

Artigo original**Desconforto músculo-esquelético no pós-parto e amamentação*****Musculoskeletal discomfort post-partum and breastfeeding***

Elhane Glass Morari-Cassol, M.Sc.*, Dioclécio Campos Júnior, D.Sc.***, Lérís Salete Bonfanti Haeffner, D.Sc.***

.....
Professora Assistente do Departamento de Fisioterapia da UFSM - RS, Doutoranda em Ciências da Saúde - UnB, **Professor Titular de Pediatria da Faculdade de Medicina da UnB - DF, *Professora Adjunta do Departamento de Pediatria e Puericultura da UFSM-RS*

Resumo

O desconforto músculo-esquelético (DME) é uma queixa comum entre as puérperas freqüentemente atribuído à sobrecarga física que está relacionada aos cuidados com o bebê e à amamentação, porém esse tema não têm sido pesquisado. Sendo assim, o objetivo deste estudo é investigar o DME, nos primeiros seis meses após o parto, entre as mulheres que amamentam e as que não amamentam. Realizou-se um estudo transversal controlado, envolvendo 76 primíparas distribuídas em dois grupos, Grupo 1 (G1), composto por 38 mulheres que amamentavam e Grupo 2 (G2), com 38 mulheres que não amamentavam. Aplicou-se um questionário que forneceu informações gerais sobre a mulher, o seu filho, a amamentação e os sintomas músculo-esqueléticos. Empregou-se o qui-quadrado para comparar as freqüências entre os grupos, com nível de significância de 5%. Os resultados revelaram elevado índice de DME, na amostra em geral (78,9%), sem diferença estatística significativa entre os grupos. No entanto, as mulheres do G1 referiram a amamentação como a segunda causa de seu desconforto. Esses achados evidenciam a necessidade de ampliar as investigações sobre o tema, no âmbito multiprofissional, deixando de considerá-lo como uma consequência normal do ciclo gravídico-puerperal para buscar estratégias eficazes de prevenção e tratamento. Assim, contribuir-se-á para a saúde e o bem-estar materno-infantil.

Palavras-chave: desconforto músculo-esquelético, pós-parto, amamentação.

Abstract

The musculoskeletal discomfort (MSD) is a common complaint among the women who have just had a child and it is frequently attributed to the physical overload that is related to the cares with the baby and breastfeeding, however this subject is still little searched. Thus, the objective of this study was to investigate the MSD, in the first six months after the childbirth, in women who breastfeed and do not breastfeed. A controlled transversal study was fulfilled, involving 76 women who had their first child, distributed into two groups, Group 1 (G1), composed by 38 women who breastfeed and Group 2 (G2), with 38 women who did not breastfeed. A questionnaire was applied to supply general information about the woman, her child, the breastfeeding and the musculoskeletal symptoms. The qui-square teste was used to compare the frequencies between the groups, with a significance level of 5%. The results revealed high index of MSD, in the general sample (78.9%), without significant statistics difference between the groups. However, the G1 women related breastfeeding as the second cause of their discomfort. These findings evidence the necessity of extending the inquiries on the subject, in the multi professional way, not considering it as a normal consequence of the pregnancy and after birth cycle anymore, to search efficient strategies of prevention and treatment. Thus, one will contribute for the health and maternal-infantile well-being.

Key-words: musculoskeletal discomfort, post-partum, breastfeeding.

Recebido em 10 de setembro de 2007; aceito em 20 de setembro de 2007.

Endereço para correspondência: Elhane Glass Morari-Cassol, Rua Paraitba, 215, 97060-470 Santa Maria RS, Tel: (55)9157-6357, E-mail: elhane@smail.ufsm.br

Introdução

O desconforto músculo-esquelético (DME) relaciona-se à tensão muscular devido à manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, à repetitividade de movimentos, à pressão mecânica sobre segmentos corporais e ao esforço físico que sobrecarregam músculos e tendões, assim como à sobrecarga articular desigual ou assimétrica [1]. Estudos que investigaram o desconforto músculo-esquelético consideraram relatos de percepção física desagradável e de sintomas físicos, tais como: dor, sensação de peso, formigamento e fadiga [2,3].

O ciclo gravídico-puerperal tem se destacado como um período de risco para transtornos músculo-esqueléticos [4-6]. Desde a gestação, ocorrem ajustes fisiológicos no organismo da mulher. Dentre esses, o sistema músculo-esquelético é especialmente afetado pelas alterações hormonais e biomecânicas [7,8], que determinam a frouxidão músculo-ligamentar, a instabilidade articular, as mudanças no centro de gravidade e o desequilíbrio postural [9,10]. Essas alterações associadas à sobrecarga mecânico-postural, imposta pelos cuidados da mulher com seu filho, com os afazeres da casa e/ou com o trabalho, são fatores que contribuem para os sintomas de DME após o parto, que podem persistir por meses, anos ou até tornar-se permanente para algumas mulheres, interferindo em sua rotina diária e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida [11-13].

