

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**ELHANE GLASS MORARI-CASSOL**

**AMAMENTAÇÃO E DESCONFORTO  
MÚSCULO-ESQUELÉTICO DA MULHER**

Brasília, DF

2007

**ELHANE GLASS MORARI-CASSOL**

**AMAMENTAÇÃO E DESCONFORTO  
MÚSCULO-ESQUELÉTICO DA MULHER**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Dioclécio Campos Júnior (UnB)

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lérís Salete Bonfanti Haeffner (UFSM)

Brasília, DF

2007

**Morari-Cassol, Elhane Glass, 1957-**

**M829a**

Amamentação e desconforto músculo-esquelético da mulher / por Elhane Glass Morari-Cassol ; orientador Dioclécio Campos Junior, co-orientador Lérís Salete Bonfanti Haeffner. – Brasília, 2007

189 f. ; il.

Tese (doutorado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, DF, 2007.

1. Fisioterapia 2. Amamentação 3. Desconforto músculo-esquelético 4. Pós-parto 5. Saúde da mulher I. Campos Junior, Dioclécio, orient. II. Haeffner, Lérís Salete Bonfanti, co-orient. III. Título

CDU: 615.8:613.953

Ficha catalográfica elaborada por  
Luiz Marchiotti Fernandes – CRB 10/1160  
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Rurais/UFSM

**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Tese de Doutorado

**AMAMENTAÇÃO E DESCONFORTO MÚSCULO-ESQUELÉTICO DA MULHER**

elaborada por  
**Elhane Glass Morari-Cassol**

como requisito parcial para a obtenção do grau de  
**Doutor em Ciências da Saúde**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Dioclécio Campos Júnior (UnB)  
(Presidente/Orientador)

---

Prof.Dr.Volnei Garrafa (UnB)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Helena Souza De Conti (USC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vera Lúcia Vilar de Araújo Bezerra (UnB)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marilucia Rocha de Almeida Picanço (UnB)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Diana Lúcia Moura Pinho (UnB)  
(Suplente)

Brasília, 28 de novembro de 2007.

*À minha mãe.  
Às mulheres, mães  
com quem trabalhei, convivi,  
aprendi e troquei experiências.*

# **AGRADECIMENTOS**

## AGRADECIMENTOS

À *CAPES*, por meio do Programa de Qualificação Institucional (PQI) – UnB/UFSM, pelo apoio concedido.

Ao *Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz*, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UnB, por viabilizar o projeto de cooperação institucional e pela confiança depositada.

Ao professor orientador *Dr. Dioclécio Campos Júnior*, por ter aceito e acreditado neste trabalho, pela condução valiosa e pelo incentivo, meu respeito e admiração.

À *Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lérís Salete Bonfanti Haeffner*, pela disponibilidade, pelo estímulo e pela contribuição constante na co-orientação deste trabalho.

Aos professores *Dr. Luis Felipe Dias Lopes, Dr<sup>ª</sup>. Rosa Maria Gonzales, Dr<sup>ª</sup>. Cláudia Giacomoni, Ms. Márcia Ferraz, Ms. Lucy Ethur*, enfermeira *Regina Bertoldo de Couto* e também à *Vanessa Ethur e Cardine Reis*, pelo auxílio nas distintas fases da elaboração desta tese.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde-UnB, *Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves, Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Maria Clotilde Henriques Tavares, Prof.Dr.Joaquim Brasil Neto e Prof. Dr. Riccardo Pratesi*, pelo prazer de tê-los conhecido e pelos ensinamentos.

Aos professores da banca do Exame de Qualificação, *Prof.Dr. Volnei Garrafa e Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Diana Lúcia Moura Pinho*, pelas valorosas contribuições.

Às colegas do Programa de Doutorado, *Prof<sup>ª</sup>. Ana Fátima Viero Badaró, Prof<sup>ª</sup>. Ana Lúcia Cervi Prado, Prof<sup>ª</sup>. Cláudia Moraes Trevisan, Prof<sup>ª</sup>. Maria Saleti Lock Vogt, Prof<sup>ª</sup>. Marisa Pereira Gonçalves e Prof<sup>ª</sup>. Nara Maria Severo Ferraz*, pelo convívio e companheirismo.

Aos *funcionários do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – UnB*, pela atenção sempre dispensada.

À *Universidade Federal de Santa Maria*, pela oportunidade e incentivo à qualificação.

Aos colegas e funcionários do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da UFSM, pelo apoio.

Ao *Prof. Edson Missau*, Chefe do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da UFSM e ao *Prof. Dr. Jones Agne*, Coordenador do Programa de Qualificação Institucional na UFSM, pelo apoio, pela atenção e pela condução do programa.

Às professoras *Eliane Correa e Maria Elaine Trevisan*, pelo incentivo e atenção.

À *Prof<sup>ª</sup>. Nara Ferraz*, pela amizade incondicional.

Aos meus pais, *Evaldo e Elvira*; aos meus irmãos *Edson, Eduardo e Evaldo Luiz*; ao meu esposo *Angelo Pedro*; aos meus filhos *Matheus e Bruno* e à minha futura nora, *Marielle*, pelo amor, carinho e compreensão em todos os momentos.

E principalmente, a *Deus*, pela intensidade de sua presença.

*“De tudo que se faz na vida, ficam três coisas:  
a certeza de que estamos sempre começando;  
a certeza de que é preciso continuar;  
a certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar.  
Fazer da interrupção um caminho novo, do  
sonho uma ponte, da procura um encontro.  
E assim terá valido a pena existir!”*

**Fernando Sabino**



**RESUMO**

## RESUMO

---

O aleitamento materno exclusivo, por seis meses, tem se revelado um modo insubstituível de fornecer o alimento ideal ao bebê. Contudo, o desmame precoce ainda é muito freqüente em nosso meio. Destacam-se como dificuldades e/ou obstáculos à amamentação, entre outros, o desconforto físico da mulher, em especial aquele relacionado às intercorrências mamárias. Porém, o puerpério também tem se mostrado como um período de risco para o desconforto músculo-esquelético (DME). Este atribuído à sobrecarga física, relacionada aos cuidados com o bebê e à amamentação tema esse que não tem sido investigado. Em face disso, esta pesquisa apresenta como objetivo estudar a associação entre a amamentação e o DME da mulher, nos primeiros seis meses após o parto. Para tanto, realizou-se um estudo transversal que envolve setenta e seis primíparas que vacinavam seus filhos na Unidade de Saúde José Erasmo Crosseti, do município de Santa Maria – RS. Trinta e oito mulheres que amamentavam, compuseram o Grupo 1 (G1) e, trinta e oito mulheres que não amamentavam, compuseram o Grupo 2 (G2). Aplicou-se um questionário que forneceu informações gerais sobre a mulher, seu filho, a amamentação e os sintomas músculo-esqueléticos. Para o controle dos sintomas de natureza psicopatológica, aplicaram-se dois instrumentos: a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh e o Inventário de Ansiedade de Beck. Realizou-se ainda a observação de uma mamada completa, no domicílio de cada mãe do G1, para verificar a posição dela e do bebê e a pega da mama pelo bebê, utilizando-se um formulário de observação e avaliação da mamada, que foi adaptado do instrumento de avaliação difundido pela OMS (1993). Para a análise dos dados, empregou-se o teste do qui-quadrado, a fim de comparar as freqüências entre os grupos; ao final, os dados foram submetidos à análise de regressão logística univariada e multivariada, para verificar a influência das variáveis estudadas sobre o DME. Incluíram-se, no modelo final, as variáveis independentes que apresentaram um nível de significância  $\leq$  a 0,25 na análise univariada. As comparações e associações foram submetidas ao teste de significância estatística, no qual se adotou  $\alpha=5\%$ , como nível crítico, e  $\alpha=10\%$ , para a análise logística múltipla. Os resultados revelaram semelhanças entre os grupos na maioria das variáveis estudadas. A prevalência de DME foi 78,9%, na amostra em geral, sem diferença estatística significativa entre os grupos. Todavia, na percepção das mulheres do G1, a amamentação foi indicada como a segunda causa do desconforto referido na região lombar, cervical, ombros e região dorsal, índice inferior apenas às posturas incômodas e/ou ao esforço físico, durante os cuidados com o bebê. Na análise multivariada, os problemas com as mamas ( $p=0,040$ ) e a ocupação materna ( $p=0,020$ ) associaram-se positivamente ao DME, ou seja, as mulheres com traumas mamilares, malformações mamilares e ingurgitamento nas mamas apresentaram risco maior de DME do que as mulheres que não referiram esses problemas (OR=3,60; IC=1,06-12,26). As mulheres que exerciam atividades fora do lar também exibiram risco maior de DME do que as com atividades no lar (OR= 4,20; IC= 1,24-14,15). De acordo com os resultados, conclui-se que existe associação entre a amamentação e o DME da mulher, nos primeiros seis meses após o parto. Em vista disso, o desconforto músculo-esquelético precisa ser mais valorizado, tanto pela mulher quanto pelo profissional da saúde, para que se encontrem formas eficazes de prevenção e tratamento. Dessa maneira, contribuir-se-á para o bem-estar da mãe e do bebê, condição essencial ao aleitamento materno e à saúde materno-infantil.

### **Palavras-chave:**

amamentação; desconforto músculo-esquelético; pós-parto; saúde da mulher

# **ABSTRACT**

## ABSTRACT

---

The exclusive breastfeeding, for six months, has shown a unique way of providing ideal food for the baby. However, the early weaning is still very frequent in our environment. The difficulties and/or obstacles for breastfeeding, among others, are the physical discomfort of women, in particular those related to mammary events. Nevertheless, the puerperium also has been shown as a period of risk for the musculoskeletal discomfort (MSD). This attributed to the physical overload, related to the care with the baby and breastfeeding, subject that has not been investigated. So, this research presents as objective to study the association between the woman MSD and breastfeeding, in the first six months after delivery. For this, it was accomplished a cross study involving 76 women, that had their first child, and vaccinated their children in the José Erasmo Crosseti Health Unit, in the city of Santa Maria – RS. Thirty-eight women who breastfeed composed the Group 1 (G1), and 38 women who did not breastfeed composed the Group 2 (G2). A questionnaire was applied and it provided information about the woman, her child, breastfeeding and musculoskeletal symptoms. For the control of the symptoms of psychopathological nature, it was applied two instruments: the Scale for Depression after Childbirth from Edinburgh and the Inventory of Anxiety of Beck. It was still observed a complete breastfeeding in every mother's house of G1 to verify her and the baby's position and the catch of the breast by the baby, using a formulary of observation and evaluation of the breastfeeding, that was adapted from instrument of assessment distributed by WHO (1993). For the analysis of data, it was used the chi-square test to compare the frequencies between the groups; at the end, the data were submitted to the analysis of univariate and multivariate logistic regression to determine the influence of the variables studied on the MSD. In the final model, the independent variables, that presented a significant level  $\leq 0.25$  in the univariate analysis, were included. The comparisons and associations were submitted to the statistical significant test, in which  $\alpha=5\%$  was adopted as a critical level, and  $\alpha=10\%$  for the multiple logistics analysis. The results showed similarities between the groups in most of the studied variables. The prevalence of MSD was of 78.9%, in the sample in general, with no significant statistical difference between the groups. However, in perception of the G1 women, the breastfeeding was indicated as the second cause of the discomfort in the lumbar and cervical regions, shoulders and the back, just below the index for uncomfortable postures and / or physical effort during the caring for the baby. In multivariate analysis, the problems with the breasts ( $p = 0.040$ ) and the maternal occupation ( $p = 0.020$ ) were associated positively to the MSD, that is, women with mammary trauma, malformations and mammary engorgement have a higher risk of MSD than women who reported no such problems (OR = 3.60; CI = 1.06-12.26). Women who had activities outside home also exhibited greater risk of MSD than the ones with the activities at home (OR = 4.20; CI = 1.24-14.15). According to the results, it is concluded that there is association between the woman MSD and breastfeeding in the first six months after delivery. As a result, the musculoskeletal discomfort needs to be more valorized, both by women and by the health professional, to find effective ways to prevent and treat it. Thus, we can contribute to the well-being of the mother and baby, the essential conditions for breastfeeding and maternal and child health.

