

Ocorrência de dor combinada na coluna lombar, cintura pélvica e sínfise púbica entre gestantes do extremo sul do Brasil

Occurrence of combined pain in the lumbar spine, pelvic girdle and pubic symphysis among pregnant women in the extreme south of Brazil

Rodrigo Dalke Meucci^I , Aline Henriques Perceval^I , Daniele Ramos de Lima^I , Ewerton Cousin^{II} , Luana Patrícia Marmitt^I , Paula Pizzato^{III}, Priscila Arruda da Silva^I , Stephanie Jesien^I, Juraci Almeida Cesar^I 

RESUMO: *Objetivos:* Estimar a prevalência e caracterizar a ocorrência de dor lombar gestacional (DLG), dor na cintura pélvica posterior (DCPP) e dor na sínfise púbica (DSP) entre gestantes residentes em Rio Grande, RS. *Métodos:* Estudo transversal realizado com todas as puérperas com parto em 2016. Foram utilizadas duas figuras para investigar a presença de DLG, DCPP e DSP de forma isolada ou combinada. Regressão logística multinomial foi usada para avaliar os fatores associados a cada sintoma. *Resultados:* DLG foi referida por 42,2% das entrevistadas, DSP por 4,9%, e DCPP por 2%, enquanto DLG + DSP por 9%, DLG + DCPP por 2,8%, DCPP + DSP por 1,1% e dor nas três regiões por 3,9% delas. Quanto maior era a idade da gestante, menor foi o risco de DLG e de DLG combinada a uma das regiões da cintura pélvica e maior o risco de DCPP + DSP. Depressão na gestação aumentou o risco de todas as combinações dos sintomas. *Conclusão:* Este estudo realizou uma descrição mais detalhada da ocorrência dos desfechos avaliados e de seus fatores associados. Estudos como este são raros no país, sobretudo com baixas taxas de perdas e recusas. A elevada prevalência dos sintomas avaliados sugere que sua investigação seja rotineira nas consultas de pré-natal, atendo-se a idade das gestantes, sintomas depressivos e a dores combinadas e intensas.

Palavras-chave: Dor lombar. Dor da cintura pélvica. Prevalência.

^IPrograma de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande (RS), Brasil.

^{II}Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

^{III}Pastoral da Criança – Curitiba (PR), Brasil.

Autor correspondente: Rodrigo Dalke Meucci. Rua General Osório, 102, 3º andar, Centro, CEP 96.203-900, Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: rodrigodalke@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

ABSTRACT: Objectives: To estimate the prevalence and characterize the occurrence of low back pain (LBP), posterior pelvic girdle pain (PPGP) and pubic symphysis pain (PSP) among pregnant women resident in Rio Grande, RS. **Methods:** This was a cross-sectional study of all postpartum women who gave birth in 2016. Two pictures were used to investigate the presence of LBP, PPGP and PSP, both isolated and combined. Multinomial logistic regression was used to evaluate the factors associated with each symptom. **Results:** LBP was reported by 42.2%, PSP by 4.9%, and PPGP by 2%, while LBP + PSP was reported by 9%, LBP and PPGP by 2.8% and PPGP + PSP by 1.1%, and pain in all three regions was reported by 3.9% of the sample. The more advanced the age of the pregnant women, the risk for LBP and of LBP combined with one of the pelvic girdle regions was reduced, while the risk for PPGP + PSP was increased. Depression during pregnancy increased the risk for all symptom combinations. **Conclusion:** This study provided a detailed description of the occurrence of the evaluated outcomes and its associated factors. Studies like this are rare in Brazil, especially a census with low rates of losses and refusals. The high prevalence of the evaluated symptoms suggests that it should be investigated routinely in prenatal care, taking into account the age of the pregnant women, depressive symptoms and those experiencing combined or intense pain.

Keywords: Low back pain. Pelvic girdle pain. Prevalence.

INTRODUÇÃO

As dores musculoesqueléticas representam um dos problemas mais comuns relacionados à gestação. Mais de dois terços das gestantes experimentam dor lombar e quase um quinto sofrem de dor pélvica^{1,2}. As duas condições podem ocorrer separadamente ou em conjunto (dor lombar e pélvica) e tendem a aumentar à medida que a gravidez avança³.

Cerca de 30% de todas as mulheres que relatam dor lombar (ou lombalgia) durante a gestação apresentam sintomas graves o suficiente para comprometer suas atividades diárias, afetar a qualidade de vida e exigir frequentes períodos de repouso, causando afastamento do trabalho¹. Esses sintomas experimentados durante a gravidez também influenciam no momento do nascimento, podendo limitar a mobilidade no parto e aumentar o risco de intervenções, uma vez que aparecem como um dos motivos maternos para solicitação de cesariana, além de relacionar-se à indução precoce do parto. Além disso, para metade das gestantes sintomáticas a dor persiste por um ano, enquanto para 20% os sintomas perduram por até três anos^{2,4,7}.

