

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO

SARAH ZACARIAS

COMPARAÇÃO DA DIÁSTASE ABDOMINAL E DOR LOMBAR ENTRE
PRIMIGESTAS E MULTÍPARAS.

BAURU

2021

SARAH ZACARIAS

COMPARAÇÃO DA DIÁSTASE ABDOMINAL E DOR LOMBAR ENTRE
PRIMIGESTAS E MULTÍPARAS.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Área de Ciências da
Saúde do Centro Universitário
Sagrado Coração, como parte dos
requisitos para obtenção do título de
bacharel em Fisioterapia, sob
orientação da Profa. Dra. Marta
Helena Souza De Conti.

BAURU
2021

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

Z13c	<p>Zacarias, Sarah</p> <p>Comparação da Diástase Abdominal e Dor lombar entre primigestas e múltiparas / Sarah Zacarias. -- 2021. 32f. : il.</p> <p>Orientadora: Prof.^a Dra. Marta Helena Souza De Conti</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP</p> <p>1. Gestação. 2. Primigestas. 3. Múltiparas. 4. Diástase. 5. Lombalgia. I. Conti, Marta Helena Souza de. II. Título.</p>
------	---

SARAH ZACARIAS

COMPARAÇÃO DA DIÁSTASE ABDOMINAL E DOR LOMBAR ENTRE
PRIMIGESTAS E MULTÍPARAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Área de Ciências da Saúde do Centro Universitário Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia, sob orientação da Prof^a Dra. Marta Helena de Souza De Conti.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marta Helena Souza De Conti

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Marta Helena Souza De Conti (Orientadora)
Centro Universitário Sagrado Coração

Prof.^a Me. Gabriela de Souza Canata Rodrigues
Centro Universitário Sagrado Coração

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus e aos meus pais, com carinho.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, por ser essencial na minha vida, pelos milagres na minha vida: cura de uma Leucemia quando eu tinha apenas 12 anos de idade, por me abençoar em ambas as cirurgias de artroplastia de quadril e por permitir que eu realizasse meu sonho de ser Fisioterapeuta. Durante esses anos de graduação foi Ele quem me amparou com muita coragem, humildade e sabedoria para vencer todos os obstáculos.

Aos meus pais que não mediram esforços para que eu realizasse meu sonho. Mamãe, sua fé, seu amor, seu cuidado e sua dedicação me deram esperanças para seguir sempre em frente, te admiro muito e espero ser um terço da excelente profissional que você sempre foi. Papai, sua fé, seu amor e sua coragem me passavam segurança e certeza de que eu não estava sozinha nessa caminhada. Vó embora a senhora já não esteja mais aqui comigo, gostaria que soubesse que você também faz parte desse sonho, obrigada pelo amor, carinho, conselhos e ensinamentos, saiba que eles são essenciais na minha vida. Gostaria que você estivesse aqui comigo para comemorar a realização desse nosso sonho, te amo pra sempre.

Gostaria também de agradecer a minha querida professora e agora orientadora Marta Helena de Souza De Conti, obrigada por todos os ensinamentos éticos e humanos. Seu amor, seu carinho e a sua dedicação pela área de Saúde da Mulher é contagiante esse amor com toda a certeza me contagiou ainda mais depois das suas aulas, e hoje posso dizer que não me vejo em outra área de atuação que não seja a Saúde da Mulher. Aos professores, que tarefa mais linda de vocês, nos ensinam tudo o que precisamos, com amor, paciência e compreensão sempre. Vocês são essenciais para que possamos brilhar com nosso profissionalismo.

E claro, meus amigos queridos: Nicole, Bianca, Tayná, Pedro e Rafael vocês foram essenciais nessa jornada. Obrigada pela amizade verdadeira, pela parceria e por todo o amor, carinho e respeito que vocês sempre tiveram comigo, saibam que é recíproco. Tenho certeza de que todos vocês serão excelentes fisioterapeutas e terão muito sucesso, amo muito vocês amigos.

EPÍGRAFE

“A gratidão é o único tesouro dos humildes”. (William Shakespeare)

RESUMO

Introdução: A gestação é compreendida como uma sequência de adaptações fisiológicas e mudanças nos diversos setores de vida da mulher a partir da fertilização. O estiramento da musculatura abdominal durante a gestação é indispensável para permitir o crescimento uterino, ocorrendo, portanto, uma separação dos feixes dos músculos retos abdominais. **Justificativa:** Considerando as diversas adaptações corpóreas que ocorrem durante e após o período gestacional com os reflexos no sistema musculoesquelético, realizar a comparação da diástase abdominal e a dor lombar entre primigestas e multíparas é importante para a compreensão e entendimento do efeito da diástase abdominal em relação a dor lombar em gestantes primigestas e multíparas, prevenindo assim, futuras complicações. **Objetivo:** Comparar a diástase abdominal e dor lombar entre primigestas e multíparas. **Material e método:** Foi realizado um estudo retrospectivo, de análise quantitativa e de caráter observacional, com gestantes participantes do Projeto de Extensão “Gestação, Vida e Saúde”, do Centro Universitário Sagrado Coração- (UNISAGRADO), Bauru/SP. Serão incluídas gestantes na faixa etária entre 20 e 36 anos e serão excluídas as gestantes que não tiverem 75% de frequências nos encontros. **Resultados:** Foram avaliadas 39 primigestas e 14 multíparas. Em relação a diástase do reto abdominal (DRA): As primigestas apresentaram em média 24,9 anos; DRA nas regiões supraumbilical (1,46 cm), umbilical (1,50 cm) e infraumbilical (0,93 cm). Multíparas mostraram em média 27,6 anos; DRA nas regiões supraumbilical (2,63 cm), umbilical (2,47cm) e infraumbilical (1,35 cm). **Discussão:** O objetivo deste estudo foi comparar a diástase abdominal e dor lombar entre primigestas e multíparas no município de Bauru/SP. Foi observado que os relatos de ocorrência da DRA apontaram maiores índices na média e desvio padrão da medida na cicatriz umbilical em primigestas ($1,50 \pm 0,81$ cm) e na supraumbilical em multíparas ($2,63 \pm 0,91$ cm), sendo considerada patológica. **Conclusão:** Os resultados da comparação da diástase abdominal entre primigestas e multíparas permitem concluir que as multíparas apresentam diástase abdominal maiores nas regiões supraumbilical e umbilical que as primigestas. Em relação às características de dor lombar, não houve influência na condição de ser primigesta ou multípara.

