DOI: 10.590/1809-2950/14342922042015

Repercussão da dor da cintura pélvica na funcionalidade de gestantes avaliadas através da versão brasileira do Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ-Brasil): estudo transversal

Repercussion of pelvic girdle pain on pregnant women's functionality evaluated through the Brazilian version of the Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ-Brazil): a cross-sectional study

La repercusión del dolor pélvico en la funcionalidad de embarazadas evaluadas desde la versión brasileña del Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ-Brasil): estudio transversal

Raphaela Rodrigues de Barros[1], Luan Simões[2], Eduarda Moretti[3], Andrea Lemos[4]

RESUMO | Com o objetivo de analisar a repercussão da dor da cintura pélvica na funcionalidade de gestantes, foi realizado um estudo transversal envolvendo mulheres grávidas, com idade entre 18 e 30 anos e diagnóstico clínico de dor da cintura pélvica relacionada à gravidez (DCPG). Foram coletados dados clínicos, seguidos da aplicação do *Pelvic Girdle Questionnaire* versão brasileira (PGQ-Brasil). Participaram do estudo 105 gestantes, das quais 62,9% eram multíparas. O diagnóstico mais frequente foi o de síndrome sacroilíaca unilateral. Quanto ao aparecimento da dor, 45,7% relataram que a dor ocorria durante os movimentos e as atividades que apresentaram maior limitação eram ficar sentada, em pé e andar por mais de 60 minutos. A média da dor na Escala Visual Analógica (EVA) foi 6,59 (1,8 DP), considerada dor moderada. As gestantes com síndrome da cintura pélvica apresentaram uma média de 54,86 (22,39 DP) para o escore total do PGQ-Brasil, as com síndrome sacroilíaca unilateral, 31,11 (17,37 DP) e com síndrome sacroilíaca bilateral 40,32 (17,46 DP). Quando comparada a média de dor entre as síndromes mediante a EVA, a síndrome da cintura pélvica apresentou a maior média (7,67; 1,72 DP), seguida pela síndrome sacroilíaca bilateral (6,86; 1,95 DP) e síndrome sacroilíaca unilateral (6,21; 1,72 DP). Ao correlacionar a média da EVA com o escore total do PGQ-Brasil, observou-se uma correlação positiva (r=0,458, p=0,01), indicando que quanto maior a dor, maior a incapacidade da gestante. Dessa forma, os achados sugerem que a DCPG pode acarretar diversos níveis de incapacidade e afetar diretamente a funcionalidade das gestantes.

Descritores | Gravidez; Atividades Cotidianas; Dor da Cintura Pélvica; Questionários.

ABSTRACT | To analyze the impact of pelvic girdle pain on pregnant women's functionality, a cross-sectional study involving pregnant women, aged between 18 and 30 years, with a clinical diagnosis of pregnancy-related pelvic girdle pain (PGPP) was performed. Clinical data were collected followed by the application of the Brazilian version of the Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ-Brazil). One hundred and five pregnant women participated, of which 62.9% were multiparous. The most frequent diagnostic was the unilateral sacroiliac syndrome. About the onset of pain, 45.7% of them reported that pain occurred on movement and the activities that had greater limitation were sitting, standing, and walking for more than 60 minutes. The average pain according to the Visual Analog Scale (VAS) was 6.59 (SD 1.8), considered a moderate pain. Pregnant women with pelvic girdle syndrome had a mean of 54.86 (SD 22.39) for the total score of PGQ-Brazil; with unilateral sacroiliac syndrome, 31.11 (SD 17.37); and bilateral sacroiliac syndrome, 40.32 (SD 17.46). When the average pain was

[1]Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.
[2]Fisioterapeuta, mestre em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.
[3]Fisioterapeuta, mestranda em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.
[4]Fisioterapeuta, professora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutora em Saúde Materno-Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) – Recife (PE), Brasil.

