</sup> e sedentárias.

A Tabela 2 refere-se à prevalência de dor lombopélvica gestacional, à classificação da dor de acordo com a Escala Visual Analógica (EVA) e ao percentual de gestantes com incapacidade funcional de acordo com o questionário de incapacidade de Rolland-Morris (QIRM). Como observado, a maior parte das gestantes que relatam dor, classificam como moderada a forte a mesma, fato que, certamente, interfere em quase um terço (27,16%) das gestantes com incapacidade funcional.

O aparecimento da dor parece sofrer interferência da idade gestacional. Dados do presente estudo mostram que apenas 8,87% (n= 26) das gestantes tinham dor na região lombar antes da gestação. 29,01% (n=85) relataram que a dor começou no primeiro trimestre gestacional, 48,81% (n= 143) relataram que o início se deu no segundo trimestre e; por fim, 13,31% (n= 39) relataram sentir dor apenas no terceiro trimestre gestacional. Contudo, os tipos de dores relatados apresentaram as seguintes frequências: dor cansada 35,15% (n=103), em pontada 26,28% (n=77), em queimação 15,02% (n=44); compressão 11,95% (n=35) e latejante: 8,19% (n=24) e irradiada 3,41% (n=10).

A Tabela 3 é relativa às associações entre a dor lombopélvica gestacional e as variáveis correlatas: estado nutricional, sedentarismo e número de gestações. Como podemos observar o sedentarismo e a primeira gestação ( $p<0,05$ ) são fatores influentes no aparecimento da dor lombopélvica gestacional.

## **Discussão**

De acordo com os dados gestacionais presentes nesta amostra, a média de idade das gestantes entrevistadas foi de 25,27 anos, caracterizando assim uma população de mulheres jovens. O período gestacional com maior frequência de dor lombopélvica foi o terceiro trimestre gestacional, onde 94,62% destas relataram sentir dor lombopélvica gestacional.

Assim como alguns estudos <sup>10,19</sup>, que evidenciaram que o pico de maior prevalência de dor ocorre a partir do 5º mês de gestação, o presente estudo, caracterizou-se por ter 48,81% da amostra com relato de dor iniciando a partir do segundo trimestre. Porém, outros estudos <sup>4,12</sup>, relatam que o surgimento do quadro

álgico na região lombopélvica pode ocorrer em qualquer etapa do período gestacional, com predominância marcante entre o 4º e o 7º mês, pois neste período há uma intensificação da sobrecarga nos músculos e ligamentos da coluna vertebral, além da elevação da ação hormonal, estrogênio e a relaxina, que resulta em relaxamento sobre os ligamentos das articulações pélvicas.

Alguns autores<sup>20, 21, 22</sup> mostraram que de 33 a 50% das grávidas relatam dor antes de 20 semanas de gestação, e que esta poderá chegar até o final da gravidez. No presente estudo, em relação à presença de dor relacionada ao trimestre gestacional, 60% das gestantes do primeiro trimestre gestacional, 85,96% do segundo trimestre e 94,62% das gestantes do terceiro trimestre gestacional relataram sentir dor. Tal fato pode ser justificado pela biomecânica gestacional, que, no terceiro trimestre, é caracterizada por influenciar fortemente no centro de gravidade da gestante, em decorrência de necessidades metabólicas e funcionais do útero em desenvolvimento. O aumento de peso, por exemplo, ocorre principalmente no terceiro trimestre gestacional, pois há o crescimento do feto e do volume de líquido amniótico, e conseqüentemente eleva a sobrecarga nas articulações<sup>23</sup>.

A avaliação do estado nutricional da gestante difere dessa avaliação em outros ciclos da vida, e caracteriza as condições nutricionais da mulher, bem como o crescimento do feto. Esse fato torna necessária a aferição do peso e da estatura da mulher, ao longo da gestação, dados que determinam o estado nutricional da gestante. Desta forma, o diagnóstico e o acompanhamento da situação nutricional da gestante correspondem a um fator essencial dos procedimentos básicos na atenção básica do pré-natal<sup>18</sup>.