Palavras-chaves: Gestação. Primigestas. Multíparas. Diástase. Lombalgia.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is understood as a sequence of physiological adaptations and changes in different sectors of women's lives from fertilization onwards. The stretching of the abdominal muscles during pregnancy is essential to allow uterine growth, therefore, a separation of the rectus abdominis muscle bundles occurs. **Justification:** Considering the various body adaptations that occur during and after the gestational period with reflexes on the musculoskeletal system, comparing abdominal diastasis and low back pain between primigravid and multiparous women is important for understanding and understanding the effect of abdominal diastasis in relation low back pain in pregnant women who are primigravid and multiparous, thus preventing future complications. **Objective:** Compare abdominal diastasis and low back pain between primiparous and multiparous. **Material and method:** A retrospective study, with quantitative analysis and observational character, was carried out with pregnant women participating in the Extension Project "Pregnancy, Life and Health", at the Sagrado Coração University Center (UNISAGRADO), Bauru/SP. Pregnant women aged between 20 and 36 years will be included and pregnant women who do not have 75% attendance at the meetings will be excluded. **Results:** To date, 39 primiparous and 14 multiparous women were evaluated. Regarding ARD: The primiparous women had an average of 24.9 years; ERD in the supraumbilical (1.46 cm), umbilical (1.50 cm) and infraumbilical (0.93 cm) regions. Multipara showed an average of 27.6 years; ARD in the supraumbilical (2.63 cm), umbilical (2.47 cm) and infraumbilical (1.35 cm) regions. **Discussion:** The aim of this study was to compare abdominal diastasis and low back pain between primiparous and multiparous women in the city of Bauru/SP. It was observed that the reports of occurrence of ARD indicated higher indices in the mean and standard deviation of the measurement in the umbilical scar in primiparous (1.50 ± 0.81 cm) and in the supraumbilical in multiparous women (2.63 ± 0.91 cm), being considered pathological. **Conclusion:** The results of the comparison of abdominal diastasis between primiparous and multiparous allow us to conclude that multiparous women present greater abdominal diastasis in the supraumbilical and umbilical regions than the primiparous regions. Regarding the characteristics of low back pain, there was no influence on the condition of being primiparous or multiparous.

Keywords: Pregnancy. Primitives. Multiparas. Diastasis. Backache.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	JUSTIFICATIVA	11
3	OBJETIVO	12
4	MATERIAL E MÉTODO	13
4.1	Tipo de estudo e amostra	13
4.2	Participantes.....	14
4.3	Procedimento de coleta dedados.....	15
5	RESULTADOS	16
6	DISCUSSÃO	18
7	CONCLUSÃO	20
	REFERÊNCIAS	21
	ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ	24
	APÊNDICES	26

1 INTRODUÇÃO

A gestação é compreendida como uma sequência de adaptações fisiológicas e mudanças nos diversos setores de vida da mulher a partir da fertilização. Durante esse período, ocorrem mudanças corporais devido à ação do hormonal da relaxina, progesterona e estrogênio gerando mudanças no sistema locomotor como: constante crescimento do útero, ganho de peso, aumento das mamas, mudança no centro de gravidade, alterações de equilíbrio e frouxidão ligamentar contribuindo para o deslocamento do centro de gravidade pendurando para frente, bem como o espaçamento dos feixes dos músculos da parede abdominal (SANTOS *et al.*, 2016).

O estiramento da musculatura abdominal durante a gestação é indispensável para permitir o crescimento uterino, ocorrendo, portanto, uma separação dos feixes dos músculos retos abdominais. As mudanças biomecânicas dos músculos abdominais facilitam o aparecimento da diástase abdominal. Sua etiologia está relacionada com as alterações dos hormônios relaxina, estrógeno e progesterona, associadas a sobrecarga mecânica pelo crescimento uterino, assim todo tecido conectivo local, incluindo a linha alba ficam expostos, o que predispõe esse afastamento. Uma diástase acima de 2,5cm pode ser considerada prejudicial, pois podem interferir na capacidade funcional da musculatura abdominal de estabilização do tronco e em funções como postura, parto, defecação, contenção visceral e estabilização lombar (RETT *et al.*, 2012).

A primigestação é um período fisiológico de caráter adaptativo e um momento crítico marcado por ansiedade e angústias, pela responsabilidade de ter que assumir um novo papel que é ser mãe, contribuindo para o ganho de peso. As multigestas, em especial aquelas que estão em situação de vulnerabilidade econômica e têm que assumir inúmeros encargos, vivem uma violência social silenciada, ou seja, sem espaço para erros, raiva e tristeza, justificando os altos índices de obesidade (SIMAS *et al.*, 2018).

O estiramento do útero na gestante também pode gerar lombalgia (SILVA,2011), sendo uma queixa esperada pelos médicos. O abdômen protruso promove o deslocamento do centro de gravidade, devido a liberação dos hormônios relaxina e estrógeno que são capazes de promover um afrouxamento ligamentar. Esse processo gera uma lordose acentuada, que pode causar um processo doloroso em razão da sobrecarga dos músculos lombares e posteriores da coxa (NOVAES, 2006).