Acredita-se que o aumento da incidência de dor lombar e pélvica na gravidez seja consequência de alguns fatores que incluem postura alterada, aumento da lordose lombar (curvatura exagerada da parte inferior da coluna) para equilibrar o aumento do peso anterior do útero, afrouxamento dos ligamentos na área pélvica e retenção de líquido no tecido conjuntivo².

Os fatores de risco mais comumente relacionados com a dor lombar incluem história de lombalgia em gravidez anterior e histórico prévio de dor nas costas anterior à gestação, menor idade materna, multiparidade, tabagismo, alto nível de estresse, esforço físico e traumatismo das costas ou da pelve antes da gravidez⁸⁻¹⁰. Já a ocorrência de dor pélvica aparece

associada a gestação gemelar, primeira gravidez, maior peso fetal, uso de fórceps ou extração a vácuo e posição flexionada da mulher durante o parto¹¹.

Dada a dificuldade em localizar de forma precisa os sinais e sintomas das dores lombares e da cintura pélvica, a literatura com frequência aponta a sobreposição dessas condições². Ainda que alguns estudos mais recentes tenham avaliado cada ocorrência de modo isolado, pouco se sabe acerca da intensidade desses sintomas musculoesqueléticos, tampouco quanto ao nível de incapacidade funcional resultante deles^{4,5,12}.

Tratando-se de Brasil, são poucos os estudos sobre dor lombar e pélvica, sobretudo estudos representativos da população de origem, e, de modo geral, avalia-se apenas a presença da dor lombar, utilizando amostras de conveniência e número reduzido de participantes, o que pode comprometer a validade dos achados¹³⁻¹⁶. A identificação da ocorrência e a melhor compreensão dessas condições durante a gravidez ajudariam a projetar e avaliar estratégias preventivas, já que, para uma parcela das mulheres afetadas, os sintomas não regredem; pelo contrário, após a gravidez há a progressão da condição para dor crônica¹¹.

O presente estudo teve como objetivos estimar a prevalência e caracterizar a ocorrência e os fatores associados à dor lombar gestacional (DLG), dor na cintura pélvica posterior (DCPP) e dor na sínfise púbica (DSP) durante a gestação entre parturientes residentes no município do Rio Grande, RS, no ano de 2016.

MÉTODOS

Este estudo de delineamento transversal reuniu informações de todas as puérperas residentes no município de Rio Grande com parto nas duas únicas maternidades locais, Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, da Universidade Federal do Rio Grande, e Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2016.

Foram incluídas todas as mães de recém-nascidos com pelo menos 500 gramas ou 20 semanas de gestação. Utilizou-se questionário único e pré-codificado para avaliar características sociodemográficas, comportamentais e reprodutivas e morbidades maternas, além de levantar dados sobre o uso de serviços de saúde, assistência ao pré-natal e ao parto. A aplicação desse questionário deu-se via *tablet* por meio do aplicativo REDCap¹⁷.

Quatro entrevistadoras formadas em ciências humanas foram selecionadas e treinadas para aplicação dos questionários. O treinamento teve duração de 40 horas e foi realizado por alunos da pós-graduação, supervisores do estudo. Ao final do treinamento, um estudo piloto foi feito no mês anterior ao início da coleta de dados nos dois hospitais. Diariamente, as entrevistadoras visitavam as enfermarias das maternidades em busca das parturientes elegíveis e aplicavam o questionário em até 48 horas após o parto.

Para avaliar a ocorrência de DLG, DCPP e DSP, foram utilizadas duas figuras. A primeira tinha o desenho de uma mulher em posição supina e dorsal com as regiões da coluna cervical, torácica, lombar e pélvica posterior pintadas nas cores verde, azul, vermelho e laranja,

respectivamente. A cintura pélvica posterior compreendia a região sacroilíaca (início da linha interglútea) até a prega glútea inferior. A outra figura continha o desenho de uma mulher na posição supina e frontal com a região púbica hachurada em linhas vermelhas. Foi classificada a presença de DLG, DCPD ou DSP de acordo com o local da dor indicado pela entrevistada nas figuras.

Adicionalmente, investigaram-se o mês de início, a frequência e a intensidade da dor referida. Para avaliar a intensidade da dor, empregou-se uma escala visual analógica de zero a dez, sendo zero a ausência de dor e dez a pior dor possível. O absenteísmo, caracterizado pelas mulheres que faltaram ao trabalho por causa dos sintomas, foi examinado apenas para aquelas que relataram DLG.

