

Artigo original**Fatores de risco e prevalência da dor lombar durante a gravidez*****Risk factors and prevalence of low back pain during pregnancy***

Isabel Cristiane da Costa*, Virgínia Campos Pedrosa Mesquita*, Viviane Gualberto Teixeira*, Rita de Cássia Araújo de Oliveira**, Juliana Pinto Resende Costa, M.Sc.***, Virgínia Vitalina de Araújo e Fernandes Lima, M.Sc.****

.....
Fisioterapeuta pela Universidade de Itaúna - UIT, **Fisioterapeuta pela UIT, Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela UNIFENAS, *Docente das disciplinas de Fisioterapia Aplicada a Ortopedia, Traumatologia e Reumatologia, Cinesiologia e Biomecânica da UIT, Especialista em Ortopedia e Esportes pela UFMG, Mestre em Fisioterapia pela UNITRI, ****Docente da disciplina de Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia da UIT, Mestre em Promoção de Saúde pela UNIFRAN*

Resumo

A origem da lombalgia durante a gravidez é multifatorial e sua manifestação nem sempre acontece no período gestacional, por isso ela deve ser analisada sob vários prismas. O objetivo deste estudo foi verificar a existência de uma relação entre prevalência e fatores de risco com a dor lombar na gravidez. Participaram da pesquisa 202 gestantes que faziam pré-natal em unidades de saúde pública e em consultórios médicos particulares, as quais responderam um questionário formulado pelas pesquisadoras. A prevalência de gestantes com algias na coluna lombar na população estudada foi de 140 (69,3%). Alguns fatores de risco não interferiram na lombalgia gestacional, porém 64 (31,7%) voluntárias relataram dor lombar prévia e os sintomas acentuaram nas primeiras semanas gestacionais. Apesar do alto índice de acometimento deste problema em gestantes, as causas são ainda controversas e indefinidas.

Palavras-chave: dor lombar, fatores de risco, gravidez, prevalência.

Abstract

The origin of the low back pain during the pregnancy is multifactorial and its onset does not happens in the pregnancy period, for that it should be analyzed under several prisms. The objective of this study was to verify the existence of a relationship between the prevalence and the risk factors with the lumbar pain in the pregnancy period. Participated 202 pregnant women followed in public ambulatories and in private medical clinics, which answered a questionnaire. The prevalence of low back pain in this population was 69,3%. Some risk factors did not interfere in the low back pain during the pregnancy, however 31,7% of the volunteers related previous low back pain and increase of the symptoms in the first weeks of the pregnancy. In spite of the high index of this problem in pregnant women, the causes are still controversial and indefinite.

Key-words: low back pain, risk factors, pregnancy, prevalence.

Recebido em 8 de novembro de 2007; aceito em 10 de janeiro de 2009.

Endereço para correspondência: Rita de Cássia Araújo de Oliveira, Rua Espírito Santo, 719/101, 35500-030 Divinópolis MG, Tel: (37)3221 2701, E-mail: ritaleiroze@yahoo.com.br

Introdução

A gravidez é um evento fisiológico, mas torna-se cada vez mais objeto de intervenção médica. As freqüentes queixas características desta fase, por não caracterizarem doenças definidas, são consideradas sinais e sintomas: náuseas, vômitos, pirose, mericismo, sialorréia, constipação, vertigem, palpitações, dor precordial, sonolência, insônia, câibras, astenia, depressão, pruridos, leucorréia, poliúria, varizes e lombalgia [1-4].

A dor lombar é um sintoma que acomete a região entre o último arco costal e a prega glútea e pode ou não ser irradiada para os membros inferiores (lombociatalgia), acompanhada por dolorimento e/ou rigidez [5]. Aproximadamente 80% das pessoas sofrem de lombalgia em algum momento de suas vidas, sendo assim, um distúrbio comum na população em geral e afeta mais mulheres do que homens [3,5-11]. A manifestação de dor lombar, nem sempre acontece no período gestacional, mas sabe-se que 42% a 82% das gestantes apresentam algum tipo de lombalgia, por isso ela deve ser analisada sob vários prismas e não ignorada em função do processo gestacional [4,12].