A dor lombar gestacional pode ser caracterizada como uma dor na região lombar e quando ocorre irradiação para o glúteo e membros inferiores, caracteriza-se como lombociatalgia, sendo na maioria dos casos moderada. Em algumas exceções pode causar incapacidades físicas (GOMES *et al.*, 2013). Com a evolução da gestação, o relato da intensidade do sintoma de dor pode alterar de moderado a severo (MADEIRA *et al.*, 2013). A etiologia da hiperlordose é multifatorial, considera-se principalmente as biomecânicas e peso do feto, podendo contribuir para as queixas de dor (NOVAES, 2006).

Com a evolução da gestação, ocorre uma redução de sua capacidade funcional e os sintomas de dor com intensidade e duração variáveis ocasionam diversas interferências nas atividades de vida diária, como: carregar objetos, limpar a casa, sentar/caminhar, gerando absenteísmo, distúrbios do sono, incapacidade motora e em alguns casos depressão (MOREIRA *et al.*, 2011).

2 JUSTIFICATIVA

Este tema foi escolhido, pois considerando as diversas adaptações corpóreas que ocorrem durante e após o período gestacional com os reflexos no sistema musculoesquelético, realizar a comparação da diástase abdominal e a dor lombar entre primigestas e múltiparas é importante para a compreensão e entendimento do efeito da diástase abdominal em relação a dor lombar em gestantes primigestas e múltiparas. Acredita-se que seus resultados contribuirão para que muitas mulheres tenham uma melhor qualidade de vida durante e após a gestação, fornecendo esclarecimentos também para outros profissionais da saúde que prestam atendimento para as gestantes, sobre os devidos cuidados que devem ser adotados, prevenindo assim, futuras complicações.

3 OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi comparar a diástase abdominal e dor lombar entre primigestas e múltiparas.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo e amostra

Estudo retrospectivo, de análise quantitativa e de caráter observacional, com gestantes participantes do Projeto de Extensão “Gestação, Vida e Saúde”, do Centro Universitário Sagrado Coração- (UNISAGRADO), Bauru/SP. Será realizada amostragem não probabilística por julgamento e se deu por meio de demanda espontânea.

4.2 Participantes

Foram incluídas gestantes na faixa etária entre 20 e 36 anos, participantes do Projeto de Extensão “Gestação, Vida e Saúde”, do Centro Universitário Sagrado Coração- (UNISAGRADO), Bauru/SP.

Serão excluídas as gestantes que não tiverem 75% de frequências nos encontros.

4.3 Procedimento de coleta de dado

Para este estudo foi utilizado um formulário contendo itens: a) caracterização dos sujeitos (aspectos sociodemográficos), que tiveram como base o suporte teórico de outras investigações. (MARTARELLO, 2009; BIFF, 2006; BACHIEGA, 2009); b) diástase abdominal; c) Incontinência urinária.

a) **Para caracterização dos sujeitos:** Os aspectos demográficos foram constituídos por questões fechadas que abrange a idade (em anos completos), arranjo familiar (casado ou em união consensual, solteiro, separado, viúvo e não respondeu), cor da pele (branca, preta, parda, amarela e indígena).

Os aspectos socioeconômicos (Anexo 1) foram investigados pela escolaridade (em anos de estudo) e renda, definido a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Nacional de Empresas de Pesquisa) que estimaram o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. (BRASIL, 2015).

b) Medida da distância inter reto abdominal

Inicialmente, foi realizado pelas examinadoras um treinamento de exercício de calibração pelo Coeficiente de Kappa (simples e ponderado) (COHEN, 1960) para

padronização dos critérios de medida da diástase. A calibração consistiu na repetição de exames nas mesmas pessoas, por diferentes examinadores, ou pelo mesmo examinador nas mesmas pessoas em diferentes momentos. Foi definida como o processo que visava estabelecer padrões uniformes para o exame e determinava parâmetros aceitáveis de consistência inter e intra examinadores. A amostra foi constituída de 20 gestantes, considerado índice de $\approx 20\%$ da amostra total de participantes, obtendo-se assim, uma significância para aplicação de um cálculo estatístico. A primeira medida foi realizada no dia da avaliação (primeiro contato) e a segunda, até 48h após a primeira avaliação.

A posição da gestante para avaliação da diástase foi exercida em litotomia (decúbito dorsal, com joelhos e quadris flexionados, pés apoiados na cama e braços ao longo do corpo). Nessa posição, em primeiro lugar, com auxílio de uma fita métrica, foram demarcados com lápis dermográfico três regiões de interesse: região umbilical (ao nível da cicatriz umbilical), supraumbilical (4,5 cm acima da cicatriz umbilical) e infraumbilical (4,5 cm abaixo da cicatriz umbilical). (RETT et al., 2014; CHIARELLO, MCAULEY, 2013). Posteriormente, foi solicitado que a gestante realizasse a flexão anterior do tronco até que o ângulo inferior da escápula estivesse fora da maca. Assim, o examinador palpou os limites das bordas mediais dos músculos reto abdominais em seguida posicionou o paquímetro digital (Paquímetro Universal Digital 150 MM 6 Polegadas - Zaas) e realizou a aferição precisa nas três regiões demarcadas anteriormente. O valor final para cada região foi considerado a média após 3 medidas consecutivas.

O paquímetro é um instrumento de precisão que obedece às normas internacionais para auxiliar na medição da diástase abdominal e possui alta confiabilidade intra e inter avaliadores. Os resultados em milímetros foram transformados em centímetros ($10 \text{ mm} = 1 \text{ cm}$) e apresentados em uma escala a partir de 0. Segundo Pitangui et al. (2016), a utilização do paquímetro, assim como, a palpação (também conhecida como polpas digitais) são instrumentos que mostram confiabilidade e concordância, sendo parâmetros fidedignos e reprodutíveis.