No puerpério, o DME acomete principalmente a região vertebral, o períneo, os membros superiores, os membros inferiores e os músculos abdominais [10,14]. A maioria dos estudos destaca a sua prevalência na coluna vertebral, com índices que variam entre 20% e 67% e evidenciam como principais fatores associados, a presença de dor nas costas antes ou durante a gravidez, o ganho de peso durante a gravidez, o esforço físico e a multiparidade [5,11,12,15,16]. Também são comumente identificados como desconforto físico durante o primeiro ano após o parto, os problemas com as mamas decorrentes da amamentação [17,18].

Existem evidências de que o posicionamento inadequado da mãe e do bebê durante a amamentação, pode levar a pega incorreta da mama pelo bebê, dificultando a sucção e originando dores e lesões mamilares, que podem causar grande desconforto para a mulher, favorecendo o desmame precoce [19-21]. Considerando-se que, durante a amamentação, a mulher poderá ficar por longos períodos e várias vezes ao dia em uma mesma postura, quando esta é incômoda e inadequada, além das dificuldades para amamentar podem surgir queixas de desconforto músculo-esquelético. Isso ocorre especialmente devido à sobrecarga na coluna vertebral, na cintura escapular e nos membros superiores. Porém, na maioria das vezes, esse aspecto é negligenciado pela mulher e pelo profissional da saúde.

O DME da mulher, nos primeiros meses após o parto, é muito pouco estudado, principalmente a sua relação com a

amamentação. Pesquisas que investigaram a dor nas costas no pós-parto e que incluíram a amamentação entre as variáveis estudadas não encontraram associação entre o desconforto e a amamentação [5,12]. Por outro lado, em uma pesquisa recente foi observada uma maior frequência de lombalgia e cervicalgia entre mulheres que amamentavam [16]. Há também referência quanto às afecções do membro superior, em que a presença da Síndrome do Túnel Carpíco, no pós-parto, poderia estar relacionada à amamentação [22]. No Brasil, não foram encontradas publicações relacionadas ao tema.

Com base no exposto, o objetivo deste estudo é investigar o desconforto músculo-esquelético nos primeiros seis meses após o parto, entre as mulheres que amamentam e as que não amamentam.

Materiais e métodos

Realizou-se um estudo transversal controlado, no período de novembro de 2005 a março de 2006, na cidade de Santa Maria-RS, com mulheres primíparas que compareceram à Unidade de Saúde José Erasmo Crosseti para vacinarem seus filhos menores de 6 meses de idade. O cálculo da amostra foi realizado no programa Epi Info 6.0, com um intervalo de confiança de 95% e com um poder de teste de 80%, estimando-se a prevalência de queixas de DME da mulher no pós-parto em 40%. Incluíram-se 10% para controle de perdas e 15% para o controle das variáveis intervenientes, chegando-se a uma amostra total mínima de 70 mulheres. Constituiu-se uma amostra final de 76 mulheres, distribuídas em dois grupos: Grupo 1 (G1), 38 mulheres que mantinham amamentação exclusiva e Grupo 2 (G2), 38 mulheres que não amamentavam.

Admitiu-se como critérios de inclusão: ser primípara, ter mais de 18 anos, estar no mínimo com um (1) mês e no máximo com seis (6) meses de pós-parto e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídas mulheres com diagnóstico prévio de afecções músculo-esqueléticas, com problemas mentais e/ou neurológicos e com filhos gemelares. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.

Realizou-se um contato individual com as mulheres, na sala de espera do setor de vacinação da unidade de saúde referida, expondo-se os objetivos da pesquisa e cumprindo-se todas as recomendações da Resolução 196/96, do Ministério da Saúde. A coleta de dados foi feita em uma sala que permitia privacidade para o entrevistador e o entrevistado. O instrumento utilizado foi um questionário, aplicado sob a forma de entrevista, com 42 questões, abertas e fechadas, que forneceram informações sócio-demográficas e gerais sobre a mulher, o seu filho, a amamentação e os sintomas músculo-esqueléticos.