Endereço para correspondência: Andrea Lemos Bezerra de Oliveira – Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária – CEP 50670-901 – Recife (PE), Brasil –
E-mail: andrealemos4@gmail.com – Telefone: (81) 9232-5707 – Apresentação: dez. 2014 – Aceito para publicação: dez. 2015 – Financiado pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe) – Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE (CEP/CCS/UFPE), sob CAAE nº 07215712.3.0000.5208.

compared among the groups assessed by the VAS, the pelvic girdle syndrome had the highest average pain (7.67; SD 1.72), followed by bilateral sacroiliac syndrome (6.86; SD 1.95), and the unilateral sacroiliac syndrome (6.21; SD 1.72). By correlating the average VAS with the total score of PGQ-Brazil, there was a positive correlation (r=0.458, p=0.01), indicating that the greater the pain, the greater the level of disability of the pregnant woman. The findings suggest that PGPP may result in different levels of disability, which may directly affect the pregnant women's functionality.

Keywords | Pregnancy; Activities of Daily Living; Pelvic Girdle Pain; Questionnaires.

RESUMEN | A fin de evaluar la repercusión del dolor pélvico en la funcionalidad de embarazadas, se realizó un estudio transversal con mujeres embarazadas, entre 18 y 30 años de edad y diagnosticadas clínicamente con dolor pélvico en el embarazo (DPE). Se recolectaron datos clínicos, después de aplicado la versión brasileña del Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ-Brasil). Han participado del estudio 105 embarazadas, de las cuales 62,9% eran multíparas. El diagnóstico más común fue el síndrome sacroilíaco unilateral. Al respecto de la aparición del dolor, un 45,7% dijeron que este dolor ocurría en movimientos y las actividades que les presentaban una mayor limitación eran estar sentada, de pie y caminar por más de 60 minutos. El promedio del dolor en la escala visual analógica (EVA) fue de 6,59 (1,8 DP), considerado un dolor moderado. Las embarazadas con el síndrome pélvico presentaron el promedio de 54,86 (22,39 DP) para la puntuación total del PGQ-Brasil, las con síndrome sacroilíaco unilateral 31,11 (17,37 DP) y con síndrome sacroilíaco bilateral 40,32 (17,46 DP). Al compararse el promedio de dolor entre los síndromes utilizando la EVA, el síndrome pélvico presentó el promedio mayor (7,67; 1,72 DP), enseguida del síndrome sacroilíaco bilateral (6,86; 1,95 DP) y del síndrome sacroilíaco unilateral (6,21; 1,72 DP). Al correlacionarse el promedio de EVA con la puntuación total del PGQ-Brasil, se ha observado una correlación positiva (r=0,458, p=0,01), que muestra que cuanto mayor es el dolor, mayor será la incapacidad de la embarazada. De esta manera, los resultados mostraron que el DPE puede resultar en diversos niveles de incapacidad y puede afectar directamente a la funcionalidad de las embarazadas.

Palabras clave | Embarazo; Actividades Cotidianas; Dolor Pélvico; Cuestionarios.

INTRODUÇÃO

A dor da cintura pélvica relacionada à gravidez (DCPG) é definida como uma dor experimentada entre a crista ilíaca posterior e a prega glútea, particularmente na proximidade das articulações sacroilíacas, podendo irradiar para a região posterior da coxa e ocorrer junto com a dor na sínfise púbica. Sua apresentação clínica é bastante variada, entretanto geralmente é descrita como sendo semelhante a uma punhalada ou tiro, maçante e com queimação na região[1-5].

Estudos de prevalência têm demonstrado que a dor da cintura pélvica em gestantes varia de 4 a 76%. Quando considerados apenas os estudos prospectivos, com diagnóstico através de exames clínicos, essa prevalência cai para aproximadamente 20%[6,7] e para 25 a 30% das mulheres grávidas a condição torna-se grave. As mulheres que já experimentaram dor pélvica durante a gravidez experimentam uma recaída durante uma subsequente gravidez em 85 a 95% dos casos, tornando esta uma condição recorrente durante a gestação[8-10].