A fim de descrever as prevalências dos tipos de dores individualmente e suas combinações, foi realizado o diagrama de Venn. Para análise descritiva, criou-se a variável desfecho, categorizada em: ausência de dor, apenas DLG, DCPD + DSP e DLG + DCPD + DSP. Foram examinados as proporções e os respectivos intervalos de confiança de 95% de cada uma das categorias do desfecho de acordo com a idade materna (coletada de forma numérica e categorizada em 12 a 19 anos, 20 a 29, 30 ou mais), tabagismo (nunca fumou, ex-fumante ou fumante), presença de diabetes, depressão e número de gestações (número de vezes que a mulher engravidou, incluindo aquelas gestações que não chegaram ao fim).

Uma vez que o desfecho possui cinco categorias, utilizou-se a regressão logística multinomial bruta e ajustada para investigar os fatores associados a cada sintoma e estimar os riscos relativos. Para a análise ajustada, foi aplicado um modelo hierárquico com dois níveis. No primeiro, foi inserida a variável idade materna, e no segundo, acrescentaram-se as demais variáveis (tabagismo, diabetes, depressão e número de gestações). Teste de Wald para heterogeneidade e de tendência linear foram usados para exposições dicotômicas e ordinais, respectivamente. A significância estatística foi de 5%.

Para analisar a intensidade da DLG, DCPD e DSP, ou de suas combinações, foram calculados as médias das notas atribuídas pelas entrevistadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) de acordo com o trimestre de começo das dores, combinações de sintomas e frequência da dor. Adicionalmente, para a DLG, a média da intensidade da dor foi mensurada conforme a variável absenteísmo. Para comparações das médias de dor, utilizou-se a análise de variância (ANOVA), seguida do teste de Bonferroni para múltiplas comparações, ou teste *t* de Student¹⁸. Todas as análises ocorreram por meio do pacote estatístico Stata 13¹⁹.

O projeto original de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Santa Casa de Misericórdia, processo nº 030/2015. Foram solicitados consentimento verbal esclarecido às entrevistadas e, perante o aceite, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A todas as participantes, foram garantidas a confidencialidade das informações prestadas, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 2.694 parturientes, com taxa de respondentes da ordem de 99%. Metade delas tinha idade entre 20 e 29 anos, 11% se declararam fumantes e 4% tinham diabetes e/ou depressão. Cerca de 5% das parturientes tiveram cinco ou mais gestações (Tabela 1). A DLG foi mais frequente entre parturientes mais jovens (50%) e na primeira gestação (45%), enquanto a DCPD + DSP foi mais prevalente entre aquelas com mais de 30 anos de idade (11%). As demais combinações de sintomas foram mais frequentes apenas

Tabela 1. Características das parturientes e descrição dos sintomas de dor lombar gestacional (DLG), dor na cintura pélvica posterior (DCPD), dor na sínfise púbica (DSP) e suas combinações. Estudo Perinatal. Rio Grande, RS, 2016.

Variáveis	N	%	Dores										p
			Nenhuma dor		DLG		DCPD/DSP		DLG e/ou DCPD e/ou DSP		DLG+DCPD +DSP		
			%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
Idade													
12-19	456	17,0	31,4	27,3 – 35,8	50,2	45,6 – 54,8	3,9	2,5 – 6,2	11,6	9,0 – 14,9	2,9	1,7 – 4,9	<0,001
20-29	1.333	49,6	30,6	28,1 – 33,1	45,0	42,3 – 47,7	7,6	6,3 – 9,2	12,9	11,2 – 14,8	3,9	3,0 – 5,1	
≥ 30	898	33,4	40,8	37,6 – 44,0	33,9	30,9 – 37,1	10,8	8,9 – 13,0	10,0	8,2 – 12,2	4,5	3,3 – 6,0	
Tabagismo													
Nunca fumou	1.860	69,2	34,6	32,4 – 36,7	42,6	40,3 – 44,8	8,1	7,0 – 9,5	11,0	9,7 – 12,5	3,7	2,9 – 4,7	0,7
Já fumou	537	20,0	32,7	29,1 – 37,1	40,4	36,3 – 44,6	7,8	5,8 – 10,4	14,2	11,4 – 17,4	4,7	3,2 – 6,8	
Fumante	292	10,8	33,2	28,0 – 38,9	43,2	37,6 – 48,9	8,2	5,6 – 12,0	11,6	8,4 – 15,9	3,8	2,1 – 6,7	
Diabetes na gestação													
Não	2.563	95,5	34,3	32,5 – 36,1	42,2	40,3 – 44,1	8,0	7,0 – 9,1	11,8	10,6 – 13,1	3,7	3,1 – 4,6	0,5
Sim	121	4,5	31,4	23,7 – 40,3	42,2	33,6 – 51,2	9,9	5,7 – 16,8	9,9	5,7 – 16,8	6,6	3,3 – 12,8	
Depressão na gestação													
Não	2.591	96,4	34,4	32,6 – 36,3	42,9	41,0 – 44,9	7,8	6,9 – 8,9	11,2	10,0 – 12,5	3,6	2,9 – 4,4	<0,001
Sim	96	3,6	25,0	17,2 – 34,8	21,9	14,6 – 31,4	14,6	8,7 – 23,3	26,0	18,1 – 35,9	12,5	7,2 – 20,9	
Número de gestações													
1	1.156	43,0	32,3	29,6 – 35,0	45,4	42,6 – 48,3	7,0	5,7 – 8,7	12,1	10,3 – 14,1	3,2	2,3 – 4,4	0,001
2 a 4	1.366	50,8	34,2	31,7 – 36,8	41,0	38,4 – 43,7	9,1	7,7 – 10,7	11,1	9,6 – 12,9	4,5	3,6 – 5,8	
5 ou mais	169	6,2	45,6	38,1 – 53,2	29,6	23,1 – 37,0	7,1	4,1 – 12,1	14,2	9,7 – 20,4	3,5	1,6 – 7,7	