Para a investigação dos sintomas músculo-esqueléticos, utilizou-se como referencial o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, validado para a população brasileira de

trabalhadores em 2002 [23] e um questionário que investigou o DME de gestantes [12]. Para a compreensão das entrevistadas, apresentou-se um diagrama do corpo humano identificando-se, uma a uma, as seis regiões anatômicas: coluna cervical, dorsal e lombar, ombros, membros superiores e membros inferiores. Fazia-se o seguinte questionamento: você sente algum desconforto físico como dor, dormência e/ou sensação de peso em alguma destas regiões do corpo? Quando a resposta era afirmativa, seguiam-se os outros questionamentos relacionados às características dos sintomas (período em que surgiram, a evolução, a frequência, a intensidade e a interferência nas atividades diárias). Para identificar a intensidade do desconforto percebido, empregou-se a Escala Visual Numérica (EVN). Ao final, acrescentou-se uma questão para verificar a percepção da mulher em relação aos seis prováveis fatores que poderiam estar relacionados ao seu desconforto: emocionais; posturas incômodas ou esforço físico enquanto cuida do bebê (PICB); posturas incômodas ou esforço físico enquanto cuida da casa (PICC); amamentação; trabalho ou outros fatores.

Após a coleta e revisão dos dados, eles foram organizados, classificados e armazenados em banco construído no programa *Excel/02*. Utilizou-se o programa *SAS 8.2* para a análise descritiva dos dados que foram distribuídos em tabelas e gráficos. Empregou-se o teste do qui-quadrado para comparar as frequências entre os grupos, considerando-se um valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significativo.

Resultados e discussão

Na Tabela I apresentam-se as características gerais da amostra. A maior parcela das 76 mulheres foi constituída por puérperas com idade entre 21 e 30 anos, com escolaridade entre 11 e 14 anos de estudo, que viviam com o companheiro, trabalhavam fora de casa e também se envolviam com os afazeres domésticos. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos quanto a essas variáveis.

A prática de atividade física regular considerada aquela realizada, no mínimo, três vezes por semana com duração mínima de 30 minutos, não era realizada pela maioria da amostra, sem diferença estatística entre os grupos. Chamou-nos a atenção a diminuição progressiva dessa prática ao longo dos períodos considerados, sendo que após o parto apenas 5,3% das mulheres realizava alguma atividade física. Relação semelhante foi encontrada na pesquisa realizada por Domingues & Barros [24], na qual foram entrevistadas 4.471 mulheres, logo após o parto, para verificar a frequência de atividade física de lazer, 14,8% realizavam atividade antes da gravidez e 12,9%, durante a gravidez, sendo que no primeiro trimestre, 10,4% das mulheres realizaram atividade física, no segundo, 8,5% e no terceiro, 6,5%. Esses resultados sugerem o pouco conhecimento e/ou a pouca importância dada pelas mulheres e pelos profissionais da saúde quanto aos benefícios dos exercícios físicos durante esses períodos, conforme recomenda a literatura [25,26].

Tabela I - Características gerais das 76 duplas mães/bebês, por grupos.

Variáveis	G1		G2		p
	n	%	n	%	
Idade da mãe (anos)					
Até 20	04	10,5	07	18,4	
21 a 30	21	55,3	20	52,6	
mais de 30	13	34,2	11	29,0	0,604
Escolaridade (anos)					
0 a 3	00	0,0	01	2,6	
4 a 7	02	5,3	00	0,0	
8 a 10	06	15,8	06	15,8	
11 a 14	21	55,3	21	55,3	
15 ou mais	09	23,6	10	26,3	n.s.a*
Situação Conjugal					
Com companheiro	30	79,0	34	89,5	
Sem companheiro	08	21,0	04	10,5	0,345
Ocupação					
Do lar	16	42,1	13	34,2	
Trabalha fora	22	57,9	25	65,8	0,637
Afazeres domésticos					
Sim	23	60,5	27	71,0	
Não	15	39,5	11	29,0	0,468
AFan†					
Não	23	60,5	26	68,4	
Sim	15	39,5	12	31,6	0,632
AFD‡					
Não	35	92,1	32	84,2	
Sim	03	7,9	06	15,8	0,478
AFAp§					
Não	36	94,7	36	94,7	
Sim	02	5,3	02	5,3	0,607
Ganho de peso (Kg)					
6 a 12	18	47,3	19	50,0	
13 a 18	14	36,9	11	29,0	
19 a 24	06	15,8	08	21,0	0,714
Tipo de parto					
Cesáreo	30	79,0	33	86,9	
Vaginal	08	21,0	05	13,1	0,542
Idade gestacional					
Pré-termo	03	7,9	04	10,5	
Termo	35	92,1	34	89,5	0,842
Idade do bebê (meses)					
< 3	30	78,9	15	39,5	
3 a 6	08	21,1	23	60,5	0,001
Peso do bebê (gramas)					
3501 a 5500	24	63,1	12	31,6	
5501 a 7500	12	31,6	17	44,7	
7501 a 9500	02	5,3	09	23,7	0,009

*não se aplica; †AFAn: Atividade Física Antes da gestação; ‡AFD:

Atividade Física

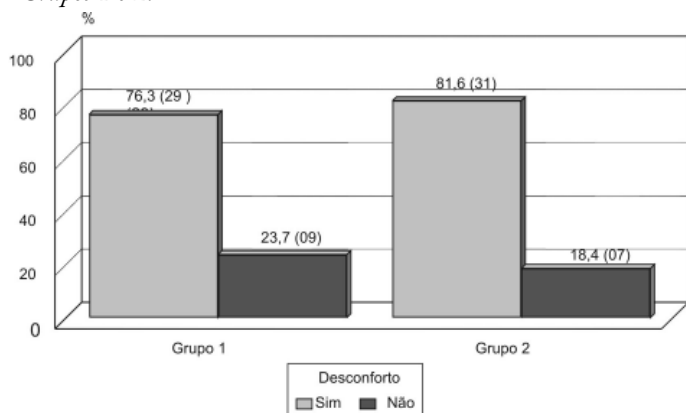
Durante a gestação; §AFAp: Atividade Física Após o parto

O ganho de peso predominante, durante a gravidez, foi de 6 a 12Kg, considerado um ganho adequado [9]. A gestação da maioria das mulheres foi a termo e o parto cesáreo sem diferenças estatísticas significantes entre os grupos.

No G1, predominaram bebês com idade entre 1 e 3 meses que pesavam entre 3501 a 5500g e no G2 bebês entre 3 e 6 meses que pesavam entre 5501 a 7500g. Essa diferença entre as idades e os pesos foi estatisticamente significativa, com $p = 0,001$ e $p = 0,009$ respectivamente. Justifica-se a dificuldade no controle dessas variáveis devido à composição dos grupos, um com amamentação exclusiva e outro sem amamentação. Conforme os últimos dados obtidos pelo Ministério da Saúde, em 1999, a mediana de amamentação exclusiva no Brasil era de 23 dias nas capitais [27].

Um percentual considerável do total de mulheres, 78,9% (60), queixou-se de DME nos primeiros seis meses após o parto, distribuindo-se de forma semelhante nos dois grupos, 76,3% no G1 e 81,6% no G2, conforme Figura 1. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos ($p = 0,778$).

Figura 1 - Representação do desconforto músculo-esquelético nos Grupos 1 e 2.



A literatura em geral evidencia o puerpério como um período propício para tais desconfortos [9,10,14] e a prevalência é variável de acordo com o período da investigação, a região corporal acometida e a metodologia utilizada. Considerando-se principalmente a coluna vertebral, a prevalência varia entre 20% a 67% conforme diferentes estudos da literatura internacional [5,11,15,16]. Não se conhecem índices dessa prevalência no Brasil.

Observou-se uma frequência de DME ligeiramente maior no G2, em relação ao G1, que se poderia atribuir à idade e ao peso dos bebês e, por ser comum, a relação entre a sustentação de peso e o desconforto físico, porém esse resultado não se confirmou, uma vez que não houve diferença estatística significativa entre os grupos.

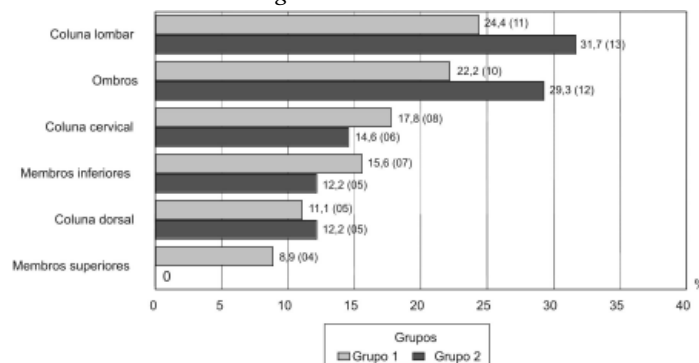
Ressalta-se, ainda, que as informações relativas à amamentação mostraram que os problemas com as mamas como o trauma mamilar, o ingurgitamento, a malformação e a dor

mamilar foram freqüentes no G1, 68,4% (26). Como as intercorrências da mama puerperal causam grande desconforto físico para a mulher [20,21], os índices encontrados podem ter contribuído para o DME do G1 ao se considerar que o desconforto nas mamas pode favorecer a adoção de posturas antálgicas, que originam ou exacerbam sintomas dolorosos [1].