Utilizou-se a medida de distância inter-reto abdominal (DRI) considerando DRA a partir dos seguintes valores: ≥ 2 cm na região supraumbilical e ≥ 1 cm na infraumbilical, estabelecidos por CHIARELLO, MCAULEY (2013) e RETT (2014).

Este ponto de corte foi utilizado para categorização da medida da diástase sem complicação (medidas inferiores a supracitadas) e com complicação (medidas superiores a supracitadas), que de acordo com é o parâmetro chave para que uma diástase seja prejudicial à saúde da mulher.

Com a gestante na mesma posição, foi realizada também a investigação da prevalência de DRA considerada como sim / não por meio da mensuração da distância inter reto por meio das polpas digitais nos três locais (supraumbilical, umbilical e infraumbilical) e foram categorizadas em graus: leve, moderado e grave. Considerar-se á categorias: (1) sem-DRA (distância <2 dedos), (2) DRA leve (2 a 3 dedos), (3) DRA moderada (3-4 pontas de dedos) e (4) DRA grave com separação de 4 ou mais dedos (CANDIDO et al., 2005).

c) Relatos de dor lombar: A dor lombar foi verificada pelos relatos de sintomas de desconforto músculo esqueléticos e suas características (frequência, duração e severidade) (HOLMSTROM, MORITZ, 1991), Escala visual Analógica de dor (EVA).

Análise de dados

Os dados foram submetidos a análise descritiva por meio de média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa e foram apresentados por meio de gráficos e tabelas. Foi utilizado o programa estatístico Bioestat 5.3. As comparações da diástase abdominal e da dor lombar entre primigestas e multíparas foram realizadas por meio do teste do qui-quadrado, ao nível de 5% de significância. Para a análise de dados da dor lombar foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para avaliar a distribuição normal da amostra foi utilizado o teste de Shapiro.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi inserida na Plataforma Brasil e, conseqüentemente, submetida à direção da entidade e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sagrado Coração (USC), em consonância com o princípio anunciado na Declaração de Helsinque e nos termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo parecer nº 1.411.083.

5 RESULTADOS

Analisou-se 39 primigestas, que apresentaram média de idade de 24,9 anos, estrutura familiar composta de 2,9 pessoas que residem na mesma casa e escolaridade de 13,4 anos. Em relação a raça, estado civil, renda familiar e anos de estudo os dados apontaram que 41,02% eram pardas, 43,5% eram brancas e 12,8% eram negras. Entre as voluntárias, 79,48% são casadas e 20,51% são solteiras, e renda familiar correspondente a 28,2%, em relação aos anos de estudo 13,4%.

Nas 14 multíparas observou-se média de idade de 27,1 anos, estrutura familiar composta de 4,1 pessoas que residem na mesma casa e escolaridade de 11 anos. Em relação a raça, estado civil, renda familiar e anos de estudo os dados apontaram que 50% eram pardas, 42,9% eram brancas e 7,1% eram negras. Entre as voluntárias, 14,2% são casadas e 85,8% são solteiras, e renda familiar correspondente a $28,6 \pm 71,4\%$, em relação aos anos de estudo $2,75\%$.

A média da idade gestacional foi de $31,7 \pm 3,2$ nas primigestas e $31,7 \pm 3,7$ nas multíparas, ganho de peso ponderal de 8,34k nas primigestas e 12,4kg nas multíparas.

A DRA apontou maiores índices na média e desvio padrão da medida na cicatriz umbilical em primigestas ($1,50 \pm 0,81$ cm) e na supraumbilical em multíparas ($2,63 \pm 0,91$ cm) (Tabela 2), sendo considerada patológica (que pode dar interferências na dinâmica pélvica) segundo os parâmetros de DIR estabelecidos por CHIARELLO, MCAULEY (2013) e RETT (2014).

Na comparação feita pelo teste estatístico comprovou-se que há diferença significativa entre primigestas e multíparas em relação a diástase nas regiões supraumbilical e umbilical.

Nota-se que as multíparas apresentam distâncias inter reto abdominal maiores que as primigestas nas regiões citadas acima.

Tabela 2. Distribuição dos dados em média (*m*) e desvio padrão (*dp*) em centímetros (cm) referente as medidas de DRA em primigestas e múltiparas nos seguintes pontos: supraumbilical, cicatriz umbilical e infraumbilical.

	PRIMIGESTAS		MULTÍPARAS		Valor de <i>p</i>
	<i>m</i>	<i>dp</i>	<i>m</i>	<i>Dp</i>	
Supraumbilical	1,46	0,79	2,63	0,91	0,0001 *
Circ. umbilical	1,50	0,81	2,47	0,85	0,0015*
Infraumbilical	0,93	0,46	1,35	0,83	0,0895

Fonte: Elaborada pela autora.

*Diferença estatisticamente significativa

Os relatos de ocorrência de sintomas de dor lombar esteve presente na grande maioria, 92,3% das primigestas e 100% das múltiparas.

Em relação à frequência de tais sintomas notaram-se relatos de poucos dias de dor nas primigestas (50%) e múltiparas (51,3%). Em relação à duração da dor, a maioria das gestantes primigestas (78,6%) e múltiparas (51,3%) referiu até 3 meses de sintomas (Tabela 3).

Nota-se que não houve diferença significativa entre primigestas e múltiparas quando comparadas em relação as características de dor lombar.

Tabela 3. Distribuição dos dados referentes aos relatos de dor lombar das primigestas e múltiparas.