Key-words:

breastfeeding; musculoskeletal discomfort; post-delivery; woman's health

# **LISTA DE FIGURAS**

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Ciclo resultante de tensão emocional e de posturas inadequadas, adaptado de Cailliet (1999, p. 104) .....	42
FIGURA 2 – Posições sentada. A, com apoio isquiático; B, com apoio ísquio-femoral e C com apoio ísquio-sacral (KAPANDJI, 2000, p. 114) .....	43
FIGURA 3 – Postura sentada ideal (CAILLIET, 2001, p. 270) .....	45
FIGURA 4 – Posição sentada adequada para amamentar (POLDEN; MANTLE, 2000, p. 241) .....	64
FIGURA 5 – Uma boa pega da mama (OMS/UNICEF, 1993, p. 55) .....	65
FIGURA 6 – Diagrama conceitual da amamentação efetiva (MULDER, 2006, p. 337) .....	67
FIGURA 7 – Delineamento do estudo .....	71
FIGURA 8 – Tipos de problemas ocorridos nas mamas, nos Grupos 1 e 2 .....	89
FIGURA 9 – Resultados do inventário de ansiedade de Beck (BAI) .....	93
FIGURA 10 – Resultados da escala de depressão pós-parto de Edinburgh (EPDS) .....	94
FIGURA 11 – Resultados da observação da mamada, relativos à posição da mãe, à posição do bebê e à pega/sucção .....	95
FIGURA 12 – Posição com apoio ísquio-sacral .....	97
FIGURA 13 – Ombro tenso, elevado .....	98
FIGURA 14 – Sem apoio, a mãe inclina-se sobre o bebê .....	98
FIGURA 15 – Representação do desconforto músculo-esquelético nos Grupos 1 e 2 .....	100
FIGURA 16 – Percentual das seis regiões corporais, por grupos, conforme a frequência com que foram referidas, isoladamente ou combinadas com outras regiões .....	103
FIGURA 17 – Percentual dos fatores relacionados ao desconforto músculo-esquelético, de forma isolada e combinada, por grupos .....	114
FIGURA 18 – Representação das regiões corporais, com desconforto atribuído às PICBs, nos grupos .....	115
FIGURA 19 – Representação das regiões corporais com desconforto atribuído à amamentação, conforme referido pelas mulheres do Grupo 1 .....	116
FIGURA 20 – Fatores relacionados ao desconforto lombar, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 1 .....	118
FIGURA 21 – Fatores relacionados ao desconforto lombar, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 2 .....	118
FIGURA 22 – Fatores relacionados ao desconforto nos ombros, conforme referidos pelas mulheres do Grupo 1 .....	119
FIGURA 23 – Fatores relacionados ao desconforto nos ombros, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 2 .....	120

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 24 – Fatores relacionados ao desconforto nos membros inferiores, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 1 .....	121
FIGURA 25 – Fatores relacionados ao desconforto nos membros inferiores, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 2 .....	121
FIGURA 26 – Fatores relacionados ao desconforto dorsal, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 1 .....	122
FIGURA 27 – Fatores relacionados ao desconforto dorsal, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 2 .....	123
FIGURA 28 – Fatores relacionados ao desconforto cervical, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 1 .....	124
FIGURA 29 – Fatores relacionados ao desconforto cervical, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 2 .....	124
FIGURA 30 – Prevalência de desconforto músculo-esquelético em relação à idade das mulheres .....	127
FIGURA 31 – Prevalência de desconforto músculo-esquelético em relação à ocupação das mulheres .....	128
FIGURA 32 – Prevalência de desconforto músculo-esquelético em relação aos problemas com as mamas .....	133
FIGURA 33 – Prevalência de desconforto músculo-esquelético em relação à posição da mãe durante a mamada .....	133
FIGURA 34 – Resultados do Inventário de Ansiedade de Beck e a ocorrência de desconforto músculo-esquelético .....	135

# **LISTA DE TABELAS**



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características sociodemográficas das 76 mulheres e ocupação dos companheiros (OC), por grupos .....	80
TABELA 2 – Tipo de parto, tempo de pós-parto, ganho de peso na gravidez e peso atual, por grupos .....	81
TABELA 3 – Prática e tipo de atividade física, antes da gestação, durante a gestação e após o parto .....	83
TABELA 4 – Informações relacionadas à ocupação/profissão das mulheres .....	84
TABELA 5 – Envolvimento das mulheres nos afazeres domésticos .....	85
TABELA 6 – Posição utilizada pelas mulheres durante os cuidados com o bebê ....	85
TABELA 7 – Características dos bebês .....	86
TABELA 8 – Distribuição das mulheres do Grupo 2, conforme os motivos alegados para o desmame .....	88
TABELA 9 – Características da amamentação .....	91
TABELA 10 – Frequência dos aspectos desfavoráveis relativos à posição das 38 duplas mães/bebês .....	96
TABELA 11 – Desconforto músculo-esquelético .....	100
TABELA 12 – Frequência com que as regiões do corpo foram referidas pelas mulheres com desconforto músculo-esquelético .....	102
TABELA 13 – Frequência com que foram referidas as seis regiões corporais isoladamente ou combinadas com outras regiões, por grupos .....	102
TABELA 14 – Características do desconforto na região lombar e sua frequência nos grupos .....	104
TABELA 15 – Características do desconforto nos ombros e a sua frequência nos grupos .....	106
TABELA 16 – Características do desconforto na região cervical e sua frequência nos grupos .....	107
TABELA 17 – Características do desconforto nos membros inferiores e a sua frequência nos grupos .....	108
TABELA 18 – Características do desconforto na região dorsal e sua frequência nos grupos .....	109
TABELA 19 – Fatores que foram relacionados pelas mulheres ao desconforto músculo-esquelético em geral, nos grupos .....	113
TABELA 20 – Fatores que foram relacionados pelas mulheres ao desconforto músculo-esquelético em geral, de forma isolada e combinada, nos dois grupos .....	114
TABELA 21 – Prevalência de desconforto músculo-esquelético e <i>odds ratio</i> em relação às variáveis sociodemográficas .....	126
TABELA 22 – Prevalência de desconforto músculo-esquelético e <i>odds ratio</i> em relação ao tipo de parto, ganho de peso e peso atual das mulheres .....	128

## LISTA DE TABELAS

TABELA 23 – Prevalência de desconforto músculo-esquelético e <i>odds ratio</i> em relação à prática de atividade física antes e durante a gestação .....	129
TABELA 24 – Prevalência de desconforto músculo-esquelético e <i>odds ratio</i> em relação aos afazeres domésticos da mulher e à posição adotada para a troca de fraldas .....	130
TABELA 25 – Prevalência de desconforto músculo-esquelético e <i>odds ratio</i> em relação às variáveis do bebê .....	131
TABELA 26 – Prevalência de desconforto músculo-esquelético e <i>odds ratio</i> em relação às variáveis da amamentação .....	132
TABELA 27 – Prevalência de desconforto músculo-esquelético e <i>odds ratio</i> em relação aos resultados da Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS) .....	134
TABELA 28 – Resultados obtidos no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e a ocorrência de desconforto músculo-esquelético .....	134
TABELA 29 – Estimativas do modelo final de regressão logística, obtidas após a análise multivariada, para o desconforto músculo-esquelético .....	136

# **LISTA DE QUADROS**

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Formulário de observação de mamadas (OMS/UNICEF, 1993, Apêndice 3) .....	66
QUADRO 2 - Níveis dos escores da escala de depressão pós-parto de Edinburgh .....	74
QUADRO 3 - Escala de referência do inventário de ansiedade de Beck .....	75
QUADRO 4 - Níveis dos escores da versão em português da escala de ansiedade de Beck (CUNHA, 2001, p.15) .....	75
QUADRO 5 - Critérios para classificação dos escores empregados na avaliação da mamada, segundo cada aspecto avaliado .....	76

# **LISTA DE ANEXOS**

## ABSTRACT

ANEXO A – Termo de autorização institucional .....	159
ANEXO B – Primeira carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM .....	160
ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	161
ANEXO D – Questionário .....	162
ANEXO E – Diagrama do corpo humano .....	168
ANEXO F – Escala visual numérica .....	169
ANEXO G – Escala de depressão pós-parto de Edinburgh .....	170
ANEXO H – Inventário de ansiedade de Beck .....	172
ANEXO I – Segunda carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM .....	173
ANEXO J – Formulário de observação da mamada .....	174

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	24
<b>1.1 Objetivos</b> .....	28
1.1.1 Objetivo geral .....	28
1.1.2 Objetivos específicos .....	28
<b>1.2 Hipóteses</b> .....	29
<b>1.3 Definição de termos</b> .....	29
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	31
<b>2.1 Dor</b> .....	32
<b>2.2 Desconforto músculo-esquelético</b> .....	35
2.2.1 Postura e desconforto músculo-esquelético .....	38
<b>2.3 Pós- parto</b> .....	45
2.3.1 Desconforto músculo-esquelético no pós-parto .....	46
2.3.2 Aspectos emocionais no pós-parto .....	54
<b>2.4 Amamentação</b> .....	57
2.4.1 Obstáculos e dificuldades para amamentar .....	59
2.4.2 Técnicas de amamentação .....	62
<b>3 MÉTODOS</b> .....	68
<b>3.1 População e local de estudo</b> .....	69
<b>3.2 Amostra</b> .....	69
<b>3.3 Delineamento do estudo</b> .....	70
<b>3.4 Identificação das variáveis</b> .....	71
<b>3.5 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados</b> .....	71
3.5.1 Questionário .....	73
3.5.2 Testes psicológicos .....	74
3.5.3 Formulário de observação da mamada .....	76
<b>3.6 Análise dos dados</b> .....	77
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	78
<b>4.1 Caracterização geral da amostra</b> .....	79
4.1.1 Características sociodemográficas .....	79
4.1.2 Antecedentes pessoais .....	81
4.1.3 Atividades diárias da mulher .....	83



4.1.4 Características dos bebês .....	86
4.1.5 Características da amamentação .....	87
<b>4.2 Avaliação psicológica .....</b>	<b>92</b>
4.2.1 Inventário de ansiedade de Beck (BAI) .....	93
4.2.2 Escala de depressão pós-parto de Edinburgh (EPDS) .....	94
<b>4.3 Observação e avaliação da mamada .....</b>	<b>95</b>
<b>4.4 Desconforto músculo-esquelético .....</b>	<b>100</b>
4.4.1 Características do desconforto músculo-esquelético .....	104
4.4.2 Fatores relacionados ao desconforto músculo-esquelético .....	113
4.4.3 Risco de desconforto músculo-esquelético: influência de algumas variáveis nos primeiros seis meses após o parto .....	125
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>138</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>142</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>158</b>
<b>ARTIGO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO .....</b>	<b>175</b>

# INTRODUÇÃO

A maioria das doenças ou dos traumatismos que acometem o ser humano comprometem seu conforto e bem-estar e, freqüentemente, causam impacto sobre seu estado físico, emocional e sobre suas interações sociais. O bem-estar físico relaciona-se à ausência ou a mínimos graus de doença, de incapacidade ou de desconforto, este, em especial, associado ao sistema músculo-esquelético (DE VITTA, 2001).

Um distúrbio músculo-esquelético é qualquer anormalidade temporária ou permanente do sistema músculo-esquelético que resulte em dor, desconforto e/ou incapacidade funcional (CAILLIET, 1995). Em virtude da alta prevalência na população em geral, tais afecções têm sido objeto de estudo de várias áreas do conhecimento, com diferentes abordagens e em diferentes populações. Busca-se, assim, saber mais sobre sua origem, seus fatores determinantes, suas características e suas implicações na morbidade da população, constituindo-se em um argumento para a organização de programas que visem à prevenção e ao tratamento desses transtornos.

A maioria dos estudos epidemiológicos que investigam o desconforto músculo-esquelético contempla a população trabalhadora, no entanto não inclui a mulher, dona-de-casa e mãe. Em pesquisa realizada por Strazdins e Bammer (2004), a maior prevalência e a severidade de tais sintomas entre mulheres trabalhadoras, quando comparadas aos homens, foram atribuídas ao acúmulo do trabalho da mulher com as atividades domésticas.

Cabe ressaltar que, dentre os ciclos de vida da mulher, distingue-se o gravídico-puerperal, caracterizado pelos diversos ajustes fisiológicos em seu corpo. Fernandez (1988, p. 43) expressa as modificações que ocorrem durante a gravidez e o puerpério, em que "a mulher experimenta mudanças biológicas e hormonais, psicológicas e sociais que se expressarão em mudanças físicas do corpo, sensações ou sintomas, mudanças de conduta e humor, mudanças nas relações pessoais e sociais".

O pós-parto é um período cronologicamente variável, caracterizado por manifestações involutivas do organismo, cuja relevância e extensão são proporcionais às transformações ocorridas durante a gravidez. Nesse contexto, inclui-se a amamentação como uma vivência ímpar. De acordo com Pamplona (2002), a forma como a mulher vive tal momento, considerando-se os aspectos físicos e os psicosociais, influirá em sua disposição para amamentar.

Livros-texto e diversas pesquisas identificam uma série de desconfortos físicos comuns no pós-parto, tais como a dor nas costas, a dor perineal, a dor

decorrente de lesões nas mamas durante a amamentação, as afecções nos membros inferiores e superiores, a incontinência urinária, a disfunção sexual e a fadiga (ACHESON; DANNER, 1993; BORG-STEIN *et al.*, 2005; BROWN; LUMLEY, 1998; GJERDINGEN *et al.*, 1993; GLAZENER *et al.*, 1995; POLDEN; MANTLE, 2000; REZENDE, 1995; RITCHIE, 2003). Contudo, é necessário ressaltar que poucos autores incluem a amamentação como provável fator de desconforto músculo-esquelético.

Na revisão da literatura, encontram-se dois estudos sobre dor nas costas no pós-parto, nos quais a amamentação foi incluída dentre as variáveis investigadas, no entanto não foi detectada associação entre desconforto e amamentação (ÖSTGAARD; ANDERSON, 1992; TO; WONG, 2003). Recentemente, McGovern *et al.* (2006), ao pesquisarem a presença de sintomas físicos em setecentas e dezesseis (716) mulheres, cinco semanas após o parto, observaram, entre outros sintomas, maior frequência de fadiga, lombalgia e cervicalgia entre as mulheres que estavam amamentando. Há também uma referência de Wand (1990), sobre as afecções do membro superior. O autor observa que a presença da Síndrome do Túnel Cárpico, no pós-parto, pode estar associada à amamentação.

Pesquisas que investigam não só sobre os desconfortos físicos durante a gestação, e sua repercussão no bem-estar da mulher, mas também sobre propostas de prevenção e tratamento, são frequentes na literatura nacional. Todavia, apesar das evidências empíricas e dos diversos dados internacionais, não foram encontrados, no Brasil, estudos que abordem essas ocorrências no período pós-parto.

Nos últimos vinte anos, além dos desconfortos físicos, houve um maior reconhecimento de que o período pós-parto pode ainda ser afetado por problemas emocionais maternos. Dentre esses, destacam-se a ansiedade e a depressão (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006; MALDONADO, 1984; MORAES *et al.*, 2006; SOIFER, 1992). Alguns trabalhos evidenciam a associação entre o desconforto físico e o distúrbio emocional nesse período (BROWN; LUMLEY, 2000; LUMLEY *et al.*, 2003). Tal associação repercute negativamente na amamentação, contribui para a diminuição do reflexo de ejeção do leite, por meio da inibição hipotalâmica da secreção de ocitocina, desencadeado quando o bebê suga a mama (MALDONADO, 1984; PAMPLONA, 2002).

O nascimento de um bebê, especialmente quando é o primeiro filho, muda totalmente a rotina da mulher. Sob o aspecto físico, haverá uma maior sobrecarga, relacionada aos cuidados com o bebê e também com a amamentação. Isso ocorre

em um momento em que o corpo materno se encontra em fase de readaptação e recuperação.