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

entre parturientes que relataram depressão durante a gestação. Nestas, a presença de dor nas três regiões foi muito mais comum (12%) em relação àquelas sem depressão (4%) (Tabela 1).

A Figura 1 mostra que 42,2% apontou DLG (IC95% 40,3 – 44,1), 4,9% DSP (IC95% 4,2 – 5,8) e 2,0% DCPD (IC95% 1,6 – 2,7). No que tange aos sintomas combinados, 9,0% teve DLG + DSP (IC95% 7,9 – 10,1), 2,8% DLG + DCPD (IC95% 2,2 – 3,4) e 1,1% DCPD + DSP (IC95% 0,8 – 1,5), assim como 3,9% descreveu dor concomitante nas três regiões, ou seja, DLG + DCPD + DSP (IC95% 3,2 – 4,7). A intensidade da DLG não variou conforme o trimestre de início dos sintomas, entretanto parturientes com a combinação dos três desfechos (DLG + DCPD + DSP), que faltaram ao trabalho e que relataram dor constante apresentaram maiores médias quando da avaliação da intensidade da dor. Para DCPD/DSP, os sintomas foram mais intensos entre parturientes que referiram início dos sintomas no primeiro trimestre e naquelas com três sintomas concomitantes em comparação àquelas com apenas DSP (Tabela 2).

Na análise ajustada, permaneceram significativamente associadas aos desfechos as variáveis idade e depressão na gestação. Quanto maior a idade da gestante, menor o risco de DLG e de DLG/DSP e/ou de DSP. A partir dos 20 anos, o risco de DCPD/DSP foi cerca de duas vezes maior,

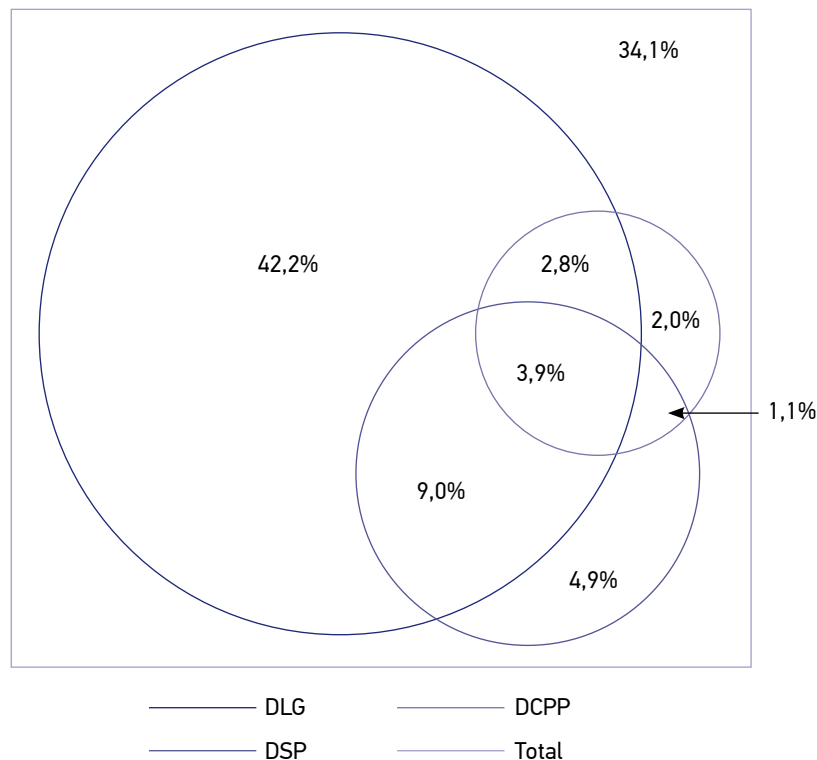


Figura 1. Diagrama de Venn: combinação de sintomas de dor lombar gestacional (DLG), dor na cintura pélvica posterior (DCPD) e dor na sínfise púbica (DSP) durante a gestação em parturientes do Rio Grande, RS, 2016 (n=2.688).

