



UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

**CRISTINA DOS REIS
SCHEILA SHIRLEI VIVEIROS**

**ANÁLISE DOS RELATOS DE DESCONFORTO MÚSCULO-ESQUELÉTICO EM
MULHERES COM GESTAÇÃO TARDIA**

**BAURU
2006**



UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

**CRISTINA DOS REIS
SCHEILA SHIRLEI VIVEIROS**

**ANÁLISE DOS RELATOS DE DESCONFORTO MÚSCULO-ESQUELÉTICO EM
MULHERES COM GESTAÇÃO TARDIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Fisioterapia na Universidade do Sagrado Coração como requisito parcial para obtenção do título de fisioterapeuta. Sob orientação da Prof. Dra. Marta Helena Souza De Conti.

**BAURU
2006**

Dedico este trabalho aos meus pais: Paulo Constancio dos Reis, Clarice Lima dos Reis e minha irmã Cristiane dos Reis, que incentivaram e contribuíram para a realização deste.

Cristina

Dedico este trabalho aos meus pais: Juarez Pereira Viveiros e Silvia Soglio Viveiros, pelo permanente amor, apoio, respeito, esforços e exemplo de vida que resultaram na minha formação pessoal e profissional.

Scheila

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradecemos a Prof^a Dra. Marta Helena Souza De Conti, pela dedicação com que nos orientou, pelos seus ensinamentos e conhecimento aqui compartilhados, mostrando paciência e também confiança em nós.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, por iluminar nossos caminhos e permitir que nós traçássemos nossos objetivos e tivéssemos perseverança em superarmos os obstáculos.

Aos nossos pais pela exigência e pela cobrança, hoje nós sabemos o quanto foi importante, principalmente pela amizade, amor e luta para que concluíssemos essa etapa de nossas vidas.

Gostaríamos de expressar aqui o nosso sincero agradecimento a todos os nossos amigos e a todas as pessoas que, de alguma forma fazem parte de nossas vidas e aquelas que, direta ou indiretamente contribuíram para a execução deste trabalho.

E finalmente, a todos os professores responsáveis pela nossa formação que com certeza contribuíram muito, não só pela formação universitária, mas sim para a formação de um caráter.

**“Semeia um pensamento e colherás um desejo;
semeia um desejo e colherás a ação; semeia a
ação e colherás um habito; semeia o habito e
colherás o caráter.”**

Tihamer Toth

RESUMO

A gestação se distingue por vários ajustes fisiológicos, entre eles, mudanças hormonais mediadas no colágeno e nos músculos involuntários. O crescimento do feto resulta na conseqüente ampliação e deslocamento do útero e finalmente o aumento de peso do corpo com mudanças adaptáveis no centro da gravidade e postura. Contudo as dificuldades se acentuam, principalmente a destreza, deambulação e reflexos, os desconfortos são evidentes e pode ocorrer uma maior tração ligamentar e traumas em articulações que apresentará anomalias estruturais tornando-se mais incômodas, resultando em má postura. Este trabalho teve como objetivo analisar os relatos de desconforto músculo-esquelético em 30 mulheres com gestação tardia, acima de 35 anos, multigesta, livres de patologias associadas ou com morbidades. As gestantes foram abordadas em clínicas, consultórios e posto de saúde de Bauru e região, e convidadas á participar da pesquisa composta por avaliação postural e a aplicação do questionário de desconforto músculo-esquelético com questões fechadas e uma aberta. Notou-se que a lombalgia foi referida pela maioria das gestantes evidenciando os resultados encontrados em várias referencias de avaliação dos sintomas de desconforto músculo-esquelético. Quanto às características do desconforto músculo-esquelético relatados a maior parte das gestantes (65,5%) referiram sintomas do tipo sensação de peso, com intensidade forte (51,7%), frequência diária (72,4%) e duração de várias horas (72,4%), evidenciados na tabela abaixo. Porém, este estudo não permite afirmar que tais desconfortos estão relacionados diretamente com a idade materna.

Palavras-chave: gestação-tardia, desconforto músculo-esquelético.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	JUSTIFICATIVA.....	14
3	OBJETIVOS.....	15
4	MÉTODO.....	16
4.1	Sujeitos.....	16
4.2	Materiais e equipamentos.....	16
4.3	Procedimentos.....	16
5	RESULTADOS.....	18
6	DISCUSSÃO.....	21
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
8	REFERÊNCIAS.....	24
9	ANEXOS.....	26

LISTA ILUSTRAÇÕES

Tabela 1.	Número e porcentagem de gestante de acordo com Estado Civil, Atividades de trabalho, nível de escolaridade e Renda Familiar.....	18
Tabela 2.	Média e porcentagem de gestante de acordo com a idade, Peso Atual, Índice de Massa corporal (IMC) Idade gestacional (IG).....	19
Tabela 3.	Caracterização dos desconfortos músculo-esqueléticos em gestantes tardias, em relação ao tipo, intensidade, frequência e duração sintomas relatados.....	20
Gráfico 1.	Distribuição das gestantes quanto á ocorrência (presença ou ausência) de desconforto músculo-esquelético relatado.....	19

1. INTRODUÇÃO

A gestação se distingue por vários ajustes fisiológicos e endócrinos, entre eles, mudanças hormonais no colágeno e nos músculos involuntários. O volume total de sangue aumenta para o útero e rins; o crescimento do feto resulta na conseqüente ampliação e deslocamento do útero e, finalmente, o aumento de peso do corpo com mudanças adaptáveis no centro da gravidade e postura (Polden e Mantle, 2000).