Durante a amamentação, a mulher freqüentemente fica, por longos períodos e várias vezes ao dia, em uma mesma postura que, quando inadequada, torna-se incômoda, gera tensão muscular e interfere na lactação. A dor e o desconforto constituem um fator de desmame precoce, conforme citam vários autores, ao abordarem as lesões mamilares, transtorno comum nas primeiras semanas após o parto e muito doloroso. Esses transtornos estão vinculados à má posição da mãe e do bebê durante a amamentação, o que resulta na pega inadequada da mama (CERNADAS *et al*, 2003; GIUGLIANI, 2004; KELLEHER, 2006; HENDERSON *et al.*, 2001).

Convém notar que a lactante não se resume às mamas, ela amamenta de corpo inteiro e, quando mal posicionada sobrecarrega especialmente, a coluna vertebral, a cintura escapular e os membros superiores. No entanto esses aspectos são negligenciados, na maioria das vezes, tanto pela mulher quanto pelo profissional da saúde.

Com base no exposto, considerando-se a importância do aleitamento materno, da detecção de fatores que possam interferir nesse processo e, em especial, percebendo-se a ausência de investigações sobre a relação entre o desconforto físico e amamentação, realizou-se esta pesquisa, para estudar a associação entre a amamentação e o desconforto músculo-esquelético da mulher, nos primeiros seis meses após o parto.

Para o desenvolvimento deste estudo, buscou-se apoio no referencial teórico, particularmente, naquele que aborda o desconforto físico de ordem músculo-esquelético relacionado à postura e ao período pós-parto e também no que trata da amamentação e suas implicações, no citado contexto. Como percurso metodológico, optou-se pelo estudo transversal, que envolveu trinta e oito primíparas que amamentavam e trinta e oito que não amamentavam. Para o estudo das variáveis emocionais, aplicaram-se dois instrumentos: a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh e o Inventário de Ansiedade de Beck. Com o intuito de investigar os sintomas músculo-esqueléticos, utilizou-se um questionário adaptado do *Standardised Nordic Questionnaires* (KUORINKA *et al.*, 1987). Já, para a observação da mãe e do bebê, durante a amamentação, utilizou-se um formulário adaptado do instrumento de avaliação de mamada, difundido pela Organização Mundial de Saúde (1993).

A perspectiva multidisciplinar e multiprofissional das ações envolvidas na atenção à saúde materno-infantil é indiscutível. Nesse sentido, este estudo poderá contribuir para que a equipe de saúde que assiste a mulher, no período gestacional, no parto e no pós-parto, não só valorize e identifique os desconfortos físicos, mas ainda reconheça seus fatores de origem, de modo que possa abordá-los de forma efetiva, a fim de que sejam fortalecidos a proteção e o apoio ao bem-estar da mãe e do bebê.

## 1.1 Objetivos

### 1.1.1 Objetivo geral

Estudar a associação entre a amamentação e o desconforto músculo-esquelético da mulher, nos primeiros seis meses após o parto.

### 1.1.2 Objetivos específicos:

- identificar a prevalência, a localização e as características do desconforto músculo-esquelético na mulher, nos primeiros seis meses após o parto;
- investigar se há associação entre as técnicas de amamentação e o desconforto músculo-esquelético;
- constatar se há associação entre o desconforto músculo-esquelético e os distúrbios emocionais da mulher;
- verificar se há associação entre o desconforto músculo-esquelético e o ganho de peso durante a gravidez;
- investigar se a presença de desconforto músculo-esquelético interfere na amamentação e nas atividades diárias da mulher;
- conhecer os fatores relacionados ao desconforto músculo-esquelético, conforme a percepção das mulheres;
- verificar se as mulheres previnem e/ou tratam o desconforto músculo-esquelético.

## 1.2 Hipóteses

**H<sub>1</sub>** - Existe desconforto músculo-esquelético em mulheres, nos primeiros seis meses após o parto.

**H<sub>2</sub>** - Existe desconforto músculo-esquelético em mulheres, nos primeiros seis meses após o parto, que pode estar associado à amamentação.

**H<sub>3</sub>** - Existe desconforto músculo-esquelético em mulheres, nos primeiros seis meses após o parto, que pode estar associado a outros fatores, independentemente da amamentação.

**H<sub>0</sub>** - Não existe desconforto músculo-esquelético em mulheres, nos primeiros seis meses após o parto.

## 1.3 Definição de termos

- Desconforto músculo-esquelético:

Considerou-se, como desconforto músculo-esquelético, a percepção física desagradável de dor e a sensação de peso e/ou de dormência referidas nas regiões cervical, dorsal e lombar da coluna vertebral, nos ombros e nos membros superiores e inferiores.

- Técnicas de amamentação:

Considerou-se como técnicas de amamentação a posição da mãe e do bebê e a pega da mama pelo bebê.

- Atividades diárias da mulher:

Considerou-se como atividades diárias da mulher aquelas relacionadas ao trabalho, aos afazeres domésticos e aos cuidados com o bebê.

- Cuidados com o bebê:

Considerou-se, como cuidados com o bebê, o banho, a troca de fraldas e o

pegar o bebê ao colo.

- Posição adequada para amamentar:

Considerou-se uma posição adequada para amamentar, quando a mulher encontra-se com os ombros relaxados, as costas apoiadas no espaldar, sentada sobre os ísquios com os pés apoiados no chão (BRASIL, 1997; POLDEN; MANTLE, 2000).



# **REFERENCIAL TEÓRICO**

Neste capítulo, destacam-se aspectos entendidos como os mais importantes à compreensão deste estudo. São eles: a dor e o desconforto músculo-esquelético em relação com a postura, com o período pós-parto, com os aspectos emocionais envolvidos no pós-parto e com a amamentação, neste contexto.

## 2.1 Dor

A dor é o sintoma mais referido na literatura, quando se abordam os desconfortos físicos, e uma das mais primitivas sensações experimentadas pelo homem. Por essa razão, inicialmente, observam-se alguns aspectos considerados relevantes, relacionados à dor em geral.

As várias manifestações ou sintomas de desconforto devem-se à sua subjetividade e à variedade de apresentações e de fatores causais. Coury (1998) e De Conti *et al.* (2003), em estudos que investigam os desconfortos músculo-esqueléticos percebidos, consideraram tais sintomas como relatos de percepção física desagradável e de sintomas físicos, tais como: dor, sensação de peso, formigamento e fadiga. Já Melzack e Wall (1982) atribuem à diversidade das experiências dolorosas a dificuldade para definir satisfatoriamente a dor. Afirmam que ela representa uma categoria de fenômenos que compreende uma série de experiências diferentes e únicas, com diversas causas, com qualidades e características distintas e que varia conforme critérios sensoriais e afetivos.

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) adota o seguinte conceito: "a dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais" (LOESER; MELZACK, 1999, p. 1607).

A grande variedade dos tipos de dor pode ser entendida por meio de quatro amplas categorias, propostas por Loeser e Melzack (1999): nocicepção, percepção de dor, sofrimento e comportamento de dor. Atrás de cada uma dessas categorias clínicas, estão os substratos anatômicos, fisiológicos e psicológicos. A nocicepção é a detecção do dano nos tecidos, por meio de fibras nervosas especializadas e a percepção desencadeia-se geralmente por um estímulo nocivo, por lesão, ou por doença. O sofrimento, por sua vez, é uma resposta negativa induzida pela dor e também pelo medo, pela ansiedade, pelo estresse ou por outros estados

psicológicos. Já o comportamento de dor é uma resposta do indivíduo à dor e ao sofrimento e pode se manifestar por meio de gestos, atitudes ou verbalizações.

Outra categorização da dor é a utilizada pela *International Association for the Study of Pain*, que caracteriza as condições álgicas, considerando cinco aspectos: localização, padrão temporal e recorrência, intensidade e duração, etiologia e sistemas ou aparelhos acometidos (MERSKEY, 1983 *apud* CAILLIET, 1999).

Em relação à localização ou às regiões corporais, a IASP classifica mais de 600 condições álgicas no homem, que compreendem:

36 condições dolorosas generalizadas; 66 síndromes acometendo a cabeça e a região cervical; 35, os membros superiores; 154, a região da coluna vertebral cervical e dorsal; 136, a região lombar, sacral, coccígea espinhal e radicular; 85, o tronco e 18, os membros inferiores (MERSKEY; BOGDUK, 1994 *apud* TEIXEIRA *et al.*, 2003a, p. 53).

Conforme Teixeira *et al.* (2003a), em clínicas de dor, são narradas queixas de desconforto em mais de uma região do corpo na maioria dos casos. Em vários estudos que investigaram desconfortos músculo-esqueléticos, foram comuns os relatos de queixas em mais de um segmento corporal simultaneamente (BARBOSA; COURY, 2004; DE CONTI *et al.*, 2003; MARTINS; SILVA, 2005a; MORAES *et al.*, 2002; NILSSON-VIKMAR *et al.*, 2003; TRELHA *et al.*, 2004; ULBRICHT; GONTIJO, 2003; VOGT, 2000).

Em pesquisa realizada por Turk e Melzack (1992 *apud* TEIXEIRA *et al.*, 2003a), foi observado que, não conseguindo precisar as estruturas afetadas, 85% da população apresenta dor músculo-esquelética indefinida.

Quanto ao critério temporal, existem grandes variações na literatura sobre quando a dor aguda, relacionada à dor recorrente, passa a ser considerada dor crônica; encontram-se variações de um até seis meses. O Comitê de Taxonomia da IASP identifica como crônica a dor com três meses de duração.

A dor é um sinal de alerta e ajuda a proteger o corpo de danos teciduais, uma vez que provoca uma reação no indivíduo que o leva a remover o estímulo doloroso. Três tipos diferentes de estímulos podem excitar os receptores de dor: os estímulos mecânicos, os térmicos e os químicos.

Geralmente a dor rápida – também descrita como dor em pontada, em agulhada, dor aguda, entre outras –, é evocada pelos nociceptores mecânicos e térmicos e cessa com a interrupção do estímulo. A dor lenta – também conhecida

como dor em queimação, continuada, latejante ou dor crônica –, pode resultar dos três tipos de estímulos e, diferentemente da anterior, o estímulo nocivo cessa, mas a dor continua (CAILLIET, 1999; GUYTON, 1992).

A dor lenta é mais complexa, provocada por lesão dos tecidos que circundam os nociceptores, ocasiona diversos fenômenos celulares que acentuam e prolongam a dor, como o sangramento, a anóxia tecidual e a inflamação. Enquanto a dor aguda é fundamental para preservar a integridade do indivíduo, a dor crônica é uma importante causa de incapacidade.

Quanto à intensidade da dor e/ou do desconforto, sabe-se que ela nem sempre é proporcional à severidade da lesão tecidual, em especial na dor crônica (LOESER; MELZACK, 1999). Como a dor é uma experiência sensorial multidimensional, ela é influenciada por aspectos afetivo-emocionais, tais como: a atenção, a recordação, o aprendizado, a expectativa, o medo e a ansiedade. Conforme Loeser (1980 *apud* MELZACK; WALL, 1982), nenhuma lesão aparente pode ser detectada em 70% das pessoas que sofrem de lombalgia crônica. Melzack e Wall complementam que a relação entre lesão e dor é flutuante, ou seja, a lesão pode ocorrer sem dor e a dor sem lesão, constituindo-se assim a essência do enigma da dor.

Em virtude das características subjetivas envolvidas na percepção e na sensação da dor, existem dificuldades metodológicas para uma mensuração adequada dela. Os instrumentos utilizados para mensurá-la podem ser unidimensionais ou multidimensionais. Escalas unidimensionais avaliam a intensidade da dor e, dentre as mais usadas, destacam-se a Escala Visual Numérica (EVN) e a Escala Visual Analógica (EVA). Os instrumentos multidimensionais, por sua vez, avaliam e mensuram diferentes dimensões da dor, em que as principais são a sensorial-discriminativa, a motivacional-afetiva e a cognitiva-avaliativa. Dentre tais instrumentos, destaca-se o questionário de McGill, desenvolvido por Melzack (SOUZA *et al.*, 2003).

A etiologia da dor e/ou do desconforto é muito variado e, algumas vezes, possui difícil determinação, em especial no caso das dores crônicas. De modo geral, ou resulta de um trauma, um tumor, uma inflamação, uma isquemia, ou pode resultar da sobrecarga funcional.

Alguns autores também classificam as dores, quanto à sua etiologia, em oncológicas ou não-oncológicas ou, ainda, conforme a fisiopatologia, em dores

nociceptivas e/ou neuropáticas (LOBATO, 1992; TEIXEIRA, 2003).

De acordo com pesquisas realizadas em consultórios médicos no Brasil, há um predomínio de dor por afecções do sistema músculo-esquelético e cefaléias generalizadas e crônicas (TEIXEIRA *et al.*, 2003a).

Segundo Knoplich (1995), nas estatísticas de morbidade de todos os países, as afecções músculo-esqueléticas têm ocupado os primeiros lugares.

A epidemiologia da dor decorrente de afecções músculo-esqueléticas, na revisão feita por Teixeira *et al.* (2003a), evidencia que:

- as afecções do aparelho locomotor são as causas mais comuns para a ocorrência de dor crônica;
- em algum momento da vida, 40% dos indivíduos terão dor decorrente de afecções músculo-esqueléticas;
- as lombalgias são as causas mais freqüentes de dor na coluna vertebral, ocorrendo, aproximadamente, em 70% dos brasileiros;
- cerca de 80% das pessoas apresentam, apresentaram ou apresentarão lombalgia incapacitante em algum momento da vida;
- há queixas de desconforto em mais de uma região do corpo, na maioria dos casos;
- há predomínio de dor e/ou desconforto músculo-esquelético nas mulheres e nos indivíduos deprimidos.

## **2.2 Desconforto músculo-esquelético**

O sistema músculo-esquelético é composto de ossos, cartilagens, ligamentos, músculos, tendões, sinóvia, bursas e fáscia muscular. Esses tecidos exercem duas funções básicas: integridade estrutural e mobilidade estável.