O comprometimento da cintura pélvica acarreta diversas limitações e incapacidades físicas, além de problemas de ordem emocional e social, podendo interferir na realização das atividades de vida diária (AVD's) e tarefas ocupacionais. As gestantes com dor pélvica têm dificuldades em atividades simples, como se levantar de uma posição sentada, se virar na cama, se sentar por tempo prolongado, fazer longas caminhadas, se vestir, se despir e carregar pequenos pesos11. Há também uma alta frequência de problemas relacionados a "se levantar do chão" (97%) e à relação sexual (82%), assim como problemas envolvendo o sono durante a noite[12].

A dor ou distúrbios funcionais em relação à dor pélvica devem ser identificados por testes clínicos específicos. Para tanto, em 2011 foi desenvolvido o Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ), um instrumento específico de mensuração da dor pélvica durante a gravidez e o pós-parto. O questionário é de simples e fácil aplicação, apresentando também um elevado grau de consistência para avaliação do constructo, incluindo itens relacionados a duas subescalas: uma referente a atividade/participação e funções do corpo e outra aos sintomas[5,13]. A versão brasileira do questionário (PGQ-Brasil) foi validada em 2014[14] e auxilia na avaliação

e acompanhamento do impacto que a DCPG pode acarretar na funcionalidade de gestantes, considerando todo o contexto social e cultural no qual estão inseridas, além de contribuir para buscar maneiras mais apropriadas de planejar um tratamento específico para essa condição.

Diante do exposto, a proposta deste estudo é analisar a repercussão da dor da cintura pélvica na funcionalidade de gestantes, avaliadas através do PGQ-Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado em seis Unidades de Saúde da Família (USF), correspondentes ao Distrito Sanitário IV da cidade do Recife-PE. A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2013 a julho de 2014, sendo iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o número de protocolo: CAAE 07215712.3.0000.5208.

A amostra foi calculada através do software Epi Info 7, utilizando-se a frequência do evento (incapacidade funcional moderada) de 40%[4]. Estimou-se um erro absoluto de 10% e um nível de confiança de 95%, resultando em 93 participantes que com adicionais 10%, para eventuais perdas, totalizaram 102 gestantes. Colaboraram com o estudo mulheres gestantes, a partir da 18ª semana gestacional, com idade entre 18 e 35 anos e diagnóstico clínico de DCPG. Foram excluídas gestantes com dor lombar relacionada à gestação, mulheres que apresentavam deficiências neurológicas, urológicas, ginecológicas, ortopédicas, pesquisado através do autorrelato das voluntárias. As gestantes que apresentavam incapacidade de compreensão quanto às perguntas do questionário também foram excluídas.

As gestantes que estavam em consultas nas USF foram, através de abordagem verbal, convidadas a participar do estudo e questionadas quanto à presença de queixas dolorosas para realização do diagnóstico inicial. As mulheres consideradas elegíveis, que aceitaram participar do estudo, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, foram coletados os dados sociodemográficos e clínicos, aplicada a Escala Visual Analógica (EVA), para a caracterização da amostra conforme ficha padronizada. As gestantes também foram abordadas quanto à natureza da dor de acordo com a descrição de estudos prévios[15,16]. Um pesquisador previamente treinado realizou os testes diagnósticos para dor na cintura pélvica relacionada com a gravidez, de acordo com as recomendações do European Guideline, o qual preconiza a realização de um teste funcional (elevação da perna reta), quatro testes para a sacroilíaca (provocação posterior da dor pélvica, Patrick-Fabere, Gaenslen e palpação do ligamento sacroilíaco longo dorsal) e dois testes para sínfise púbica (palpação da sínfise púbica e teste modificado de Trendelenburg da cintura pélvica)[5].