Em uma pesquisa prospectiva [16], que verificou a repercussão do tipo de parto e da amamentação na recuperação de 716 mulheres, cinco semanas após o parto, os autores destacaram a associação significativa entre amamentação e sintomas físicos como fadiga, lombalgia e cervicalgia. A frequência de lombalgia e cervicalgia foi de 46,5% entre as 480 mulheres que amamentavam e de 36,9% entre as 236 mulheres que não amamentavam. Outra pesquisa [28], que investigou a fadiga, sintoma que as mães freqüentemente associam à amamentação, observou 253 mulheres, em três diferentes períodos do pós-parto, de 2 a 4 dias, de 6 semanas e 12 semanas. Com isso, verificou que não houve diferença significativa em relação à percepção de fadiga entre o grupo de mulheres que amamentava e o grupo que alimentava seu filho com mamadeira.

Neste estudo, entre as 60 mulheres que referiram DME, as regiões corporais mais citadas, de forma isolada ou combinada, foram a coluna lombar e os ombros seguidas da região cervical, dos membros inferiores, da coluna dorsal e dos membros superiores, conforme ilustra a Figura 2. A comparação entre as frequências evidenciou que os grupos são estatisticamente iguais ($p = 0,842$).

Figura 2 - Distribuição das seis regiões corporais, por grupos, conforme a frequência com que foram referidas, isoladamente e combinadas com outras regiões



Considerando-se que a mulher se encontra em uma fase de readaptação de seu centro de gravidade e de involução dos fenômenos fisiológicos do pós-parto, a referência simultânea de desconforto em mais de uma região pode ser explicada pela busca de compensação, na qual a mulher procura conforto e equilíbrio corporal.

Os resultados encontrados, referentes às regiões corporais acometidas pelo DME, estão de acordo com a literatura, que destaca a dor nas costas, em especial a lombalgia, como

a queixa mais freqüente e também a mais investigada nos períodos gestacional e pós-parto [4,5,29]. A dor nos ombros, associada a cervicgia, foi observada em um grupo de 2413 mulheres, por Schytt, Lindmark & Waldenström [15] com um percentual de 29,4% aos 2 meses após o parto e de 35,5% um ano após o parto.

Esperava-se que o DME, na região lombar, fosse mais acentuado entre as mulheres do G1, considerando-se que comumente são utilizadas posturas inadequadas para amamentar, ou seja, sentam-se sem apoio nas costas e na região glútea e/ou inclinam-se sobre o bebê [11]. Essas posturas favorecem a retroversão pélvica com conseqüente retificação da coluna lombar, que podem originar desconforto quando utilizadas repetidamente [30].

Na Figura 3, distribuem-se as características do DME nas seis regiões corporais, com seus percentuais, nos grupos 1 e 2.

Não houve diferença estatística significativa entre os grupos quanto às características investigadas, mas considerou-se relevante destacar alguns aspectos de cada região.

Na região lombar, que apresentou o maior índice de desconforto, havia predomínio de dor moderada, quase todo o dia, que não interferiu nas atividades diárias da mulher, a qual não buscou tratamento para o alívio dos sintomas.

Existem evidências de que um dos principais fatores associado à dor nas costas após o parto e a sua persistência até um ou dois anos é a história prévia de dor nas costas antes ou durante a gravidez [5,12,31]. Nessa pesquisa observou-se que a maioria das mulheres do G1 referiu desconforto na região lombar desde antes da gravidez, já as do G2 perceberam os sintomas no transcorrer da gravidez. As mulheres de ambos os grupos referiram que os sintomas diminuíram no pós-parto. Ostgaard, Roos-Hansson & Zetherström [32] verificaram que

Figura 3 - Percentual das características do DME nas seis regiões corporais, por grupos.

Características DME	Regiões corporais											
	Lombar		Ombros		Cervical		MI*		Dorsal		MS**	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Tipo												
Dor	100	77	50	42	75	50	29	40	100	80	50	
Dormência			10	16		17	29					
Sensação de peso		23	40	42	25	33	42	60		20	50	
Quando surgiu												
Antes da gravidez	45	23	60	25	50	50				20		
Durante a gravidez	27	46		8		17	86	60		20		
Após o parto	27	31	40	67	50	33	14	40	100	40	100	
Evolução†												
Igual	25	11	67	25	75	50	33		100	33	100	
Diminuiu	37	67		25			33	33		67		
Aumentou	37	22	33	50	25	50	33	67				
Freqüência												
Infrequente ‡		8	10									
Freqüente §	9	31	10	25	12	33	29					
Quase todo dia	63	31	30	25	63	50	29	80	80	80		
Diariamente	37	31	50	50	25	17	42	20	20	20	100	
Intensidade												
Fraca	18	8								20		
Moderada	54	69	90	92	75	50	100	100	80	80	100	
Forte	27	23	10	8	25	50			20			
Interfere dia-a-dia												
Não	73	54	90	58	88	50	86	80	60	60	75	
Sim	27	46	10	42	12	50	14	20	40	40	25	
Tratamento												
Não	100	77	90	92	100	33	100	100	100	80	100	
Sim		23	10	8		67				20		

*Membros inferiores; ** Membros superiores; † Considerou-se os relatos de desconforto desde antes da gravidez ou desde a gravidez; ‡ 1 a 3 vezes/mês; § 1 vez/semana

a lombalgia tende a melhorar nos primeiros seis meses após o parto. Por outro lado, uma pesquisa [15] constatou que a frequência de queixas de lombalgia aumentou um ano após o nascimento do bebê em um grupo de 2413 mulheres que já havia sido investigado aos dois meses.