Frequentemente, para o tratamento da dor lombar utiliza-se terapêutica medicamentosa. Entretanto, esta se torna limitada pela própria gestação, já que as drogas usualmente prescritas para lombalgia não possuem dados conhecidos a respeito dos riscos fetais. Por isso, existe uma busca por recursos fisioterapêuticos, que aliviam este sintoma sem colocar em risco o bem estar materno e fetal [13].

Durante e após a gestação, as mulheres estão sujeitas a tensões mecânicas que afetam a coluna lombar e resultam em desconforto [4,14]. É possível considerar a distribuição instável do peso corporal associada à instabilidade articular que pode contribuir para a diminuição do equilíbrio, e faz com que a gestante coloque tensões anormais sobre músculos e articulações deslocando a coluna lombar posteriormente por movimentos de translação e rotação [3,12].

A origem da lombalgia durante a gravidez é multifatorial e os fatores de risco mais comumente associados são: idade materna, idade gestacional, tabagismo, prática de atividade física, atividades repetitivas, ganho de peso, dor lombar prévia, deslocamento do centro de gravidade, frouxidão ligamentar e partos anteriores [2,3,5-9,11,15-17].

A maioria dos estudos de prevalência evidencia que a dor lombar durante a gestação influencia de modo negativo a qualidade do sono, disposição física, desempenho no trabalho, vida social, atividades domésticas e lazer, enfim suas atividades de vida diária. Cerca de 25% das mulheres tiveram que mudar suas ocupações durante este período [8,10,17-19]. O risco de apresentar a dor lombar, um dos problemas mais dominantes na saúde pública em países desenvolvidos, pode resultar em maior número de dias de afastamento do trabalho e gera uma sobrecarga de gastos ao sistema de seguridade social [10,17,20].

Este trabalho teve como objetivo verificar a existência de uma relação entre a prevalência e os fatores de risco com a dor lombar no período gestacional.

Material e métodos

A pesquisa foi realizada no período de abril a junho de 2006 e autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Divinópolis/MG e responsáveis pelos consultórios particulares. A amostra incluiu um total de 202 voluntárias abordadas de maneira aleatória de quaisquer idades materna e gestacional que faziam o pré-natal em unidades de saúde pública e em consultórios médicos particulares, nos quais havia gestantes nas salas de espera. Todas as participantes foram informadas sobre o procedimento, os objetivos da pesquisa, e que suas identidades não seriam reveladas, mas seus dados seriam utilizados na estatística. Assinaram um termo de consentimento e em seguida o questionário foi aplicado.

As pesquisadoras foram previamente treinadas e incumbidas de aplicarem os questionários, sendo duas na rede pública e outras duas na rede privada.

O questionário aplicado foi desenvolvido pelas autoras com base no estudo de Andrews *et al.* [8], e compreendeu 19 questões incluindo os campos abaixo:

- Identificação
- Idade
- Altura (adquirido pelo cartão da gestante)
- Peso atual (adquirido pelo cartão da gestante)
- Estado civil: solteira ou divorciada, união informal, união formal, ou viúva
- Idade gestacional em semanas
- Profissão
- Renda familiar: até R\$ 500, de R\$ 501 a R\$ 1500, de R\$ 1501 a R\$ 3000, ou acima de R\$ 3000
- Postura de estresse: sentada, em pé ou deitada
- Escolaridade: nenhuma, ensino fundamental, médio ou superior
- Medicamentos em uso
- Tabagismo: fumante ou não, número de cigarros por dia
- Uso de caféina
- Prática de atividade física
- Número de partos anteriores
- Dor lombar prévia e atual
- Início e tipo da dor

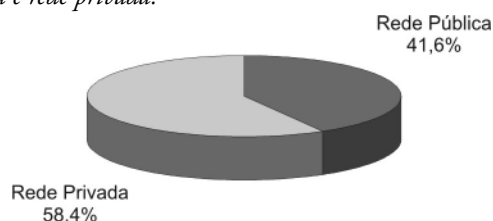
Análise estatística

O teste do Qui-Quadrado foi utilizado para verificar a independência entre variáveis ordinais do estudo, o qual avalia a independência entre a distribuição das freqüências observadas entre duas variáveis. O nível de significância foi de 5% e 1%. Todas as análises foram realizadas no software SPSS versão 11.0.1.

Resultados

O estudo foi realizado com uma amostra de 202 gestantes, sendo 84 (41,6%) da rede pública e 118 (58,4%) da rede privada (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição percentual das voluntárias quanto à rede pública e rede privada.