No caso do resultado do teste funcional ser positivo, somado a um dos testes para sacroilíaca ou um dos testes positivos para sínfise púbica, o diagnóstico de dor da cintura pélvica era confirmado. A partir da confirmação do teste, a DCPG era categorizada em cinco subgrupos, sendo quatro de classificação (confirmadas por testes objetivos) e um variado: 1) Síndrome da cintura pélvica, quando a dor está presente nas três articulações pélvicas; 2) Síndrome sacroilíaca bilateral, cuja dor é referida em ambas as articulações sacroilíacas; 3) Síndrome sacroilíaca unilateral, com dor presente em uma articulação sacroilíaca; 4) Sinfisiólise, quando apenas a sínfise púbica apresenta dor; e 5) Grupo miscelânea, quando há dor em uma ou mais articulações pélvicas, mas com conclusões inconsistentes. Após categorização, seguia-se com a aplicação do PGQ-Brasil[14].

O PGQ-Brasil inclui itens relacionados a duas subescalas: a primeira, contendo 20 itens, é referente a atividade/participação e funções do corpo, e a segunda subescala é composta por 5 itens, equivalentes aos sintomas. Cada item tem uma pontuação que varia de 0 a 3 e, quanto maior essa pontuação, maior será a dificuldade para realizar a atividade ou maior a queixa em relação ao sintoma[14].

Ao final da avaliação, as gestantes que apresentaram dor da cintura pélvica receberam uma cartilha de informações sobre o assunto e orientações posturais para serem realizadas em casa, visando aliviar a dor. Em caso de agravamento do quadro clínico da gestante após a realização dos testes clínicos, era encaminhada para tratamento na Clínica-Escola de Fisioterapia da UFPE, o que ocorreu com apenas uma participante do estudo.

Os dados coletados foram tabulados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0, através de dupla entrada por dois pesquisadores independentes. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva, através de média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas (idade, altura, peso, **índice de massa corporal**, número de gestações, EVA) e distribuição de frequência para as variáveis categóricas (paridade, período gestacional, estado civil, escolaridade,

renda familiar, tipo de síndrome, localização da dor, circunstâncias de aparecimento da dor e natureza da dor). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para investigar a normalidade da distribuição das variáveis quantitativas. A análise das variáveis quantitativas com distribuição normal foi realizada através do teste ANOVA-One Way. Para os dados não paramétricos foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Em todas as situações foi adotado o nível de significância de **α=0,05**. O coeficiente de correlação de Pearson foi usado para verificar o grau de correlação entre a intensidade da dor da cintura pélvica das gestantes avaliadas por meio da EVA com o escore médio total obtido mediante o questionário PGQ-Brasil.

RESULTADOS

Foram consideradas elegíveis 159 gestantes, das quais 105 tiveram o diagnóstico de dor da cintura pélvica confirmado. Portanto, sem perda amostral, participaram do estudo 105 gestantes, com média de idade de 24,94 (4,97 DP) anos e média de número de gestações de 2,2 (1,03 DP). Quando observado o período gestacional em que foram avaliadas, 59% estavam no 3º trimestre de gestação e 41% no 2º trimestre. Em relação à paridade, 62,9% das gestantes eram multíparas (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos

Variáveis	$\bar{X}$ (DP)
Idade (anos)	24,94 (4,97)
Altura (cm)	160,7 (7,21)
Peso (Kg)	68,82 (12,42)
Índice de massa corporal (Kg/m²)	26,80 (5,05)
Número de gestações	2,27 (1,03)
Paridade N (%)	
Primíparas	39 (37,1)
Multíparas	66 (62,9)
Período gestacional N (%)	
2º trimestre	43 (41)
3º trimestre	62 (59)
Estado civil N (%)	
Solteira	53 (50,5)
Casada	52 (49,5)
Escolaridade N (%)	
<12 anos	34 (32,4)
>12 anos	71 (67,2)
Renda familiar N (%)	
<1 salário-mínimo	17 (16,2)
>1 salário-mínimo	88 (83,8)

