



**CENTRO UNIVERSITÁRIO LEÃO SAMPAIO**  
**CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

**CISSA HANLEY SILVA MACIEL**

**PREVALÊNCIA DE DOR SACROILÍACA EM GESTANTES ASSISTIDAS EM  
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

**JUAZEIRO DO NORTE – CE**

**2018**

**CISSA HANLEY SILVA MACIEL**

**PREVALÊNCIA DE DOR SACROILÍACA EM GESTANTES ASSISTIDAS EM  
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de Graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio como requisito para grau de bacharelado em Fisioterapia.

**Orientador:** Romulo Bezerra de Oliveira

**JUAZEIRO DO NORTE – CE**

**2018**

## **Dedicatória**

Dedico esse trabalho aos meus pais, que são minhas forças, minha coragem, meu amor, minha persistência e não desistência. Á vocês meu eterno obrigado.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a DEUS, que é minha força, minha luz e meu caminho. O senhor é minha luz e salvação; de que terei temor? O senhor é meu forte refúgio; de que eu terei medo? (SALMO 27:1)

**DOU GRAÇAS A TI SENHOR PARA SEMPRE!**

Agradeço a mim por não ter desistido.

Agradeço aos meus pais, JOSÉ CASSIANO MACIEL e CICERA DE SOUSA SILVA MACIEL, por ser meu suporte e minha coragem em todos os dias dessa graduação. Sempre foi por vocês. Meus irmãos, CASSIANO MACIEL e RANYELLE MACIEL por serem meu apoio e a insistência para continuar, quem mais viram meus desesperos nesses 5 anos e me ajudaram a continuar.

Meus amigos, Caroliny Santos, Ana Carolyna Figueiredo por terem me acolhido e estarem sempre comigo, Erlânia Rodrigues, Mariana Xavier, Willyane Fernandes, Yasmine Sabino, João Paulo Araujo, por serem meu suporte terem paciência comigo nesses 5 anos. Andreza Caetano a minha melhor por esta sempre comigo. Meus queridos Wandson Coelho e Micaele Rocha por serem eles as melhores pessoas, que são cobertas de amor e não poupar esse amor comigo. E os meus do estágio Ana Cristina Rodrigues, Kamilla Dantas Allana Aragão, Wesley Luna, levarei vocês para sempre. Paulo Neto, meu amigo obrigado por estar em momentos difíceis. Todos vocês muito obrigado, cada um de vocês são parte da minha formação. Agradeço ao meu orientador Romulo Bezerra por ser meu guia, facilitador, e tornar menos difícil essa fase tão importante da minha formação, ser exemplo de Fisioterapeuta. Agradeço a todos meus professores cito: Anny Karolyne, Allana Lima, Carolina Tostes, Rebeca Guimaraes, Ivo Saturno, Ana Geórgia, em especial Antônio Camuça a melhor pessoa que tive a honra de conhecer. Vocês foram muito importantes na minha formação.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a meu namorado Paulo Brito, meu aconchego nessa fase final da graduação, quem aguentou meu estresse e não me deixou desistir e sucumbir ao cansaço.

**GRATIDÃO!!!**

“por vezes sentimos que aquilo que fizemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

MACIEL, C.H.S. **Prevalência de dor sacroilíaca em gestantes assistidas em uma unidade básica de saúde.** Juazeiro do Norte: UNILEÃO. Centro Universitário,2018

## RESUMO

A dor sacroilíaca é denominado com dor sobre a articulação sacroilíaca ou nas regiões próximas, sendo o principal fator causal, o desarranjo na biomecânica. Pode surgir no nível de lombar baixa e irradiar-se para glúteos, virilha e membros inferiores, que pode agravar-se diante de manutenção de uma postura por períodos prolongados. Estudos mostraram que entre 13-30% das pessoas que apresentam dor lombar tem dor sacroilíaca, tornando-se um grupo importante a ser investigado. Durante a gestação as dores nessas regiões lombar e pélvicas, são comuns em vários períodos gestacional, limitando as atividades funcionais dessa gestante e a qualidade de vida. Os objetivos desse estudo é determinar a prevalência de gestantes com dor sacroilíaca, quantificar as incapacidades, e verificar a sintomatologia. A coleta foi realizada com a aplicação da folha de triagem e questionário, e o índice de Oswentry para 19 gestantes, na qual foi identificado 12 gestantes com dores nas regiões, lombar, glútea, coxa e perna. Após identifica-las 5 foram excluídas pelos critérios da pesquisa, totalizando 7 gestantes que foram avaliadas pelos 4 testes provocativos para a região sacroilíaca; o thrust da coxa, compressão, distração e Gaenslen. Apresentando os seguintes resultados, prevalência de 57%, RP:1,33. Índice de incapacidade funcional de Oswentry com percentual de 71% de incapacidade mínima. Glúteo e coxa as locais com maior percentual de dor com 71%. A dor foi caracterizada como crônica 71,4%, com duração de 2 horas 42,8%, cerca de 3 vezes na semana 71,5%. Esse estudo aponta que 57% das gestantes com dores na região lombopelvica, possuem provável dor de origem sacroilíaca. Porém devido a quantidade de gestantes analisadas, se faz necessários novos estudos com maior população para maior eficiência dos resultados.

Palavras chaves: Articulação sacroilíaca, Dor lombar, Região Lombossacral, Gravidez.

MACIEL, C.H.S. **Prevalência de dor sacroilíaca em gestantes assistidas em uma unidade básica de saúde.** Juazeiro do Norte: UNILEÃO. Centro Universitário,2018

## **ABSTRACT**

Sacroiliac pain is termed pain on the sacroiliac joint or in the proximal regions, being the main causal factor, the disarrangement in biomechanics. It may arise at the low lumbar level and radiate to the buttocks, groin and lower limbs, which may aggravate the maintenance of a posture for prolonged periods. Studies have shown that between 13-30% of people who have low back pain have sacroiliac pain, becoming an important group to be investigated. During gestation the pains in these lumbar and pelvic regions are common in several gestational periods, limiting the functional activities of this pregnant woman and the quality of life. The objectives of this study are to determine the prevalence of pregnant women with sacroiliac pain, to quantify the disabilities, and to verify the symptomatology. The collection was done with the application of the triage sheet and questionnaire, and the Oswentry index for 19 pregnant women, in which 12 pregnant women with pain in the regions, lumbar, gluteal, thigh and leg were identified. After identifying them 5 were excluded by the research criteria, totaling 7 pregnant women who were evaluated by the 4 provocative tests for the sacroiliac region; thigh thrust, compression, distraction and Gaenslen. With the following results, prevalence of 57%, PR: 1.33. Oswentry's functional disability index with a 71% minimum disability rate. Gluteus and thigh regions with the highest percentage of pain with 71%. The pain was characterized as chronic 71.4%, lasting 2 hours 42.8%, about 3 times in the week 71.5%. This study indicates that 57% of pregnant women with pain in the lombopelvic region have probable sacroiliac pain. However, due to the number of pregnant women analyzed, it is necessary to carry out new studies with a larger population for greater efficiency of the results.

**Keywords:** Sacroiliac joint, Low Back Pain, Lumbosacral Region, Pregnancy

## **LISTA DE SIGLAS**

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

TCLP – Termo de consentimento pós-esclarecido

EVA – Escala analógica de dor

RPC - Regra De Predição Clínica

## LISTA DE IMAGENS

Imagem 01: Esqueleto Axial.....	19
Imagem 02: Musculatura Lombar .....	20
Imagem 03: Teste Thrust Da Coxa.....	26
Imagem 04: Teste Compressão.....	27
Imagem 05: Teste Distração.....	27
Imagem 06: Teste Gaenslen.....	28

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1: Tabela Da Escala Analógica De Dor (EVA) .....	32
TABELA 2: Tabela Duração e Frequência da dor .....	34
TABELA 3: Resultado Do Índice De Oswestry Modificado.....	37
TABELA 4: Resultados Do Cluster De Testes.....	38

## **LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1: Gráfico Percentual De Gestantes Com Dor Por Trimestre.....	31
GRÁFICO 2: Gráfico De Estágio Da Dor.....	33
GRÁFICO 3: Gráfico De Dor Por Região Do Corpo.....	35
GRÁFICO 4: Gráfico Movimentos Que Pioram A Dor.....	36

## Sumário

1 INTRODUÇÃO .....	13
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 COLUNA VERTEBRAL.....	16
3.2 ANATOMIA E BIOMECANICA.....	17
3.2.1 LOMBOPÉLVICA.....	17
3.3 DOR LOMBAR E DOR SACROILÍACA.....	19
3.4 GESTAÇÃO .....	21
4 METODOLOGIA .....	23
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
4.2 DATA E LOCAL .....	23
4.3 AMOSTRA DO ESTUDO .....	23
4.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETAS DE DADO.....	24
4.6 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS .....	27
4.7 ANÁLISE DE DADOS .....	28
5 RESULTADOS E DISCURSSÕES.....	29
6 CONCLUSÃO.....	39
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	40
APENDICE .....	44
ANEXOS .....	47

## 1 INTRODUÇÃO

A dor sacroilíaca é denominada com dor sobre a articulação sacroilíaca e ou nas regiões próximas, podendo ocorrer por desarranjo na biomecânica. A dor sacroilíaca, pode surgir no nível de lombar baixa, podendo irradiar-se para glúteos, virilha e membros inferiores, podendo agravar-se diante de uma única postura por um longo período (RIBEIRO et.al, 2003; RAMIREZ,2010).

Segundo Lizier et, al (2012) “dor lombar é usualmente definida como dor localizada abaixo da margem das últimas costelas (margem costal) e acima das linhas glúteas inferiores com ou sem dor nos membros inferiores”. Estima-se que cerca 70% a 85% da população apresentará um quadro de dor lombar em algum período da vida (AL-SUBAH et.al, 2017).