As médias de idades materna e gestacional, altura, peso, foram $25,9 \pm 5,9$ anos, $26,6 \pm 8,3$ semanas, $1,61 \pm 0,05$ m, $66,3 \pm 11,4$ kg, respectivamente (Tabela I).

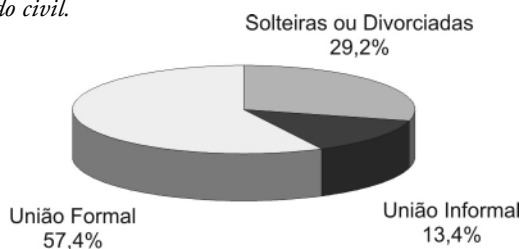
Tabela I - Características das voluntárias dos estudo.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	202	15	44	25,9	5,9
Altura (m)	202	1,45	1,80	1,61	0,05
Peso (kg)	202	45	111	66,3	11,4
Idade Gestacional (semanas)	202	4	40	26,6	8,3

A prevalência de gestantes com algias na coluna lombar na população estudada foi de 140 (69,3%).

Conforme Figura 2, 13,4% das participantes mantinham união informal, 29,2% eram solteiras ou divorciadas e 57,4% eram casadas, e nenhuma era viúva.

Figura 2 - Distribuição percentual das voluntárias quanto ao estado civil.



Das 202 voluntárias, 138 não apresentavam e 64 apresentavam dor lombar prévia. Ao comparar a dor lombar prévia com as classes de início da dor através do teste Qui-Quadrado verificou-se que a frequência de dor lombar aumentou proporcionalmente com a idade gestacional, nas que não relataram dor lombar prévia. E dentre as que tinham dor prévia, os sintomas da lombalgia acentuaram nas primeiras semanas gestacionais ($P < 0,001$) (Tabela II).

Em análise à dor atual, 140 relataram dor e a média de idade gestacional foi de 28,0 semanas.

Tabela II - Relação entre dor lombar prévia e classes de início da dor.

Dor Lombar Prévia	Classes de Início da Dor*				Total
	Até 10 semanas	De 11 a 20 semanas	De 21 a 30 semanas	Acima de 30 semanas	
Não	6	32	31	69	138
Sim	11	24	20	9	64
Total	17	56	51	78	202

* significativo a 1% de probabilidade pelo teste do Qui-Quadrado

Outros fatores que foram considerados sendo associados com o aumento do risco de desenvolver lombalgia durante a gravidez e que não tiveram valor significativo neste estudo, através do teste Qui-Quadrado, incluem estado civil, profissão, renda familiar, postura de estresse, escolaridade, medicamentos em uso, tabagismo, uso de caféina, prática de atividade física, número de partos anteriores e tipo da dor.

Dentre as entrevistadas, 108 (53,5%) completaram o ensino médio e a postura de estresse mais relatada foi em pé (45%), mostrando que estas variáveis não influenciaram na dor lombar gestacional ($P < 0,416$) e $P < 0,168$ respectivamente).

A atividade física foi comparada com as classes de início de dor e mostrou que sua prática não interferiu no aparecimento da dor no decorrer da gravidez ($P < 0,444$).

Discussão

A análise deste estudo permitiu observar que a dor lombar continua sendo um problema comum em mulheres durante a gravidez. Foi verificada uma idade gestacional média de 28,0 semanas para pacientes que relataram dor lombar atual, em concordância com estudos realizados que afirmaram que o pico de dor lombar ocorre entre a 24ª e 36ª semanas gestacionais [2,3,21]. Achiron *et al.* em 1994 [6], realizaram um estudo com 449 mulheres grávidas, com idades entre 19 e 43 anos, e observaram que a frequência de dor lombar aumentou gradualmente com a idade gestacional, de 44,4% no quarto mês para 65,8% no nono mês de gestação. Em contra proposta, Andrews *et al.* [8] e Martins e Silva [17] em suas pesquisas, observaram que a dor lombar pode iniciar em qualquer período da gravidez.