De acordo com Guyton (2002) durante a gravidez a placenta forma quantidades particularmente grandes de gonadotropina coriônica humana, estrógenos, progesterona e somatomamotropina coriônica humana, sendo hormônios essenciais à gravidez normal. É detectada a presença destes hormônios no sangue a partir do oitavo dia após a ovulação.

Durante a gravidez tais ajustes fisiológicos e endócrinos proporcionam a criação de um ambiente ideal para o feto, envolvendo tanto o sistema orgânico da gestante como sua personalidade (Franzoni e Braz, 2005).

Segundo Melhado e Soler (2004) o período gestacional prolonga-se por cerca de 280 dias, aproximadamente 40 semanas dividido em três períodos de três meses.

As mudanças da gravidez são orquestradas pelos hormônios e muito a respeito de sua ação e interação tem ainda que ser elucidado, contudo a progesterona, estrógeno e relaxina parecem ser os mais importantes para a fisioterapia. A progesterona é produzida pelo corpo lúteo, este é o suprimento e gradualmente assumido pela placenta (Polden e Mantle, 2000, Guyton, 2002).

A relaxina é secretada pelos ovários e pela placenta e causa relaxamento dos ligamentos pélvicos, além de amolecer o colo uterino da mulher grávida por ocasião do parto. Como resposta o corpo da mulher grávida tem um aumento de tamanho dos vários órgãos, o útero, a vagina, as mamas dobram de tamanho, a presença de vários hormônios podem produzir alterações, resultando em edema, acne e traços masculinos ou acromegálico (Guyton, 2002).

O ganho de peso médio recomendado durante a gravidez é de aproximadamente 12 kg ocorrendo a maior parte nos últimos dois trimestres. Sendo distribuídos em cerca de 3,2 kg pelo feto, e 1,8 kg por líquido amniótico, placenta e membranas fetais. O útero aumenta cerca de 900g, e as mamas também, deixando ainda um aumento médio de peso corporal da mulher de 4 kg, cerca de 2,7 kg consiste em líquidos adicional no sangue e no líquido extracelular,

enquanto o 1,300 kg restantes, é constituído, em geral, pelo acúmulo de gordura (Guyton, 2002).

No primeiro trimestre (0 a 13 semanas), a grávida tem aumento da diurese, náuseas, tonturas, cefaléia e habilidade emocional mais exacerbada, tornando-se mais ansiosa e sensível (Franzoni e Braz, 2005 e Repussi, 2005).

A característica do segundo trimestre (14 a 27 semanas) é o ganho de peso, contudo as dificuldades se acentuam, principalmente a destreza, deambulação e reflexos, pois está havendo uma embebição gravídica, as dores se acentuam ocorre maior tração ligamentar. Já por volta da 37 semanas de gestação, ganhou em torno de 9 kg de peso e se têm patologias prévias, as tem como sintomas exacerbados (Matthes e Cunha, 2001).

Segundo Guyton (2002) a medula óssea fica cada vez mais ativa, produzindo eritrócitos adicionais para o excesso de volume líquido. A respiração materna fica 20 % acima do normal devido a um metabolismo basal aumentado, acredita-se que elevados níveis de progesterona durante a gravidez aumentam ainda mais a ventilação minuto, visto que o progesterona aumenta a sensibilidade do centro respiratório ao dióxido de carbono.

Do começo ao fim da gravidez há um aumento no suprimento de sangue para o trato urinário a fim de enfrentar as necessidades adicionais do feto para a perda de disposição. Há um aumento do tamanho e do peso dos rins e dilatação da pélvis renal, aumentando a produção de urina e pequenas mudanças na reabsorção tubular causadas pela gravidez que podem resultar em excreção de quantidades significantes de açúcar e proteínas (Polden e Mantle, 2000).

Entretanto, Guyton (2002) afirma que o volume de líquido amniótico é de 500 ml a um litro, este é substituído uma vez a cada três horas. O volume total do líquido amniótico é, provavelmente, regulado, sobretudo pelas membranas amnióticas é, porém o volume também aumenta quando excreção fetal de urina aumenta, e diminui quando não há débito urinário.