Na gravidez, dor lombar ou lombopélvica é definida como dor intermitente ou continuada na região lombar e pelve com duração maior que uma semana (KOKIC et.al 2017). A dor nas gestantes pode irradiar para glúteo e para os membros inferiores causando dor e bloqueio do movimento de marcha, que podem perdurar até o pós-parto (GOMES et.al.2013).

Sendo um sintoma comum nas gestantes, a dor lombopélvica pode ocorrer em até 50% das gestantes, em variados períodos da gestação, causando limitação nas atividades de vida diária, lazer, qualidade do sono, e ocupação. Fatores como idade, lombalgia prévia, e aumento de peso, podem contribuir para o surgimento da dor lombopélvica gestacional. (CARVALHO et al, 2015)

Outros fatores que pode explicar o aparecimento, são as alterações posturais fisiológicas que acontece nas gestantes, sendo estes o aumento do perímetro útero-abdominal e o aumento das mamas que como consequência alteram o centro de gravidade, aumenta a lordose lombar (hiperlordose), ocorre frouxidão ligamentar pela ação hormonal principalmente na região pélvica, e etc. (BARACHO,2002)

Diante dessas informações, causou indagação na pesquisadora e gerou a necessidade de investigar, surgindo assim o problema da nossa pesquisa: Qual

será a prevalência de dor sacroilíaca em gestantes assistidas em uma unidade básica de saúde?

Assim, na presença desses questionamentos, chegamos a seguinte hipótese: Será se uma avaliação mais direcionada e esclarecedora, poderá identificar a lesão de forma confiável, afim de proporcionar medidas terapêuticas efetivas nas gestantes.

O presente estudo surgiu diante do interesse da pesquisadora em aprofundar os conhecimentos sobre a articulação sacroilíaca, e sua sintomatologia no período gestacional. Além disso a dificuldade de maiores informações e aprofundamento sobre a temática impulsionou o interesse nessa pesquisa, tendo em vista poucos estudos relacionando a dor sacroilíaca e gestação. Além de tudo é grande a quantidade de diagnósticos inespecíficos da dor nessa região.

A pesquisa, terá relevância para o meio acadêmico e científico, pelas novas informações e dados apresentados, contribuindo para maiores esclarecimentos, medidas de avaliação e por consequência a possibilidade de intervenções mais específicas. Os resultados apresentados poderão abrir um novo olhar para a dor sacroilíaca no período gestacional servindo para novas pesquisas e aprofundamentos. Acerca da relevância social, a população envolvida ganhará novas perspectivas de intervenção, favorecendo um alívio nas dores e qualidade nesse período.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar a prevalência de dor sacralíaca em gestantes assistidas em uma unidade básica de saúde

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Quantificar o índice de incapacidade física funcional;
- Mapear as áreas de dor;
- Descrever a apresentação sintomatológica da pesquisa

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 COLUNA VERTEBRAL

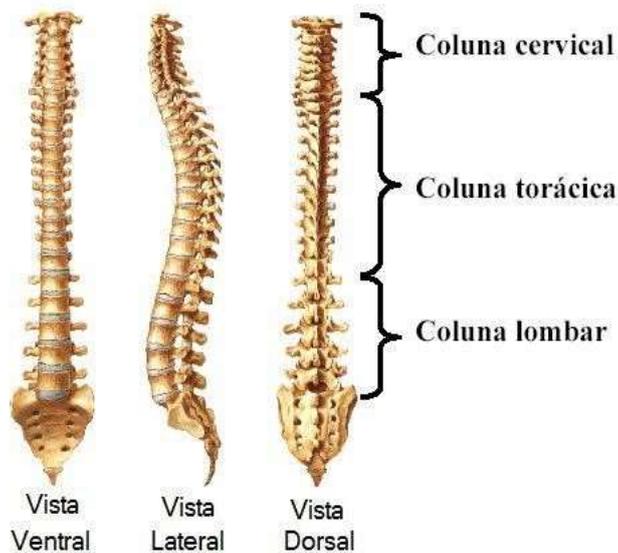
A Coluna vertebral é um eixo central no corpo, flexível por suas vértebras serem móveis, que são estabilizados por músculos e ligamentos. Vasos e nervos também compõe a coluna vertebral. Em geral a coluna vertebral é composta por 24 vertebras pré-sacrais, dividida em cervical, torácica, lombar. O sacro é formado por 5 vertebras fundidas, e inferior a ele 4 vertebras fundidas formam o cóccix (NATOUR et al., 2004).

As vertebras possuem suas características próprias referente a sua região, porém são similares em alguns aspectos, são chamadas de vertebras típicas. Elas possuem corpo com um arco posterior, cada arco se une no corpo da vertebra forma um forame, denominado forame vertebral, que alinhados formam o canal vertebral por onde passa a medula espinhal (SPENCER,1991).

Ainda por Spencer (1991), o arco vertebral possui um par de processo transversos que se estende lateralmente sendo um de cada lado, posteriormente estende-se o processo espinhoso. A região entre o corpo e o processo transversos é chamada de lâmina. Também fazendo parte do arco vertebral, o processo articular superior se projeta para cima, e projetando para baixo o processo articular inferior, sendo um par de cada um deles. Entre os pedículos das vertebras adjacente estão os forames intervertebrais, por onde saem os nervos espinhais.

Os discos intervertebrais, também compõem a coluna vertebral, sendo localizado entre as vertebras (com exceção do atlas e eixo) que funciona com amortecedor, distribuindo e recebendo carga do corpo, também permite o movimento individualizado das vertebras (MAGEE,2005).

A coluna vertebral humana, são compostas por curvaturas sagitais, que em posição neutra a cervical e lombar possui uma concavidade posterior e convexidade anteriormente, denominada lordose. A cifose também é uma curvatura natural, sendo convexa posteriormente e côncava anteriormente que se apresentam nas regiões torácica e sacrococcígea. Essas curvaturas podem mudar o formato durante o movimento para adequação de posturas (NEUMANN, 2011).



FONTE: Imagem da internet

Essas 4 curvaturas atuam na estabilização, equilíbrio e descarga de peso, sendo que a cervical atua na sustentação da cabeça e constitui o esqueleto axial, a torácica suporta a cavidade torácica, a lombar suporta a cavidade abdominal, além de realizar e auxiliar a mobilidade da torácica, lombar e pelve. E o sacro e cóccix que são a união da coluna vertebral à cintura pélvica e que servem de apoio ao assoalho pélvico (NEUMANN 2011; NATOUR et al.2004).

## 3.2 ANATOMIA E BIOMECÂNICA

### 3.2.1 LOMBOPÉLVICA

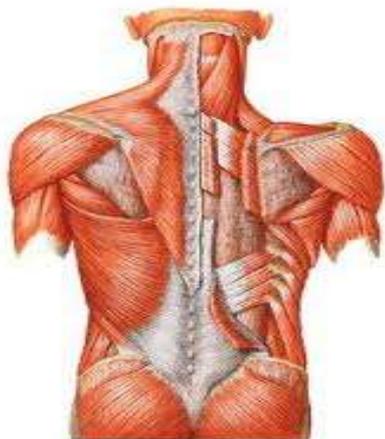
A lombar compõe o esqueleto axial na porção mais final da coluna vertebral, constitui-se por 5 vertebrae de maior resistência devido à descarga de peso que vai aumentando a cada segmento inferior. A lombar é o suporte para tronco, braços e cabeça. Possuindo características próprias, a lombar possui um corpo vertebral maior, ausência de forames transversários e de foveas articulares costais. Os processos articulares superiores são projetados medialmente e os inferiores se projetam

lateralmente, as superfícies fazem contato em um plano sagital permitindo a flexão e extensão, limitando a rotação (TORTORA, 2017).

A movimentação da lombar é correspondente a maior mobilidade do tronco, sendo que ela é responsável pela grande parte do movimento toraco-lombar. Em flexão pode-se angular em 80°, em extensão em torno de 20° a 30°, inclinar-se em uma média de 35° e rotação em torno de 45° (FLOYD, 2011).

Na lombar ocorre ação músculos anteriores e posteriores na realização dos movimentos. A musculatura posterior é dividida em músculos superficiais e profundo, onde a musculatura mais profunda é conhecida como os eretores da espinha, que possui inserções em toda coluna vertebral. Os músculos longuíssimo, espinal e iliocostal formam esse grupo (NEUMAN, 2011).

Neuman, (2011) ainda diz, que os músculos da porção anterior que estão relacionados com o movimento da lombar, são os músculos reto do abdômen, oblíquos externo e interno, e quadrado lombar atuando na flexão e inclinação de tronco. Além dos músculos, os ligamentos também fazem a estabilização do tronco. Os ligamentos que atuam na estabilização da lombar são os ligamentos amarelo limita o movimento da flexão, o ligamento interespinhoso, o supraespinhais, o intertransversais, o ligamento longitudinal anterior e posterior, e o ligamentos capsulares das articulações apofisárias.



Fonte: Imagem da internet

A medula de um adulto se estende até os níveis de L2, os nervos espinhas fazem conexão com a medula, o troco do nervo espinhal sai pelo forame vertebral e divide-se em ramos dorsais e ventrais, inervando músculos, pele, vasos e outras regiões (NATOUR et al.2004).

A pelve constituída pelos ossos do quadril, sacro e cóccix que formam um anel ósseo que se utiliza de descarga de peso do tronco e membros superiores e tronco e transferindo para os membros inferiores, uma das articulações da pelve é a sacroilíaca composta pelo osso do quadril o ílio e o sacro, e uma rede de ligamentos envolvem essas estruturas oferecendo uma estabilidade para a pelve (MARTINI, 2009; NEUMANN, 2011).