Tabela 2. Intensidade da dor lombar gestacional (DLG), da dor na cintura pélvica posterior (DCPP) e da dor na sínfise púbica (DSP) de acordo com trimestre de início, combinações de sintomas, absenteísmo e frequência da dor. Estudo Perinatal. Rio Grande, RS, 2016.

	Média	IC95%	p
Trimestre de início da DLG			
1º	6,8	6,5 – 7,1	0,30 ^a
2º	6,9	6,8 – 7,1	
3º	6,8	6,6 – 6,9	
DLG e combinações*			
DLG	6,8 ^b	6,7 – 6,9	0,01 ^a
DLG e DCPP	6,8	6,3 – 7,2	
DLG e DSP	6,9	6,6 – 7,1	
DLG, DCPP e DSP	7,5 ^b	7,1 – 7,8	
Faltou ao trabalho por causa da DLG**			
Não	6,8	6,7 – 6,9	< 0,001 ^c
Sim	7,9	7,6 – 8,2	
Frequência da dor (DLG)**			
Constante	7,5	7,3 – 7,7	< 0,001 ^c
Às vezes aliviava	6,7	6,6 – 6,8	
Trimestre de início da DCPP/DSP***			
1º	7,3 ^d	6,8 – 7,8	0,04 ^a
2º	6,8	6,5 – 7,1	
3º	6,6 ^d	6,6 – 6,8	
Frequência da dor (DCPP/DSP)#			
Constante	7,7	7,4 – 8,0	< 0,001 ^c
Às vezes aliviava	6,5	6,3 – 6,7	
DCPP/DSP e combinações#			
DCPP	6,8	6,3 – 7,2	0,02 ^a
DSP	6,2 ^e	5,8 – 6,6	
DLG e DCP	6,8	6,3 – 7,3	
DLG e DSP	6,8	6,6 – 7,1	
DCPP e DSP	6,5	5,7 – 7,2	
DLG, DCPP e DSP	7,1 ^e	6,7 – 7,4	

^aAnálise de variância (ANOVA); ^bteste de múltiplas comparações de Bonferroni: diferença de médias 0,7 p = 0,003; ^cteste t de Student; ^dteste de múltiplas comparações de Bonferroni: diferença de médias -0,7 p = 0,04; ^eteste de múltiplas comparações de Bonferroni: diferença de médias -0,9 p = 0,01; *apenas indivíduos com DLG e combinações (n = 1.554); **n = 1.549; ***n = 625; #n = 633.

aumentando conforme a idade. O relato de depressão aumentou o risco de ter DCP/DSP, DLG e/ou DCP e/ou DSP e dor nas três regiões, entre 2,7 a 5,2 vezes (Tabela 3). As variáveis tabagismo e diabetes não mostraram associação estatisticamente significativa com os desfechos ($p > 0,20$).

DISCUSSÃO

Cerca de dois terços das entrevistadas referiram dor em pelo menos uma das regiões anatômicas investigadas. A DLG foi a mais comum, seguida das combinações de DLG + DSP e DLG + DCP + DSP. Quanto maior era a idade da gestante, menor foi o risco de DLG e de DLG combinada a uma das regiões da cintura pélvica, e maior o risco de DCP + DSP. Depressão na gestação aumentou o risco de todas as combinações dos sintomas, sendo pelo menos cinco vezes maior a probabilidade de a gestante depressiva apresentar dor nas três regiões anatômicas. A intensidade dos sintomas foi diretamente proporcional ao número de regiões anatômicas afetadas.

A proporção de mulheres que tiveram DLG combinada com os outros sintomas investigados (57,9%) foi maior do que a encontrada nesse mesmo município no ano de 2013 (51,2%)²⁰. Isso pode indicar que a prevalência de DLG aumentou em Rio Grande entre 2013 e 2016 e ocorreu mesmo diante do fato de o estudo de 2013 não ter discriminado a sobreposição de sintomas da cintura pélvica, o que possivelmente resultou numa superestimativa

Tabela 3. Fatores associados à dor lombar gestacional (DLG), dor na cintura pélvica posterior (DCPP), dor na sínfise púbica (DSP) e suas combinações. Estudo Perinatal. Rio Grande, RS, 2016 (n = 2.688).