As modificações orgânicas experimentadas pela gestante no transcorrer da gravidez acarretam alguns desconfortos, sendo a dor lombar queixas de grandes frequências, relacionadas ao sistema músculo esqueléticos, que podem ser agravadas de acordo com as atividades laborativas que realizam e suas atitudes posturais (De Conti et al. 2003).

Durante o ciclo gravídico puerperal, vem o surgimento do desconforto no transcorrer da gravidez pelo aumento da lordose lombar e da inclinação pélvica, pelo aumento gradual de peso, causando sobrecarga nas articulações responsáveis pela sustentação corporal, aumento

da frouxidão ligamentar, pela influência do estrógeno e relaxina e, com evolução da gravidez os músculos abdominais tornam-se insuficientes, fatos que comprovam a dor lombar em gestantes acometidas, algumas vezes, de forma grave, intensificada pela postura e interferindo nas atividades de vida diária (Melhado e Soler, 2004, De Conti et al. 2003).

Polden e Mantle (2000) relatam que uma maior aliada a um aumento gradual de peso, pode fazer com que as articulações facetadas fiquem excedentes e traumatizem as cápsulas da articulação ou resultem em anomalias estruturais tornando-se incômodas. O peso e a fadiga em geral produzem uma má postura.

Artal, Wiswell e Drinkwater (1999) ressaltam as alterações fisiológicas que ocorrem na gestação afetam o sistema músculo-esqueléticos e podem aumentar a chance de lesões ortopédicas, com a presença de edema de partes moles pode ser reduzido o espaço disponível em áreas anatômicas relativamente estreitas, resultando em síndromes de compressão nervosas ou compartilhadas. O afrouxamento dos ligamentos tem como sua principal causa alterações no sacríliaco, principais causa de dor lombar em gestantes. Durante a gravidez, a tendência para rotação é maior, porque a lordose lombar aumenta e o centro de gravidade se desloca anteriormente, os ligamentos tornam-se cada vez mais frouxos, que acabaram resultando em limitações no levantamento da perna esticadas.

Comumente encontra-se em gestantes, queixas de dor ciática caracterizada por disfunção da articulação sacríliaca (Polden e Mantle, 2000), referidas no quadril ou na região púbica (Artal; Wiswell e Drinkwater, 1999). A dor púbica está relacionada com o afrouxamento dos ligamentos que ocorre durante a gestação pode levar a sinfisite, que é uma irritação da sínfise púbica provocada por aumento da movimentação da articulação (Artal; Wiswell e Drinkwater, 1999).

A literatura ressalta outras queixas comuns no decorrer da gestação. A dor no joelho é um distúrbio do movimento, conhecido como condromalacia patelar, e os fatores são aumento da frouxidão do ligamento, e da torção femoral e pélvis mais alargada. Algumas gestantes se queixam de dor torácica, caracterizada como disfunção da articulação sacríliaca, causando maior cifose torácica associada com o alargamento das costelas perto do final da gravidez, esforço das articulações costotransversal e costovertebral e maior peso das mamas (Polden e Mantle, 2000).

Todos estes relatos são evidentes em gestantes pelas adaptações gerais por que passa seu organismo. Porém, questiona-se sobre a interferência da idade da mulher que vai engravidar.

A mulher contemporânea busca sua independência e participação no mercado de trabalho, e acaba adiando muitas vezes o desejo inerente da sua condição feminina que é a maternidade (Matthes e Cunha, 2001).

De acordo com Granato (1998), um fator que contribui para a gravidez tardia é o segundo casamento cada vez mais comum nas famílias brasileiras. Na década de 50, as mulheres se casavam cedo, pelos padrões de hoje, e tinham seus filhos entre 18 e 25 anos. Há 20 anos ainda eram raras as mulheres que engravidavam depois dos 30. Nessa época, ter filhos depois dos 35 significava risco de vida para a mãe e para o bebê.

Hoje muitas mulheres só realizam esta nobre missão quando já estão bem estabelecidas e com seu lugar bem sedimentado neste mercado de trabalho, aonde chegam com idade superior aos 30 anos. A mulher que como antigamente deveria se dedicar a sua gestação e posteriormente ao seu filho, hoje para não ter sua capacidade de trabalho truncada pelo período gestacional mantém-se a luta, não deixando de ir a seu emprego e deslocando até ele (Matthes e Cunha, 2001 e Repussi, 2005).

Além de boa formação acadêmica, é preciso acumular algum tempo de experiência no mercado de trabalho para consolidar uma carreira profissional bem sucedida. Tudo isso tem contribuído para empurrar os planos de maternidade para depois dos 30. As mulheres querem aproveitar mais a vida, antigamente, sua rotina era criar filhos e cuidar da casa dos 20 aos 45 anos. A partir daí nada mais havia a esperar. Atualmente, um número cada vez maior de brasileiras procura retardar ao máximo a gravidez, que é resultado de uma brutal mudança de comportamento, redesenhando a família no Brasil e no mundo. Aos olhos da medicina, essas mulheres já entraram na idade considerada de maior risco para a gravidez. É um risco real, que aumenta de acordo com a idade. Ao engravidar e ter filhos mais tarde as mulheres tem oportunidades, além de se estabilizar profissionalmente, de aproveitar um período da juventude no qual em outros tempos estariam as voltas com fraldas e mamadeiras (Granato, 1998 e Repussi, 2005).