Muitos músculos se inserem e ou atuam no movimento da articulação. A musculatura do períneo atua na sustentação das vísceras, e estão associados aos órgãos genitais, que formam grupos: o diafragma pélvico, a musculatura superficial e profunda (BARACHO, 2018). O grupo eretor da espinha também faz inserção na região sacral, outros músculos como glúteo máximo, pssoas e quadrado lombar fazem inserção na região pélvica. (SPENCER,1991)

A articulação sacroilíaca é reforçado por vários ligamentos sendo, o sacroilíaca anterior, ligamento interósseo, sacroilíaca posterior, ligamento sacrotuberal e ligamento sacroespinoso. Sobre sua inervação, vários nervos sensitivos inervam essa articulação, acredita-se que raízes espinais e ventrais. Essa articulação apresenta movimentos pequenos de rotação e translação, na qual em um adulto varia de 1 a 4° de rotação e 1 a 2 mm de translação. (NEUMANN,2011)

Ainda por Neumann (2011) a nutação e contranutação são os principais movimentos do sacro, na qual a nutação, ocorre a inclinação anterior da base do sacro em relação ao ílaco, e na contranutação ocorre o movimento oposto, a base do sacro inclina-se posteriormente em relação ao ílaco.

### 3.3 DOR LOMBAR E DOR SACROILÍACA

Carvalho et.al (2015) afirma “ A dor lombar é geralmente definida com desconforto axial ou parassagital na região lombar inferior, é essencialmente musculoesquelética e pode ser devida a uma combinação de fatores mecânicos, circulatórios, hormonais e psicossociais”.

Podendo ocorrer em 60 a 85% da população em todas as faixas etárias, a dor lombar pode originar-se das articulações facetárias, compressão discal, muscular, vascular, articulação sacroilíaca, fâscias. Geralmente associada a posturas, movimentos errados e a carga excessiva de trabalho (LIZIER ET AL, 2012).

A dor lombar é uma das aflições mais acometidas, com grandes índices de incapacidade, devido ser uma região, com muito movimento e que recebe e transmite o peso das estruturas superiores, desse modo, durante a avaliação lombar, a pelve e sacro também devem ser avaliados. É muito comum ocorrer a junção de L5 e S1, tonando S1 mais móvel ou L5 com menos movimento podendo ser uma das causas do surgimento da dor (MAGEE,2005).

A dor sacroilíaca é denominado com dor sobre a articulação sacroilíaca e ou nas regiões próximas, podendo ocorrer por desarranjo na biomecânica. A dor sacroilíaca, pode surgir no nível de lombar baixa, podendo irradiar-se para glúteos, virilha e membros inferiores, podendo agravar-se diante de uma única postura por um longo período (RIBEIRO et.al, 2003; RAMIREZ,2010).

Ainda por Ribeiro et.al (2003) a dor pode se localizar em L5, lateralmente a espinha ilíaca posterior-superior, que se irradia para glúteos, coxa, virilha e imitar a dor ciática descendo até a perna. Pessoas com disfunção nessa articulação relatam aumento da dor quando se senta, e ficar em pé ou andar pode aliviar a dor.

Quando a dor lombar é conhecida como dor inespecífica, a dor lombopélvica um sintoma comum, é referida como dor na região lombar que pode irradiar-se para os glúteos ou até posterior da coxa e que pode surgir ao assumir uma postura por muito tempo, rigidez matinal também é comum na dor lombar (BEKKERING, et.al,2003).

Atualmente o padrão ouro para diagnosticar a disfunção sacroilíaca é o bloqueio anestésico intra-articular por fluoroscopia. Porém estudos indicam que testes de provocação de dor são válidas como diagnóstico. Devido a sua anatomia o diagnóstico da disfunção é considerada complexa (RAMIREZ,2010).

### 3.4 GESTAÇÃO

Gestação é o período 37 a 40 semanas, divididas em 3 trimestres, onde ocorre a fecundação, maturação e formação do bebê. Nesse processo o corpo da mãe sofre diversas modificações para melhor acolher a criança. Essas alterações fisiológicas ocorrem em todos os sistemas, podem ser caracterizados como normais ou patológicas (SANT'ANA 2006).

As alterações musculoesqueléticas, são evidenciadas com maior alteração na região pélvica e lombar, causando muita dor e limitação não tendo etiologia certa, uma das hipóteses mais aceitas, é que com aumento da lordose lombar ocorre estresse mecânico (BARACHO, 2002).

A alteração de postura fica mais evidentes depois da 20ª semana onde ocorre aumento do útero, altera o centro de gravidade para frente, para equiponderar a lombar aumenta sua angulação deixando a lordose mais acentuada tensão da musculatura paravertebral, ocorre anteversão da pelve, o joelho fica em hiperextensão, os pés distanciam para aumentar o apoio devido ao peso, onde sobre carrega o calcâneo a coluna cervical projeta-se para frente ficando hiperlordótica e a cabeça anteriorizada. Os ombros ficam protusos e rodam internamente (BARACHO 2007).

O relaxamento das articulações pélvicas ocorre devido a alterações hormonais, principalmente pela ação da relaxina, hormônio responsável por promover frouxidão ligamentar. Essa frouxidão deixa as articulações mais moveis,

aumentando o trabalho dos ligamentos e os músculos que estabilizam a articulação, podendo ocasionar lesões ou instabilidades (GOMES,2013).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Essa pesquisa trata de um estudo transversal, descritivo de natureza quantitativa.

Descritiva, pois os fatos são analisados, observados, registrados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles, isso significa que os fenômenos serão estudados, mas não manipulados pelo pesquisador (ANDRADE, 2010).

Estudos transversais estudam condição ou fenômeno sem importar o período de exposição, somente a presença dessa condição, fazendo um corte na população exposta determinando uma amostra (HOCHMAN et.al, 2005).

A análise quantitativa é a utilização de quantificação em coleta de informações e descrição numéricas estatísticas para descrever os dados existente em uma pesquisa (MARCONI, LAKATOS 2017).

### 4.2 DATA E LOCAL

A coleta foi realizada, de 30 de Outubro a 20 Novembro de 2018, na unidade básica de saúde nomeada posto de saúde Tarciso Pinheiro Teles (Posto São Miguel), localizado em Rua Job Lôbo, bairro São Miguel, cidade de Crato no Estado de Ceará.

### 4.3 AMOSTRA DO ESTUDO

Todas as gestantes que fazem acompanhamento na unidade básica de saúde Tarciso Pinheiro Teles, e que se enquadraram nos critérios dessa pesquisa fez parte dela. Essa unidade básica de Saúde possui 26 gestantes cadastradas. Só foi possível a aplicação do questionário em 19. Duas gestantes não aceitaram participar da pesquisa, uma mudou-se recentemente e não constava telefone, uma tinha mudado o telefone, e duas sem resposta ao contato, telefone fora de área, e desligado.

### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

#### 4.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participaram dessa pesquisa gestantes assistidas na unidade básica de saúde posto Tarciso Pinheiro Teles, podendo ser primíparas e múltíparas, e com dor na região lombopélvica (glúteo, lombar e coxa) gestacional.

#### 4.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas gestantes consideradas em gravidez de risco, com histórico de fraturas na região pélvica, lombar e sacro, gestantes com patologias osteometabólicas, que sofreram queda recentemente e com dor prévia na região estudada.

#### 4.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETAS DE DADO

A unidade básica de saúde apresentava vinte e cinco gestantes dezoito gestantes participaram assinaram inicialmente o TCLE (ANEXO A) e TCLP (ANEXO B), depois respondendo o questionário, sendo uma folha de triagem e de questionário criado pela pesquisadora que com perguntas de identificação, intensidade da dor, mapa de dor (APÊNDICE A), e um índice de incapacidade funcional de Oswentry modificado (ANEXO C).

Após responderem o questionário e o índice, doze gestantes apresentaram dor na lombar, em glúteo e coxa, dessas gestantes três foram excluídas pelos critérios de exclusão. Pela dificuldade de realizar as avaliações no mesmo dia da aplicação do questionário, por falta de sala no UBS, cinco gestantes não realizaram as avaliações no mesmo dia e por isso foi realizado um segundo contato para realizar as avaliações, com isso ao ligar para as gestantes, duas não possível um segundo contato uma por causa de intercorrência na gestação e a outra pelo telefone não pertencer mais a gestante.

Sete gestantes realizarem o Cluster de teste da regra de predição clínica (RPC) de Laslett (2005) para região sacroilíaca, cluster são conjuntos de testes que associados ficam mais eficazes nos diagnósticos, RPC de Laslett para a articulação sacroilíaca condiz que três testes do cluster de cinco testes sendo positivos que seria o surgimento da dor existe provável disfunção sacroilíaca.

Devido a circunferência abdominal um dos testes não foi incluído na pesquisa, pela impossibilidade de realiza-lo, o thrust sacral. Porém o método de avaliação de Laslett permaneceu, três testes positivos existem provável irritação.

Foram realizados os testes para disfunção sacrílica: O thrust da coxa: Na qual a gestante encontra-se em decúbito dorsal, o terapeuta flexiona o quadril e joelho a 90° aproximadamente e leve abdução, as mãos do terapeuta. Uma sob o joelho flexionado e a outra no sacro, uma pressão axial é aplicada o teste é considerado positivo quando a dor é provocada na região de sacroiliaca.



Fonte: Laslett, 2005

Teste de compressão: gestante em decúbito lateral com o lado assintomático para cima, terapeuta envolve a região anterolateral da crista ilíaca e aplica uma força para baixo força mantida por 30 segundos, teste considerado positivo se a dor for referida na sacroilíaca.