As características do DME na região dos ombros revelam que, nos dois grupos, o tipo de desconforto mencionado com maior frequência foi a dor e a sensação de peso, ocorrendo, diariamente e com intensidade moderada. No G1, a maioria relatou o surgimento do sintoma antes da gravidez e no G2 após o parto, bem como afirmou que não houve interferência em suas atividades diárias e não procuraram tratamento. Entre as seis mulheres que referiram alguma interferência, uma, do G1, relatou que o desconforto nos ombros interferia na amamentação e as outras cinco, do G2, nos cuidados com o bebê, com a casa e no sono.

A coluna cervical foi o terceiro local mais citado pelas mulheres como região de desconforto. No G1, o surgimento do sintoma distribuiu-se em antes da gravidez e após o parto, no G2 a maioria relatou que o desconforto surgiu antes da gravidez e consideraram que os sintomas ainda eram os mesmos. A frequência mais citada foi a de quase todo dia nos dois grupos. A intensidade foi moderada para a maioria das mulheres do G1, distribuindo-se entre moderada e forte no G2. Observa-se ainda que, no G1, 87,5% das mulheres afirmou que não houve interferência em suas atividades diárias, no G2, 50% consideraram que o desconforto na região cervical interferia nos cuidados com o filho, além de associar-se à cefaléia. Nesse grupo, a maioria, 66,7%, procurou tratamento.

Quanto aos membros inferiores, o tipo de desconforto mais referido, nos dois grupos, foi a sensação de peso, ocorrendo em ambos os membros, desde a gravidez, com frequência quase diária e de intensidade moderada para 100% das mulheres. A sensação de peso nos membros inferiores é comum na gravidez e está relacionada aos distúrbios circulatórios, que podem persistir no pós-parto [11] e, ainda, associar-se ao aumento na demanda dos membros inferiores durante os cuidados com a criança. Quanto ao período em que surgem os sintomas, foi encontrado resultado semelhante em uma pesquisa realizada com 107 mulheres, seis semanas após o parto, na qual o desconforto nas pernas e nos pés havia iniciado no segundo e terceiro trimestre da gestação [6].

Na região dorsal, nos dois grupos, houve predomínio de dor, que surgiu após o parto, com frequência quase diária e de intensidade moderada. Chama a atenção no G1, que 100% dos relatos de desconforto surgiram após o parto. A literatura destaca que a dorsalgia nesse período, relaciona-se ao aumento do peso das mamas, à má postura ao amamentar e ao cuidar do bebê [10]. Entre as que referiram interferência desse desconforto, no seu dia-a-dia, uma foi na amamentação, enquanto as outras nos cuidados com o bebê e com a casa.

Quatro mulheres, todas do G1, apresentaram dor e sensação de peso nos membros superiores, que surgiram após o parto, com frequência diária e intensidade moderada. Quanto

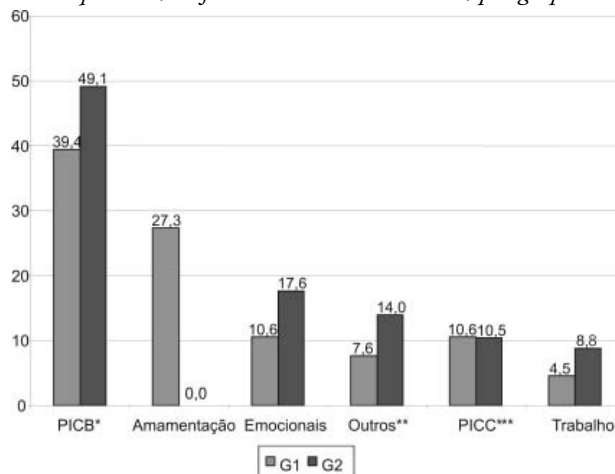
à interferência nas atividades diárias, apenas uma relatou-a nos cuidados com o bebê. A literatura pontua que o desconforto nos membros superiores, após o parto, pode estar relacionado às atividades diárias da mulher com a casa e com o bebê, que se intensificam neste período [4].