Em situações normais, os componentes músculo-esqueléticos adaptam-se às forças exercidas sobre eles de maneira a suportar a sobrecarga. Entretanto, quando a sobrecarga excede a resistência de algum dos componentes, há uma lesão, irritação ou inflamação dos tecidos envolvidos, que pode ser de natureza aguda ou crônica. Quando é de natureza crônica, freqüentemente, há relação com o

uso excessivo, repetitivo ou mau uso dos segmentos corporais, originando dor e/ou prejuízo funcional (CAILLIET, 1999; GROSS *et al.*, 2000; WATKINS, 2001).

Há um grande número de afecções músculo-esqueléticas, em especial as que acometem a região cervical da coluna vertebral, a cintura escapular e os membros superiores, a região lombar e os membros inferiores, de início insidioso e evolução crônica, que se originam do trabalho ou da atividade que o indivíduo exerce. Essas afecções são denominadas de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Segundo estatísticas referentes à população trabalhadora, dentre as doenças ocupacionais, destacam-se os DORT, que representam também enorme custo econômico para o trabalhador, para os órgãos de assistência à saúde e para a sociedade (BRASIL, 2002, 2004).

Dentre as várias formas clínicas de manifestação dos DORT, sobressaem-se a dor e a incapacidade funcional que levam à inaptidão laborativa temporária ou permanente. Esses distúrbios são representados por uma série de situações que vai desde a Síndrome do Túnel do Carpo, que apresenta critérios diagnósticos e fisiopatológicos bem definidos, até as condições em que há tensão muscular que gera síndromes dolorosas ou funcionais inespecíficas. A unidade músculo-esquelética, constituída pelo conjunto tendão-músculo-osso, é mais freqüentemente acometida do que as estruturas nervosas e vasculares. São representadas pelas tendinites, tenossinovites, peritendinites, epicondilites, cistos sinoviais, síndrome dolorosa miofascial, fibromialgia, lesões vasculares e neuropatias compressivas ou traumáticas dos membros superiores, incluindo, entre outras, a síndrome do túnel do carpo e a distrofia simpático reflexa (YENG *et al.*, 2003a; *SCIENTIFIC COMMITTEE FOR MUSCULOSKELETAL DISORDERS*, 1996).

Vários estudos epidemiológicos têm relacionado os distúrbios músculo-esqueléticos com os fatores ergonômicos e com as exigências físicas do trabalho, tais como: levantamento ou carregamento de peso, flexões e/ou rotações do tronco, esforços repetitivos e posturas estáticas incômodas por tempo prolongado. As condições que originam os DORT são multifatoriais, não só dependem do indivíduo e da atividade que exercem, mas também das condições ambientais e das tensões psíquicas envolvidas (BONGERS *et al.*, 1993; FEUERSTEIN *et al.*, 2004; LEE; PARK, 2007).

Conforme Feyer *et al.* (1992), os fatores psicossociais relacionados ao ambiente e à satisfação com o trabalho têm sido associados à presença de

lombalgia entre trabalhadores. Em estudo comparativo realizado pelos autores, para verificar a relação entre os fatores psicológicos e a lombalgia entre trabalhadores e população em geral, evidenciou-se que os índices foram iguais entre os dois grupos. Esse achado confirmou a relação entre fatores psicológicos e dor e/ou desconforto músculo-esquelético, porém ainda não esclarece se é causa ou efeito. Em revisão realizada por Hoogendoorn *et al.* (2000), com o objetivo de verificar se os fatores psicossociais oferecem risco para a ocorrência de dor nas costas em trabalhadores, os autores evidenciaram que existe tal relação, porém o papel específico desses fatores ainda não foi estabelecido.

Waghorn *et al.* (2006) analisaram uma amostra de 37.580 trabalhadores australianos, com idades entre 15 e 64 anos, que apresentavam distúrbios músculo-esqueléticos e investigaram a existência de distúrbios psicológicos concomitantes. Encontraram 12,1% com ansiedade e depressão, presentes há seis meses e com impacto negativo sobre as atividades laborais. A dor nas costas foi o problema que apresentou maior risco para associação com depressão. Houve uma maior prevalência de depressão e distúrbios músculo-esqueléticos entre os homens e ansiedade e distúrbios músculo-esqueléticos entre as mulheres.

Dentre os fatores de risco para afecções músculo-esqueléticas, incluem-se também os fatores individuais como a idade, o sexo, a relação entre o peso e a estatura, a obesidade, os sintomas prévios, o sedentarismo, a atividade física, as malformações anatômicas, o tabagismo e as condições sócio-econômicas e emocionais (BONGERS *et al.*, 1993; COLE; RIVILIS, 2004; MESSING; STELLMAN, 2006; SCIENTIFIC COMMITTEE FOR MUSCULOSKELETAL DISORDERS, 1996; WATKINS, 2001; WEIGL *et al.*, 2007).

Ao investigar dor nas costas dentre vários grupos ocupacionais, Biering-Sorensen (1985) observou que as mulheres, donas-de-casa, apresentam distúrbios músculo-esqueléticos tanto quanto as mulheres trabalhadoras em geral. Em estudo realizado por De Vitta (1996), que averiguou a relação entre as diferentes ocupações e a dor nas costas, foi encontrada uma prevalência de 34,6% de lombalgia dentre os indivíduos que realizavam atividades domésticas.

A literatura evidencia o caráter multifatorial dos aspectos envolvidos nos transtornos músculo-esqueléticos, nas distintas áreas de investigação, como a epidemiologia, a biomecânica, a fisiologia, a psicologia e a reabilitação. Marras (2004), afirma que é imprescindível a integração entre essas áreas para ampliar o

corpo de conhecimentos sobre as causas e o controle dessas desordens.

Para Lawton (1983 *apud* DE VITTA, 2001), entre os indicadores de bem-estar físico avaliados de forma objetiva, há a força muscular, a flexibilidade e a capacidade anaeróbia. Os indicadores subjetivos são representados pela mobilidade subjetiva, que inclui a distância percorrida pelo indivíduo sem acusar dor, doenças relatadas e desconforto músculo-esquelético, avaliados por meio de auto-relatos.

Dentre os vários métodos para avaliar os desconfortos músculo-esqueléticos percebidos, destacam-se os que utilizam diagramas corporais, para identificar e localizar os desconfortos. Estes são amplamente empregados em estudos que investigam fatores de risco no trabalho. Um dos pioneiros foi o questionário McGill de avaliação da dor, criado por Melzack, em 1975 (MELZACK; WALL, 1982; SOUZA *et al.*, 2003). Corlett e Bishop (1976) desenvolveram um método que associa o diagrama corporal com uma escala de graduação de intensidade que varia desde extremamente confortável até extremamente desconfortável.

Saldanã *et al.* (1994 *apud* DE VITTA, 2001) adaptaram o método de Corlett e Bishop para um sistema computacional no qual o indivíduo, após localizar a região do desconforto, também define sua severidade. Já Kuorinka *et al.* (1987) desenvolveram o *Standardised Nordic Questionnaire*, que consta de um diagrama corporal com questões que investigam a presença de desconforto nas várias regiões corporais, nos últimos doze meses e nos últimos sete dias e avalia ainda, se houve impedimento na realização de atividades diárias. Esse instrumento foi validado para sintomas osteomusculares na população brasileira por Pinheiro *et al.* (2002).

### 2.2.1 Postura e desconforto músculo-esquelético

Para Knoplich (1995), os movimentos corporais e as demais atividades desenvolvidas, como força e destreza, causam um desgaste fisiológico importante no sistema músculo-esquelético.

Conforme Watkins (2001), existem três grandes categorias de movimento: manutenção da postura ereta, transporte do corpo e manipulação de objetos. A maioria dos movimentos envolve uma combinação de duas ou de todas as três categorias.



Quanto à participação dos músculos, ligamentos, fâscias e aponeuroses na gênese das dores e dos desconfortos, Knoplich (1995) destaca duas linhas de pesquisa: a primeira estuda as alterações físico-químicas (neurotransmissores), endócrinas, circulatórias, viróticas, dentre outras, causadas pelo esforço muscular estático. A segunda verifica os fatores ambientais que influenciam a postura corporal. Essa linha originou praticamente uma nova ciência, a ergonomia, que ampliou muito sua abrangência, incluindo outros aspectos, além dos posturais.

As posturas são mantidas ou adaptadas como resultado de coordenação neuromuscular, os estímulos aferentes surgem de várias regiões do corpo e são conduzidos para o sistema nervoso central e, neste nível, coordenados. A resposta é motora e os músculos antigravitacionais são os principais órgãos efetores.

As condições dolorosas e/ou de desconforto músculo-esquelético se relacionam, de maneira direta ou indireta, com a postura ereta do homem, quando ele fica de pé, move-se ou senta-se. A postura ereta, mesmo que instável, é considerada como a adaptação do homem para o uso livre dos seus membros superiores.

Entende Knoplich (1983) que a postura envolve o conceito de equilíbrio, coordenação neuromuscular, adaptação e relaciona-se a um determinado momento corporal e a uma determinada circunstância.

Conforme relato do Comitê de Postura da *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, em 1974, descrita por Kendall:

Postura define-se geralmente como o arranjo relativo das partes do corpo. A boa postura é o estado de equilíbrio muscular e esquelético que protege as estruturas de suporte do corpo contra lesão ou deformidade progressiva, independentemente da atitude (ereta, deitada, agachada, encurvada), nas quais essas estruturas estão trabalhando ou repousando. Sob tais condições, os músculos funcionam mais eficientemente e posições ideais são proporcionadas para os órgãos torácicos e abdominais. A má postura é uma relação defeituosa entre as várias partes do corpo que produz uma maior tensão sobre as estruturas de suporte e onde ocorre um equilíbrio menos eficiente do corpo sobre sua base de suporte (KENDALL *et al.*, 1995, p. 3).

De acordo com Cailliet (1999), uma boa postura envolve uma posição esteticamente aceitável, com pouco gasto energético, que não promova dor ou desconforto em que todas as curvas, sacral, lombar, torácica e cervical, são equilibradas de acordo com o centro de gravidade.

Esse mesmo autor refere que o conceito de postura correta é um tanto

ambíguo, pois muitos indivíduos sentem-se bem em uma postura considerada incorreta, ou seja, o corpo adapta-se a posturas utilizadas por longos períodos. No entanto ele lembra que essa postura poderá vir a desencadear uma sintomatologia dolorosa com o passar do tempo, pois produz desequilíbrio muscular. Assim, está de acordo com as afirmações de Silva (1988), de que o caráter repetitivo de um padrão postural poderá trazer problemas de dor para o indivíduo.

Dentre os fatores que influenciam a postura, há dois que são predominantes: os hereditários, que incluem as anomalias estruturais, neurológicas e esqueléticas, e os adquiridos, que incluem não só a postura habitual ou treinada durante os anos de desenvolvimento, como aquela resultante do estresse ocupacional prolongado (CAILLIET, 1995). Para Bienfait (1993), o tônus postural inexistente no nascimento e instala-se progressivamente de acordo com a necessidade da estática corporal.

Percebe-se que a postura ereta é dirigida à eficiência músculo-esquelética; todavia, quando esse sistema é submetido a uma sobrecarga, ele responde e tenta restabelecer o equilíbrio ou adaptar-se à situação, muitas vezes às custas da contração muscular exagerada. O desconforto músculo-esquelético, geralmente, está relacionado a condições em que há tensão muscular, o que gera queixas dolorosas e/ou funcionais pouco específicas. Essas tensões podem ocorrer pela manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, pela repetitividade de movimentos, pela pressão mecânica sobre determinados segmentos corporais e pelo esforço físico que sobrecarregam músculos, tendões, bursas e sinóvias e, ainda, pela sobrecarga articular desigual ou assimétrica.

Bienfait (1993) lembra que o tecido conjuntivo fibroso não é apenas um tecido mecânico de ligação, mas um imenso receptor sensitivo. As tensões retráteis são responsáveis pela maioria das dores, permanentes ou semipermanentes, que dificultam as atividades diárias do indivíduo, além disso, elas impedem a mobilidade da fáscia muscular.

Kisner e Colby (1992) entendem que a ação muscular desempenha um papel fundamental na postura corporal. Quando os grupos musculares agem em sintonia tônica, há o equilíbrio de forças e a postura flui harmoniosa; por outro lado, quando ocorrem alterações ou desequilíbrio, a dinâmica postural fica comprometida.

O desconforto e a dor de origem muscular também apresentam um componente psicológico. Keleman (1992), em uma abordagem fenomenológica da anatomia, chama a atenção para a postura emocional, resultado do registro de

diferentes momentos de vida, é uma postura que dá corpo às emoções, aos pensamentos e às experiências do indivíduo. Os estados emocionais alterados como medo, tensão nervosa e ansiedade, resultam em tensão física que se reflete no enrijecimento muscular (CAILLIET, 1995; KNOPLICH, 1982; LOBATO, 1992).

O enrijecimento ou espasmo muscular, por sua vez, é definido como contração muscular sustentada, involuntária e usualmente dolorosa, que não pode ser aliviada voluntariamente. O grau de contração do músculo espasmódico excede as necessidades funcionais (YENG *et al.*, 2003b). De acordo com Cailliet (2001), pode-se considerar trauma uma contração muscular de intensidade e duração incomum, especialmente as contrações excêntricas, de alongamento.

Conforme o exposto até então, é possível sintetizar a relação entre postura e desconforto músculo-esquelético, sob a forma de um circuito, ilustrado na Figura 1, cuja seqüência auto-explicativa identifica os fenômenos que se estabelecem a partir da tensão emocional e das posturas inadequadas por tempo prolongado.

Retomando-se as bases conceituais da postura, no que diz respeito ao equilíbrio, destaca-se o teorema de Bienfait (1993, p.24): "Um corpo está em equilíbrio quando a vertical traçada a partir de seu centro de gravidade cai na base de sustentação". Assim, está fundamentada toda a fisiologia da estática e os seus desequilíbrios, considerando-se que há tantos centros de gravidade quantas forem as posições corporais assumidas.

Muitas são as posturas naturalmente assumidas pelo homem, ao longo de vinte e quatro horas e cada uma apresenta características biomecânicas distintas que podem repercutir positivamente ou não no seu bem-estar.