Variáveis*	DLG**			DCPP/DSP**			DLG e/ou DCPP e/ou DSP**			DLG + DCPP + DSP**		
	RR	IC95%	p	RR	IC95%	p	RR	IC95%	p	RR	IC95%	p
Idade												
12-19	1			1			1			1		
20-29	0,92	0,72 – 1,17	<0,001*	1,99	1,17 – 3,40	0,02***	1,14	0,79 – 1,64	0,01*	1,40	0,74 – 2,66	0,84***
≥ 30	0,52	0,40 – 0,67		2,11	1,23 – 3,62		0,67	0,45 – 0,98		1,21	0,63 – 2,32	
Depressão na gestação												
Não	1	-	0,43	1	-	0,004	1	-	<0,001	1	-	<0,001
Sim	0,78	0,43 – 1,44		2,74	1,38 – 5,44		3,48	1,94 – 6,26		5,22	2,50 – 10,9	
Número de gestações												
1	1	-		1	-		1	-		1	-	
2 a 4	0,97	0,80 – 1,18	0,10***	1,05	0,76 – 1,45	0,35***	0,95	0,71 – 1,26	0,80***	1,31	0,83 – 2,06	0,82***
5 ou mais	0,62	0,41 – 0,92		0,56	0,29 – 1,11		1,01	0,59 – 1,72		0,73	0,29 – 1,87	

*Ajuste realizado por nível (bloco): nível 1: idade materna; nível 2: nível 1 + tabagismo, diabetes, depressão na gestação e número de gestações. Tabagismo e diabetes não mostraram associação estatisticamente significativa ($p > 0,20$); **o grupo "sem dor" foi a categoria de referência do desfecho; RR: risco relativo; IC95%: intervalo de confiança de 95%; ***p do teste de tendência linear;

da prevalência relatada naquele ano. Contudo, a diferença entre os instrumentos utilizados nos dois inquéritos limita a comparabilidade dos achados. Desse modo, é importante manter o monitoramento da prevalência de DLG entre as gestantes do município nos próximos inquéritos perinatais a serem realizados em Rio Grande, continuando com a mesma versão do instrumento usado no ano de 2016.

A ocorrência de dor na cintura pélvica isolada ou combinada com DLG (23,7%) é semelhante à dos achados de estudos prospectivos conduzidos em diferentes países que incluíram exames clínicos para caracterização do desfecho e que mostram prevalências variando entre 16 e 20,1%^{1,21-23}.

Neste estudo, a caracterização separada dos sintomas permitiu uma descrição mais detalhada entre a ocorrência desses desfechos de acordo com algumas características maternas. A idade da gestante mostrou diferentes repercussões sobre a ocorrência da dor lombar e dor pélvica e suas combinações. A DLG isolada ou combinada a um dos sintomas da cintura pélvica foi mais prevalente entre mulheres mais jovens com decréscimo do risco desses sintomas conforme o aumento da idade da gestante. A imaturidade biológica das estruturas musculoesqueléticas da coluna lombar de mulheres mais jovens as torna mais suscetíveis ao aumento da sobrecarga decorrente da gestação, o que explicaria a redução dos sintomas entre as mais velhas^{8,24}. Por outro lado, a maior idade foi associada ao risco aumentado de dores na cintura pélvica (DCPP + DSP). Esse resultado não é consenso na literatura^{3,25}, contudo é sabido que, com o envelhecimento, há diminuição da flexibilidade articular. Com isso, a distensão das articulações da cintura pélvica pode ocasionar maior dor entre mulheres de mais idade³.

O relato de depressão na gestação foi o mais forte preditor de dores musculoesqueléticas combinadas neste estudo. A probabilidade de a gestante depressiva apresentar dor simultaneamente em todas as regiões estudadas foi 5,2 vezes maior, relação também observada em outros estudos^{8,26}. Esse resultado é particularmente preocupante pelo fato de a intensidade da dor ser maior quando há sobreposição de sintomas, conforme verificado neste estudo e corroborado por outros autores^{27,28}. A sensação de dor pode tornar-se mais comum pela condição psicológica da gestante com depressão. Além disso, a maior intensidade dos sintomas pode afetar negativamente a saúde mental e causar limitações para as atividades de vida diária^{20,25}. A ocorrência concomitante dos sintomas nas diferentes regiões, com dor persistente no período pré-natal, pode ser fator desencadeante de dor crônica, comumente associada à depressão e à ansiedade¹⁴.

Faz-se prudente salientar que, em função do desenho transversal deste estudo, a associação entre depressão e os sintomas estudados não implica necessariamente causalidade. A depressão pode ser interpretada como um fator que aumenta o risco das dores ou, pelo contrário, ser consequência da dor. No entanto, independentemente da direção do efeito, é bastante provável que exista relação entre essas condições, a qual poderá ser mais bem explorada em estudos prospectivos. De qualquer forma, os resultados apoiam a importância de avaliar e tratar, quando indicado, a depressão antes e ao longo da gravidez.