Este estudo demonstrou uma maior incidência de dor lombar em gestantes que apresentavam história de dor lombar prévia ($P < 0,001$). Vários autores também observaram os mesmos resultados, confirmando que mulheres que sofrem de lombalgia antes da gestação têm um maior risco de desenvolvê-la durante a gravidez [2,5,6,8,10,12,17,22]. Entretanto, no estudo de Martins e Silva em 2005 [23], sobre tratamento da lombalgia e dor pélvica posterior na gestação, não observaram relação significativa entre algias lombares da gestação com a dor pré-gestacional.

Como documentado na literatura, foi confirmado que as seguintes variáveis não contribuíram para o desenvolvi-

mento de dor lombar na gravidez: estado civil, profissão, renda familiar ($P < 0,078$), postura de estresse ($P < 0,168$), escolaridade ($P < 0,416$), medicamentos em uso, tabagismo ($P < 0,084$), uso de cafeína, prática de atividade física ($P < 0,444$), número de partos anteriores ($P < 0,505$) e tipo da dor [3,5,6,8,12,17,23,24].

Por outro lado, algumas pesquisas mostram correlação positiva quanto à profissão, onde o tipo e a postura de trabalho têm se mostrado fatores que influenciam e agravam a lombalgia durante a gravidez [3,5,9,12,25]. Mulheres de classes socioeconômicas mais baixas, como observado por Achiron *et al.* [6] e Ferreira e Nakano [5], estão expostas a maior sobrecarga física e, portanto, uma maior propensão de desenvolver lombalgia gestacional.

Outro fator contribuinte que demonstrou associação positiva com dor lombar, na literatura, foi o tabagismo que pode causar vasoconstrição e reduzir o fluxo sanguíneo dos corpos vertebrais, prejudicando assim o metabolismo do disco intervertebral [20,26-28].

Autores descreveram que a prática de atividade física preveniu e amenizou a sintomatologia dolorosa e fez com que a mulher suportasse melhor o aumento do peso, além de proporcionar conforto e bem estar [3,11,12,14,25,29,30]. Porém neste estudo, o tabagismo e a prática de atividade física não demonstraram correlação significativa.

As alterações morfofisiológicas não podem ser descartadas como fator de produção de dor. A despeito disto, não se encontram relações destes ajustes com as algias gestacionais. O que se pode afirmar é que alterações significantes ocorrem desde a posição da cabeça até a pelve, além das alterações hormonais da gestação. O ideal, portanto, uma vez que a gestante tenha história de lombalgia prévia, gestacional ou não, recomenda-se um tratamento preventivo antes de uma gestação [2,5,9,17].

Conclusão

A prevalência de dor lombar durante a gestação na população estudada foi de valor expressivo. Dentre os fatores de risco analisados somente dor lombar prévia mostrou ligação direta com a lombalgia gestacional. Isto mostra causa multifatorial e controversa, indicando que dor lombar durante a gravidez é um problema comum e que tem impacto não somente no lado individual da mulher, mas também afeta e limita suas atividades diárias, bem como sua produtividade no trabalho. Intervenções preventivas e trabalho consciente por meio da fisioterapia têm condições de reduzir a dor e a instabilidade gestacional, proporcionando assim um maior bem-estar geral e melhor qualidade de vida nestas mulheres. Existe a necessidade de mais pesquisas que venham a elucidar os diversos aspectos ainda indefinidos a este respeito.