	PRIMIGESTAS		MULTÍPARAS		Valor de <i>p</i>
	Absoluta	Relativa (%)	Absoluta	Relativa (%)	
FREQUÊNCIA					
Poucos dias	7	50,0	20	51,3	0,13
Muitos dias	3	21,4	9	23,1	
Todo dia	4	28,6	10	25,6	
DURAÇÃO					
Até 3 meses	11	78,6	20	51,3	0,13
3 a 7 meses	2	14,3	12	30,8	
7 meses a 3 anos	-	-	4	10,2	
Mais de 3 anos	1	7,1	3	7,7	

Fonte: Elaborada pela autora

8 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi comparar a diástase abdominal e dor lombar entre primigestas e multíparas no município de Bauru/SP.

Durante o período gestacional as mulheres passam por uma sequência de adaptações fisiológicas e mudanças nos diversos setores de vida da mulher a partir da fertilização. Durante esse período, ocorrem mudanças corporais devido à ação do hormonal da relaxina, progesterona e estrogênio gerando mudanças no sistema locomotor como: constante crescimento do útero, ganho de peso, aumento das mamas, mudança no centro de gravidade, alterações de equilíbrio e frouxidão ligamentar contribuindo para o deslocamento do centro de gravidade pendurando para frente, produzindo a dor lombar sendo um dos sintomas mais comuns entre as mulheres durante o período gestacional, podendo trazer algumas limitações nas atividades de vida diária, bem como o espaçamento dos feixes dos músculos da parede abdominal, gerando a diástase abdominal.

No presente estudo foi observado após a avaliação de ocorrência da DRA apontaram maiores índices na média e desvio padrão da medida na cicatriz umbilical em primigestas ($1,50 \pm 0,81$ cm) e na supraumbilical em multíparas ($2,63 \pm 0,91$ cm) (Tabela 2), sendo considerada patológica (que pode dar interferências na dinâmica pélvica) segundo os parâmetros de DIR estabelecidos por CHIARELLO, MCAULEY (2013) e RETT (2014).

Um estudo realizado por LANDGRAF et al. (2017) avaliou também a prevalência de diástase abdominal e sua interferência na capacidade funcional em gestantes e apontou que 84,3% referiram dor lombar, com influência moderada (65,1%) na capacidade funcional.

De acordo com Chiarello et al. (2013) a DMRA infraumbilical pode ser significativamente superior em multíparas. Já o estudo de Rett, *et al.* (2009) concluiu que a prevalência de DMRA e a média dessa diástase foram maiores na região supraumbilical tanto nas multíparas quanto nas primíparas. Na região infraumbilical, a média da DMRA foi significativamente maior nas multíparas.

Os relatos de ocorrência de sintomas de dor lombar esteve presente na grande maioria, 92,3% das primigestas e 100% das multíparas. Em relação a frequência de tais sintomas notou-se relatos de poucos dias de dor nas primigestas (50%) e

multíparas (51,3%). Em relação a duração da dor, a maioria das gestantes primigestas (78,6%) e multíparas (51,3%) referiu até 3 meses de sintomas.

Existem outros fatores que podem interferir na dor lombar durante a gestação, como aumento do peso, instabilidade da articulação sacro ilíaca, sedentarismo, posturas inadequadas, hábitos de vida, dor prévia. Estudo publicado recentemente abordam alguns outros fatores de risco para a dor lombar em gestação como a idade e afirmam que quanto mais jovem, maior a chance de desenvolver lombalgia na gestação. (WANG et al., 2004; SANTOS, GALLO, 2010).

Alguns autores relatam que a prevalência de dor lombar pode estar relacionada com ansiedade. Gestantes com um nível elevado de estresse ou ansiedade possuem maior expectativa de apresentar dor lombar. O estudo de ARAÚJO et al. (2008) mostrou que do nível de ansiedade elevado pode ser um fator predisponente para a aumento das dores. Pimenta (1999) também afirmou que todas as experiências humanas, inclusive as que causam dores crônicas, envolvem componentes físicos e emocionais (depressão e ansiedade), no entanto, o humor pode ficar comprometido interferindo na interpretação e no relato da dor.

A literatura aponta que a dor lombar é um dos principais sintomas que acometem gestantes (GOMES *et al.*, 2013), mostrando-se frequente, para alguns autores no terceiro trimestre (SANTOS, GALLO, 2010; OSTGAARD, 1991) e outros, que a prevalência de dor lombar é maior no período de quatro a sete meses de gestação, onde de 50% a 73% das gestantes relata que a manifestação clínica interfere nas atividades de vida diária básicas, atividades instrumentais de vida diária e nas laborais. (RODRIGUES *et al.*, 2012; MADEIRA *et al.*, 2013).

O estudo de Gallo e Santos *et al.* (2018) relata que a dor lombar é frequente durante a gestação e que as multíparas parecem sofrer mais com este desconforto tanto na prevalência como na intensidade e limitação ocasionada pela dor quando comparadas às primigestas.

9 CONCLUSÃO

Os resultados da comparação da diástase abdominal entre primigestas e multíparas permitem concluir que as multíparas apresentam diástase abdominal maiores nas regiões supraumbilical e umbilical que as primigestas. Este fato pode influenciar na biomecânica do assoalho pélvico das multíparas.

Em relação às características de dor lombar, não houve influência na condição de ser primigesta ou multípara.

Portanto, observa-se a importância da intervenção fisioterapêutica é uma ferramenta relevante tanto na prevenção, quanto no tratamento da DMRA e da dor lombar, com atenção às futuras complicações contribuindo para a melhoria na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BACHIEGA, J. C. **Sintomas de distúrbios osteomusculares relacionados à atividade de cirurgiões-dentistas brasileiros**. 2009. Dissertação (Mestrado em Odontologia)- Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2009.