Mulheres com DLG e dor na cintura pélvica, que faltaram ao trabalho, com dores constantes e que começaram a ter os sintomas na cintura pélvica ainda no primeiro trimestre fazem parte de um grupo que precisa ser identificado e tratado na busca pela redução da

intensidade dos sintomas. Resultados de estudos anteriores dizem que as dores podem ser intensas a ponto de se tornarem incapacitantes, com grandes períodos de ausência no trabalho, gerando com frequência licenças médicas¹³. Além disso, podem ser fator prognóstico para a persistência dos sintomas no pós-parto^{3,29}.

Duas das limitações deste estudo dizem respeito à ausência de exame físico no estabelecimento dos sintomas avaliados e ao fato de o instrumento adaptado originalmente do Questionário Nórdico para Sintomas Osteomusculares³⁰ não ter sido submetido a um estudo de validação. Contudo, a utilização das ilustrações facilitou a identificação da distribuição da dor e, assim, minimizou possíveis erros na localização dos sintomas.

Salienta-se que estudos como este são raros no país, sobretudo com tamanha representatividade, e único no que concerne à classificação isolada e combinada dos sintomas em estudo de base populacional no Brasil.

CONCLUSÃO

Foi alta a prevalência de gestantes que mencionaram pelo menos um dos sintomas musculoesqueléticos avaliados. A diferenciação entre esses sintomas em gestantes é relevante tanto no cenário clínico, dadas as diferentes implicações negativas que podem causar na vida da mulher no período gestacional e puerpério, quanto na pesquisa, identificando a proporção de mulheres afetadas.

Recomenda-se aos profissionais de saúde responsáveis pelos serviços de pré-natal que avaliem a presença de dor na região lombar e na cintura pélvica das gestantes que apontam dores combinadas, dores constantes e que apresentam depressão, com especial atenção à idade da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet] 2015 [acessado em 19 nov. 2018]. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001139.pub4>
2. Casagrande D, Gugala Z, Clark SM, Lindsey RW. Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain in Pregnancy. *J Am Acad Orthop Surg* 2015; 23 (9): 539-49. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00248>
3. Vleeming A, Albert HB, Östgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J* 2008; 17(6): 794-819. <https://doi.org/10.1007/s00586-008-0602-4>
4. Bergström C, Persson M, Mogren I. Pregnancy-related low back pain and pelvic girdle pain approximately 14 months after pregnancy – pain status, self-rated health and family situation. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 [acessado em 19 nov. 2018]; 14. Disponível em: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-48> <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-48>
5. Brown A, Johnston R. Maternal experience of musculoskeletal pain during pregnancy and birth outcomes: Significance of lower back and pelvic pain. *Midwifery* 2013; 29(12): 1346-51. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.002>