Fonte: Laslett, 2005

Teste de distração: gestante em decúbito dorsal, terapeuta envolve a região medial de ambas as espinhas ilíacas antero-superior com os braços cruzados, aplicando uma força póstero-lateral mantida por 30 segundos, teste considerado positivo se a dor referida for reproduzida na sacroilíaca.



Fonte: Laslett, 2005

Teste de Gaenslen: a gestante em decúbito dorsal com ambos os membros inferiores estendidos, um dos membros inferiores é levado passivamente a flexão de quadril e joelho máximo, enquanto o outro membro mantém-se em extensão, aumenta-se a flexão do quadril e uma contraforça no membro estendido, teste considerados positivo se a dor for reproduzida durante a realização do teste.



Fonte: Laslett, 2005

#### 4.6 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS

Essa pesquisa segue os princípios éticos e legais, definidos na resolução nº466/2012 do conselho nacional de saúde, que regulamenta pesquisa com seres humanos, preservando os princípios da bioética, a Autonomia, Não-Maleficência, Beneficência e Justiça. Submetido a plataforma Brasil e ao comitê de ética do centro universitário doutor Leão Sampaio.

As gestantes tiveram o direito e a liberdade de participar ou não da pesquisa, e foram esclarecidas sobre sua identidade que foi e será mantida no anonimato, e como seria realizada a pesquisa, cientes e concordando em participar da pesquisa quando assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Essa pesquisa contém alguns riscos mínimos a saúde, onde a gestante pode apresentar dor, parestesia, fadiga, ou algum tipo de desconforto, durante a realização dos testes, na qual a pesquisadora avaliará a intensidade e poderá interromper os testes. E o risco de cair da maca por ser uma superfície pequena para as gestantes além do subir e descer por ser necessário o uso do degrau na qual a pesquisadora deu o auxílio na subida e na descida da maca e verificou se existia o risco de instabilidade da maca e sempre atenta durante a realização dos testes, para qualquer possível incidente. Em caso de intercorrência maior, a pesquisadora encaminhará a gestante para o setor de urgência e emergência mais próximo, além do risco da perda de dados já que se trata de papel impresso.

Com a quantificação de gestantes com essa disfunção, poderá facilitar a busca de novas estratégias para alívio dessa dor gestacional, e melhorar a qualidade de vida das mulheres gestantes, com isso a pesquisa é de suma importância para a sociedade.

#### 4.7 ANALISE DE DADOS

Após a coleta de dados esses foram processados e analisados descritivamente no Microsoft Office Excel. Foi realizada uma análise descritiva e analítica, com a apresentação das variáveis foram feitas por tabela e gráfico, além de medidas da média, e desvio padrão.

## 5 RESULTADOS E DISCURSÕES

Participaram da triagem 19 gestantes, 12 dessas apresentavam dor na região lombar, glútea ou coxa, e 5 delas foram excluídos pelos critérios da pesquisa, totalizando 7 gestantes as participantes da pesquisa.

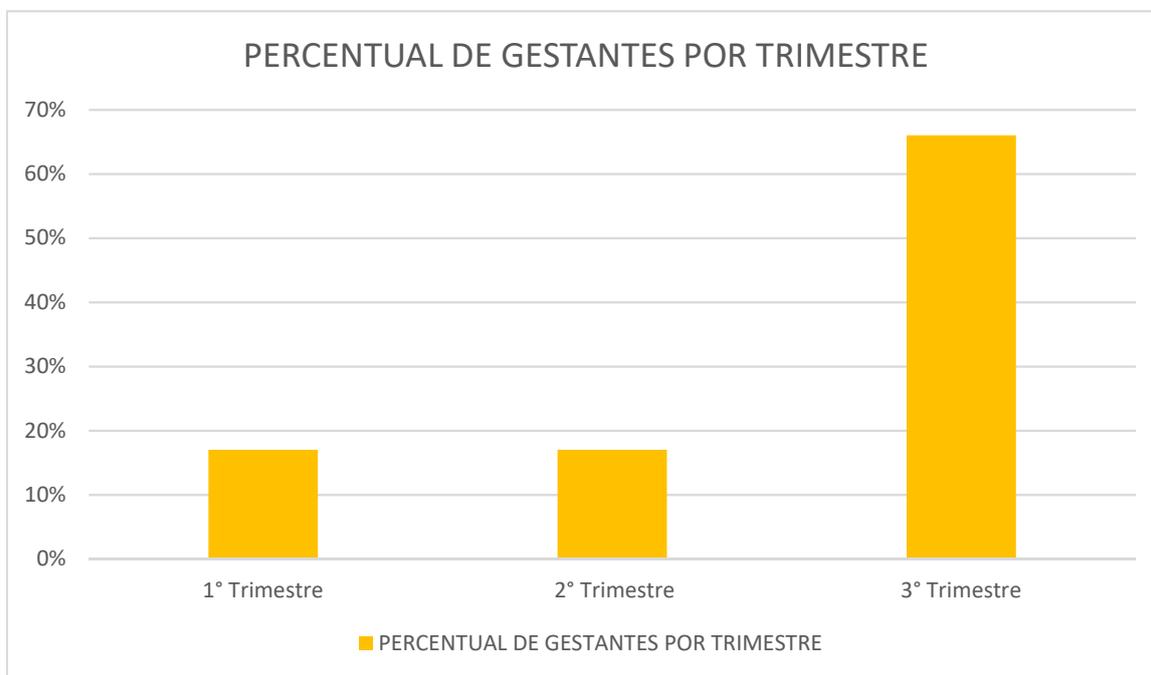
Caracterizando a amostra, 66% das gestantes estavam no terceiro trimestre da gestação, com idade média de 28,5 anos DP 2,73. EVA média de 4, DP 1,65. Por área de dor, as regiões mais citadas foram glúteo e coxa apresentaram 71% respectivamente, seguidas por 57% na lombar, 28% na perna sabendo que as gestantes poderiam escolher mais de uma opção. Sobre o local com maior intensidade de dor 33,3% na coxa e 66,6% na lombar.

O estágio da dor, 71,5% responderam que dor surgiu já faz mais de 8 semanas, 14,2% que está com entre 3 a 8 semanas que surgiu e 14,3 com menos de 3 semanas do surgimento. Sobre a duração da dor 42,8% das gestantes responderam dura até 2 horas, 28% que a dor perdura até 1 hora, e 28% que dura mais de 3 horas. Com frequência de até 3 vezes na semana 71,4%, 1 vez no dia 14,2% e 2 vezes no dia 14,2%

Todas as gestantes responderam que a dor surgiu durante a gestação 100%, e que a intensidade da dor aumentou com o avanço da gestação 100%, sendo elas 57% primípara, 43% das gestantes é multípara.

Das participantes 66% estavam no terceiro trimestre da gestação, 17% no segundo trimestre, e 16% no primeiro trimestre (grafico1). A maioria das gestantes estavam da 32 a 37 semana de gestação.

GRÁFICO 1: PERCENTUAL DE GESTANTES COM DOR POR TRIMESTRE



Fonte: Dados da pesquisa, MACIEL (2018)

Um estudo com elegíveis 159 gestantes, das quais 105 tiveram o diagnóstico de dor da cintura pélvica avaliando dor sacrílica bilateral e unilateral, a análise observou que o maior percentual de dor no 3º trimestre de gestação com 59%, em relação à paridade, 62,9% das gestantes eram múltiparas. E quando questionadas sobre as circunstâncias de aparecimento da dor, 45,7% das gestantes relataram que a dor aparecia durante os movimentos. (BARROS et.al, 2015)

As gestantes responderam de acordo com a intensidade da dor no dia da aplicação dos questionários, sendo dor consideradas de leve a moderada, EVA média de 4 com DP 1,65.

TABELA 1: ESCALA ANALÓGICA DE DOR (EVA)

<b>ESCALA ANALÓGICA DE DOR</b>	
<b>PACIENTE 2</b>	EVA 6
<b>PACIENTE 3</b>	EVA 6
<b>PACIENTE 4</b>	EVA 3
<b>PACIENTE 12</b>	EVA 2
<b>PACIENTE 13</b>	EVA 3
<b>PACIENTE 16</b>	EVA 5
<b>PACIENTE 18</b>	EVA 4

Fonte: dados da pesquisa. MACIEL (2018)

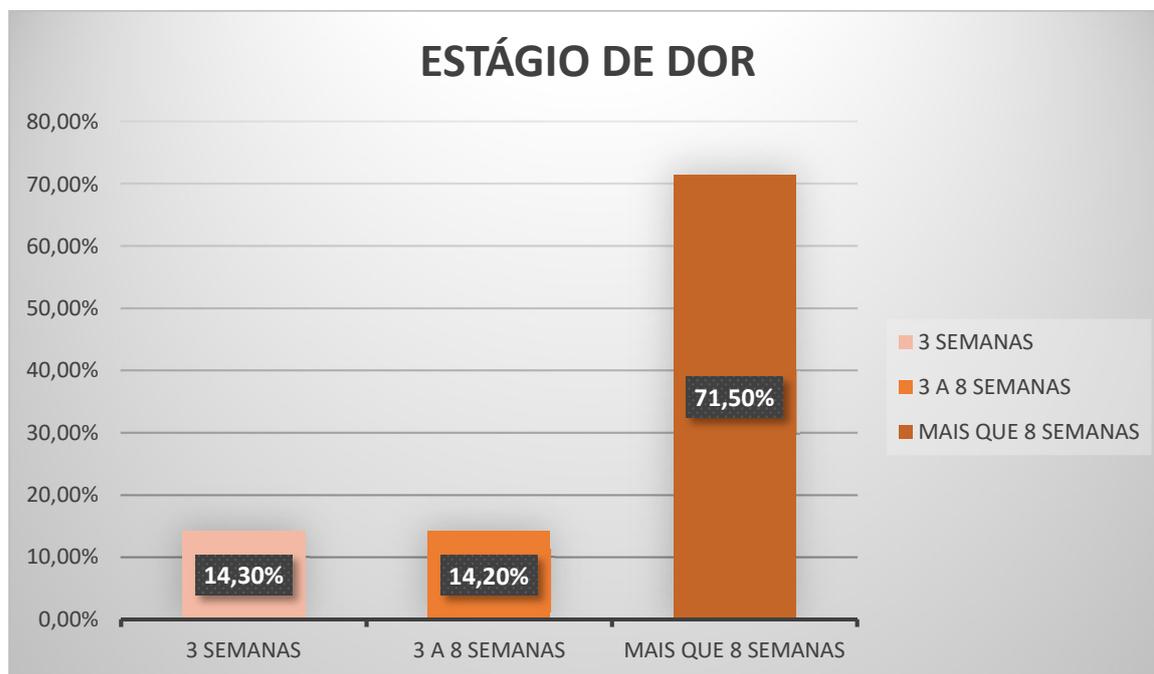
As gestantes apresentaram dor no momento da coleta consideradas de leve a moderada, sendo três gestantes com dor leve e quatro gestantes com dor moderada pela EVA, possuindo essa pesquisa uma dor máxima de seis e mínima de valor dois.