Mediante a avaliação da dor pela EVA, foi verificada uma média de dor de 6,59 (1,85 DP), considerada uma dor moderada[17]. O diagnóstico mais frequente foi a síndrome sacroilíaca unilateral, enquanto a sinfisiólise foi identificada em apenas 1% da amostra. Questionadas sobre as circunstâncias de aparecimento da dor, 45,7% das gestantes relataram que a dor aparecia durante os movimentos. Em relação à natureza da dor, a maior parte da amostra relatou que a dor era sentida como se algo estivesse furando. Das atividades presentes no questionário, as que apresentaram maior limitação foram: ficar sentada, ficar em pé e andar por mais de 60 minutos (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da amostra quanto às características da dor

Variáveis	*N (%)*
Distribuição das síndromes	
Síndrome da cintura pélvica	12 (11,4)
Síndrome sacroilíaca bilateral	36 (34,3)
Síndrome sacroilíaca unilateral	56 (53,3)
Sinfisiólise	1 (1)
Localização da dor	
Pelve (direita e esquerda)	53 (50,5)
Pelve (direita)	29 (27,6)
Pelve (esquerda)	23 (21,9)
Circunstâncias de aparecimento da dor	
Durante os movimentos	48 (45,7)
No repouso	35 (33,3)
Durante os movimentos e no repouso	22 (21)
Natureza da dor	
Fura	60 (57,1)
Queima	17 (16,2)
Aperta	11 (10,5)
Choque	2 (1,9)
Outras	15 (14,3)
EVA $\bar{X}$ (DP)	6,59 (1,85)

Ao correlacionar os valores obtidos na EVA com o escore total médio obtido através do questionário PGQ-Brasil, foi possível observar uma correlação positiva (r=0,458, p=0,01), indicando que quanto maior a dor, maior o nível de incapacidade da gestante (Gráfico 1).

Quando comparadas a média de dor e a média do escore total entre os grupos analisados, foi constatado que as gestantes com síndrome da cintura pélvica possuíram a maior média de dor e apresentaram também um maior escore médio total no questionário PGQ-Brasil (Tabela 3).