Na posição deitada, a superfície de apoio corporal é grande, portanto, exige níveis baixos de atividade muscular e menor pressão nos discos intervertebrais. A posição pode variar conforme a complacência da superfície de apoio, a constituição do indivíduo e a posição dos membros superiores e inferiores. A posição em pé, imóvel e em alinhamento correto, requer pequena atividade muscular, porém, essa postura não é usualmente mantida por longos períodos. Geralmente, ocorre a alternância de apoio das extremidades inferiores, o que pode acarretar sobrecarga unilateral (OLIVER; MIDDLEDITCH, 1998).

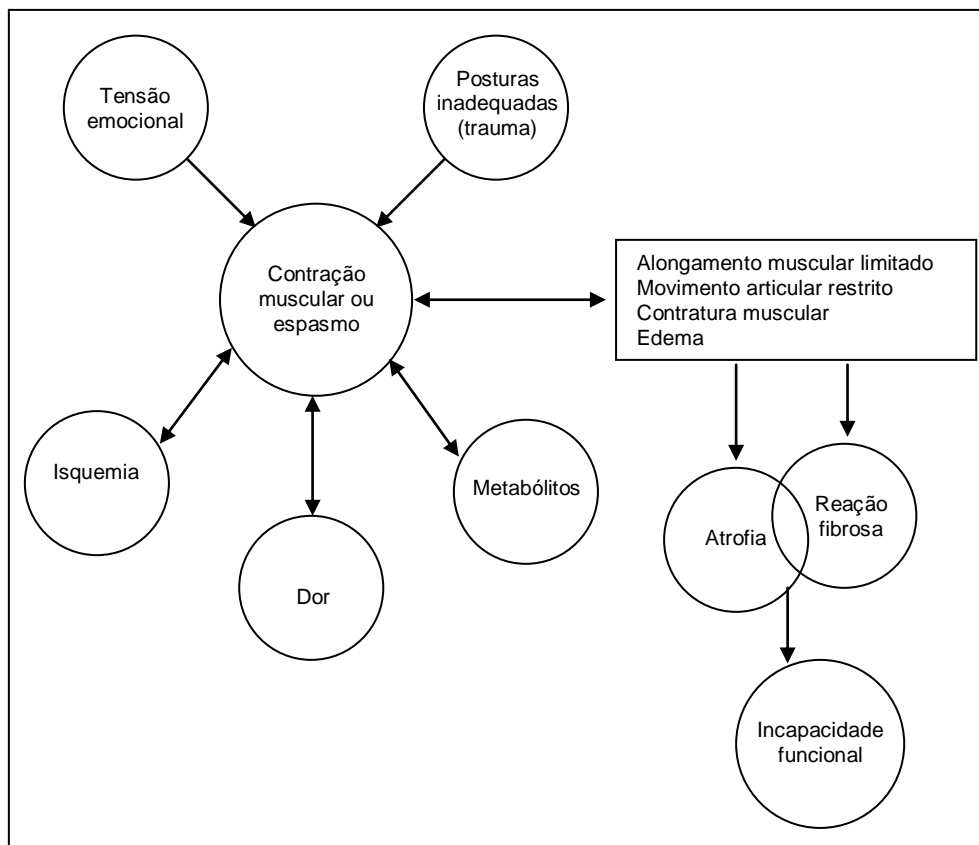


Figura 1 - Ciclo resultante de tensão emocional e de posturas inadequadas, adaptado de Cailliet (1999, p. 104).

A seguir, destaca-se uma das posturas mais utilizadas no dia-a-dia que é de interesse para este estudo, a posição sentada. Considerada um fator de risco para a coluna vertebral, tal posição reduz a curvatura lombar, aumenta a pressão no disco intervertebral e alonga as estruturas posteriores da coluna vertebral. Todos esses aspectos podem predispor dor, dormência, sensação de peso e outros desconfortos (VIEL; ESNAULT, 2000).

A posição sentada sem apoio é a que proporciona maior pressão nos discos intervertebrais, quando comparada à posição em pé, porque sobrecarrega principalmente a coluna lombar. Também existem consideráveis diferenças nos níveis de atividade estática nos músculos do pescoço e do ombro, em diferentes posições sentadas. A postura encurvada fornece níveis mais elevados de pressão intradiscal do que a postura ereta (CAILLIET, 1995; KNOPLICH, 1993; OLIVER; MIDDLEDITCH, 1998; VIEL; ESNAULT, 2000).

De acordo com as variações da postura sentada, são diferentes os efeitos sobre a coluna vertebral e suas adjacências. Kapandji (2000) apresenta a análise biomecânica da posição sentada, ilustrada na Figura 2.

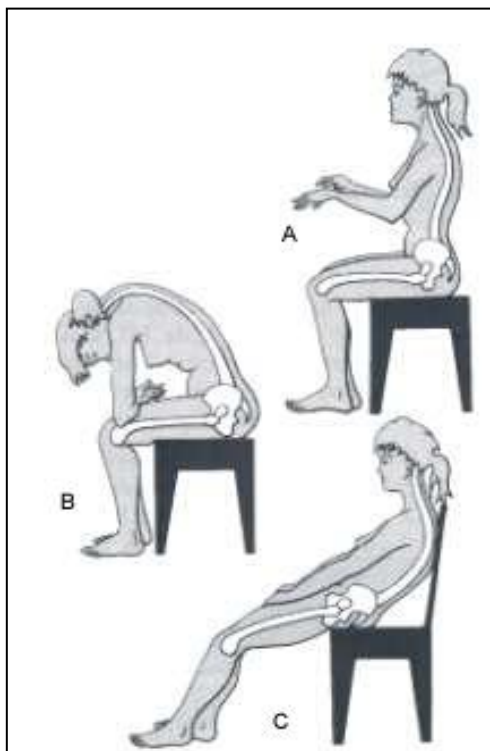


Figura 2 - Posições sentada. A, com apoio isquiático; B, com apoio ísquio-femoral e C com apoio ísquio-sacral (KAPANDJI, 2000, p. 114).

Na posição A, considerada a posição da datilógrafa, ou seja, sem apoio dorsal, o peso do tronco recai sobre os ísquios, a pelve fica em equilíbrio instável, em anteversão, e há um aumento das curvaturas lombar, dorsal e cervical. Os músculos da cintura escapular, em especial o trapézio, são muito solicitados, a fim de manter os membros superiores elevados e a estática da coluna. Após algum tempo, essa posição acarreta dores referidas nos ombros. Na posição B, sentada com apoio ísquio-femoral, com o tronco inclinado para a frente, a pelve fica em anteversão e o aumento da cifose dorsal leva à retificação da curvatura lombar. Se os membros superiores estão apoiados nas coxas, o tronco fica estável e há um mínimo de esforço muscular. Na posição C, o apoio é feito pelas tuberosidades isquiáticas e face posterior do sacro e do cóccix, há apoio dorsal no espaldar da cadeira, a pelve fica em retroversão, a lordose lombar é retificada, a cifose dorsal é aumentada e, ao inclinar a cabeça para a frente, pode-se inverter a lordose cervical. Segundo o autor, essa última posição relaxa os músculos posteriores da região lombar, aliviando as dores na espondilolistese. Cailliet (2001) considera que essa posição acarreta um estiramento dos músculos ísquio-tibiais e uma tensão do ligamento longitudinal posterior,

tornando-se sintomática, quando excessiva ou prolongada.

Estudos realizados com trabalhadores evidenciam que a posição sentada pode ser a causa de desconforto e/ou desordens músculo-esqueléticas. Os efeitos podem ser agravados, dependendo da tarefa executada, se a posição for mantida por períodos prolongados e se forem utilizados mobiliários inadequados (COURY, 1998; LEHMAN *et al.*, 2001; POPE; MAGNUSSON, 2002).

Com a evolução das civilizações, o hábito de sentar foi se modificando, desde o sentar no chão até o na cadeira. Em algumas culturas, em especial na Ásia e na África, as pessoas ainda sentam no chão ou ficam de cócoras, tanto para o repouso como para o trabalho.

Em decorrência dessa evolução, observou-se o crescente interesse em pesquisas nas áreas de biomecânica e de ergonomia, assim, ressaltando a importância da relação entre o homem, a ocupação, o mobiliário e o ambiente, de forma a assegurar eficiência e bem-estar. Grandjean (1969 *apud* KNOPLICH, 1983) foi quem, inicialmente, chamou a atenção para problemas posturais resultantes da posição sentada e propôs novos modelos de cadeira.

Deve-se considerar qual o objetivo de uma cadeira, como ela será utilizada, pois uma cadeira confortável para relaxamento não será a indicada para trabalhar diante de um computador. A literatura atual, de forma geral, tem destacado como cadeira adequada aquela que permita uma posição de pressão mínima sobre a coluna vertebral, que respeite as características individuais e que proporcione o alinhamento do tronco. Deve ter encosto posterior com inclinação de 10°, para propiciar o apoio da região lombar e também deve ter altura e profundidade suficientes para permitir o adequado apoio dos pés no chão, formando um ângulo de 90° nos joelhos e nos tornozelos. Também é recomendado o apoio dos braços, pois reduz em 25% a carga sobre a região lombar, conforme ilustra a Figura 3 (CAILLIET, 2001; OLIVER, 1999; VIEL; ESNAULT, 2000).

Deve-se a Mandal (1976 *apud* VIEL; ESNAULT, 2000), o aparecimento de assentos inclinados tanto para a frente, eles são largamente utilizados, a partir da década de 80, para o conforto dos que trabalham sentados; quanto para trás, em situações de descanso. A inclinação do assento para a frente permite a proteção da região lombar, em virtude da abertura do ângulo entre as coxas e o tronco, próximo de 100° a 120°, considerada uma posição de pressão intradiscal mínima.

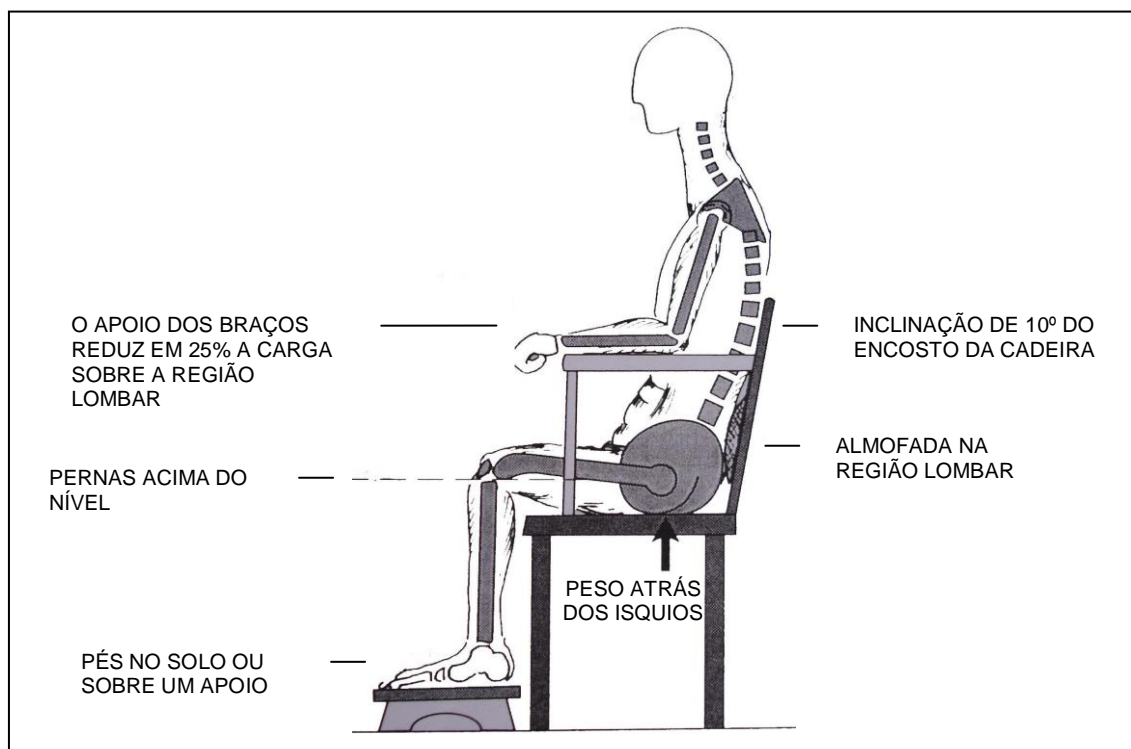


Figura 3 - Postura sentada ideal (CAILLIET, 2001, p. 270).

### 2.3 Pós- parto

Os fenômenos involutivos gerais, no pós-parto, observa Neme (2006), atingem todo o organismo da mulher, manifestam-se e instalam-se de modo súbito, com a descompressão abdominal e suas conseqüências: de modo imediato, com as alterações hormonais e hematológicas, entre outras; de modo mediato, com o retorno dos ciclos menstruais.

Rezende (1995) classifica o pós-parto em três períodos, cada qual apresentando características distintas, relacionadas às manifestações involutivas e de recuperação da genitália e dos sistemas extragenitais:

- pós-parto imediato, do 1º ao 10º dia;
- pós-parto tardio, do 10º ao 45º dia;
- pós-parto remoto, além do 45º dia.

### 2.3.1 Desconforto músculo-esquelético no pós-parto

Dentre os sistemas extragenitais, a recuperação do sistema músculo-esquelético ocupa um lugar de destaque, no período pós-parto, e é alvo freqüente de queixas de desconforto da mulher.

Este desconforto pode manifestar-se com maior ou menor intensidade, conforme os diferentes períodos. No pós-parto imediato, a maioria das manifestações está relacionada às condições da gravidez e do parto. São comuns dores ou paresias nos membros inferiores e na região sacra, dores perineais, fraqueza dos músculos abdominais e do assoalho pélvico, dor na sínfise púbica, incontinência urinária e anorretal, problemas circulatórios e dor nas costas. Além desses, são freqüentes os distúrbios emocionais e os problemas com as mamas, como o ingurgitamento, os mamilos doloridos e a mastite (PAMPLONA, 2002; POLDEN; MANTLE, 2000; REZENDE, 1995; STEPHENSON; O'CONNOR, 2004; TAMEZ, 2002; WHITEFORD; POLDEN, 1992).