Na amostra do presente estudo, 41,79% das gestantes encontravam-se com peso adequado, entretanto, não se pode deixar de constatar que 35,52% da amostra foi



classificada em sobrepeso ou obesidade de acordo com a Escala de Atalah <sup>18</sup>. Considerando que o aumento do peso seja capaz de interferir no equilíbrio pélvico e, desse modo provocar uma rotação anterior pélvica e conseqüentemente dor e sobrecarga das estruturas vertebrais, é possível que esta tenha sido uma causa da prevalência de dor nessas mulheres <sup>4, 5</sup>, apesar de haver estudos <sup>24, 25</sup> que afirmam não existir correlação entre ganho de peso e a dor na gestação.

O sedentarismo presente em 83,58% das gestantes pode estar diretamente relacionado com a presença da dor e a sobrecarga muscular lombar e pélvica causada pelo desequilíbrio biomecânico na região durante o período gestacional. Desta forma, os resultados obtidos no presente trabalho estão de acordo com outros estudos <sup>26,27</sup> que mostraram, claramente, a melhora da dor na região lombar nas gestantes que mantiveram uma atividade física regular durante a gestação.

De acordo com o estudo <sup>3</sup>, a dor pode ser classificada em três diferentes condições. A dor lombar, definida como um sintoma presente previamente à gestação pode se intensificar durante o período gestacional e caracteriza-se com uma redução da mobilidade da região lombar. A dor pélvica posterior, definida como lombalgia característica da gestação, tem caráter intermitente com irradiação para os glúteos e membros inferiores. Esse tipo de dor resulta em um bloqueio de movimentos durante a realização da marcha. A dor lombopélvica, definida como a combinação de ambas as dores lombar e pélvica posterior, é uma condição comum na gravidez e apresenta características de caráter contínuo e intermitente, com prevalência, no Brasil, estimada entre 73% a 95,2%, de acordo com a literatura <sup>28, 29</sup>. Dados semelhantes foram encontrados em nosso estudo, que teve 87,46% da amostra com auto-relato de dor lombopélvica gestacional.

Observou-se que 61,49% das gestantes classificaram a dor moderada de acordo com a Escala Visual Analógica (EVA) e os dados deste trabalho está de acordo com alguns estudos <sup>3, 15</sup>, que tiveram a maioria de suas amostras com escore de dor moderado, porém podendo progredir para a dor intensa ao longo da gestação. Tal fato pode impossibilitar a realização de atividades diárias e traduz-se em uma incapacidade funcional em quase 1/3 da população do nosso estudo.

A presença da dor nas voluntárias do presente estudo resultou em uma incapacidade funcional grave de acordo com o Questionário de Incapacidade Funcional de Rolland-Morris (RMDQ) em mais de 27% das entrevistadas. Observou-se que este índice está acima da média relatada em outros estudos <sup>10, 30</sup>, que verificaram que a maioria das gestantes com lombalgia apresentou incapacidade mínima e moderada, através da avaliação por outros instrumentos, como o Questionário de Incapacidade de Oswestry, utilizado para investigar efetivamente a presença de lombalgia, bem como sua interferência desta sobre as atividades diárias.

Outro fato interessante é que apenas 8,87% das gestantes tinham dor na região lombar antes da gestação, o que difere de estudos anteriores <sup>10, 30</sup>, em que cerca de 30% das mulheres relataram sentir dor prévia à gestação, que foi modificada para dor em pontada durante o curso gestacional, diferindo do presente estudo, em que a dor cansada, característica da dor lombar, foi mais relatada durante a gestação.

Observamos ainda que a amostra tem uma característica de incapacidade funcional grave, fato que revela que a dor lombopélvica interfere de forma direta na vida diárias das gestantes, no ciclo do sono, na realização das AVD's e atividades laborais. Os elevados índices de IMC e a presença de sedentarismo na gestação em grande parte da amostra associados a necessidades funcionais específicas de nossa população pode ter influenciado tais dados.

Apesar de haver poucas pesquisas<sup>31, 32, 33</sup> que afirmem que a presença da dor atrapalhe o sono, observamos que 37,31% da nossa amostra relataram que o incômodo e a intensidade da dor diminuem as horas de sono, fato que influencia negativamente a qualidade de vida da gestante, principalmente no desempenho de suas atividades e vida social. Observamos também que a presença e a intensidade da dor impedem que 59,70% das gestantes da amostra realizem as atividades diárias e 45,07% das atividades laborais durante a gestação. Alguns autores<sup>1, 10, 34</sup> também alertam que a limitação funcional compromete de maneira direta o desempenho na realização de suas atividades e vida social, e não apenas eventualmente.