A chance de uma mulher engravidar começa a diminuir quando ela tem apenas 27 anos. Aos 30, a cada relação sexual em seu período fértil, o índice de gravidez é de 18 %. A gravidez tardia está se transformando numa questão de saúde pública nos países desenvolvidos. Pouquíssimas mulheres sabem dos riscos de uma gestação em idade avançada e de seus transtornos (Pastore, 2002).

Segundo Rodrigues (2005) algumas mulheres ficam mais sensíveis a essas mudanças, principalmente as que já eram sensíveis antes, além das evidências que identificam estes períodos.

Embora os riscos de uma gravidez tardia ainda sejam grandes nos últimos tempos melhorou muito a capacidade da medicina de monitorar o desenvolvimento do feto com exames mais modernos, eficazes e baratos. E uma segurança e tanto para as mulheres que adiam seus planos de gravidez para a meia idade. Graças aos avanços da medicina na prevenção e na cura de doenças, a expectativa de vida quase dobrou, favorecendo a maternidade tardia. È impossível entender as mudanças de comportamento na família resultante da gravidez na meia idade sem observar a curva de crescimento da expectativa de vida. Esse é um dos feitos mais extraordinários na humanidade neste século (Granato, 1998 e Repussi, 2005).

2. JUSTIFICATIVA

A escassez da literatura científica relacionada aos relatos de desconforto músculo-esquelético em gestantes com idade mais avançada (acima de 35 anos) evidencia o propósito deste estudo.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever e analisar os relatos de sintomas de desconforto músculo-esqueléticos em gestantes com idade acima de 35 anos (gestação tardia)

3.2 Objetivo Específico

- Analisar a ocorrência (presença ou ausência) de desconforto músculo-esquelético.
- Analisar as características do desconforto músculo-esquelético (local, tipo, intensidade, frequência e duração).

4. MÉTODO

4.1 SUJEITOS

Foram sujeitos deste estudo 30 gestantes, com idade acima de 35anos, residentes em Bauru e região.

4.2 MÉTODO

Critérios de inclusão

- Gestantes (acima de 35 anos).
- estar se submetendo a assistência pré-natal em serviços de saúde (clínicas, consultórios, postos de saúde).
- livres de patologias associadas ou comorbidades.

Critérios de exclusão:

- gestantes com idade inferior a 35 anos.
- gestantes diabéticas e ou hipertensas.
- descontinuidade dos cuidados pré-natais.

Materiais:

- Ficha de avaliação.
- Questionário de Desconforto músculo-esquelético

4.3 PROCEDIMENTOS:

Para a execução do trabalho, inicialmente foi elaborada uma carta de autorização endereçada ao Secretário Municipal de Saúde, para a coleta de dados em gestantes que freqüentam os postos de saúde do município (Anexo 1). As gestantes foram abordadas antes ou após as consultas com seus médicos em clínicas, consultórios e postos de saúde, da cidade de Bauru e região, sendo convidadas a participar da pesquisa. Neste momento foram esclarecidas do objetivo do trabalho. Após o aceite foram orientadas a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. (Anexo2).

Após o aceite responderam um questionário específico, (Anexo3) elaborado pelas pesquisadoras, composto por 19 questões de múltipla escolha sobre as principais queixas de desconforto músculo-esquelético, enfocando, a ocorrência em locais afetados, intensidade, frequência e duração. Por fim uma questão aberta para que as participantes pudessem registrar demais assuntos não abordados nas questões.

As perguntas foram claras e objetivas e permitirão fácil compreensão de todo contexto, com o intuito de fornecer informações precisas.

Analise Estatística:

Para estudo dos resultados adotou-se análise estatística descritiva, considerando variáveis quantitativas e qualitativas. Para as variáveis qualitativas foi utilizada a distribuição de frequência das gestantes analisadas, apresentada por meio de estatística gráfica. As quantitativas foram apresentadas pelas medidas de tendência central e variabilidade descritas por meio de média e do desvio padrão. Para a construção gráfica e os cálculos das estatísticas descritivas considerou-se o banco de dados na planilha *Microsoft Excel*.

Aspectos Éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sagrado Coração, protocolo número 18/06, em 30/03/2006 (ANEXO 4).

5. RESULTADOS

Das 30 mulheres com gestação tardia avaliadas, uma foi excluída por não preencher um dos critérios de inclusão estabelecidos (descontinuidade do serviço pré-natal). Após a aplicação do questionário composto pela ficha de avaliação fisioterapêutica e do desconforto músculo-esquelético foi possível observar que as gestantes apresentam em sua grande maioria (82,8%) estado civil caracterizado como casada, (75,9%) desenvolvem atividades de trabalho fora do lar e apenas 8 mulheres possuem nível superior de escolaridade.