Observa Rezende (1995) que o pós-parto tardio é um período de transição, em que se acelera a recuperação genital e todas as funções biológicas passam a ser influenciadas pela lactação. No pós-parto remoto, período de duração imprecisa, a maioria dos desconfortos cede de forma espontânea, porém alguns problemas apresentados no período imediato podem persistir, ser atenuados ou exacerbados.

Conforme Polden e Mantle (2000), existem transtornos que somente serão percebidos pela mulher ao retomar a sua rotina diária. Destacam-se as dores nas costas, a disfunção sexual, a diástase do músculo reto abdominal, a diástase da sínfise púbica, a incontinência urinária, a síndrome do túnel cárpico, a fadiga e a depressão pós-parto.

Em estudos realizados na Austrália, nos Estados Unidos e na Ucrânia, que investigaram a saúde das mulheres e os desconfortos físicos após o parto, os resultados foram semelhantes. Identificaram-se como problemas mais comuns, durante o primeiro ano após o parto, a dor nas costas, a dor perineal, a mastite, as hemorróidas, a incontinência urinária e a fadiga (BROWN; LUMLEY, 1998; GJERDINGEN *et al.*, 1993; GLAZENER *et al.*, 1995).

De acordo com Acheson e Danner (1993), 10% ou mais das mulheres, na América do Norte, apresentam os seguintes problemas no período pós-parto: dor,



constipação, hemorróidas, fadiga, distúrbios do sono, dificuldade para perder peso e problemas sexuais.

Quanto à fadiga, citada em vários estudos, Gjerdingen e Froberg (1991 *apud* ACHESON; DANNER, 1993), relatam que a sua percepção pela mulher, no pós-parto imediato, é alta e continua sendo um problema após seis semanas, para 36% das mães biológicas e para 26% das mães adotivas. Dessa forma, variáveis físicas, emocionais, familiares e sociais estão associadas à percepção de fadiga.

McGovern *et al.* (2006) investigaram a presença de sintomas físicos em 716 mulheres, trabalhadoras formais, cinco semanas após o parto e identificaram os seis sintomas mais comuns: fadiga (64%), desconforto nas mamas (60%), disfunção sexual (52%), trauma mamilar (50%), cefaléia (49%) e lombalgia ou cervicalgia (43%).

Em estudo de corte, realizado na Suécia por Schytt *et al.* (2005), com 2413 mulheres, os problemas físicos mais comuns, relatados pelas mulheres, aos dois meses e um ano após o parto, foram a fadiga, cefaléia, cervicalgia, dor nos ombros e lombalgia.

Não foram encontrados trabalhos, na literatura nacional, que abordem os desconfortos físicos da mulher e sua prevalência no pós-parto, porém são freqüentes os estudos sobre os desconfortos durante a gestação, em especial sobre a lombalgia e seu tratamento (DE CONTI *et al.*, 2003; FERREIRA; NAKANO, 1999; MARTINS; SILVA, 2005b; SPERANDIO *et al.*, 2004).

Conforme Calguneri *et al.* (1982), as alterações hormonais presentes na gravidez, em especial o aumento da secreção de relaxina, determinam a frouxidão músculo-ligamentar e as instabilidades e os desconfortos articulares, que persistem no puerpério, levando até seis meses para voltarem ao normal. Rezende (1995) afirma que essas alterações podem durar meses ou anos, para algumas mulheres, elas se tornam permanentes. Portanto, a instabilidade articular associada à sobrecarga mecânico-postural no pós-parto, imposta pelos cuidados da mulher com seu filho, com os afazeres da casa e/ou com o trabalho, podem ser consideradas como fatores determinantes do desconforto músculo-esquelético nesse período.

A seguir, dentre os desconfortos músculo-esqueléticos mais comuns da mulher após o parto, destacam-se os que acometem o períneo, os músculos abdominais, os membros superiores, os membros inferiores e a coluna vertebral.

- Dores perineais:

Durante a gravidez, o assoalho pélvico fica sobrecarregado pelo peso crescente do bebê e do útero. Durante o parto, ele se adelgaça e estira-se em torno do bebê. No entanto, quando submetido à episiotomia ou a traumatismos durante o parto vaginal, provoca dores, em toda a região, que podem se prolongar durante dias ou mesmo semanas após o parto. A distensão e o enfraquecimento dessa musculatura podem ser as causas da incontinência urinária e anorretal (REZENDE, 1995).

Diversas pesquisas que investigaram o desconforto físico nos primeiros meses após o parto, evidenciaram a presença da dor perineal (BROWN; LUMLEY, 1998; GLAZENER *et al.*, 1995; SCHYTT *et al.*, 2005).

- Fraqueza dos músculos abdominais:

Os músculos abdominais foram sendo estirados durante a gravidez e, após o parto, encontram-se distendidos; como resultado, há uma perda de força e de estabilidade mecânica, o que contribui para o aumento da vulnerabilidade da coluna vertebral às lesões e às dores (POLDEN; MANTLE, 2000; STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

- Afecções nos membros superiores:

A ocorrência da Síndrome do Túnel Cárpico, na mulher grávida, varia de 2% a 25%. No pós-parto, ela é muito pouco descrita e, conforme estudo de Wand (1990), pode estar relacionada com a amamentação. Nesse estudo retrospectivo, foram entrevistadas quarenta (40) mulheres que apresentaram a síndrome durante a gravidez e dezoito (18) mulheres que a desenvolveram no puerpério. Dentre as puérperas, todas estavam amamentando e perceberam os sintomas no decorrer de duas semanas, após o estabelecimento da amamentação.

A Síndrome do Túnel Cárpico ocorre pela compressão do nervo mediano no punho. Ela é mais comum no último trimestre de gestação, provavelmente, está relacionada ao edema generalizado ou localizado. As mulheres queixam-se de dor e parestesia no trajeto do nervo e nos três primeiros dedos da mão - geralmente é bilateral, porém os sintomas são mais acentuados na mão dominante; elas também apresentam incoordenação motora e perda de força nas mãos. Normalmente os

sintomas desaparecem dentro de duas semanas após o parto, contudo mulheres que amamentam tendem a apresentar recuperação mais demorada (BORG-STEIN *et al.*, 2005; STEPHENSON; O'CONNOR, 2004; WAND, 1990).

A doença de Quervain, tenossinovite das bainhas dos tendões do músculo abdutor longo do polegar e extensor curto do polegar, pode ocorrer durante a gravidez, mas é mais freqüente no período pós-parto, em decorrência dos movimentos repetitivos realizados pela mãe, durante os cuidados com o bebê (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

Borg-Stein *et al.* (2005) também enfatizam que as atividades diárias da mulher com a casa e com os cuidados com o bebê, no pós-parto, especialmente atividades que exijam movimentos repetitivos ou a manutenção dos membros superiores em uma mesma posição por longos períodos, estão associadas com lesões dos nervos periféricos de tais membros.

- Afecções nos membros inferiores:

Os desconfortos sentidos nos membros inferiores, durante a gravidez e no pós-parto, também são muito pouco descritos. A disfunção femuro-patelar aparece como causa comum de dor nos joelhos durante a gravidez e poderá persistir no pós-parto, conforme Ritchie (2003), em consequência da sobrecarga articular imposta durante os cuidados com a criança, em especial, quando a mulher se abaixa, pois a dor aumenta com a flexão do joelho. No pós-parto imediato, segundo Polden e Mantle (2000), são comuns não só as queixas de pernas doloridas e pesadas, mas ainda a presença de edema nos pés e nos tornozelos.

Em estudo de caso-controle realizado por Vullo *et al.*, em 1996, foi observada uma prevalência de 56% de queixas de dor nas pernas e nos pés de mulheres que se encontravam no pós-parto; o grupo controle, composto por nulíparas, foi de 37%. O relato de dor na articulação do quadril teve uma prevalência de 38% no grupo pós-parto e 23% no grupo controle. A maioria desses sintomas tiveram início no segundo e terceiro trimestre de gestação.

Calguneri *et al.* (1982) e MacLennan (1991) asseguram que fatores hormonais e biomecânicos presentes desde a gravidez contribuem para as disfunções músculo-esqueléticas dos membros inferiores. Os autores descrevem que a ação da relaxina, hormônio responsável pela frouxidão músculo-ligamentar, associada às mudanças no centro de gravidade da mulher, ao padrão da marcha, ao

ganho de peso e ao aumento na demanda dos membros inferiores durante os cuidados com a criança, são responsáveis pelas queixas referentes às extremidades inferiores.

- Dor nas costas:

Dor nas costas é uma terminologia utilizada para descrever as manifestações dolorosas que acometem as distintas regiões da coluna vertebral. Estas comumente, também incluem a articulação sacro-ilíaca ou região pélvica posterior.

Desde a gravidez, a mulher vem adaptando a sua postura para compensar as mudanças de seu centro de gravidade. Isso se repete no pós-parto, de forma mais abrupta, assim, repercutindo principalmente em sua coluna vertebral.

Dentre os desconfortos músculo-esqueléticos da mulher, relacionados aos períodos gestacional e pós-parto, a dor nas costas, em especial a lombalgia, é a queixa mais freqüente e também a mais estudada.

Em 1988, Svensson *et al.* (*apud* ÖSTGAARD; ANDERSSON, 1992), estimaram que de 10% a 30% das mulheres com dor crônica nas costas, o primeiro episódio de dor havia ocorrido durante a gravidez.

Segundo Ritchie (2003) e Borg-Stein *et al.* (2005), estudos epidemiológicos mostram uma incidência de 50% de lombalgia durante a gravidez. Em revisão feita por Mogren e Pohjanen (2005), foi identificada uma prevalência de lombalgia e dor pélvica posterior, durante a gravidez, que variou de 24% a 90% em diferentes estudos. No Brasil, Martins e Silva (2005a) entrevistaram duzentas e três (203) gestantes e encontraram uma prevalência de cerca de 80% de dor nas costas em algum período da gravidez, sendo os locais mais referidos a região lombar e/ou sacro-ilíaca.

Dentre os fatores de risco para dor nas costas durante a gravidez, destacam-se a dor prévia à gravidez atual ou a outras gestações, a hipermobilidade articular e as conseqüentes alterações posturais, a idade materna, a paridade, o ganho de peso materno, o peso do bebê, o índice de massa corporal da mulher e sua ocupação (BORG-STEIN *et al.*, 2005; MACEVILLY; BUGGY, 1996; MARTINS; SILVA, 2005a; MOGREN; POHJANEN, 2005; ÖSTGAARD *et al.*, 1993; SPERANDIO *et al.*, 2004).

No período imediato ao pós-parto, a dor nas costas pode estar associada à

anestesia epidural, à posição de litotomia na mesa de parto, à passagem do feto pela pelve e ao resultante estiramento e movimento das articulações envolvidas (REZENDE, 1995).

Buggy e MacEvilly (1996) entendem que muitas mulheres e alguns médicos atribuem a dor nas costas, no pós-parto, à anestesia epidural; porém a maioria dos estudos realizados, dentre eles os de Breen *et al.* (1994) e MacArthur *et al.* (1997), evidenciam que a anestesia não causa tal dor. Recentemente, Mogren (2007) não encontrou associação entre anestesia e persistência de lombalgia e dor pélvica seis meses após o parto, em mulheres que referiam esses sintomas durante a gravidez.

A dor nas costas, afirmam Polden e Mantle (2000), surge com frequência após o parto e pode ser coccígea, sacroilíaca, lombar, torácica e, às vezes, cervical em sua origem. A dor torácica é quase sempre relacionada à má posição da mãe durante a amamentação, durante os cuidados com o bebê e também em virtude da fadiga. Oliver (1999) enfatiza que a dor torácica, comum nesse período, é consequência do aumento das mamas, associado à má postura ao amamentar, ao trocar fraldas e ao dar banho no bebê.

A quantidade de movimentos repetitivos que a mulher realiza nesse período, em especial os de inclinação, flexão e elevação do tronco, ou seja, o pegar, o levantar e o carregar o filho, expõe a coluna vertebral a um considerável risco de lesão.

Mudanças na densidade óssea têm sido verificadas durante a gravidez e o período de lactação, favorecendo em casos excepcionais o desenvolvimento de osteoporose generalizada e regional, conforme Sarli *et al* (2005). Embora incomum, a osteoporose vertebral e da articulação do quadril associada a fraturas podem ocorrer na gravidez e durante a amamentação (TIMSIT, 2004).

A prevalência de dor nas costas no pós-parto, em diferentes regiões vertebrais, varia de 20% a 67%. Vários fatores estão associados a esse sintoma, de acordo com estudos da literatura internacional, descritos a seguir, em ordem cronológica.

Em um estudo publicado em 1992, realizado na Suécia, Östgaard e Andersson investigaram oitocentas e dezessete (817) mulheres. Elas foram acompanhadas desde a gravidez até doze (12) meses após o parto. Mais de 67% delas referiram dor nas costas no pós-parto imediato, com maior frequência na região lombar e na região pélvica posterior, com melhora progressiva nos primeiros

seis meses, em especial no primeiro mês. Houve persistência dos sintomas por até 12 meses, em 37% dessas mulheres e, dentre os fatores associados, foram apontados a presença de dor nas costas antes e/ou durante a gravidez, o trabalho físico pesado e a multiparidade. Desses fatores, destacou-se o trabalho, porque exigia maior esforço físico.

Acheson e Danner (1993) referem que 40% das mulheres sentem dor nas costas após o parto. Breen *et al.* (1994), em pesquisa realizada com mil e quarenta e duas (1.042) mulheres, em um hospital de Boston, encontraram uma incidência de 44% de dor nas costas, entre um e dois meses após o parto. Foram evidenciados, como fatores associados, a dor nas costas durante a gravidez, a pouca idade das mulheres e o ganho de peso materno. Dentre as mulheres sem história prévia, que referiram dor apenas no período pós-parto, destacaram-se como fatores associados o ganho de peso e a baixa estatura.

Em 1997, Östgaard e Andersson verificaram incidência de 20% de dor residual nas costas em mulheres, seis anos após o parto. Em revisão realizada por Glazener *et al.* (1997), a frequência de dor nas costas após o parto, em diferentes estudos, variou entre 14% e 46%.