BEER et al. The normal width of the linea alba in nulliparous women. **Clinical Anatomy** v. 2, n.2, p. 706-711, 2009.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego . **Salário Mínimo 2015**. Brasília. 2015. Disponível em: <www.mte.gov.br/salario-minim>. Acesso em: 02 fev. 2021.

DE CONTI, M. H. S. **Avaliação de um programa multiprofissional de preparo para a gestação e parto – repercussões maternas e perinatais**. 2006. 85 f. Tese (Doutorado em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia) – Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, Botucatu, 2006.

AGUIAR, E. O. G.; PEREIRA, J. S.; SILVA, M. A. G. Frequência de dor lombar em grávidas e relação com a idade gestacional. **Fisioter. Bras**; v.8, n.1, p. 31-35, 2007.

GOMES, M. R. A.; ARAÚJO R. C.; LIMA A. S.; PITANGUI, A. R. P. Lombalgia gestacional: prevalência e características clínicas em um grupo de gestantes. **Revista Dor.** ; v.14, n. 2, p.114-117, 2013.

Meneses I.C, Zuardi A.W, Loureiro S.R, Crippa J.A. Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. **Bras Pneumol.** v. 35, n. 1. p.73-82, 2009.

Souza *et al.* Características e diferenças da dor lombar sacroilíaca e lombar durante a gestação em mulheres primigestas e multigestas. **Fisioterapia Brasil**, v. 5, n.4, p.267-271, 2004.

RETT, T.M. et al. Prevalência de diástase dos músculos retoabdominais no puerpério imediato: comparação entre primíparas e múltiparas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.13, n.4, p.275-80, 2009.

SANCHO, M.F.; PASCOAL, A.G.; MOTA, P.; BO, K. Abdominal exercises affect inter-rectus distance in postpartum women: a two-dimensional ultrasound study. **Physiotherapy**, v.101, n.3, p.286-91, 2015.

Novaes FS, Shimo AKK, Lopes MHBM. Lombalgia na gestação. **Rev Latino**, v. 14, n. 4. p. 620-624, 2003.

Madeira *et al.* Incapacidade e fatores associados à lombalgia durante a gravidez. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 35, n. 12, p. 541-548, 2013.

Santos MM, Gallo AP. Lombalgia gestacional: prevalência e características de um programa pré-natal. **Arq Bras Ciên Saúde**, v. 35, n. 3, p. 147-179, 2010.

ARAÚJO, D. M. R.; PACHECO, A. H. de R. N.; PIMENTA, A. M.; KAC, G. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 3, p. 333-340; 2008.

GOMES, M. R. A.; ARAÚJO R. C.; LIMA A. S.; PITANGUI, A. R. P. Lombalgia gestacional: prevalência e características clínicas em um grupo de gestantes. **Revista Dor.**; Vol.14, n. 2, São Paulo, abr/jun 2013.

LANDGRAF, F.M. Diástase abdominal, capacidade funcional, estabilidade pélvica e dor lombar em gestantes. 2017. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Sagrado Coração, Bauru, São Paulo. 2017.

MADEIRA, H.; GARCIA, J.B.; LIMA, M.V.; SERRA, H.O. Incapacidade e fatores associados à lombalgia durante a gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35;n.12;p.541-548; Rio de Janeiro, 2013.

RETT, M.T.; et al. Fatores materno-infantis associados à diástase dos músculos retos do abdome no puerpério imediato. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** V.14, p.73-80, jan-mar, 2014.

MANN, L.; KLEINPAUL, J.F.; MOTA, C.B.; SANTOS, S.G. Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. **Motriz**, Rio Claro, v.16, n.13, p.730-741, jun./set. 2010.

CHIARELLO, C M., MCAULEY, J. A. Concurrent Validity of Calipers and Ultrasound Imaging to Measure Interrecti Distance. **Journaloforthopaedic&sportsphysicaltherapy**. V43. n 7:495-503 (2013).

SANTOS, M.D et al. A dimensão da diástase abdominal tem influência sobre a dor lombar durante a gestação. **Rev. Dor.** São Paulo, v. 17, n. 1, p.43-46; 2016.

PIMENTA, C. A. **Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação.** In: CARVALHO, M. M. (Org.) *Dor: um estudo multidisciplinar.* São Paulo: Summus; 1999.

MADEIRA, H.; GARCIA, J.B.; LIMA, M.V.; SERRA, H.O. Incapacidade e fatores associados à lombalgia durante a gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 35(12):541-8. Rio de Janeiro, 2013.

SIMAS, *et al.* Variáveis Associadas à Ansiedade Gestacional em Primigestas e Multigestas. **Trends Psychol**; v. 26, n. 4, p. 2091-2104, 2018.

SILVA, K. B.; CARVALHO, C. A. Prevalência da lombalgia e sua associação com atividades domésticas em gestantes do município de Itabuna, Bahia. **Rev. Baiana Saúde Pública**; v.35,p.2; abr.-jun, 2011.

MOREIRA LS, Andrade SRS, Soares V, Avelar IS, Amaral WN, Vieira MF. Alterações posturais, de equilíbrio e dor lombar no período gestacional. **Rev Feminina**, v. 39,n.5,p 242-244, 2011.

MARTARELLO, N.A; BENATTI, M.C.C. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v.43,n.2,p.422-428, jun, 2009.

COHEN, J. A Coefficient of agrément for nominal scales. *Rev. Educational and Psychological Measurement*; New York University, v.20,n.1, p.37-46, 1960.

HOLMSTROM, E; MORITZ, U. Low back pain correspondence between questionnaire, interview and clinical examination. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, v.23, p. 119-125, 1991.