Tabela 1. Número e porcentagem de gestantes de acordo com Estado Civil, Atividades de Trabalho, Nível de escolaridade e Renda Familiar.

	n	%
Estado civil		
Divorciada	03	10,3
Solteira	02	6,9
Casada	24	82,8
Total	29	100%
Atividades de trabalho		
Em casa	07	24,1
Fora de casa	22	75,9
Total	29	100%
Nível de escolaridade		
Ensino fundamental	10	34,5
Nível médio	11	37,9
Nível superior	08	27,6
Total	29	100%
Renda Familiar		
01 a 03 salários mínimos	11	37,9
03 a 06 salários mínimos	13	44,9
Acima de 06 salários mínimos	05	17,2
Total	29	100%

As gestantes apresentavam em média idade de 36,8 anos, peso atual (no momento da avaliação) de 64 kg, IMC relativo a 25,0 Kg/m² e idade gestacional de 30,6 semanas de gestação. As mesmas possuíam numero médio de 1,3 filhos, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 2. Média e desvio padrão das gestantes de acordo com a Idade, Peso Atual, Índice de Massa Corporal (IMC) Idade Gestacional (IG) e número de filhos.

	<i>m</i>	<i>dp</i>
Idade (anos)	36,8	1,65
Peso Atual (Kg)	64,0	10,1
ÍMC (Kg/m ²)	25,0	10,1
I G (semanas de gestação)	30,6	5,41
Numero de Filhos	1,3	0,92

A respeito do desconforto músculo-esquelético relatado pelas gestantes com idade superior a 35 anos, observa-se (86,2%) apresentam sintomas de desconforto, localizado predominantemente na região lombossacra (75,9%).

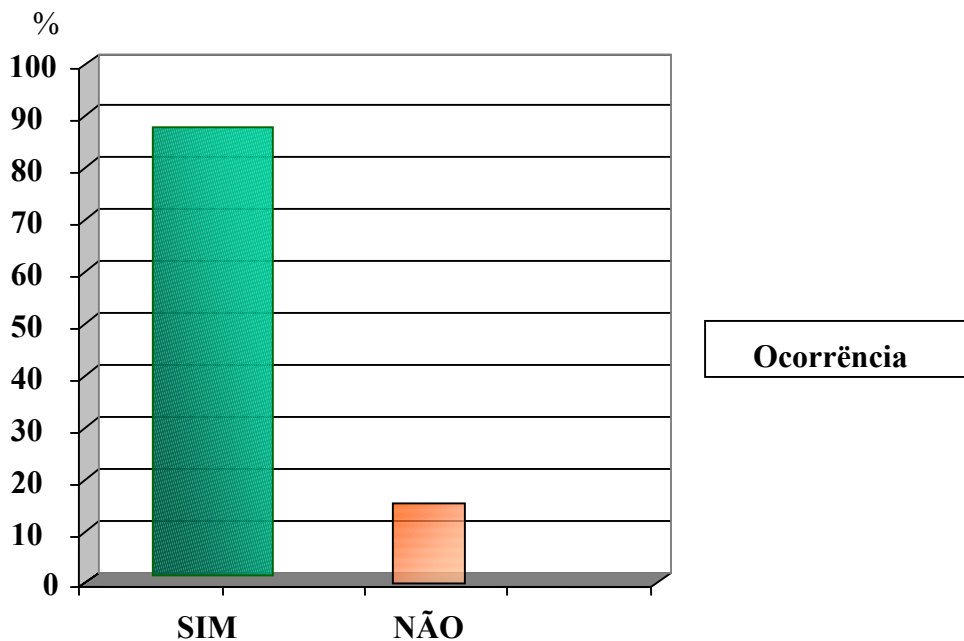


Gráfico 1. Distribuição das gestantes quanto a ocorrência (presença ou ausência) de desconforto músculo-esquelético relatado.

Quanto às características do desconforto músculo-esquelético relatados a maior parte das gestantes (65,5%) referiram sintomas do tipo sensação de peso, com intensidade forte (51,7%), frequência diária (72,4%) e duração de várias horas (72,4%), evidenciados na tabela abaixo.

Tabela 3. Caracterização dos desconfortos músculo-esquelético em gestantes tardias, em relação ao tipo, intensidade, frequência e duração sintomas relatados.

	n	%
Tipo		
Dor	14	48,3
Sensação de peso	19	65,5
Formigamento	02	6,9
Outros	04	13,8
Intensidade		
Fraca	06	20,7
moderada	19	65,5
Forte	15	51,7
Intenso; insuportável	04	13,8
Frequência		
Raramente; infrequente	05	17,2
Frequente	06	20,7
Quase todo dia; diário	21	72,4
Duração		
Alguns meses	04	13,8
Algumas horas	10	34,5
Varias horas	21	72,4

6. DISCUSSÃO

DO MÉTODO

Este estudo, realizado com 29 gestantes com idade igual ou superior a 35 anos, demonstrou que a lombalgia foi referida pela maioria das gestantes evidenciando os resultados encontrados em várias referências (de avaliação dos sintomas de desconforto músculo-esquelético, alguns trabalhos demonstraram favoráveis).