Sant'anna et, al, 2006 em um estudo realizado com 21 gestantes, analisando a Intensidade da dor presente, 19 (47,50%) gestantes sentiam, no momento da aplicação do questionário, dor fraca; 13 (32,5%), moderada; 6 (15%), forte; nenhuma relatou dor violenta; apenas 2 (5%).

Um estudo ao realizar a avaliação da intensidade de dor lombar e pélvica através da escala EVA, observou-se que mais da metade das gestantes apresentavam dor de intensidade leve (MARINHO, 2016)

Ao analisar o estágio que se encontra a dor, sendo caracterizado em agudo (até 3 semanas) subagudo (de 3 a 8 semanas) e crônico (maior que 8 semanas). (Gráfico 2)

GRÁFICO 2: ESTÁGIO DA DOR



Fonte: dados da pesquisa. MACIEL (2018)

No estágio de acordo com as semanas, 71,5% responderam que dor surgiu faz mais de 8 semanas caracterizando-se uma dor crônica, 14,2% que está com entre 3 a 8 semanas que surgiu uma dor subaguda e 14,3 com menos de 3 semanas do surgimento dor aguda.

Um estudo com gestantes com idade gestacional de 25 semanas, informaram que o início do desconforto apareceu principalmente no primeiro trimestre 60%, apontando para uma dor crônica (GOMES, 2013).

TABELA 2: DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DA DOR

**TABELA DA FREQUENCIA E DURAÇÃO DA DOR**

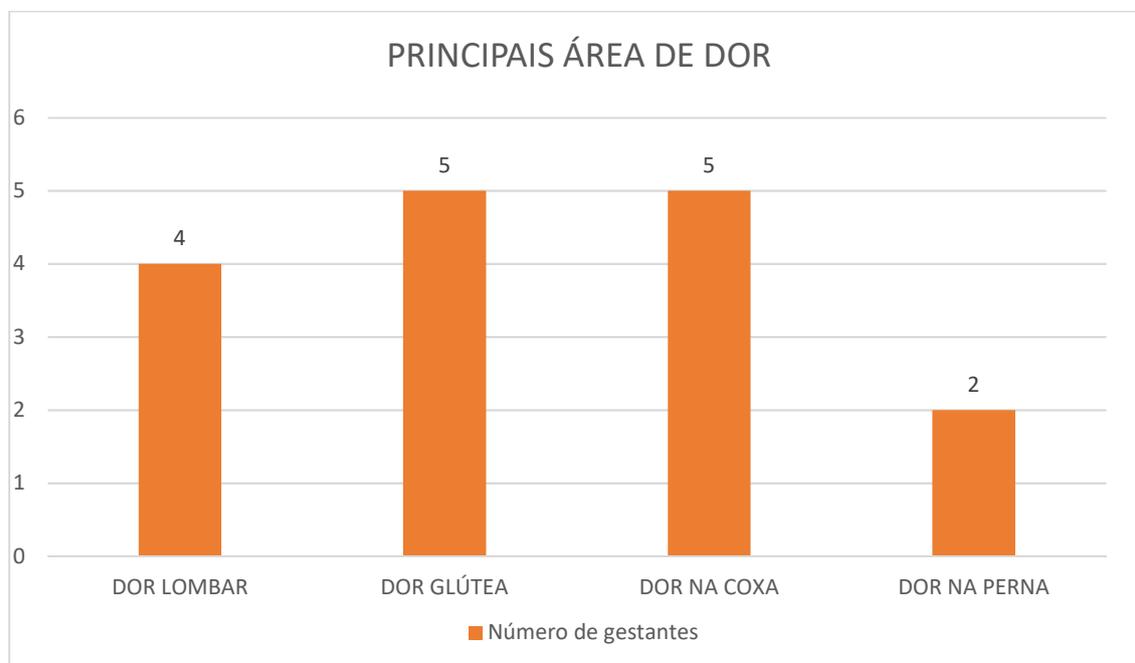
<b>DURAÇÃO DA DOR</b>	<b>ATÉ 1 HORA</b>	<b>ATÉ 2 HORAS</b>	<b>MAIS QUE 3 HORAS</b>
<b>FREQUÊNCIA</b>	28%	42,8%	28%
	2 VEZES NO DIA	1 VEZ NO DIA	3 VEZES POR SEMANAS
	14,2%	14,2%	71,4%

Fonte: dados da pesquisa. MACIEL (2018)

Sobre a frequência e duração da dor, 42,8% responderam que a dor dura até 2 horas, 28% até 1 hora e 28% mais de 3 horas. Com frequência de até 3 vezes na semana 71,4%, 1 vez no dia 14,2% e 2 vezes no dia 14,2%. Gomes, 2013 afirma que 57,14% relatou sentir dor com duração superior a 60 minutos, enquanto 38,09% afirmaram duração inferior a 60 minutos.

Ao ser indagadas sobre a localização das dores, foram questionadas sobre quatro áreas que tem relação direta com a articulação sacroilíaca: lombar, glúteo, coxa e perna, na qual poderiam escolher mais de uma área. (GRÁFICO 3)

GRAFICO 3: DOR POR REGIÃO DO CORPO



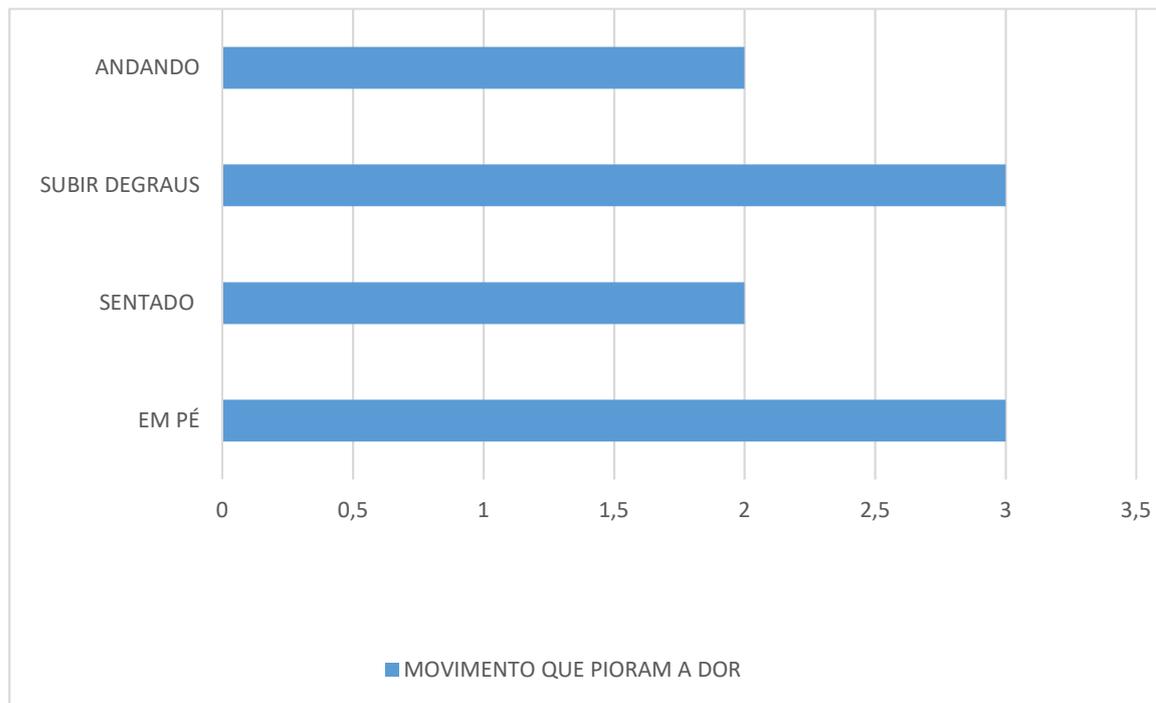
Fonte: dados da pesquisa. MACIEL (2018)

O glúteo e coxa foram citadas como as áreas mais indicadas com dor, estando presente em 5 gestantes avaliadas, relativo 71% das gestantes, 57% na lombar, 28% na perna cada local foi avaliado isoladamente, onde na questão elas poderiam escolher mais de uma opção, sendo avaliado assim cada item com o valor de 100%, se a gestante apresenta ou não apresenta dor nessa região. As descrições da dor individualizadas foram: 2 gestantes dor na lombar e glúteo, 2 gestantes dor no glúteo e coxa, 1 lombar, glúteo, coxa e perna, 1 lombar e perna, e 1 só glúteo.