CANDIDO, G. et al. Diastasis of the recti abdominis in pregnancy: Risk factors and treatment. **Physiotherapy Canada**, v. 51, n. 1, p. 32-37, 2005.

OSTGAARD, H. C., ANDERSSON, G. B., KARLSSON, K. Prevalence of back pain in pregnancy. **Spine**. Philadelphia, v. 16, n. 5, p. 549-552, may. 1991.

ANEXOS A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS.

	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: ASPECTOS FÍSICOS, DOR LOMBAR E DIÁSTASE ABDOMINAL EM GESTANTES.	
Pesquisador: MARTA HELENA SOUZA DE CONTI	
Área Temática:	
Versão: 1	
CAAE: 53094416.5.0000.5502	
Instituição Proponente: Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
DADOS DO PARECER	
Número do Parecer: 1.411.063	
Apresentação do Projeto:	
contém dos documentos essenciais para a análise da proposta do ponto de vista de ética em pesquisa.	
Objetivo da Pesquisa:	
Verificar a associação entre os aspectos físicos e relatos de dor lombar com a diástase abdominal de primigestas saudáveis do município de Bauru/SP	
 Avaliação dos Riscos e Benefícios:	
riscos mínimos para um coleta dados em que não há, de fato, intervenção técnica ou biológica. Benefícios inerentes ao incremento de informações na área em estudo.	
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:	
o tema é de interesse e as informações obtidas podem auxiliar em maiores informações para medidas preventivas à condição estudada.	
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:	
O TCLE tem texto muito básico e requer que seja revisito. Deve ser elaborado em forma de convite ao participante com explanação breve do objetivo e das etapas de investigação, com clareza e simplicidade de palavras.	
<p>Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Bairro: Rua Imã Aranda Nº 10-00 CEP: 17.011-100 UF: SP Município: BAURU Telefone: (14)2107-7051 E-mail: ppsop@unsc.br</p>	

UNIVERSIDADE DO SAGRADO
CORÇÃO



Continuação do Form. 1.411.001

Recomendações:

rever o TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P PROJETO_654709.pdf	10/02/2016 17:42:34		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/02/2016 17:40:44	MARTA HELENA SOUZA DE CONTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_JC_Leticia_Rodrigues.pdf	10/02/2016 17:37:45	MARTA HELENA SOUZA DE CONTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/02/2016 17:00:24	MARTA HELENA SOUZA DE CONTI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_MARTA.pdf	10/02/2016 16:58:10	MARTA HELENA SOUZA DE CONTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 16 de Fevereiro de 2016.

Assinado por:
Marcos da Cunha Lopes Virmond
(Coordenador)

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Bairro: Rua Iracema Nº 10-00 CEP: 17.015-100
UF: SP Município: BAURU E-mail: prps@uoc.br
Telefone: (14)2107-7061

APÊNDICES

IDENTIFICAÇÃO E VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONOMICAS

Nome _____

Data Nascimento ___/___/_____

Endereço _____

Fone residencial _____ Celular: _____

Fone de contato: _____ Celular de contato: _____

1. Sexo () Feminino () Masculino

2. Quantas pessoas vivem em sua casa? _____ pessoas

3. Qual a sua raça ou cor?

1-	Branca	4-	Amarela
2-	Preta	5-	Indígena
3-	Parda/mulato (a)	6-	Outros

4. Estado civil ou arranjo familiar

1-	Casado ou em união consensual	4-	Viúvo (a)
2-	Solteiro	5-	- Não Respondeu
3-	Separado (desquitado/ divorciado/ separado judicialmente)		

5. Quantos anos você estudou? _____ anos

6. Qual é a renda total por mês das pessoas que moram no seu domicílio, somando a sua e a de todos os outros, considerando todas as fontes, como salários, horas extras, aluguéis, bicos, pensões, aposentadorias, etc? Em Salário Mínimo Nominal – (SMN) vigente em 2015.

1	Até R\$ 788,00 (até 1 SMN)	5	Mais de R\$ 15.760,00 (+ de 20 SMN)
2	De R\$ 788,00 a R\$ 3.940,00 (de 1 a 5 SMN)	6	Não Sabe
3	De R\$ 3.940,00 a R\$ 7.880,00 (5 a 10 SMN)	7	Não Respondeu
4	De R\$ 7.880,00,00 a R\$ 15.760,00 (10 a 20 SMN)		

APENDICE 2: ANTROPOMETRIA

DADOS DA GESTANTE		Registro:
Nome:		Idade:
Antecedentes obstétricos:	Número de Partos:	Via de Parto: Cesárea () Normal ()
Antecedentes Cirúrgicos:		
Antecedentes Ginecológicos:		
Menarca:anos		
Idade Gestacional:		
Altura:		
PESO Pré-gravídico:.....kg	PESO atual:.....kg	
IMC pré gravídico:.....kg	IMC atual:.....kg	
Circunferência abdominal	(4,5 cm acima da cicatriz umbilical) _____cm	(4,5 cm acima da cicatriz umbilical) _____cm
Circunferência Pélvica		

DIÁSTASE ABDOMINAL

Nível da Cicatriz Umbilical () ≤ 1,5 () > 1,5	1ª medição:	cm
	2ª medição:	cm
	3ª medição:	cm
Supraumbilical (4,5 cm acima da cicatriz umbilical) () ≤ 2,7 () > 2,7	1ª medição:	cm
	2ª medição:	cm
	3ª medição:	cm
Infraumbilical (4,5 cm abaixo da cicatriz umbilical) () ≤ 1,4 () > 1,4	1ª medição:	cm
	2ª medição:	cm
	3ª medição:	cm

RELATOS DE DOR LOMBAR

Relato de dor lombar nas 4 ultimas semanas () sim () não
Frequência
() poucos dias () muitos dias () todo dia
Duração:
() até 3 meses () de 3 a 7 meses () 7 meses a 3 anos () mais que 3 anos

PREENCHIDO POR:

DATA: ____/____/____

QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE OSWESTRY

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 neste momento
<input type="checkbox"/>	A dor é moderada neste momento
<input type="checkbox"/>	A dor é mais ou menos intensa neste momento
<input type="checkbox"/>	A dor é muito forte neste momento
<input type="checkbox"/>	A dor é pior imaginável neste 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 dificuldades 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 leves
<input type="checkbox"/>	Não posso levantar nem carregar nada.