Durante a assistência pré-natal, são indispensáveis alguns procedimentos para o controle de riscos gestacionais, entre eles, a avaliação nutricional para o controle de peso. Porém, ainda é pouco comum a prática pré-natal de incentivo da equipe de saúde à realização da prática de atividade física durante este período<sup>10, 26, 35</sup>. É de suma importância o preparo biomecânico para a sobrecarga muscular em um sistema musculoesquelético que sofre diversas modificações ao longo de pouco tempo, como o corpo de uma gestante. É possível que esse fato pode ter resultado na presença da dor, quando observamos que 87,76% das gestantes da amostra relataram ser sedentárias e, 77,62% dessas gestantes relataram sentir dor lombopélvica.

Em relação ao número de gestações, alguns autores descrevem que as multigestas sentem menos dores em relação às primigestas, e que a partir da segunda gestação, a intensidade da dor tende a minimizar<sup>19, 36, 37</sup>. Nosso estudo corrobora com essa versão, pois observamos que 62,66% das primigestas relataram sentir mais dor em relação à multigestas (29,25%).

Fatores biomecânicos e gestacionais podem influenciar a presença de lombalgia, como o número de gestações, a idade materna, além de outros fatores de risco durante o

período gestacional, entre eles, a história obstétrica, dados sociodemográficos, antropométricos e história prévia de dor. Esses fatores, porém, não foram associados à maior dor lombopélvica em nossa amostra. É possível que fatores relativos à resistência muscular tenham maior impacto sobre o aparecimento da dor e que incentivar práticas que estimulem a resistência de músculos da estática lombopélvica seja a melhor solução para a diminuição de prevalência de dor nessa população.

## **Conclusões**

Fatores biomecânicos gestacionais interferem na presença na dor lombopélvica gestacional e possivelmente estão associados ao ganho de peso e sedentarismo durante a gestação. A dor lombopélvica gestacional podem comprometer a realização de AVD's e atividades laborais pelo aumento da incapacidade funcional. A inclusão de medidas preventivas de dor lombopélvica, especialmente o fortalecimento muscular abdomino-pélvico durante o pré-natal pode melhorar a qualidade de vida da gestante e proporcionar um aumento do rendimento laboral durante a gestação.

## **Referências:**

1. Martins RF, Silva JLP. Prevalência de dores nas costas na gestação. Revista da Associação Médica Brasileira, 2005; 51 (3): 144-147.
2. Sabino J, Grauer JN. Pregnancy and low back pain. Revista Musculoskelet Med, New Haven, 2008; 1 (1): 137-141.

3. Gomes MRA, Araújo RC, Lima AS, Pitangui ACR. Lombalgia gestacional: prevalência e características clínicas em um grupo de gestantes. *Revista Dor, Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor*, 2013; 14 (2): 114-117.
4. Mann L, Kleinpaul JF, Mota CB, Santos SG. Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. *Revista Motriz*, 2010; 16 (3): 730-741.
5. Wu WH, Meijer OG, Bruijn SM, Hu H, Van Dieen JH, Lamoth CJC, Van Royen BJ, Beek PJ. Gait in pregnancy-related pelvic girdle pain: amplitudes, timing, and coordination of horizontal trunk rotations. *Revista Spine*, 2008; 17 (1): 1160-1169.
6. Martins RF, Silva, JLP. Tratamento da lombalgia e dor pélvica posterior na gestação por um método de exercícios. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2005; 27 (5): 275-282.
7. Santos MM, Gallo AP. Lombalgia gestacional: prevalência e características de um programa pré natal. *Arquivo Brasileiro de Ciências da Saúde*, 2010; 35 (3): 174-179.
8. Benetti FA, Pegoretti C, Wittig DS, Deprá PP, Campos MH, Sabatino JH. Curvatura lombar e inclinação do tronco durante o período gestacional. *Revista de Ciências Médicas*, 2005; 14 (3) :259-265.
9. Munjin LM, Llabaca GF, Rojas BJ. Dolor lumbar relacionado al embarazo. *Revista Chilena Obstetrícia e Ginecologia*. 2007; 72(4):258-65.
10. Madeira HGR, Garcia JBS, Lima MVV, Serra HO. Incapacidade e fatores associados à lombalgia durante a gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2013; 35 (12): 541-548.