Segundo a literatura a dor na cintura pélvica ocorre entre as cristas ilíacas e glúteo sobre a sacroilíaca podendo irradiar para a coxa (BARACHO, 2018). Ostgaard, et, al (1994) afirma sobre os sintomas de dor pélvica, que se localiza em lombar baixa L5 e no primeiro nível sacral, sem sintomas neurais, que piora ao andar ou ficar em pé.

As gestantes foram perguntadas sobre os movimentos que pioram a dor, com as opções: subir degraus, andando, sentado e em pé, podendo elas escolher mais de uma opção. (Gráfico 4)

GRAFICO 4: MOVIMENTOS QUE PIORAM A DOR



Fonte: dados da pesquisa. MACIEL (2018)

Três gestantes responderam que subir degrau pioram sua dor 47%, 3 responderam que ficar em pé piora a sua dor 47%, 2 responderam que manter-se sentado faz sua dor piorar 28% e 2 gestantes responderam que andar faz suas dores piorarem 28%.

Um estudo que das atividades presentes no questionário, as que apresentaram maior limitação foram: ficar sentada, ficar em pé e andar por mais de 60 minutos. E quando questionadas sobre as circunstâncias de aparecimento da dor, 45,7% das gestantes relataram que a dor aparecia durante os movimentos. (BARROS et.al, 2015)

O índice de Oswestry contém 10 perguntas, sobre o dia-a-dia, onde cada pergunta vai de 0 a 5, que no final são somadas e classificadas como incapacidade mínima, moderada e intensa. Nesse estudo 28,5% apresentaram incapacidade moderada com percentual acima de 21% como indica o índice de Oswestry e 71,5% incapacidade mínima com percentual abaixo de 20%. (TABELA 2)

TABELA 3: RESULTADO DO ÍNDICE DE OSWESTRY MODIFICADO

**TABELA DO INDICE DE OSWESTRY MODIFICADO**

	PONTUAÇÃO	PERCENTUAL	INCAPACIDADE
<b>PACIENTE 02</b>	6	12%	MINIMA
<b>PACIENTE 03</b>	10	20%	MINIMA
<b>PACIENTE 04</b>	6	12%	MINIMA
<b>PACIENTE 12</b>	11	22%	MODERADA
<b>PACIENTE 13</b>	7	14%	MINIMA
<b>PACIENTE 16</b>	10	20%	MINIMA
<b>PACIENTE 18</b>	11	22%	MODERADA

Fonte: dados da pesquisa. MACIEL (2018)

Na seção em pé todas as gestantes responderam que a dor causa algum tipo de desconforto na manutenção dessa postura, na qual, 6 gestantes relataram ficar de pé o quanto quisesse, mas sente um pouco de dor, e 1 gestante respondeu que a dor impede de ficar em pé por mais de 1 hora.

A seção cuidado pessoais foi a que as gestantes apresentaram menos incomodo com a dor na realização dessa atividade, 6 gestantes afirmaram que podem cuidar-se sem causar dor extra e 1 gestante que pode se cuidar, porém causa dor.

Um estudo de 2015, avaliando dor lombar em gestantes pelo índice de Oswestry apresentou valor de 52% incapacidade moderada e 14% das gestantes apresentavam incapacidade mínima, (GUALBERTO, 2015). Outro estudo com 269 gestantes correlaciona Oswestry e Rolland Morris caracterizando ambos com incapacidade moderada, (MADEIRA et.al,2013). Essa pesquisa apresenta

incapacidade mínima o oposto dos outros estudos, porém com valores bem próximos a moderada.

No cluster de testes, 4 das 7 gestantes apresentaram no mínimo 3 dos 4 testes positivos como indica a RPC de Laslett, possuindo uma prevalência de 57%, RP:1,33. O thrust da coxa foi o teste com maiores resultados positivos, e o teste distração os maiores resultados negativos. Sendo 6 gestantes o thrust da coxa e 1 gestante o teste distração como mostra a tabela 2.

A prevalência de gestantes com queixas de dores na coluna vertebral e pelve foi de 79,8%, em um estudo com 162 gestantes onde foi observado lombar e sacroilíaca (MARTINS E SILVA,2005).

TABELA 4: RESULTADOS DO CLUSTER DE TESTE

<b>CLUSTER DE TESTE PARA ARTICULAÇÃO SACROILIACA</b>				
<b>PACIENTES</b>	<b>THRUST DA COXA</b>	<b>COMPRESSÃO</b>	<b>DISTRAÇÃO</b>	<b>GAENSLLEN</b>
<b>2</b>	Positivo	Negativo	Negativo	Positivo
<b>3</b>	Positivo	Positivo	Negativo	Positivo
<b>4</b>	Positivo	Positivo	Negativo	Positivo
<b>12</b>	Positivo	Negativo	Negativo	Positivo
<b>13</b>	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
<b>16</b>	Positivo	Positivo	Negativo	Positivo
<b>18</b>	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo

Fonte: dados da pesquisa. MACIEL (2018)

Uma gestante não teve nenhum dos testes positivos, duas gestantes tiveram 2 testes positivos, Gaenslen e thrust da coxa, e 2 testes negativos, compressão e distração. Uma gestante teve todos os testes positivos e 3 gestantes tiveram 3 testes positivos (thrust da coxa, compressão e Gaenslen) e 1 teste negativo (distração).

Um estudo com 69 gestantes em 2005 comprovação de dor pélvica posterior foi observado que o teste de compressão femoral foi positivo em aproximadamente 90% das gestantes (MARTINS E PINTO E SILVA, 2005).

## 6 CONCLUSÃO

Com a apresentação dos resultados, concluiu-se, que a prevalência de dor sacroilíaca em gestantes foi de 57%, e vale ressaltar a importância do estudo da prevalência. Além disso foi observado a sintomatologia, caracterizando-se presença de dor com duração de até 1 hora, com ocorrência de 3 vezes por semana, de intensidade moderada, com a existência de maior que 8 semanas, gestante do terceiro trimestre, com idade média de 28,5 anos.

O movimento subir degraus e ficar em pé foram os que causam mais dores, e o índice de incapacidade funcional com intensidade leve. Se faz necessário implementar a avaliação fisioterapêutica em gestantes nas UBS e atuação na promoção, prevenção e tratamento da dor nas gestantes, que apesar desse estudo os valores e índices dessa pesquisa apresentar-se de leve e moderado, e ser com uma população pequena.

Diante disso se faz necessário estudo com maior população e direcionados a disfunção sacroilíaca que apontará novos resultados, pois é de suma importância diagnósticos específicos, a partir da localização da dor. E com isso terapêuticas direcionadas para a sintomatologia trazendo qualidade para essas gestantes nesse período tão importante da maternidade.

As dores gestacionais ainda são consideradas normais, e por isso são dadas pouca importância, as dores e alterações posturais podem ser bem limitantes. Com isso, deve-se criar medidas de prevenção e promoção ao alívio de dor, e implementação fisioterapêutica no pré-natal em auxílio a essas gestantes.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL-SUBAHI, Moayad; ALAYAT, mohamed, ALSHEHRI, Mansour Abdullah; HELAL, Omar; ALHASAN, Hammad; ALALAWI, Ahmed; TAKROUNI, Ahmed; ALFAQEH, Ali. The effectiveness of physiotherapy interventions for sacroiliac joint dysfunction: a systematic review. **The Journal of Physical Therapy Scienc. J. Phys. Ther. Sci.** 29: 1689–1694, 2017

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação** / Maria Margarida de Andrade. – 10.ed.- São Paulo: Atlas, 2010.

BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

BARACHO, elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**/ Elza Baracho, -4.ed.rev. e ampliada.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.il

BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher** / Elza Baracho.- 6. Ed.-Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.il

BARROS Raphaela Rodrigues de, SIMÕES Luan, MORETTI Eduarda, LEMOS Andrea. Repercussão da dor da cintura pélvica na funcionalidade de gestantes avaliadas através da versão brasileira do Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ-Brasil): estudo transversal. **Fisioter Pesq.** 2015;22(4):404-10

CARVALHO Maria Emilia Coelho Costa, LIMA Luciana Cavalcante, LIMA TERCEIRO Cristovam Alves, PINTO Deyvid Ravy Lacerda, SILVA Marcelo Neves, COZER Gustavo Araújo, COUCEIRO Tania Cursino de Menezes. Lombalgia na gestação. **Rev. Bras. Anesthesiol.** 2015;67(3):266-270

FLOYD, R. T. **Manual de cinesiologia estrutural** / R.T. Floyd; [tradução rodrigo Luiz Vancini].- -16.ed.- - Barueri, SP: Manole.2011.

GUALBERTO Jéssica da Cunha, SOUZA Juliana de Oliveira, DA SILVA Laís Carvalho, DE MORAES Natana Vieira Alves, CRUZ Ariela Torres. Prevalência de

lombalgia em gestantes assistidas em uma unidade básica de saúde. **Rev. Saúde Públ.** Santa Cat., Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 46-59, maio/ago. 2015.

GE Bekkering PT MSc, HJM Hendriks PT PhD, BW Koes PhD, RAB Oostendorp PT MT PhD, RWJG Ostelo PT MSc, JMC Thomassen PT, MW van Tulder PhD. National practice guidelines for physical therapy in patients with low back pain. **KNGF-guidelines for physical therapy in patients with low back pain** V07/2003/US

GOMES Mayra Ruana de Alencar, ARAUJO Rodrigo Cappato, LIMA Alaine Souza, PINTAGUI Ana Carolina Rodarti Gestational low back pain: prevalence and clinical presentations in a group of pregnant women. Laboratório de Pesquisa em Reabilitação Musculoesquelética e Saúde da Mulher (LAPRESM) da Universidade de Pernambuco (UPE). Petrolina, PE. **Rev Dor.** São Paulo, 2013 abr-jun;14(2):114-

HOCHMAN, Bernardo; NAHAS, Fabio Xerfan; DE OLIVEIRA FILHO, Renato Santos; FERREIRA, Lydia Masako. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira** - Vol 20 (Supl. 2) 2005

KOKIC Iva SKLEMPE, IVANISEVIC Marina, UREMOVIC Melita, KOKIC Tomislav PISOT Rado, SIMUNIC Bostjan, Effect Of Therapeutic Exercises On Pregnancy-Related Low Back Pain And Pelvic Girdle Pain: Secondary Analysis Of A Randomized Controlled Trial. **J Rehabil Med** 2017; 49: 251–257

LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica** / Eva Maria Lakatos, Marina de Andrade Marconi.- 7. ed. – São Paulo: Atlas, 2017.