Seção 4: Andar

<input type="checkbox"/>	A dor não me impede de andar (qualquer distancia)
<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 bengalas ou muletas
<input type="checkbox"/>	Fico na cama maior parte do tempo e tenho que arrastar para o banheiro.

Seção 5: Sentar

<input type="checkbox"/>	Posso sentar em qualquer tipo de cadeira pelo tempo que quiser
<input type="checkbox"/>	Posso sentar em minha cadeira favorita pelo tempo que quiser
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de sentar por mais de 1 hora
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de sentar por mais de ? hora
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de sentar por mais que 10 minutos
<input type="checkbox"/>	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: Vida Sexual

	Minha vida sexual é normal e não me causa dor extra
	Minha vida sexual é normal, mas me causa dor extra
	Minha vida sexual é quase normal, mas é muito dolorosa
	Minha vida sexual é muito restringida devido à dor
	Minha vida sexual é praticamente inexistente devido à dor.
	A dor me impede de ter atividade sexual.

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.

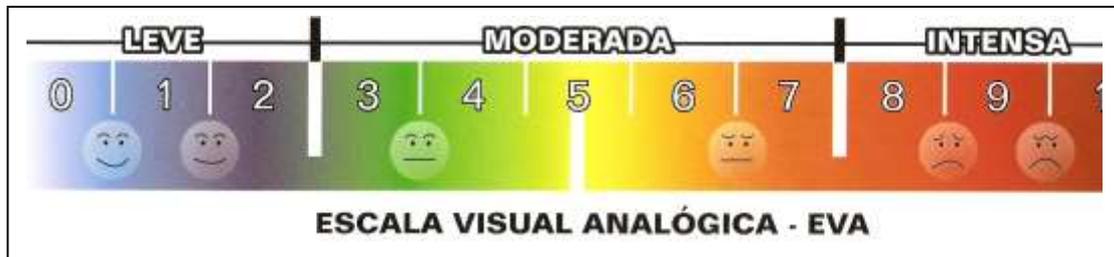
ANEXO 3

QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADES ROLLAND MORRIS

Quando tem dores nas costas, pode sentir dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz. Esta lista contém frases que as pessoas costumam usar para se descreverem quando têm dores nas costas. Quando as ler, pode notar que algumas se destacam porque o descrevem hoje. Ao ler a lista, pense em si hoje. Quando ler uma frase que o descreve hoje, coloque-lhe uma cruz. Se a frase não o descrever, deixe o espaço em branco e avance para a frase seguinte. Lembre-se, apenas coloque a cruz na frase se estiver certo de que o descreve hoje.

1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas.
2. Mudo de posição 30 vezes para tentar que as minhas costas fiquem confortáveis.
3. Ando mais devagar do que o habitual por causa das minhas costas.
4. Por causa das minhas costas não estou a fazer nenhum dos trabalhos que habitualmente faço em casa.
5. Por causa das minhas costas, uso o corrimão para subir escadas.
6. Por causa das minhas costas, deito-me com mais frequência para descansar.
7. Por causa das minhas costas, tenho de me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.
8. Por causa das minhas costas, tento conseguir que outras pessoas façam as coisas por mim.
9. Visto-me mais lentamente do que o habitual por causa das minhas costas.
10. Eu só fico em pé por curtos períodos de tempo por causa das minhas costas.
11. Por causa das minhas costas, evito dobrar-me ou ajoelhar-me.
12. Acho difícil levantar-me de uma cadeira por causa das minhas costas.
13. As minhas costas estão quase sempre a doer.
14. Tenho dificuldade em virar-me na cama por causa das minhas costas.
15. Não tenho muito apetite por causa das dores das minhas costas.
16. Tenho dificuldade em calçar peúgas ou meios altas por causa das dores das minhas costas.
17. Só consigo andar distâncias curtas por causa das minhas costas.
18. Não durmo tão bem por causa das minhas costas.
19. Por causa da dor nas minhas costas, me visto com a ajuda de outras pessoas.
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa das minhas costas.
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas.
22. Por causa das dores nas minhas costas, fico mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que o habitual.
23. Por causa das minhas costas, subo as escadas mais devagar do que o habitual.
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas

ANEXO 4
ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA



A Escala Visual Analógica – EVA consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente, é um instrumento importante para verificarmos a evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento, de maneira mais fidedigna. Também é útil para podermos analisar se o tratamento está sendo efetivo, quais procedimentos têm surtido melhores resultados, assim como se há alguma deficiência no tratamento, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor.

A EVA pode ser utilizada no início e no final de cada atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o atendente deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que **0** significa **ausência total de dor** e **10** o nível de **dor máxima** suportável pelo paciente.

Dicas sobre como interrogar o paciente:

- Você tem dor?
- Como você classifica sua dor? (deixe ele falar livremente, faça observações na pasta sobre o que ele falar)

Questione-o:

- a) Se não tiver dor, a classificação é **zero**.
- b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é **cinco**.
- c) Se for intensa, seu nível de referência é **dez**.

OBS.: Procure estabelecer variações de melhora e piora na escala acima tomando cuidado para não sugestionar o paciente.