Norén *et al.* (2002) observaram que 20% das mulheres que apresentavam lombalgia e/ou dor pélvica posterior, durante a gravidez, após três anos do parto ainda denotavam essa queixa.

Em estudo de corte prospectivo, realizado por To e Wong (2003), foram entrevistadas trezentas e vinte e seis (326) grávidas no terceiro trimestre e logo após o parto. Encontrou-se uma prevalência de 76,6% de dor nas costas durante a gravidez. Após dois anos, essas mulheres foram novamente entrevistadas e, em 21,1% delas, a dor nas costas ainda estava presente. Como fatores associados, destacaram-se os episódios de dor nas costas antes ou durante a gravidez e a dificuldade da mulher em reduzir o peso ganho durante a gestação. Dentre as variáveis investigadas, nesse estudo, a amamentação por mais de três meses não foi um fator significativo para a queixa de dor.

Schytt *et al.* (2005) acompanharam duas mil quatrocentas e treze (2.413) mulheres suecas e verificaram que um ano após o parto, entre outros sintomas, 35,5% das mulheres ainda referiam cervicalgia e dor nos ombros e 33,7% referiam lombalgia. Já McGovern *et al.* (2006) identificaram uma prevalência de 43,3% de lombalgia e cervicalgia em mulheres, cinco semanas após o parto.

Ao concluírem sua pesquisa, Östgaard e Andersson (1992) surpreenderam-se com o índice de 67% de prevalência de dor nas costas após o parto. Tinham uma expectativa de que esse índice fosse menor, uma vez que a sobrecarga da gravidez havia desaparecido. Observaram, então, que o envolvimento da mãe nos cuidados com o filho e a persistência das alterações hormonais e teciduais após o parto, deviam ser considerados.

Declara Glazener *et al.* (1997) que existem poucos estudos sobre as conseqüências da dor nas costas durante a gravidez, porém a lacuna de conhecimentos é ainda maior no que se refere ao período pós-parto.

Em um estudo realizado por Nilsson-Vikmar *et al.* (2003), foi possível constatar as limitações e as interferências causadas pela dor nas costas nas atividades diárias de cento e dezenove (119) mulheres que ainda apresentavam queixas persistentes de dor dois meses após o parto. Para verificar a limitação dessas atividades, aplicou-se um questionário, o *Disability Rating Index (DRI)*, que consta de doze itens que incluem desde os cuidados com a casa até a prática de esportes. Foi observada maior interferência nas atividades que exigiam carregar peso, executar serviço pesado e abaixar-se, nessa ordem. Os resultados desse trabalho mostram não só que a mulher sente dificuldades na realização de suas atividades domésticas e nos cuidados com o bebê, mas também que a falta de compreensão da família pode adicionar uma dimensão psicológica ao problema, comprometendo ainda mais a qualidade de vida da mulher nesse período.

Conforme os estudos relatados, verifica-se que os desconfortos músculo-esqueléticos, no pós-parto, apresentam altos índices. Eles podem surgir na gravidez e continuar no puerpério, ou surgir durante o puerpério assim, interferindo nas atividades da mulher e repercutindo na qualidade da atenção oferecida a seu filho. Em vista disso existem recomendações para que os desconfortos passem a ser mais valorizados pela mulher e pelo profissional da saúde, que devem deixar de considerá-los como uma conseqüência normal do ciclo gravídico-puerperal (FERREIRA; NAKANO, 2001).

A literatura, na área da fisioterapia na saúde da mulher, recomenda e enfatiza a importância da identificação precoce, da prevenção e/ou do tratamento dos transtornos músculo-esqueléticos durante a gravidez e pós-parto. No período após o parto, além do programa de exercícios físicos específicos e da reeducação postural, com o objetivo de favorecer o retorno às condições prévias à gravidez, que

contribuem para o bem-estar da mulher, também são valorizados os cuidados e as orientações posturais que devem ser observados na lida com o bebê e durante a amamentação (ARTAL *et al.*, 1999; POLDEN; MANTLE, 2000; SOUZA, 1999; STEPHENSON; O'CONNOR, 2004; WHITEFORD; POLDEN, 1992).

### 2.3.2 Aspectos emocionais no pós-parto

Dentre os distúrbios emocionais do pós-parto, destacam-se a ansiedade e a depressão. Conforme Faisal-Cury e Menezes (2006), apesar das evidências de que a ansiedade puerperal é um fenômeno comum, ela não têm sido tão investigada quanto a depressão.

Para Maldonado (1984) e Soifer (1992), o puerpério é um período de grande labilidade emocional, principalmente na primeira semana após o parto, quando podem-se alternar a euforia e a depressão, eles consideram que esta última pode atingir grande intensidade. Os autores distinguem alguns períodos como marcos de manifestações psicológicas no pós-parto, que são: o período hospitalar, a chegada em casa, o primeiro mês, o retorno às relações sexuais e o período que vai do segundo até o sexto mês após o parto.

Entendem Abou-Saleh e Ghubash (1997 *apud* MORAES *et al.*, 2006) que a depressão puerperal se manifesta, na maioria das vezes, a partir das primeiras quatro semanas após o parto e atinge intensidade máxima nos primeiros seis meses. Para Wisner *et al.* (2004 *apud* ZINGA *et al.*, 2005), o início da depressão pode ocorrer não só nas primeiras semanas após o parto, mas ainda até sete meses após ele. Os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, idéias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas.

De acordo com a revisão de Moraes *et al.* (2006), a prevalência da depressão pós-parto está entre 10% e 20%, segundo a maioria dos estudos. Na pesquisa de corte prospectiva de base populacional, realizada pelos autores, na cidade de Pelotas-RS, com quatrocentas e dez (410) puérperas entre trinta (30) e quarenta e cinco (45) dias após o parto, a prevalência de depressão encontrada foi



de 19,1%. Os fatores associados à depressão foram a renda familiar, a expectativa quanto ao gênero da criança e o desejo de interromper a gestação. Para medir e caracterizar os sintomas depressivos, foi utilizada a Escala de Hamilton.

Em estudo de corte transversal, realizado em São Paulo, por Cruz *et al.* (2005), com setenta (70) puérperas, entre doze (12) e dezesseis (16) semanas de pós-parto, os autores encontraram uma prevalência de depressão de 37,1%. Foi observada maior proporção de depressão entre as mulheres cujo parto foi pós-termo e naquelas em que o recém-nascido apresentou Apgar menor que oito no primeiro minuto de vida. Nesse estudo, foi utilizada a *Edinburgh Pos-Natal Depression Scale* (EPDS), para avaliar a depressão.

Observaram Zinga *et al.* (2005) que a depressão pós-parto ainda não pode ser prevenida, por causa do forte componente biológico subjacente à sua etiologia.

O puerpério é um período de risco para o surgimento ou para a piora de distúrbios ansiosos que, nessa fase, apresentam características particulares e causam problemas específicos. Admitem Matthey *et al.* (2003 *apud* FAISAL-CURY; MENEZES, 2006) que a ansiedade seja mais freqüente que a depressão já que, apesar da associação entre os dois, nem todos pacientes ansiosos são deprimidos.

O termo ansiedade abrange sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, conteúdo de pensamento dominado por catástrofe ou incompetência pessoal, aumento de vigília ou alerta, um sentimento de constrição respiratória levando a hiperventilação e suas conseqüências, tensão muscular causando dor, tremor e inquietação e uma variedade de desconfortos somáticos conseqüentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998, p. 287).

Em uma revisão de literatura, Faisal-Cury e Menezes (2006) verificaram a prevalência de ansiedade no pós-parto de 4,9% a 16,8%, de acordo com diferentes instrumentos de auto-avaliação.

Para Keedwell e Snaith (1996 *apud* ANDRADE; GORENSTEIN, 1998), os instrumentos mais utilizados para medir a ansiedade estão divididos em escalas de avaliação clínica e escalas de auto-avaliação. Dentre as primeiras, estão as escalas de ansiedade de Hamilton (HAM-A); escala de ansiedade de Beck; escala clínica de ansiedade (*Clinical Anxiety Scale- CAS*); escala breve de ansiedade (BAS) e escala breve de avaliação psiquiátrica. Dentre as escalas de auto-avaliação, estão o inventário de ansiedade traço-estado (IDATE); escala de ansiedade de Zung e escala de ansiedade manifesta de Taylor, entre outras.

Os problemas emocionais, já abordados, afetam a função e o controle músculo-esquelético e podem ter um importante papel na gênese da dor. Yeng *et al.* (2003a) afirmam que as perturbações do estado emocional, por meio das emoções negativas, como a diminuição da auto-estima, sensação de culpa e de impotência e outros estressores do dia-a-dia, contribuem significativamente para o agravamento e a manutenção da dor músculo-esquelética.

Na opinião de Janowsky e Sternbach (1976 *apud* LOBATO, 1992), assim como a ansiedade é o afeto mobilizado na dor aguda, a depressão pode surgir como fenômeno secundário na dor crônica orgânica. Essa opinião não é acatada por todos os autores, pois há controvérsias a respeito da natureza e da extensão dessa relação.

A associação entre o bem-estar emocional e o bem-estar físico da mulher, no pós-parto, confirmou-se por meio de um estudo conduzido, na Austrália, por Brown e Lumley (2000). Dentre as mulheres com depressão, entre seis (6) e sete (7) meses após o parto, foram encontrados diferentes graus de associação com problemas físicos, tais como: dor nas costas, fadiga, incontinência urinária, problemas sexuais e problemas intestinais. Lumley *et al.* (2003) consideram que uma a cada seis mulheres tem depressão no ano que se segue ao parto e que 30% delas ainda terão ou apresentarão novamente depressão dois anos após o parto. Os mesmos autores declaram que 94% dessas mulheres apresentam, no mínimo, um dos seguintes problemas associados: dor nas costas, dor perineal, mastite, incontinência urinária ou fecal; 26% possuem problemas sexuais e quase 20% têm problemas de relacionamento com seu companheiro.

Em estudo realizado por Russel *et al.* (1993 *apud* MACEVILLY; BUGGY, 1996), dentre cento e cinqüenta e seis (156) mulheres que apresentavam queixas de dor nas costas, no pós-parto, foram identificados fatores psicológicos que contribuíam para o sintoma em catorze (14) delas.

Alertam Klaus *et al.* (2000 *apud* SCHMIDT *et al.*, 2005) que mulheres com depressão pós-parto podem apresentar sintomas como cefaléia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente.

Pesquisas na área da psiconeuroimunologia têm revelado que a depressão está associada à inflamação causada pelo aumento dos níveis de citocinas pró-inflamatórias. As puérperas são especialmente vulneráveis, pois os níveis de citocinas são significativamente altos, no último trimestre da gestação.

Kendall-Tackett (2007), em revisão sobre o tema, destaca que a inflamação não é apenas um fator de risco para a depressão mas é o que fundamenta os outros fatores de risco, como o estresse, os distúrbios do sono, a dor e o trauma psicológico. Esse novo paradigma revela os estressores físicos e psicológicos, comuns no puerpério, como causas do aumento da inflamação e, conseqüentemente, da depressão.

### **2.4 Amamentação**

Vários estudos têm sido realizados com o objetivo de ratificar que o leite materno é o melhor alimento para o bebê e que o ato de aleitar é a melhor escolha para a mãe e seu filho. Os benefícios que tal prática oferece para a mãe, a criança e a família, quanto aos aspectos nutricionais e psicossociais, são mundialmente reconhecidos.

Com base em evidências científicas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993) recomenda a prática de aleitamento materno exclusivo por seis (6) meses e aleitamento materno com alimentos complementares até dois (2) anos ou mais de idade. Dentre as categorias estabelecidas, o aleitamento materno exclusivo é aquele que a criança recebe somente leite materno, sem nenhum outro líquido ou sólido, exceto medicamentos.

Apesar dos avanços das taxas de aleitamento materno observados na última década, a situação do aleitamento, no Brasil, ainda está longe do que é preconizado pela OMS. Conforme dados obtidos em pesquisa nacional, realizada em 1999, pelo Ministério da Saúde, a mediana de amamentação no Brasil é de dez (10) meses, e de amamentação exclusiva é de apenas vinte e três (23) dias nas capitais. Em Porto Alegre, 59,9% dos bebês se beneficiavam do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida, em 1999, proporção que diminui progressivamente, até atingir apenas 8,2% entre o quinto e o sexto mês de vida (BRASIL, 2001).

Em estudo de corte prospectivo realizado na cidade de Pelotas (RS), entre 2002 e 2003, foram entrevistadas novecentas e quarenta (940) mães de bebês com até três (3) meses de idade, em que 39% deles recebiam aleitamento exclusivo e cerca de 1/3 já não mamava mais. Dentre os fatores relacionados à interrupção do

aleitamento exclusivo, antes dos três (3) meses de idade, foram identificados o trabalho materno, o uso de chupeta, a baixa renda familiar, entre um e três salários mínimos, e a incompleta escolaridade paterna, menor que cinco anos (MASCARENHAS *et al.*, 2006).

Pesquisa de Chaves *et al.* (2007), realizada no interior de Minas Gerais, em que foram acompanhadas duzentas e quarenta e seis (246) puérperas, nos primeiros doze (12) meses após o parto, evidenciou uma prevalência de aleitamento materno exclusivo até seis meses de 5,3%, e de aleitamento materno até doze (12) meses de 33,7%. A mediana de aleitamento exclusivo foi de quarenta (40) dias, e a mediana de aleitamento materno de duzentos e trinta e sete (237) dias. Os fatores associados à menor duração do aleitamento materno exclusivo, foram: a intenção da mãe de amamentar por menos de dois anos, o peso do recém-nascido menor que 2500g e o uso de chupeta.

Para que o início e o estabelecimento do aleitamento tenham êxito, as mães necessitam do apoio, durante a gravidez e após o parto, não só de suas famílias e comunidades, mas também, e principalmente, dos profissionais da saúde que as acompanham nesse período.