LASLETT Mark, APRILL Charles N. MCDONALD Barry, YOUNG Sharon B. Diagnosis of Sacroiliac Joint Pain: Validity of individual provocation tests and composites of tests. **Manual Therapy** Volume 10, Issue 3, August 2005, Pages 207-218

LIZIER Daniele Tatiane, PEREZ Marcelo Vaz, SAKATA Rioko Kimiko. Exercícios para Tratamento de Lombalgia Inespecífica. **Revista Brasileira de Anestesiologia** Vol. 62, No 6, Novembro-Dezembro, 2012.

MADEIRA Hellyne Giselle Reis, GARCIA João Batista Santos, LIMA Marcus Vinícius Viégas, SERRA Humberto Oliveira Serra. Incapacidade e fatores associados à lombalgia durante a gravidez. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2013; 35(12):541-8

MAGEE, David J. **Avaliação musculoesquelética** / David J. Magee; tradução Marcos Ikeda.- 4. Ed.- - Barueri, SP: Manole, 2005.

MARINHO Caroline Moura, SILVA Luiza Karla de Arruda, BARBOSA Soraya Santos Alves. Prevalência de dor lombo-pélvica relacionada à gestação e sua interferência na funcionalidade: perfil de gestantes acompanhadas no pré-natal do município de Frei Miguelinho, 2017  
[repositorio.asc.es.edu.br/bitstream/123456789/468/1/TCC.pdf](http://repositorio.asc.es.edu.br/bitstream/123456789/468/1/TCC.pdf)

MARTINI, Frederic H. **Anatomia humana** [recurso eletrônico] / Frederic H. Martini, Michael J. Timmons, Robert B. Tallitsch; tradução Daniella Franco Curcio.- 6. Ed.Dados eletrônicos.- Porto Alegre:Artmed, 2009.

MARTINS Roseny Flávia E SILVA João Luiz Pinto. Tratamento da lombalgia e dor pélvica posterior na gestação por um método de exercícios. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2005; 27(5): 275-82

MARTINS Roseny Flávia, E SILVA João Luiz Pinto. PREVALÊNCIA DE DORES NAS COSTAS NA GESTAÇÃO. **Rev Assoc Med Bras** 2005; 51(3): 144-

NATOUR, Jamil. **Coluna vertebral** / [organizador] Jamil Natour. — 2. ed. — São Paulo : ETCetera Editora, 2004.

NEUMANN, Donald A. **Cinesiologia do aparelho musculoesquelético** / Donald A. Neumann; [tradução de Renata Scavone de Oliveira...et al.] – Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

Ostgaard H. C , Zetherstrom, G, Roos-Hansson E. The posterior pelvic pain provocation test in pregnant women. **Eur Spine J** (1994) 3:258-260

RAMÍREZ Carolina Ramírez; LEMUS Diana Marina Camargo. Disfunção da articulação sacro-ílica em jovens com dor lombar. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 419-428, jul./set. 2010.

RIBEIRO Sady, SCHMIDT Andre Prato, WURFF Peter Van Der. Disfunção sacroilíaca. **ACTA ORTOP BRAS** 11(2) - ABR/JUN, 2003.

SANT'ANA, Priscilla Fernandes; FREIRE, Sabrina Sousa; ALVES, Aline Teixeira; DA SILVA, Denise Ribeiro Rabelo. Caracterização da dor lombar em gestantes atendidas no Hospital Universitário de Brasília. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 4, n. 1 / 2, p. 37-48, 2006.

SPENCE, Alexander P., 1929. **Anatomia humana básica**/ Alexander P. Spence; tradução Edson Aparecido Liberti – São Paulo: Manole, 1991.

TORTORA, Gerard j. **Princípios da anatomia humana** / Gerard J. Tortora, Mark T Nilsen; [ revisão técnica Marco Aurélio Rodrigues de Fonseca Passos; tradução Alexandre Werneck; Cláudia Lúcia Caetano de Araújo].- [Reimpr] – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

## APÊNDICE



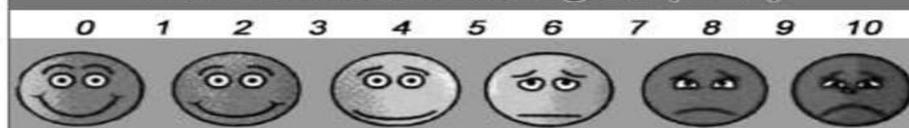
**UNILEÃO**  
Centro Universitário

#### IDENTIFICAÇÃO

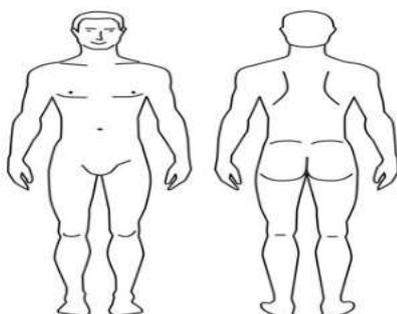
- 1- NOME:
- 2- IDADE: \_\_\_ ANOS
- 3- DATA : / /
- 4- PERIODO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS): SEMANAS

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

##### *Escala Visual Analógica (EVA)*



## 11- MAPA CORPORAL



12- QUAL O MOVIMENTO QUE PIORA A DOR?  
 SENTADO  EM PÉ  ANDANDO  SUBIR DEGRAUS

13- A DOR JÁ EXISTIA ANTES DA GESTAÇÃO?  
 SIM  NÃO

14- JÁ CAIU SENTADA?  
 SIM  NÃO

SE SUA RESPOSTA FOI SIM PARA A PERGUNTA DO ITEM 14, VC  
 SENTE DOR POR CONTA DESSA QUEDA?  SIM  NÃO

15- A DOR SURTIU AO PEGAR ALGUM PESO?  
 SIM  NÃO

16- A INTENSIDADE DA DOR, FICOU MAIOR COM O AUMENTO  
 DOS MESES GESTACIONAL?  SIM  NÃO

17- FAZ USO DE MEDICAMENTOS OU FAZ ALGUNS  
 TRATAMENTO PARA ESSA DOR?  SIM  NÃO

18- É A SUA PRIMEIRA GESTAÇÃO?  
 SIM  NÃO

## **ANEXOS**



### Índice Oswestry 2.0 de Incapacidade Modificado

Por favor, você poderia completar este questionário? Ele é elaborado para nos dar informações de como seu problema nas costas (ou pernas) têm afetado seu dia-a-dia. Por favor, responda a todas as seções. Marque apenas um quadrado em cada seção, aquele que mais de perto descreve você hoje.

#### Seção 1: Intensidade da dor.

<input type="checkbox"/>	Sem dor no momento
<input type="checkbox"/>	A dor é leve nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é moderada nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é mais ou menos intensa nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é muito forte nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é a pior imaginável nesse momento

#### Seção 2: Cuidados pessoais (Vestir-se, tomar banho etc)

<input type="checkbox"/>	Eu posso cuidar de mim sem provocar dor extra
<input type="checkbox"/>	Posso me cuidar mas me causa dor
<input type="checkbox"/>	É doloroso me cuidar e sou lento e cuidadoso
<input type="checkbox"/>	Preciso de alguma ajuda, mas dou conta de me cuidar
<input type="checkbox"/>	Preciso de ajuda em todos os aspectos para cuidar de mim
<input type="checkbox"/>	Eu não me visto, tomo banho com dificuldade e fico na cama.

#### Seção 3: Pesos

<input type="checkbox"/>	Posso levantar coisas pesadas sem causar dor extra
<input type="checkbox"/>	Se levantar coisas pesadas sinto dor extra
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de levantar coisas pesadas, mas dou um jeito, se estão bem posicionadas, e.g., numa mesa.
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de levantar coisas pesadas mas dou um jeito de levantar coisas leves ou pouco pesadas se estiverem bem posicionadas.
<input type="checkbox"/>	Só posso levantar coisas muito leve
<input type="checkbox"/>	Não posso levantar nem carregar nada.

#### Seção 4: Andar

<input type="checkbox"/>	A dor não me impede de andar (qualquer distância)
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que 2 Km
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que ? Km
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que poucos metros
<input type="checkbox"/>	Só posso andar com bengala ou muleta
<input type="checkbox"/>	Fico na cama a maior parte do tempo e tenho que arrastar para o banheiro

**Seção 5: Sentar**

	Posso sentar em qualquer tipo de cadeira pelo tempo que quiser
	Posso sentar em minha cadeira favorita pelo tempo que quiser
	A dor me impede de sentar por mais de 1 hora
	A dor me impede de sentar por mais de ? hora
	A dor me impede de sentar por mais que 10 minutos
	A dor me impede de sentar

**Seção 6- De pé**

	Posso ficar de pé pelo tempo que quiser sem dor extra
	Posso ficar de pé pelo tempo que quiser, mas sinto um pouco de dor
	A dor me impede de ficar de pé por mais de 1 h
	A dor me impede de ficar de pé por mais ? hora
	A dor me impede de ficar de pé por mais de 10 minutos
	A dor me impede de ficar de pé

**Seção 7: Sono**

	Meu sono não é perturbado por dor
	Algumas vezes meu sono é perturbado por dor
	Por causa da dor durmo menos de 6 horas
	Por causa da dor durmo menos de 4 horas
	Por causa da dor durmo menos de 2 horas
	A dor me impede de dormir.