Chama a atenção que na maioria dos relatos, independentemente da região acometida, o tipo de desconforto mais percebido foi o de dor, com exceção dos membros inferiores que foi sensação de peso. Justifica-se esse resultado, uma vez que a dor é o sintoma principal e o mais lembrado quando se abordam os desconfortos físicos [33].

Um dos aspectos que também chamou a atenção, na amostra estudada, foi a intensidade moderada dos sintomas e a sua frequência quase diária, mesmo assim, a maioria das mulheres relatou que não houve interferência no seu dia-a-dia e que não procurou tratamento. Aquelas que buscaram alívio foi através da automedicação, utilizando analgésicos. Esses resultados caracterizam a banalização dos sintomas por parte das mulheres, que não verbalizam suas queixas e não buscam auxílio, por considerá-los normais, suportáveis e por priorizarem o bem-estar do filho em detrimento do seu.

Na percepção das mulheres, os fatores mais comumente relacionados ao desconforto, de forma isolada ou combinada, distribuíram-se de forma semelhante nos dois grupos (Figura 4). As posturas incômodas e/ou o esforço físico enquanto cuidam do bebê (PICB) como a troca de fraldas, o banho e o pegar no colo foi o fator mais citado, 39,4% (26) no G1 e 49,1% (28) no G2. Vale dizer que as regiões corporais mais referidas, como relacionadas às PICB foram a coluna lombar (28%) e os ombros (27%).

Figura 4 - Percentual dos fatores relacionados ao desconforto músculo-esquelético, de forma isolada e combinada, por grupos.



* Posturas incômodas ou esforço físico, enquanto cuida do bebê

** Aumento de peso, sedentarismo, má postura, fadiga

*** Posturas incômodas ou esforço físico, enquanto cuida da casa

Ao se investigar a postura das mulheres nos cuidados com o bebê, verificou-se que a maioria utilizava local ergonômi-

camente inadequado, geralmente muito baixo, obrigando-as a curvar-se e/ou rodar o tronco para manusear o filho. A execução desses movimentos envolve, principalmente, a coluna lombar, assim como os ombros para a sustentação do bebê. Considerando-se que essa tarefa é executada várias vezes ao dia, percebe-se um fator de risco, em potencial, para o desconforto ou até lesões nessas regiões.

A amamentação foi o segundo fator de desconforto apontado pelo G1 com um percentual de 27,3% (18). As regiões com desconforto, relacionadas à amamentação, são a coluna lombar (29%), a cervical (29%), os ombros (25%) e a coluna dorsal (17%).

Destaca-se que a maioria dessas mulheres já amamentava por um período de um a três meses mais de oito vezes em 24 horas e na posição sentada. A posição sentada é considerada um fator de risco para a coluna vertebral, pois é a que proporciona maior pressão nos discos intervertebrais, sobrecarregando principalmente a região lombar e predispondo a dor, a dormência, a sensação de peso e outros desconfortos [30,34]. Em relação à coluna cervical deve-se considerar que a posição comumente assumida pelas mães é de flexão e rotação. A maioria delas olha para o bebê enquanto amamenta e a postura encurvada, fornece níveis mais elevados de pressão intradiscal do que a postura ereta [34], contribuindo para a presença de desconforto.

Constatou-se, ainda, que os problemas emocionais foram citados como relacionados ao desconforto, principalmente pelas mulheres do G2 que referiram dor na região cervical. O puerpério é um período de grande labilidade emocional e alguns trabalhos enfatizam a associação desse aspecto com o desconforto físico [35] e também com a amamentação [36].

Conclusão

Este estudo constituiu uma primeira aproximação com a temática do desconforto músculo-esquelético no pós-parto e a amamentação. Encontrou-se elevada frequência de relatos de DME entre as mulheres, nos primeiros seis meses após o parto principalmente na região lombar e nos ombros, independentemente de estarem amamentando ou não.

Também foram observados índices relevantes de desconforto na região lombar, cervical, nos ombros e na região dorsal, atribuídos pelas mulheres à amamentação, considerada como a segunda causa de desconforto no G1, inferior apenas às posturas incômodas ou esforço físico enquanto cuidam do bebê.

Este trabalho também permitiu identificar algumas características do DME no pós-parto que podem estar relacionadas à amamentação, exigindo estudos adicionais para sua investigação. Por fim, verificou-se que o desconforto músculo-esquelético é real e que precisa ser mais valorizado tanto pela mulher quanto pelo profissional da saúde, deixando de considerá-lo como uma consequência normal do ciclo gravídico-puerperal para buscar estratégias eficazes de prevenção

e tratamento. Dessa forma, contribuir-se-á para o bem-estar da mãe e do bebê, condição essencial ao aleitamento materno e à saúde materno-infantil.