Neste estudo foi utilizado o questionário de desconforto músculo-esquelético para avaliar os relatos de sintomas apresentados pelas gestantes. O diagnóstico do desconforto músculo-esquelético baseia-se, principalmente, na queixa dos sintomas e na caracterização relativa a local, tipo, intensidade, frequência e duração.

Alguns autores (Melzack, 1974 e Ransford, Cairns, Mooney, 1976) padronizaram modificações nos questionários iniciais, incluindo diagramas (De Conti et al., 2003, Prevedel et al. 2003).

No que diz respeito à utilização de questionário como instrumento, os relatos corporais específicos facilitam a identificação e a localização dos desconfortos. Logo em seguida, foram desenvolvidos parâmetros que propiciaram associar uma escala de graduação da intensidade com o diagrama corporal (Kuorinka et al. 1987, Gil Courry, 1998). Ainda que melhorados, estes instrumentos de avaliação continuam vinculados ao relato das queixas e de suas características, dados subjetivos que poderiam influenciar na análise dos resultados.

A despeito dessas críticas, extensas revisões da literatura estabeleceram a validade do uso de questionários, sendo considerado método adequado e de uso comum no registro dos sintomas músculo-esquelético em grupos de indivíduos, sendo recentemente utilizados com constância em pesquisas na obstetrícia (Albert H, Godsken M, Westergaard, 2000). Por este motivo, o método de avaliação por questionário foi mantido neste estudo.

5. DO RESULTADO

Na gestação, a queixa de lombalgia tem características de dor localizada na região sacralíaca, que aumenta ou diminui no transcorrer da gravidez ou que não se modifica do início ao fim da gestação.

Para Chistófalo; Martins e Tumelero (2003) a modificação postural é um mecanismo compensatório, que tende a minimizar os efeitos ligados ao aumento de massa e distribuição corporal na gestante. A hiperlordose lombar deve-se a distensão dos músculos da parede abdominal e à projeção do corpo para frente do centro de gravidade. Devido ao acréscimo do volume uterino no abdome.

De acordo com Franzoni e Braz, (2005), o crescimento do útero e sua orientação anterior, associados à frouxidão ligamentar dos retos abdominais, levam a uma instabilidade postural. Ao contrário a estabilidade é obtida a custo de uma carga aumentada sobre os músculos e ligamentos da coluna vertebral.

Neste estudo notou-se a predominância de desconforto músculo-esquelético localizado na região lombar. De modo geral, verifica-se que a ocorrência de dor lombar é mais frequente a partir do quinto mês de gestação, sendo mais propensas às múltiplas que apresentam maior hipotonia muscular devido às gestações anteriores, relacionando-se os problemas ósteo-musculo-articulares na gravidez com fatores posturais, distensão de músculos e ligamentos, aumento acentuado de peso e lordose lombar (Melhado e Soler, 2004, De Conti et al. 2003).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação tardia, de acordo com a abordagem teórica e questionamentos realizados revela ser um estado que requer mais cuidados da gestante, de seu obstetra e da equipe multiprofissional que a assessora. O fisioterapeuta inserido nesta equipe é o profissional responsável por avaliar e tratar os sintomas decorrentes do desconforto músculo-esquelético apresentados.

Ainda que a mulher tenha adiado o estado de gestar, este momento parece ser esplendido em emoções e os acontecimentos necessitam bem-estar físico materno e fetal.

Este estudo permite perceber a incidência dos sintomas de desconforto músculo-esquelético, porém, não permite afirmar que tais desconfortos estão relacionados com a idade materna. No entanto, nesta fase, da gravidez tardia, a mulher se encontra em processo de declínio hormonal, e conseqüentemente, mais suscetível, aos sintomas acima citados.

Contudo é necessário, que se faça mais pesquisas, com número maior de sujeitos para se afirmar os achados deste estudo e que a equipe multiprofissional que geralmente trabalha em obstetrícia dê mais ênfase em mulheres que gestam em idade mais avançada. .