11. Firmento BS, Moccellini AS, Albino MAS, Driusso P. Avaliação da lordose lombar e sua relação com a dor lombopélvica em gestantes. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*, 2012; 19(2): 128-134.
12. Sousa VPS. Análise da relação entre alterações do padrão do sono e dor lombopélvica em mulheres no segundo trimestre gestacional [.docx]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2011.
13. Han IH. Pregnancy and spinal problems. *Curr Opin Obstetric e Gynecologic*. 2010; 22(6):477-81
14. Vermani E, Mittal R, Weeks A. Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review. *Pain Pract*. 2010; 10(1): 60-71.
15. Machado BLR, Silva F, Brauner GSR, Refatti JR, Garlet P, Guedes PF, Vaucher DS. Incidência de dor lombar em gestantes. Santa Maria (RS): Centro Universitário Franciscano - UNIFRA; 2012.
16. Monteiro J, Faísca L, Nunes O, Hipólito J. Questionário de incapacidade de Roland Morris, Adaptação e validação para os doentes de língua portuguesa com lombalgia. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 2010; 23(5): 761-766.
17. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire – Brazil Roland-Morris. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 2001; 34(1): 203-210.
18. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília (DF); 2011.
19. Barbosa CMS, Silva JMN, Moura AB. Correlação entre o ganho de peso e a intensidade da dor lombar em gestantes. *Revista Dor*, 2011; 12(3): 205-208.

20. Gutke A, Ostgaard HC, Oberg B. Pelvic girdle pain and lumbar pain in pregnancy: a cohort study of the consequences in terms of health and functioning. *Spine*, 2006; 31(5): 149-155.
21. Robinson HS, Mengshoel AM, Bjelland EK, Vollestad NK. Pelvic girdle pain, clinical tests and disability in late pregnancy. *Man Ther*, 2010; 15(3): 280-285.
22. Robinson HS, Mengshoel AM, Veierod MB, Vollestad NK. Pelvic girdle pain: Potential risk factors in pregnancy in relation to disability. *Elsevier Manual Therapy*, 2010; 10(1): 522-528.
23. Dalla Nora D, Petter GN, Santos TS, Pivetta HMF, Braz MM. Alterações posturais em gestantes e suas influências na biomecânica da coluna. Trabalho de Iniciação Científica, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2012.
24. Moura RSV, Campos RS, Mariani SHV. Dor lombar gestacional: impacto de um protocolo de fisioterapia. *Arquivo Médico ABC*, 2007; 32(2): 59-63.
25. Sperandio FF, Santos GM, Pereira F. Características e diferenças da dor sacroiliaca e lombar durante a gestação em mulheres primigestas e multigestas. *Revista Fisioterapia Brasil*, 2004; 5(4): 267-270.
26. Mann L, Kleinpaul JF, Teixeira CS, Konopka CK. Dor lombo-pélvica e exercício físico durante a gestação. *Revista Fisioterapia e Movimento*, 2008; 21(2): 99-105.
27. Rodrigues WFG, Silva LR, Nascimento MAL, Pernambuco CS, Giani TS, Dantas EHM. Prevalência de lombalgias e inatividade física: o impacto dos fatores psicossociais em gestantes atendidas pela Estratégia de Saúde da Família, *Revista Einstein*, 2011; 9(4): 489-493.

28. Pitangui ACR, Ferreira CHJ. Avaliação fisioterapêutica e tratamento da lombalgia gestacional. *Revista Fisioterapia e Movimento*, 2008; 21(2): 135-142;
29. Ferreira CHJ, Pitangui ACR, Nakano MAS. Tratamento da lombalgia na gestação. *Revista Fisioterapia Brasil*, 2006; 7(2): 138-141.
30. Muriano KL, Rocha SB, Peixoto ID, Pagotto P, Pelai EB, Peixoto LN, Savian NU, Fregonesi CEPT, Carmo EM. Prevalência de dor lombar e dor pélvica em gestantes. *Revista Colloquium Vitae*, 2012; 4(1): 203-208.
31. Sousa VPS, Ribeiro SO, Aquino CMR, Viana ESR. Qualidade de sono em gestantes com dor lombar. *Revista Fisioterapia e Movimento*, 2015; 28(2): 319-326.
32. Neau JP, Teixeira B, Ingrand P. Sleep and vigilance disorders in pregnancy. *Revista European Neurology*, 2009; 62(1): 23-29.
33. Facco FL, Kramer J, Ho KH, Zee PC, Grobman WA. Sleep disturbances in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2010; 115(1): 77-83.
34. Luz RA, Rodrigues FM, Vila VSC, Deus JM, Lima KP. Sintomas depressivos em mulheres com dor pélvica crônica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2014; 36(2): 79-83.
35. Çoban A, Arslan GG, Çolakfakioglu A, Sirlan A. Impact on quality of life and physical ability of pregnancy-related back pain in the third trimester of pregnancy. *Journal of Pakistan Medical Association*, 2011; 61(11): 1122-1124.
36. Novaes FS, Shimo AKK, Lopes MHBM. Lombalgia na gestação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2006; 14(4): 620-624.