Referências

1. Cailliet R. Mecanismos dos aspectos regionais da dor. In: Cailliet R. Dor: mecanismo e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 1999. p.121-45.
2. De Conti MHS, Calderon IMP, Consonni EB, Prevedel TTS, Dalbem I, Rudge MVC. Efeito de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. Rev Bras Ginecol Obstet 2003;25:647-54.
3. Coury HJCG. Self-administered preventive programme for sedentary workers: reducing musculoskeletal symptoms or increasing awareness? Appl Ergon 1998;29:415-21.
4. Borg-Stein J, Dugan S, Gruber J. Musculoskeletal aspects of pregnancy. Am J Phys Med Rehabil 2005;84(3):180-92.
5. Östgaard HC, Andersson GBJ. Postpartum low-back pain. Spine 1992;17:53-55.
6. Vullo VJ, Richardson JK, Hurvitz EA. Hip, knee, and foot pain during pregnancy and the postpartum period. J Fam Pract 1996;43(1):63-68.
7. Östgaard HC, Andersson GBJ, Schultz AB, Miller JAA. Influence of some biomechanical factors on low-back pain in pregnancy. Spine 1993;18:61-65.
8. MacLennan AH. The role of the hormone relaxin in human reproduction and pelvic girdle relaxation. J Rheum Scand 1991;88:7-15.
9. Rezende J. Obstetrícia. 7a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
10. Polden M, Mantle J. Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia. 2a ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 46-402.
11. Östgaard HC, Zetherström G, Roos-Hansson E. Back pain in relation to pregnancy: a 6-year follow-up. Spine 1997;15(24):2945-50.
12. To WWK, Wong MWN. Factors associated with back pain symptoms in pregnancy and the persistence of pain 2 years after pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82(12):1086-91.
13. Nilsson-Vikmar L, Pilo C, Pahlbäck M, Harms-Ringdahl K. Perceived pain and self-estimated activity limitations in women with back pain post-partum. Physiother Res Inter 2003;8(1):23-35.
14. Stephenson RG, O'Connor LJ. Fisioterapia e cuidados pós-parto. In: Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Manole; 2004. p.469-76.
15. Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. Br J Obstet Gynaecol 2005;112:210-17.
16. McGovern P, Dowd B, Gjerdingen D, Gros Cr, Kenney S, Ukestad L, et al. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. Ann Fam Med 2006;4(2):159-67.
17. Glazener CMA, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russel I. Post-natal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. Br J Obstet Gynaecol 1995;102:282-87.
18. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population-based survey. Br J Obstet Gynaecol 1998;105(2):156-61.
19. Cernadas JMC, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of

- exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact* 2003;19:136-44.
20. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr* 2004;80:147-54.
 21. Morland-Schultz K, Hill PD. Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34(4):428-37.
 22. Wand JS. Carpal tunnel syndrome in pregnancy and lactation. *J Hand Surg* 1990;15:93-95.
 23. Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. *Rev Saúde Pública* 2002;36:307-12.
 24. Domingues MR, Barros AJD. Atividade física de lazer entre as gestantes da coorte de nascimento de Pelotas de 2004. *Rev Saúde Pública* 2007;41:173-80.
 25. American College of Obstetricians and Gynecologists. Exercise during pregnancy and the postpartum period. *Clin Obstet Gynecol* 2003;46:496-99.
 26. Artal R, Wiswell RA, Drinkwater BL. O exercício na gravidez. 2a ed. São Paulo: Manole; 1999.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
 28. Callahan S, Séjourné N, Denis A. Fatigue and breastfeeding: an inevitable partnership? *J Hum Lact* 2006;22:182-87.
 29. Mogren IM, Pohjanen AI. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. *Spine* 2005;30:983-91.
 30. Viel E, Esnault M. Comportamento mecânico da coluna vertebral. In: Lombalgias e cervicalgias da posição sentada. São Paulo: Manole; 2000. p.3-26.
 31. Breen TW, Ransil BJ, Groves PA, Oriol NE. Factors associated with back pain after childbirth. *Anesthesiology* 1994;81(1):29-34.
 32. Östgaard HC, Roos-Hansson E, Zetherström MG. Regression of back and posterior pelvic pain after pregnancy. *Spine* 1996;21:2777-80.
 33. Teixeira MJ, Teixeira WGJ, Kraychete DC. Epidemiologia geral da dor. In: Teixeira MJ. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio; 2003. p.53-66.
 34. Oliver J, Middleditch A. Postura. In: Oliver J, Middleditch A. Anatomia funcional da coluna vertebral. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p.293-313.
 35. Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *Br J Obstet Gynaecol* 2000;107:1194-201.
 36. Pamplona V. Aspectos psicológicos na lactação. In: Carvalho MR, Tamez, RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.96-105.