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERT H, GODSKESEN M, WESTERGAARD J. **Evaluation of clinical tests used in classification procedures in pregnancy - related pelvic joint pain.** Eur Spin J 2000; 9:161-66.
- ARTAL, R.; WISWELL, R.; DRINKWATER, B. L. **O exercício na gravidez.** 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.
- CHISTÓFALO C. ; MARTINS A.J. ; TUMELERO S. **A prática de exercício físico durante o período de gestação.** Revista Digital, ano 9-nº 59-abr.2003. Disponível em: <http://www.efdeportes.com> Acesso em: 18 de Maio.2005
- DE CONTI MHS, CALDERON IMP, CONSONNI EB, PREVEDEL TTS, DALBEN I, RUDGE MVC. **Efeitos de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos da gestação.** Rev Bras Ginecol Obstet 2003; 25:647-4.
- FRANZONI, M. B. ; BRAZ, M. M. **Efeito das alterações posturais da gestante sobre o trabalho.** Fisio & terapia, jul/ago. 2003. Disponível em: <http://www.fisiooon.com.br>. Acesso em: 09 de abril. 2005.
- GRANATO, A. **O começo da vida aos 40.** Revista Veja vol. 31. n.48. dez. 1998.
- GIL COURRY HJC. **Self-administered preventive programme for sedentary workers: reducing musculoskeletal symptoms or increasing awareness.** Appl. Ergon 1998; 29 (6): 415-21.
- GUYTON, A. C. ; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002.
- KUORINKA I et al. **Standardised Nordic Questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms.** Ap Ergon 1987; 18(3):233-37
- MATTHES, A. C. S. ; CUNHA, S. P. **A implicação do meio de locomoção na vida da gestante.** Revista Femina. vol. 29. n. 8. set. 2001.
- MELHADO, S. J. C. ; SOLER, Z. A. S.G. **A lombalgia na gravidez: Análise entre gestantes no último trimestre da gestação.** Revista Femina. vol. 32. n. 8. set. 2004.
- MELZACK R. **The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods.** Pain 1974; 1:277-98
- PASTORE, K. **A ditadura do relógio biológico.** Revista Veja. n.15. ano 35. abr. 2002.
- POLDEN, M. ; MANTLE, J. **Fisioterapia em obstetrícia e ginecologia.** 2. ed. São Paulo: Santos, 2000.

PREVEDEL TTS, CALDERON IMP, DE CONTI MH, CONSONNI EB, RUDGE MVC. **Repercussões maternas e perinatais da hidroterapia na gravidez.** Rev Bras Ginecol Obstet 2003; 25:53–9.

RANSFORD AO, CAIRNS D, MOONEY V. **The pain drawing as na aid to the psychologic evaluation of patients with low-back pain.** Spine 1976;1:127-34.

REPUSI,M.**Gravidez aos 40 anos.** Jornal da cidade. Bauru; 18. set. 2005.JC saúde; p.1.

RODRIGUES, L. G. **Gravidez tardia: uma opção de risco.** 2005.47f. Monografia (Pós-Graduação em Enfermagem Obstrétrica)-Universidade do Sagrado Coração,Bauru.

ANEXO 1- CARTA DE AUTORIZAÇÃO

ANEXO 2- TERMO DE CONSENTIMENTO

Título do projeto: Análise dos relatos de desconforto músculos-esqueléticos em mulheres com gestação tardia.

Endereço: Irmã Arminda 10-50 Fone 3235700

Pesquisador responsável: Prof^ª.dr^ª. Marta Helena Souza De Conti

Local em que foi desenvolvida a pesquisa: Hospitais, maternidades, clínicas, postos de saúde da região de Bauru.

- **Resumo:** Para este trabalho foi feito uma avaliação fisioterapeuta e aplicação de um questionário desconforto músculo esquelético.
- **Riscos e Benefícios:** Esta pesquisa não promoverá nenhum risco as gestantes, e contudo irá colaborar para futuros estudos da qualidade de vida em gestantes.
- **Custos e pagamentos:** A aceitação e participação neste estudo não acarretará nenhum custo ou pagamentos.
- **Confidencialidade**

Eu.....entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, foi confidencial.Eu entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores.Esclareceram-me que minha identidade não foi revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

- **Direitos de Desistência**

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará adversamente meu tratamento na clínica ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicada.

- **Consentimento Voluntário.**Eu certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida.Minha assinatura demonstra que concorde livremente em participar deste estudo.

Assinatura da participante da pesquisa: Data: / /

Eu certifico que expliquei a Sra.....,acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados á sua participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me fora feitas e testemunhei assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador Responsável:.....Registro no conselho:.....Telefone:.....

Endereço:..... Data: / /

ANEXO 3 - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA

1. Nome: _____
2. Data de nascimento: ____/____/____.
3. Peso: _____ Altura: _____
4. Endereço: _____
Telefone: _____
5. Estado civil:
 casada solteira viúva divorciada outros
6. Quantos filhos têm? _____
7. Escolaridade:
 primário – 1ª à 4ª série ginásio – 5ª à 8ª série 2º grau – colegial
 nível superior sem escolarização
8. Trabalha: sim não
9. Se trabalha, qual a ocupação? _____
10. Renda familiar: R\$ _____
11. HMP: _____

12. HMA: _____

13. INSPEÇÃO: _____

14. PALPAÇÃO: _____

15. AVALIAÇÃO
POSTURAL: _____
VISTA ANTERIOR: _____
VISTA LATERAL: _____
VISTA POSTERIOR: _____

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DE DESCONFORTOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS PERCEBIDOS, QUANTO A REGIÃO CORPORAL ACOMETIDA, AO TIPO, INTENSIDADE, FREQUÊNCIA E A DURAÇÃO.