**Seção 8: Subir degrau**

	Posso subir degrau
	Degrau muito alto apresento dor leve (maior que 15 cm)
	Degrau alto apresento dores fortes
	Degrau (menor que 15 cm) apresento dor leve
	Degrau (menor que 15 cm) apresento dores fortes
	Não consigo subir degraus

**Seção 9: vida social**

	Minha vida social é normal e eu não sinto dor extra
	Minha vida social é normal, mas aumenta o grau de minha dor.
	A dor não altera minha vida social, exceto por impedir que faça atividades de esforço, como esportes, etc



	A dor restringiu minha vida social e eu não saio muito de casa
	A dor restringiu minha vida social a minha casa
	Não tenho vida social devido a minha dor.

**Seção 10: Viagens**

	Posso viajar para qualquer lugar sem dor.
	Posso viajar para qualquer lugar, mas sinto dor extra
	A dor é ruim, mas posso viajar por 2 horas
	A dor restringe minhas viagens para distâncias menores que 1 hora
	A dor restringe minhas viagens para as necessárias e menores de 30 minutos
	A dor me impede de viajar, exceto para ser tratado.

Para cada seção de seis afirmações o ponto total é 5. Se a primeira afirmação é marcada, o ponto é 0. Se for o último, o ponto é 5. As afirmações intermediárias são pontuadas de acordo com este rank. Se mais que uma afirmação for assinalada em cada seção, escolha o maior ponto. Se todas as 10 seções forem completadas a pontuação é calculada da seguinte maneira: Se 16 pontos foi o ponto total sendo que são 50 os pontos possíveis,  $16/50 \times 100 = 32\%$ . Se uma seção não for marcada ou não se aplica a pontuação é calculada da seguinte maneira, de acordo com o exemplo de pontuação máxima de 16:  $16/40 \times 100 = 35,5\%$ . O autor recomenda arredondar a porcentagem para um número inteiro. **Interpretação dos resultados:**

0% a 20% - incapacidade mínima

21% a 40% - incapacidade moderada

41% a 60% - incapacidade intensa

61% a 80% - aleijado

81% a 100% - inválido

**Interpretação dos resultados no pós-operatório**

0% a 20% - excelente 21%

a 40% - bom

41% a 60% - inalterado

> 60% - piora

\*\*\*\*\*

(enviado pelo Dr. Fernando Dantas-BH)

\* Apenas tradução-Para trabalhos e uso oficial, verificar a validação no Brasil.



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr.(a)

ROMULO BEZERRA DE OLIVEIRA, portador do CPF: 859.741.453-74 professor do curso de fisioterapia no CENTRO UNIVERSITÁRIO LEÃO SAMPAIO estou realizando a pesquisa intitulada "PREVALÊNCIA E PERFIL CLÍNICO DE LOMBAR DE ORIGEM SACROILÍACA EM GESTANTES ASSISTIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE", que tem como objetivos, verificar a prevalência de dor lombar de origem sacroilíaca em gestantes assistidas em uma unidade básica de saúde, mapear as áreas de dor, descrever os sinais e sintomas mais presentes. Para isso, estou desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas: levantamento bibliográfico, elaboração do projeto, submissão a plataforma Brasil e Comitê de Ética, seleção da amostra, coleta de dados, análise dos dados e apresentação do estudo.

Por essa razão, a convidamos a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em inicialmente responder um questionário onde esse conterá perguntas sobre identificação, a gestação, a dor, localização da dor, quais movimentos que piora, quais os movimentos que são difíceis ou são impossibilitados de realiza-los por conta da dor. Após a análise dos questionários, se o participante se enquadrar nos critérios, esta será avaliada através de testes para a região sacroilíaca. O thrust da coxa na qual a participante estará deitada com o joelho do dobrado sobre a maca, a pesquisadora apoiará no joelho realizando uma leve compressão da pelve na maca. Teste de compressão a participante ficará deitada e será realizado uma leve compressão pelve/maca, as mãos da pesquisadora se manterão na pelve da participante anteriormente. Teste de distração a pesquisadora aplicará uma força que deverá aproximar as cristas ilíacas (proeminência óssea na região anterior da pelve). Teste de Gaenslen a participante estará na borda da maca (meia nádega para fora da maca) abraçando ambos os joelhos em flexão, a pesquisadora deverá se posicionar ao lado da maca e solicitar que a participante que deixe o membro inferior pendendo para fora da maca.

Os procedimentos utilizados a combinação de testes provocativos para a articulação sacroilíaca poderão trazer algum desconforto, como por exemplo, dor, parestesia, fadiga, ou algum tipo de incomodo. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo, mas que será reduzido mediante, ao seu surgimento será interrompido o procedimento avaliativo. Nos casos em que os procedimentos utilizados no estudo tragam algum desconforto ou sejam detectadas alterações que necessitem de assistência imediata ou tardia, eu ROMULO BEZERRA DE OLIVEIRA serei o responsável pelo encaminhamento ao setor de urgência e emergência mais próximo, para a participante receber os cuidados específicos.

### Campus CRAJUBAR

Av. Padre Cícero - 2830  
Cajuiá São Gerardo - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63022-115  
Fone/Fax: (0xx88) 2101.1000 e 2101.1001  
CNPJ: 02.391.959/0001-20

### Campus Saúde

Av. Leão Sampaio Km3  
Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63040-005  
Fone/Fax: (0xx88) 2101.1050  
CNPJ: 02.391.959/0002-01

### Campus Lagoa Seca

Av. Maria Letícia Pereira S/N  
Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63040-405  
Fone: (0xx88) 2101.1046  
CNPJ: 02.391.959/0003-92

### Clínica Escola

Rua Ricardo Luiz de Andrade, 311  
Planalto - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63047-310  
Fone/Fax: (0xx88) 2101.1065  
CNPJ: 02.391.959/0004-73

### NPJ - Núcleo de Prática Jurídica

Av. Maria Letícia Pereira S/N  
Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63040-405  
Fone: (0xx88) 2101.1071  
CNPJ: 02.391.959/0005-54



Os benefícios esperados com este estudo são no sentido de, com a quantificação de gestantes com essa disfunção, poderá facilitar a busca de novas estratégias para alívio dessa dor gestacional, e melhorar a qualidade de vida das mulheres gestantes, com isso a pesquisa é de suma importância para a sociedade.

Toda informação que a Sra. nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. As respostas e avaliações serão confidenciais e seu nome não aparecerá em questionários, inclusive quando os resultados forem apresentados. A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado os questionários ou a avaliação.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar ROMULO BEZERRA DE OLIVEIRA, Rua: Beato José Lourenço N° 557, Tiradentes, Juazeiro do Norte-CE, ou pelo telefone (88)996148839, e CISSA HANLEY SILVA MACIEL, Rua: Clotário Macêdo N° 106, São Miguel, Crato-CE, ou pelo telefone (88)997217145), nos seguintes horários de Segunda à Sexta de 08:00 às 17:00. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP 63040-405, localizado na RUA: Av. Maria Leticia Leite Pereira S/N, Lagoa Seca, telefone: (88) 21011046 Juazeiro do Norte- CE. Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.

\_\_\_\_\_

Local e data

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante



Impressão dactiloscópica

**Campus CRAJUBAR**

Av. Padre Cícero - 2830  
Cajuiá São Gerardo - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63022-115  
Fone/Fax: (0xx88) 2101.1000 e 2101.1001  
CNPJ: 02.391.959/0001-20

**Campus Saúde**

Av. Leão Sampaio Km3  
Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63040-005  
Fone/Fax: (0xx88) 2101.1050  
CNPJ: 02.391.959/0002-01

**Campus Lagoa Seca**

Av. Maria Leticia Pereira S/N  
Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63040-405  
Fone: (0xx88) 2101.1046  
CNPJ: 02.391.959/0003-92

**Clínica Escola**

Rua Ricardo Luiz de Andrade, 311  
Planalto - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63047-310  
Fone/Fax: (0xx88) 2101.1065  
CNPJ: 02.391.959/0004-73

**NPJ - Núcleo de Prática Jurídica**

Av. Maria Leticia Pereira S/N  
Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63040-405  
Fone: (0xx88) 2101.1071  
CNPJ: 02.391.959/0005-54



### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa denominada PREVALÊNCIA E PERFIL CLINICO DE DOR LOMABR DE ORIGEM SACRÍLIACA EM GESTANTES ASSISTIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Crato-Ce., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



UNILEÃO  
Centro Universitário

Assinatura do participante



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador

#### Campus CRAJUBAR

Av. Padre Cícero - 2830  
Cajuiúna São Gerardo - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63022-115  
Fone/Fax: (0xx86) 2101.1000 e 2101.1001  
CNPJ: 02.391.959/0001-20

#### Campus Saúde

Av. Leão Sampaio Km3  
Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63040-005  
Fone/Fax: (0xx88) 2101.1050  
CNPJ: 02.391.959/0002-01

#### Campus Lagoa Seca

Av. Maria Leticia Pereira S/N  
Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63040-405  
Fone: (0xx88) 2101.1046  
CNPJ: 02.391.959/0003-92

#### Clinica Escola

Rua Ricardo Luiz de Andrade, 311  
Planalto - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63047-310  
Fone/Fax: (0xx88) 2101.1065  
CNPJ: 02.391.959/0004-73

#### NPJ - Núcleo de Prática Jurídica

Av. Maria Leticia Pereira S/N  
Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63040-405  
Fone: (0xx88) 2101.1071  
CNPJ: 02.391.959/0005-54