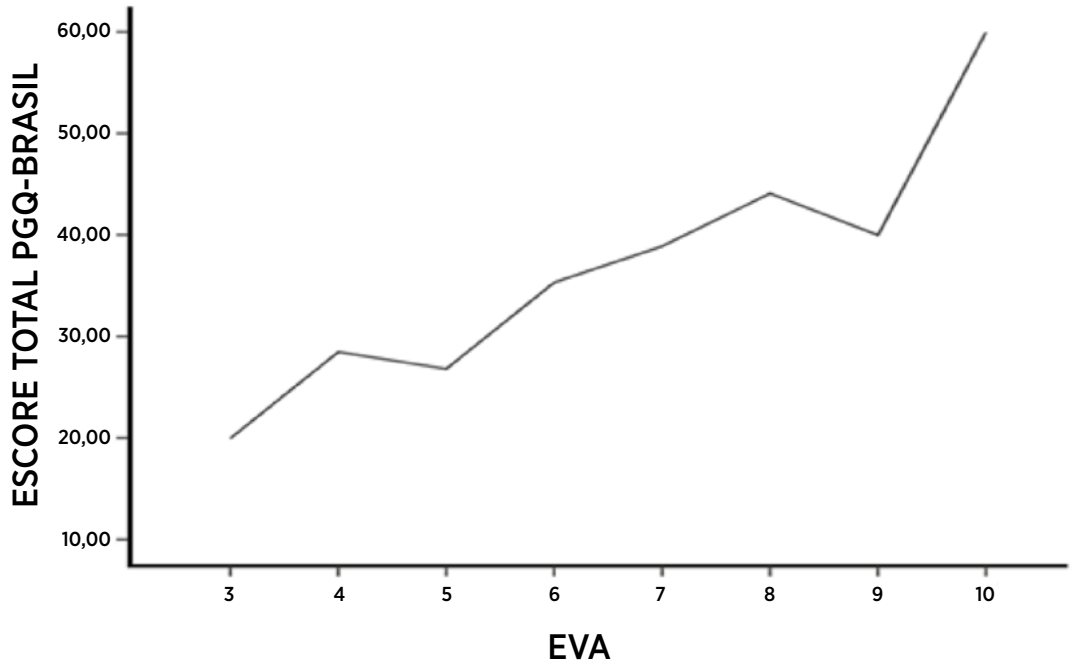

Gráfico 1. Correlação entre a intensidade da dor da cintura pélvica relacionada à gestação avaliada por meio da EVA e o escore total obtido no PGQ-Brasil

Tabela 3. Comparação entre a média da dor obtida pela EVA e do escore médio total do PGQ-Brasil entre as classificações da dor da cintura pélvica relacionada à gravidez

Classificação N (%)	Síndrome da cintura pélvica 12 (11,4)	Síndrome sacroilíaca bilateral 36 (34,3)	Síndrome sacroilíaca unilateral 56 (53,3)	p
Dor $\bar{X}$ *(DP)*	7,67 (1,72)	6,86 (1,95)	6,21 (1,72)	0,027
Escore médio do PGQ-Brasil $\bar{X}$(DP)	54,8 (22,3)	40,3 (17,4)	31,12 (17,3)	0,001

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que quanto maior a dor da cintura pélvica relacionada à gestação, maior é o nível de incapacidade funcional dessas gestantes.

Ainda não há estudos publicados sobre avaliação funcional de gestantes com dor pélvica utilizando o Pelvic Girdle Questionnaire, entretanto em 2006 foi desenvolvido um estudo[18] que investigou, através de questionários elaborados pelos próprios autores, o uso de muletas e o acordar durante a noite em 1.817 gestantes, primíparas e multíparas, com e sem dor pélvica. Observou-se que a dor causada por essa doença fez que 16% de toda sua amostra necessitassem de muletas para se locomover e que entre as mulheres com síndrome da cintura pélvica essa porcentagem foi 36%. Um total de 33% das mulheres com dor pélvica relataram acordar no meio da noite com frequência devido à dor, sendo mais expressivo entre as mulheres com síndrome da cintura pélvica, cuja porcentagem foi de 63%. Além de mostrar a interferência que a dor pélvica causa na funcionalidade das gestantes, o estudo ainda conclui que as gestantes com síndrome da cintura pélvica tiveram marcadamente mais problemas funcionais do que as mulheres com menos articulações pélvicas afetadas. Isso poderia justificar a moderada, e não forte, correlação encontrada, uma vez que a amostra era composta por mais de 80% de gestantes com envolvimento apenas das sacroilíacas e 11% com o diagnóstico de síndrome da cintura pélvica.

Após comparar a média de dor e a média do escore total do questionário PGQ-Brasil entre os grupos analisados e observar que a síndrome da cintura pélvica apresentou a maior média de dor, assim como um maior escore total médio entre as diferentes síndromes, este estudo também sugere que as gestantes com síndrome da cintura pélvica são mais comprometidas funcionalmente.

Conclusões semelhantes foram apresentadas por um estudo[19] que envolveu a avaliação da dor através de questionário, elaborado pelos pesquisadores, em 405 gestantes, primíparas e multíparas na 33ª semana de gestação, com dor pélvica confirmada através de testes clínicos. As participantes foram subdivididas nos quatro grupos de classificação ou no grupo miscelânea e reexaminadas após 1, 3, 6, 12, 18 e 24 meses ou até o desaparecimento dos sintomas. Os resultados mostraram que as mulheres com síndrome da cintura pélvica eram as mais acometidas por dores diárias na avaliação inicial e tiveram também o pior prognóstico, pois, mesmo dois anos após o parto, 21% delas que possuíam a síndrome ainda apresentavam dores diárias nas articulações envolvidas na síndrome.