37. Toracio MAPC, Korelo RIG. Influência da articulação sacroíliaca na lombalgia gestacional e/ou dor pélvica posterior. Revista Fisioterapia em Evidência, 2010; 1(2): 5-11.

## Tabelas

**Tabela 1. Características gerais da amostra relativas a dados pessoais, sociodemográficos, gestacionais e antropométricos.**

<b>Variáveis</b>	<b>Resultados</b>	
<b>Tamanho da amostra (N)</b>		<b>%</b>
	335	100
<b>Idade (anos)*</b>	25,27	± 5,48
<b>Gestação*</b>	1,49	± 0,84
<b>Idade gestacional média (semanas)*</b>	26,05	± 8,96
Primeiro trimestre	35	10,47%
Segundo trimestre	114	34,03%
Terceiro trimestre	186	55,52%
<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)*</b>	26,04	± 4,61
Peso adequado	140	41,79%
Baixo peso	76	22,69%
Sobrepeso	87	25,97%
Obesidade	32	9,55%
<b>Sedentarismo na gestação</b>	280	83,58%
<b>Estado civil</b>		
Solteira	85	25,37%
Casada	158	47,16%
União estável	90	26,87%
Divorciada	2	0,60%

\*Valores expressos como média ± desvio padrão.

**Tabela 2.** Prevalência de dor de acordo com a EVA, percentual de gestantes com incapacidade funcional de acordo com o questionário de incapacidade de Rolland-Morris (QIRM).

Variáveis	Resultados	
	N	%
Prevalência de dor lombopélvica	293	87,46%
Dor lombar	111	33,13%
Dor pélvica	104	31,04%
Dor lombar e pélvica	78	23,28%
<b>Dor segundo a Escala Visual Analógica (EVA)</b>		
Leve	8	2,38%
Moderada	206	61,49%
Intensa	79	23,58%
<b>Incapacidade funcional (QIRM)*</b>	91	27,16%
Interferência no sono	125	37,31%
Interferências nas AVD's	200	59,70%
Interferências nas atividades laborais	151	45,07%

\*Classificada com Score do QIRM  $\geq 14$  pontos

**Tabela 3 - Associações entre a variável dor lombopélvica e o estado nutricional, sedentarismo e número de gestações**

Variáveis	Resultados			Valor de <i>p</i>
	Sente dor n(%)	Não sente dor n(%)	Total n (%)	
<b>Estado nutricional de acordo com a Escala de Atalah</b>				
Baixo peso	66 (19,70%)	10 (2,98%)	76 (22,68%)	
Peso adequado	121 (36,11%)	19 (5,67%)	140 (41,78%)	
Sobrepeso ou obesidade	108 (32,23%)	11 (3,28%)	119 (35,51%)	
<b>Sedentarismo</b>				
Sim	250 (77,62%)*	34 (10,14%)	284 (87,76%)	0,035

Não	43 (12,83%)	8 (2,38%)	51 (15,21%)	
<b>Números de gestações</b>				
Primigestas	210 (62,66%)*	16 (4,77%)	226 (67,43%)	0,043
Multigestas	98 (29,25%)	11 (3,28%)	109 (32,53%)	
<b>Trimestre gestacional</b>				
1° Trimestre	21 (60%)	14 (40%)	35 (100%)	
2° Trimestre	98 (85,96%)*	16 (14,04%)	114 (100%)	0,041
3° Trimestre	176 (94,62%)*	10 (5,38%)	186 (100%)	0,032

---