6. Padua L, Caliandro P, Aprile I, Pazzaglia C, Padua R, Calistri A, et al. Back pain in pregnancy: 1-year follow-up of untreated cases. *Eur Spine J* 2005; 14(2): 151-4. <https://doi.org/10.1007/s00586-004-0712-6>
7. Norén L, Ostgaard S, Johansson G, Ostgaard HC. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up. *Eur Spine J* 2002; 11(3): 267-71. <https://doi.org/10.1007/s00586-001-0357-7>
8. Kovacs FM, Garcia E, Royuela A, González L, Abreira V. Prevalence and Factors Associated With Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain During Pregnancy: A Multicenter Study Conducted in the Spanish National Health Service. *Spine* 2012; 37(17): 1516-33. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31824dcb74>
9. Mohseni-Bandpei MA, Fakhri M, Ahmad-Shirvani M, Bagheri-Nessami M, Khalilian AR, Shayesteh-Azar M, et al. Low back pain in 1,100 Iranian pregnant women: prevalence and risk factors. *Spine J* 2009; 9(10): 795-801. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2009.05.012>
10. Al-Sayegh NA, Salem M, Dashti LF, Al-Sharrah S, Kalakh S, Al-Rashidi R. Pregnancy-Related Lumbopelvic Pain: Prevalence, Risk Factors, and Profile in Kuwait. *Pain Med* 2012; 13(8): 1081-7. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01424.x>
11. Mogren IM. BMI, pain and hyper-mobility are determinants of long-term outcome for women with low back pain and pelvic pain during pregnancy. *Eur Spine J* 2006; 15(7): 1093-102. <https://doi.org/10.1007/s00586-005-0004-9>
12. Ramachandra P, Maiya AG, Kumar P, Kamath A. Prevalence of Musculoskeletal Dysfunctions among Indian Pregnant Women. *J Pregnancy* 2015; 2015: 1-4. <https://doi.org/10.1155/2015/437105>
13. Madeira HGR, Garcia JBS, Lima MVV, Serra HO. Incapacidade e fatores associados à lombalgia durante a gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013; 35(12): 541-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013001200003>
14. Rodrigues WFG, Silva LR da, Nascimento MA de L, Pernambuco CS, Giani TS, Dantas EHM. Prevalence of lower back pain and physical inactivity: the impact of psychosocial factors in pregnant women served by the Family Health Strategy. *Einstein São Paulo* 2011; 9(4): 489-93. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082011ao2186>
15. Santos MM dos, Gallo AP. Lombalgia gestacional: prevalência e características de um programa pré-natal. *Arq Bras Ciênc Saúde [Internet]* 2010 [acessado em 19 nov. 2018]; 35(3). Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/view/78> <https://doi.org/10.7322/abcs.v35i3.78>
16. Silva KB da, Carvalho CA de. Prevalência da lombalgia e sua associação com atividades domésticas em gestantes do município de Itabuna, Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública [Internet]* 2011 [acessado em 24 fev. 2019]; 35(2): 387-96. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=604854&indexSearch=ID>
17. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap) — A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform* 2009; 42(2): 377-81. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>
18. Kirkwood BR, Sterne JAC, Kirkwood BR. *Essential medical statistics*. 2ª ed. Malden, Mass: Blackwell Science; 2003. 501 p.
19. StataCorp. *Stata statistical software: release 13*. College Station, TX: StataCorp LP; 2013.
20. Duarte VM, Meucci RD, Cesar JA. Dor lombar intensa em gestantes do extremo Sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2018; 23(8): 2487-94. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.22562016>
21. Ostgaard HC, Andersson GB, Karlsson K. Prevalence of back pain in pregnancy. *Spine* 1991; 16(5): 549-52. <https://doi.org/10.1097/00007632-199105000-00011>
22. Albert HB, Godskesen M, Westergaard JG. Incidence of Four Syndromes of Pregnancy-Related Pelvic Joint Pain: *Spine* 2002; 27(24): 2831-4. <https://doi.org/10.1097/00007632-200212150-00020>
23. Larsen EC, Wilken-Jensen C, Hansen A, Jensen DV, Johansen S, Minck H, et al. Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy. I: Prevalence and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78(2): 105-10.
24. Borg-Stein J, Dugan SA, Gruber J. Musculoskeletal Aspects of Pregnancy. *Am J Phys Med Rehabil* 2005; 34(3): 180-92. <https://doi.org/10.1097/01.phm.0000156970.96219.48>
25. Malmqvist S, Kjaermann I, Andersen K, Økland I, Brønnick K, Larsen JP. Prevalence of Low Back and Pelvic Pain During Pregnancy in a Norwegian Population. *J Manipulative Physiol Ther* 2012; 35(4): 272-8. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2012.04.004>
26. Chang H-Y, Lai Y-H, Jensen MP, Shun S-C, Hsiao F-H, Lee C-N, et al. Factors associated with low back pain changes during the third trimester of pregnancy. *J Adv Nurs* 2014; 70(5): 1054-64. <https://doi.org/10.1111/jan.12258>
27. Gjestland K, Bø K, Owe KM, Eberhard-Gran M. Do pregnant women follow exercise guidelines? Prevalence data among 3482 women, and prediction of low-back pain, pelvic girdle pain and depression. *Br J Sports Med* 2013; 47(8): 515-20. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091344>

28. Gutke A, Olsson C, Völlestad N, Öberg B, Wikmar L, Robinson H. Association between lumbopelvic pain, disability and sick leave during pregnancy - a comparison of three Scandinavian cohorts. *J Rehabil Med* 2014; 46(5): 468-74. <https://doi.org/10.2340/16501977-1801>
29. Ansari NN, Hasson S, Naghdi S, Keyhani S, Jalaie S. Low back pain during pregnancy in Iranian women: Prevalence and risk factors. *Physiother Theory Pract* 2010; 26(1): 40-8. <https://doi.org/10.3109/09593980802664968>
30. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sørensen F, Andersson G, et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon* 1987; 18(3): 233-7. [https://doi.org/10.1016/0003-6870\(87\)90010-x](https://doi.org/10.1016/0003-6870(87)90010-x)

Recebido em: 10/12/2018

Revisado em: 15/03/2019

Aceito em: 28/03/2019

Contribuição dos autores: RDM preparou o banco de dados, realizou as análises, redigiu o manuscrito e supervisionou a redação dele; AHP, DRL, PP, PAS e SJ realizaram revisão de literatura e apoiaram a redação do manuscrito; ECS realizou as análises, redigiu o manuscrito e supervisionou a redação dele; JAC e LPM coordenaram a coleta de dados, revisaram e redigiram o manuscrito.