Alguns autores[20,21] ainda afirmam que podem ser considerados fatores de risco para um pior prognóstico: maior intensidade de dor (EVA>6) e localização de dor em mais de uma articulação pélvica, o que poderia ser relacionado ao fato de as gestantes com síndrome da cintura pélvica deste estudo terem apresentado a maior média de dor e possuírem mais articulações pélvicas acometidas. Entretanto, apesar da média da intensidade da dor de todas as classificações da DCPG encontradas ter sido superior ao escore 6 da EVA, este estudo não acompanhou as gestantes, impedindo qualquer conclusão sobre o prognóstico das síndromes.

Quanto à natureza da dor, é importante ressaltar que "furar" e "queimar" foram os adjetivos mais relatados pelas pacientes. Esse achado reflete uma característica clínica específica das gestantes com acometimento da cintura pélvica, que sempre relatam adjetivos mais fortes para caracterizar a dor, diferindo daquelas com comprometimento apenas lombar[15,16].

Quanto às atividades que compõem o questionário PGQ-Brasil, as que apresentaram maiores limitações descritas pelas gestantes foram: ficar sentada, ficar em pé e andar por mais de 60 minutos. Uma pesquisa[22] realizada em 2003 avaliou a dor de gestantes (primíparas e multíparas) com dor pélvica através de um questionário elaborado pelos próprios pesquisadores e verificou que seu aparecimento geralmente ocorre a partir de 30 minutos, quando se está realizando alguma atividade e/ou parada em alguma postura, corroborando os achados encontrados neste estudo. Em 2008, foi desenvolvida uma diretriz europeia para diagnóstico e tratamento da dor pélvica[5] baseada em evidências, que, mediante a utilização de revisões sistemáticas e diretrizes clínicas existentes, concluiu que a dor da cintura pélvica afeta as atividades de vida diária e, principalmente, atividades que envolvem suporte de peso, além da capacidade de resistência para ficar em pé e andar estarem diminuídas. Essas conclusões podem estar relacionadas com as queixas das gestantes participantes deste estudo, uma vez que foram mais relatadas limitações relacionadas às atividades que ultrapassavam 60 minutos.

É importante ressaltar também que mais da metade das gestantes da amostra (62,9%) deste estudo era composta por multíparas. Um estudo[23] que avaliou o impacto da paridade nas gestantes com dor pélvica encontrou que 11% da amostra que relatou dor pélvica era composta por mães de primeira viagem, em comparação com 18% de gestantes que já haviam tido um filho e 21% de gestantes com dois partos anteriores, resultados que sugerem que a paridade está relacionada com a dor pélvica. Ainda de acordo com o European Guidelines[5], há um consenso que multiparidade é um conflitante fator de risco para o desenvolvimento da dor pélvica. Assim, torna-se compreensível a amostra deste estudo ser composta por mais gestantes multíparas, uma vez que a frequência da dor pélvica em multíparas é maior que em primíparas.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, é possível concluir que quanto maior a intensidade da dor da cintura pélvica, maior o nível de incapacidade funcional da gestante. Além disso, foi possível observar também que o número de articulações envolvidas parece interferir tanto na intensidade da dor quanto na funcionalidade.

Como perspectivas futuras sugere-se que os próximos estudos dividam a amostra de gestantes em grupos equivalentes de acordo com o tipo de síndrome para que seja realizada a análise da correlação entre dor e funcionalidade separadamente, a fim de tornar mais evidente e fidedigna a interferência da dor na funcionalidade de acordo com a classificação da DCPG.

REFERÊNCIAS

1. Östgaard HC, Roos-Hansson E, Zetherstro MG. Regression of back and posterior pelvic pain after pregnancy. Spine. 1996; 21(23):2777-80.