Referências

- Adorno MLGR, Baraúna MA. Avaliação cinesiológica das curvaturas lombar e torácica das gestantes através do cifolordômetro e da fotogrametria computadorizada e sua correlação com a dor lombar. *Fisioter Bras* 2001;2:145-54.
- Dieën JHV, Meijer OG, Mens JMA, Östgaard HC, Uegaki K, Wu WH, Wuisman PIJM. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: terminology, clinical presentation, and prevalence. *Spine* 2004;13:575-89.
- Hainline B. Low back pain in pregnancy. In: Devinsky O, Feldmann E, Hainline B. *Neurological complications of pregnancy*. New York: Raven; 1994. p.65-76.
- Ferreira CHJ, Nakano AMS. Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento a cerca da lombalgia na gestação. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2001;9:95-100.
- Ferreira CHJ, Nakano AMS. Lombalgia na gestação: etiologia, fatores de risco e prevenção. *Femina* 2000;28:435-438.
- Achiron A, Achiron R, Gelernter I, Orvieto R, Rafael ZB. Low-back pain of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73:209-14.
- Andersson GBJ, Miller JAA, Östgaard HC, Schultz AB. Influence of some biomechanical factors on low back pain in pregnancy. *Spine* 1993;18:61-5.
- Andrews AAC, Berman MR, Dezinno P, Kain ZN, Maranets I, Wang SM. Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes. *Obstet Gynecol* 2004;104:65-70.
- Araújo CC, Castellen M, Sousa MS, Sperandio FF. Afinal, toda gestante terá dor lombar? *Femina* 2003;31:273-77.
- Brynhildsen J, Hansson A, Persson A, Hammar M. Follow-up of patients with low back pain during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1998;91:182-6.
- Hammer RL, Loubert PV, Perkin SJ. Identification and management of pregnancy-related low back pain. *J Nurse Midwifery* 1998;43:331-40.
- Caromano FA, Carvalho YBR. Alterações morfofisiológicas relacionadas com lombalgia gestacional. *Arq Ciênc Saúde Unipar* 2001;5:267-72.
- Ferreira CHJ, Nakano AMS, Pitangui ACR. Tratamento da lombalgia na gestação. *Fisioter Bras* 2006;7:138-141.
- Lima FR, Oliveira N. Gravidez e exercício. *Rev Bras Reumatol* 2005;45:188-190.
- Alves RN, Caldeira VMFR, Gonçalves RV, Souza LM. Fisioterapia durante a gestação: um estudo comparativo. *Fisioter Bras* 2005;6:265-70.
- Bruun NH, Kyvik KO, Yde CL. Low back pain and lifestyle. Part II: Obesity - Information from a population-based sample of 29, 424 twin subjects. *Spine* 1999;24:779-84.
- Martins RF, Silva JLP. Prevalência de dores nas costas na gestação. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2005;51:144-47.
- LaBan MM, Viola S, Williams DA, Wang AM. Magnetic resonance imaging of the lumbar herniated disc in pregnancy. *Am J Phys Med Rehabil* 1995;74:59-61.
- López OG, Olvera MD, Palácios JJJ, Toledo GAC. Programa de manejo rehabilitatorio a pacientes con síndrome doloroso lumbosacro secundario a alteraciones mecanoposturales - Des-

- cripción, análisis y experiencia de 3 años em 561 pacientes. *Rev Mex Ortop Traumatol* 1998;12:506-10.
20. Alho AV, Fogelholm RR. Smoking and intervertebral disc degeneration. *Med Hypotheses* 2001;56:537-39.
21. Kristiansson P, Schoultz BV, Svärdsudd K. Serum relaxin, symphyseal pain, and back pain during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1342-47.
22. Pereira F, Santos GM, Sperandio FF. Características e diferenças da dor sacroilíaca e lombar durante a gestação em mulheres primigestas e multigestas. *Fisioter Bras* 2004;5:267-271.
23. Martins RF, Silva JLP. Tratamento da lombalgia e dor pélvica posterior na gestação por um método de exercícios. *Rev Brás Ginecol Obstet* 2005;27:275-282.
24. Mortimer M, Pernold G, Svensson H, Vingard E, Wiktorin C. Sports activities, body weight and smoking in relation to low-back pain: a population-based case-referent study. *Scand J Med Sci Sports* 2001;11:178-184.
25. Dijk FJHV, Dresen MHWF, Paul JA. Work load and musculoskeletal complaints during pregnancy. *Scand J Work Environ Health* 1994;20:153-59.
26. Battié MC, Gibbons LEK, Kaprio J, Manninen H, Maravilla K, Videman T. Associations between back pain history and lumbar MRI findings. *Spine* 2003;28:582-88.
27. Bruun NH, Kyvik KO, Yde CL. Low back pain and lifestyle. Part I: Smoking. Information from a population-based sample of 29, 424 twins. *Spine* 1998;23:2207-14.
28. Goldberg MS, Mayo NE, Scott SC. A review of the association between cigarette smoking and the development of nonspecific back pain and related outcomes. *Spine* 2000;25:995-1014.
29. Axelsson O, Kihlstrand M, Nilsson S, Stenman B. Water-gymnastics reduced the intensity of back/low back pain in pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:180-85.
30. Hansson ER, Östgaard HC, Svanberg B, Zetherström G. Reduction of back and posterior pelvic pain in pregnancy. *Spine* 1994;19:894-900.