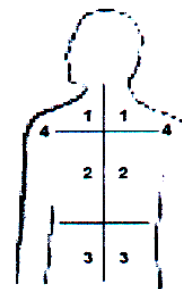
- Você apresenta desconforto músculo - esquelético.
 - sim
 - não
- Assinale o(os) local(is) em que esse(s) desconforto(os) ocorre(m) e informe as características. Para melhor discriminar as regiões do pescoço, costa (alta ou baixa), observe o desenho.

MEMBROS SUPERIORES (ombro, cotovelo, braço)	MEMBROS INFERIORES (pé / perna / joelho / coxa)	NUCA (pescoço, parte de trás)	COSTAS <input type="checkbox"/> alta (dorsal) <input type="checkbox"/> baixa (lombar)
a) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	a) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	a) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	a) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
b) Que tipo é? <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> sensação de peso <input type="checkbox"/> formigamento <input type="checkbox"/> outros	b) Que tipo é? <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> sensação de peso <input type="checkbox"/> formigamento <input type="checkbox"/> outros	b) Que tipo é? <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> sensação de peso <input type="checkbox"/> formigamento <input type="checkbox"/> outros	b) Que tipo é? <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> sensação de peso <input type="checkbox"/> formigamento <input type="checkbox"/> outros
c) Intensidade é: <input type="checkbox"/> fraca <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> insuportável	c) Intensidade é: <input type="checkbox"/> fraca <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> insuportável	c) Intensidade é: <input type="checkbox"/> fraca <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> insuportável	c) Intensidade é: <input type="checkbox"/> fraca <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> insuportável
d) Frequência: <input type="checkbox"/> raramente(2a3X/mês) <input type="checkbox"/> infrequente(1Xmês) <input type="checkbox"/> freqüente(1Xsemana) <input type="checkbox"/> quase todo dia <input type="checkbox"/> diário	d) Frequência: <input type="checkbox"/> raramente (2 a 3Xmês) <input type="checkbox"/> infrequente (1Xmês) <input type="checkbox"/> freqüente (1Xsemana) <input type="checkbox"/> quase todo dia <input type="checkbox"/> diário	d) Frequência: <input type="checkbox"/> raramente(2a3X/mês) <input type="checkbox"/> infrequente(1Xmês) <input type="checkbox"/> freqüente(1Xsemana) <input type="checkbox"/> quase todo dia <input type="checkbox"/> diário	d) Frequência: <input type="checkbox"/> raramente (2 a 3Xmês) <input type="checkbox"/> infrequente (1Xmês) <input type="checkbox"/> freqüente (1Xsemana) <input type="checkbox"/> quase todo dia <input type="checkbox"/> diário
e) Duração: <input type="checkbox"/> alguns minutos <input type="checkbox"/> até uma hora <input type="checkbox"/> algumas horas <input type="checkbox"/> várias horas <input type="checkbox"/> não é regular	e) Duração: <input type="checkbox"/> alguns minutos <input type="checkbox"/> até uma hora <input type="checkbox"/> algumas horas <input type="checkbox"/> várias horas <input type="checkbox"/> não é regular	e) Duração: <input type="checkbox"/> alguns minutos <input type="checkbox"/> até uma hora <input type="checkbox"/> algumas horas <input type="checkbox"/> várias horas <input type="checkbox"/> não é regular	e) Duração: <input type="checkbox"/> alguns minutos <input type="checkbox"/> até uma hora <input type="checkbox"/> algumas horas <input type="checkbox"/> várias horas <input type="checkbox"/> não é regular

- Tem desconforto(s) em outro(s) local(is)? Qual(is)?

Para responder observe a figura ao lado:

- 1 = nuca (pescoço);
- 2 = costas – parte alta;
- 3 = costas – parte baixa;
- 4 = ombro



ANEXO IV COMITÊ DE ÉTICA.



Universidade do Sagrado Coração

PRPPGPró-reitoria
de Pesquisa e
Pós-graduação**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA***Protocolo nº 18/06*

Título do Projeto: “Análise dos relatos de desconforto músculo-esquelético em mulheres com gestação tardia”

Pesquisadora Responsável: Prof.^a Dr.^a Marta Helena Souza De Conti

Alunas: Cristina dos Reis
Scheila Shirlei Viveiros

Comitê de Ética:

O CEP analisou, baseado em parecer competente, o presente projeto e o considerou aprovado.

Data: 30/3/06

Assinatura do Presidente:

Prof. Dr. Marcos da Cunha Lopes Virmond