2. Norén L, Östgaard S, Johansson G, Östgaard HC. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up. Eur Spine J. 2002;11:267-71.
3. Stuge B, Hilde G, Vollestad N. Physical therapy for pregnancy-related low back and pelvic pain: a systematic review. Acta Obstet Gynecol. 2003; 82(11):983-90.
4. Gutke A, Östgaard, HC, Öberg B. Pelvic girdle pain and lumbar pain in pregnancy: a cohort study of the consequences in terms of health and functioning. Spine. 2006;31(5): 149-55.
5. Vleeming A, Albert HB, Östgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. Eur Spine J. 2008;17:794-819.
6. Albert HB, Godskesen M, Westergaard J. Incidence of four syndromes of pregnancy- related pelvic joint pain. Spine. 2002;27(24):2831-4.
7. Kanakaris NK, Roberts CS, Giannoudis PV. Pregnancy-related pelvic girdle pain: an update. BMC Med. 2011; 9(15). DOI: 10.1186/1741-7015-9-15.
8. Mogren IM, Pohjanen AI. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. Spine. 2005;30(8):983-91.
9. Mens JM, Vleeming A, Stoeckart R, Stam HJ, Snijders CJ. Understanding peripartum pelvic pain: implications of a patient survey. Spine. 1996;21(11):1363-70.
10. Persson M, Winkvist A, Dahlgren L, Mogren I. "Struggling with daily life and enduring pain": a qualitative study of the experiences of pregnant women living with pelvic girdle pain. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 May; 13(1):111. DOI: 10.1186/1471-2393-13-111.
11. Vermani E, Mittal R, Weeks A. Pelvic Girdle and Low Back Pain in Pregnancy: a review. Pain Prac. 2010;10(1):60-71.
12. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JMA, van Dieen JH, Wuisman PIJM, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: terminology, clinical presentation, and prevalence. Eur Spine J. 2004;13(7):575-89.
13. Stuge B, Garratt A, Jenssen HK, Grotle M. The pelvic girdle questionnaire: a condition-specific instrument for assessing activity limitations and symptoms in people with pelvic girdle pain. Phys Ther. 2011; 91(7):1097-8.
14. Simões L. Estudo de validação do "Pelvic Girdle Questionnaire" (PGQ) para a população brasileira e análise das propriedades de medida [Dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2014.
15. Hansen A, Jensen DV, Wormslev M. Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy.II:Symptoms and clinical signs. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999;78:111-5.
16. Rost CCM, Jacqueline J, Kaiser A. Pelvic pain during pregnancy. A descriptive study of signs and symptoms of 870 patients in primary care. Spine. 2004;29(22):2567-72.
17. Ciena AP, Gatto R, Pacini VC, Picanço VV, Magno IMN, Loth EA. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. Semin Ciênc Biol Saúde. 2009;29(2):201-12.
18. Robinson HS, Eskild A, Heinberg E, Eberhard-Gran M. Pelvic girdle pain in pregnancy: the impact on function. Acta Obstet Gynecol. 2006; 85(2):160-4.
19. Albert H, Godskesen M, Westergaard J. Prognosis in four syndromes of pregnancy related pelvic pain. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001;80:505-10.
20. Gutke A, Östgaard, HC, Öberg B. Predicting persistent pregnancy-related low back pain. Spine (Phila Pa 1976) 2008;33(12):E386-E93.
21. Rost CC, Jacqueline J, Kaiser A, Verhagen AP, Koes BW. Prognosis of women with pelvic pain during pregnancy: a long-term follow-up study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(7):771-7.
22. Martins RF, Silva JLP. Algias posturais na gestação: prevalência, aspectos biomecânicos e tratamento. Femina. 2003;32(2):163-7.
23. Bjelland EK, Eskild A, Johansen R, Eberhard-Gran M. Pelvic girdle pain in pregnancy: the impact of parity. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(2):1-6.