Na década de 80, o Ministério da Saúde, OPAS, OMS e UNICEF elaboraram e definiram, em parceria, políticas relacionadas à proteção, à promoção e ao apoio ao aleitamento materno. Isso resultou em uma declaração conjunta conhecida como *os dez (10) passos para o sucesso do aleitamento* a serem seguidos pelos serviços materno-infantis: ter norma escrita sobre aleitamento; treinar toda a equipe de saúde para implementá-la; informar as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento; ajudar as mães a iniciá-lo na primeira hora após o parto; mostrar-lhes como amamentar e manter a lactação; não dar outro alimento ou bebidas aos recém-nascidos que não seja o leite materno; praticar o alojamento conjunto; encorajar o aleitamento em livre demanda; não oferecer bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas ao seio e encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para encaminhar as mães por ocasião da alta (OMS-UNICEF, 1989).

Para que essas e outras ações sejam eficazes, é preciso reconhecer os obstáculos e as dificuldades encontradas para amamentar, tanto em relação ao estabelecimento quanto à continuação da amamentação.

#### 2.4.1 Obstáculos e dificuldades para amamentar

Vários autores, entre eles, Almeida (1999), Barros e Ferrari (2003), Carvalho (2002), Giugliani (2004), Issler (2003), Martins Filho (1987), Murahovschi (1988) e Rego (1986), citam como causas das dificuldades no estabelecimento e na manutenção da amamentação, de uma forma geral, a desinformação e a falta de organização dos serviços de saúde, além das dificuldades específicas relacionadas ao bebê, à mulher e à sociedade.

Quanto ao bebê, são citados, além das condições especiais como a prematuridade, a icterícia, o lábio leporino e a necessidade de hospitalização, os problemas comuns, tais como o bebê dorminhoco, o bebê faminto, o bebê que chora muito e aquele que troca o dia pela noite. No que se refere às dificuldades das mulheres, citam-se comumente os problemas com os mamilos e as mamas, como as fissuras, os mamilos doloridos e/ou inadequados, o ingurgitamento e a mastite, além das dificuldades relacionadas ao parto cesáreo e aos problemas emocionais. Quanto ao binômio mãe-bebê, é amplamente descrito na literatura que a má posição da dupla, durante a mamada, repercute negativamente na duração da amamentação.

Alguns estudos mostram ainda outros fatores críticos, relacionados ao desmame precoce, como a pouca idade da mãe, a baixa escolaridade, o baixo nível sócio-econômico, o trabalho fora do lar, a ausência de companheiro e a primiparidade (CHAVES *et al.*, 2007; NOMMSEN-RIVERS, 2004; REA *et al.*, 1997).

Em um estudo qualitativo, realizado por Ramos e Almeida (2003), com o objetivo de verificar as alegações maternas para o desmame, a mais citada, entre elas, foi o leite fraco ou pouco leite, seguida de problemas com as mamas, falta de experiência, inadequação entre as suas necessidades e as do bebê, interferências externas, trabalho, ambigüidade entre o querer/poder amamentar e entre o fardo/desejo. Um aspecto que mereceu destaque no relato das mães foi a banalização ou desconsideração, por parte dos profissionais da saúde, quanto às suas queixas de dor e desconforto, relacionadas às intercorrências da mama puerperal, fazendo-as acreditar que deveriam suportar esse ônus natural da maternidade. Araújo (1997 *apud* RAMOS; ALMEIDA, 2003) evidencia que essa atitude, entre os profissionais, contribui para o abandono da amamentação.

Almeida (1999) afirma que a propensão para se justificar o desmame, com

base em questões relacionadas à hipogalactia, é um fato comprovado por várias pesquisas. Contudo, as disfunções lactogênicas mamárias, causadas por fatores anatômicos e fisiológicos, são raras, o que permite refutar, com fundamento científico, as teses do pouco leite ou leite fraco.

Ao investigar as vivências da amamentação, para um grupo de mulheres, referentes às sensações e manifestações em seus corpos e nos corpos de seus filhos, Nakano (2003) observa que há uma priorização do filho recém-nascido, que ofusca a atenção das mulheres ante as manifestações do seu próprio corpo. Ela considera problema na amamentação aquele que resulta em prejuízo para a criança, ou seja, ela se coloca em segundo plano pelo bem-estar de seu filho.

O exercício da maternidade, em especial no que se refere à amamentação, revela-se, muitas vezes, um fardo em consequência dos vários papéis desempenhados pela mulher-mãe. Adesse (1994 *apud* RAMOS; ALMEIDA, 2003) relata que a fadiga da mulher, a falta de auxílio externo e a perda de liberdade e, ainda a sobrecarga que a amamentação representa, são causas comumente apresentadas para justificar o desmame. Arantes (1995) encontrou resultados semelhantes no depoimento de doze mulheres, quanto ao significado da amamentação, a qual se mostra para elas como uma experiência desagradável, pois exige esforço físico que, conseqüentemente, leva ao cansaço.

Nakano e Mamede (1999), ao acompanharem vinte (20) primíparas, em uma pesquisa qualitativa, com o objetivo de identificar os significados que as mulheres atribuem às vivências e às demandas na prática do aleitamento materno, também encontraram referências ao desconforto físico na fala das mães; haja vista o trecho de um dos relatos: “...eu tenho muita paciência sabe, tem que ter, mas às vezes cansa, dói as costas...te dói os braços, mas eu não estou nem ligando, já estou me acostumando com a dor, quando ela não está comigo, sinto falta da dor...” (p. 73). Para as autoras, a dor e o desconforto são configurados como parte integrante do processo “normal” de amamentar, pelo qual todas mulheres passam e o suportam.

Libbus *et al.* (1997) entrevistaram quarenta e uma (41) primigestas que tinham a intenção de amamentar seus filhos, para saber, entre outras questões, o que elas consideravam como dificuldades e desvantagens da amamentação. O desconforto físico foi um dos fatores mais citados pelas mulheres.

De acordo com as referências encontradas, constata-se que o desconforto físico da mulher é, freqüentemente, citado entre os fatores que dificultam a

amamentação. Mas, mesmo assim, ainda é muito pouco considerado e valorizado, principalmente em ações que apóiam a amamentação.

Vale ressaltar que Almeida (1999) propõe uma forma mais abrangente de pensar o aleitamento, que é biologicamente determinado, mas sofre influências socioculturais. Em face disso, há necessidade de estabelecer-se um novo foco de atenção sobre a mulher, que precisa ser assistida e amparada, levando-se em consideração suas queixas e sua decisão de amamentar ou não, para que ela desempenhe plenamente seu papel social de mulher-mãe-nutriz.

Verifica-se que a falta de orientação e de apoio determina para a mulher um sofrimento físico que poderia ser evitado, com medidas preventivas ou curativas. Assim, conforme Ramos e Almeida (2003), “há de se considerar, com a devida importância, que as ações assistenciais contempladas pelas normas e rotinas, ora em vigor, não são capazes de responder de forma universalizada às necessidades das pacientes, tal qual se supõe; devendo ser, portanto, revistas, dando ênfase às necessidades diferenciadas que se alicerçam na dimensão subjetiva da mulher” (p. 387).

A labilidade emocional da puérpera é outro aspecto que dificulta a amamentação. Lembram Hatton *et al.* (2005) que os sintomas depressivos, que surgem logo após o parto, podem diminuir a prevalência da amamentação. Faisal-Cury e Menezes (2006) percebem evidências de que a ansiedade materna tem efeito negativo sobre a lactopose e sobre a qualidade do vínculo mãe-bebê.

A ansiedade, o medo, a tensão, a fadiga e a dor podem prejudicar o reflexo de ejeção do leite, via inibição hipotalâmica da secreção de ocitocina, desencadeada quando o bebê suga a mama (KING, 1997; LANA, 2001; MALDONADO, 1984; MARTINS FILHO, 1987; PAMPLONA, 2002). Além disso, Jensen *et al.* (1994 *apud* MULDER, 2006) afirmam que a dor e o desconforto acrescentam uma sensação de incompetência na mãe, que pode contribuir para aumentar a ansiedade e diminuir a sua disposição para continuar amamentando.

Amir *et al.* (1996 *apud* KENDALL-TACKETT, 2007), ao acompanharem cento e treze (113) puérperas que estavam amamentando nas primeiras semanas após o parto, verificaram que quarenta e oito (48) apresentavam mamilos doloridos e sessenta e cinco (65) não se queixaram. As mulheres com mamilos doloridos tinham mais depressão (38%) do que as que não relataram a queixa (14%).

Ao abordarem os aspectos psicológicos envolvidos na amamentação, Barros

e Ferrari (2003) notaram que amamentar suscita na mulher sentimentos conflitantes de ambivalência, estes, por causa de seu desejo de acertar, tornam-na mais sensível e vulnerável às pressões que sofre da família, do marido, do meio social e da instituição de saúde.

Maldonado (1984) e Soifer (1992) referem-se às ansiedades da lactação, como o medo da mãe de não ter leite, suas dúvidas quanto à importância do leite materno e outras que podem levar à tensão e criar dificuldades ligadas às técnicas corretas de amamentação, desse modo determinando problemas como mamilos doloridos e/ou a inquietação do bebê que reage chorando e agitando-se muito. O choro preocupa ainda mais a mãe, transformando-se em um ciclo vicioso de ansiedade materna e ansiedade do bebê.

Uma das causas freqüentes de choro são as chamadas cólicas do lactente, queixa freqüente de ansiedade dos pais, familiares e do próprio pediatra, destaca Murahovschi (2003). As cólicas se manifestam através do choro súbito, inexplicado e inconsolável. É pertinente salientar os critérios de Wessel, referidos pelo autor e conhecidos como "a regra dos três (3)": as cólicas duram pelo menos três (3) horas, ocorrem pelo menos três (3) dias por semana, durante pelo menos três (3) semanas seguidas e desaparecem aos três (3) meses de vida.

Em um artigo de revisão sobre a promoção da amamentação, Giugliani (1994) reforça que o profissional da saúde deve estar atento à saúde física e mental da mulher, uma vez que fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade, são fundamentais para a amamentação bem sucedida.

Uma citação de Pamplona (2002) destaca a complexidade dos fatores envolvidos na questão do amamentar, quando a autora alerta que "as razões para a decisão sobre a amamentação e sua duração, seu êxito ou fracasso, são múltiplas, biopsicossociais, inter-relacionadas de forma bem complexa" (p. 104).

### 2.4.2 Técnicas de amamentação

Algumas mulheres amamentam com sucesso, sem nenhum preparo prévio ou orientação. Entretanto, amamentação não é totalmente instintiva, nem para a



mãe, nem para o bebê. Há necessidade da combinação de reflexos neuroendócrinos com o bem-estar e o aprendizado. É uma habilidade que precisa ser aprendida e, em muitas comunidades, essa técnica é passada de mãe para filha. Atualmente, tal fonte de aprendizado e suporte está sendo perdida, por isso a função da equipe de saúde é fundamental para orientar e apoiar a mulher desde a gravidez até os primeiros meses do pós-parto (GIUGLIANI, 2004; NAKANO, 2003; TAMEZ, 2002).

Cabe dizer, dentre as técnicas de amamentação que fazem parte das orientações a serem dadas às mulheres, desde a gravidez, estão a posição da mãe e do bebê e a pega da mama pelo bebê.

A posição ou postura de escolha para as primeiras mamadas, geralmente, é a deitada, na qual mãe e bebê ficam deitados de lado, um de frente para o outro, e a mãe com o braço sob sua própria cabeça. Na posição sentada, que é a mais utilizada para amamentar, o bebê deve ser levado ao seio, encostando todo o corpo no da mãe, de frente para ela, deitado sobre o antebraço da mãe, com a cabeça apoiada na dobra do cotovelo dela, enquanto a outra mão pode apoiá-lo na pelve (OMS/UNICEF, 1993).

Quanto às primeiras mamadas no pós-parto, King (1997) enfatiza a postura da mãe que, independentemente de estar sentada ou deitada, deve estar relaxada. Outras posturas podem ser adaptadas, conforme a necessidade, como a postura invertida, na qual as pernas do bebê ficam embaixo do braço da mãe. Esta é utilizada nos casos de ingurgitamento mamário, para esvaziar outros ductos lactíferos e diminuir a dor nos mamilos.

Vários autores recomendam que, para amamentar na posição sentada, sejam utilizadas cadeiras confortáveis, com altura e profundidade adequadas, de forma a propiciar um bom apoio para as costas e para os pés, dessa maneira, favorecendo uma posição relaxada. Também recomendam a utilização de um travesseiro no colo para apoiar o bebê, principalmente nas primeiras semanas, conforme ilustra a Figura 4 (INGRAN *et al.*, 2002; LANA, 2001; MARTINS FILHO, 1987; POLDEN; MANTLE, 2000).



Figura 4 - Posição sentada adequada para amamentar (POLDEN; MANTLE, 2000, p. 241).

Muitas vezes, na prática, nota-se que as mulheres utilizam posturas inadequadas, mas sentem-se confortáveis. Em 1979, Cukier-Mémeury *et al.* observaram o posicionamento de setenta e sete (77) duplas de mães/bebês, durante as primeiras mamadas; 75% dessas mães relataram sentir-se confortáveis, mesmo as que adotavam posturas consideradas inadequadas pelo observador. Nesses casos, cabe ao profissional da saúde intervir e orientar adequadamente as mulheres, pois a manutenção de uma postura inadequada, repetidas vezes, poderá originar desconforto músculo-esquelético, principalmente se se considerar que a maioria dos bebês amamentados exclusivamente mamam pelo menos de oito (8) a doze (12) vezes em vinte e quatro (24) horas.

De acordo com orientação da OMS/UNICEF (1993), é recomendado que a criança sugue livremente a mama, freqüentemente, e sem horários fixos, ou seja, a mãe deve oferecer a mama a seu filho quantas vezes ela for solicitada, principalmente, nos primeiros dias após o nascimento.

A posição da mãe e do bebê e a pega adequada, nas primeiras semanas do puerpério, estão relacionadas com o êxito da amamentação. Considera-se pega correta da mama pelo bebê, quando ele encosta o queixo na mama, está com a boca bem aberta, o lábio inferior virado para fora, a maior parte da aréola aparece acima do lábio superior e a menor parte aparece por baixo do lábio inferior do bebê, conforme Figura 5.

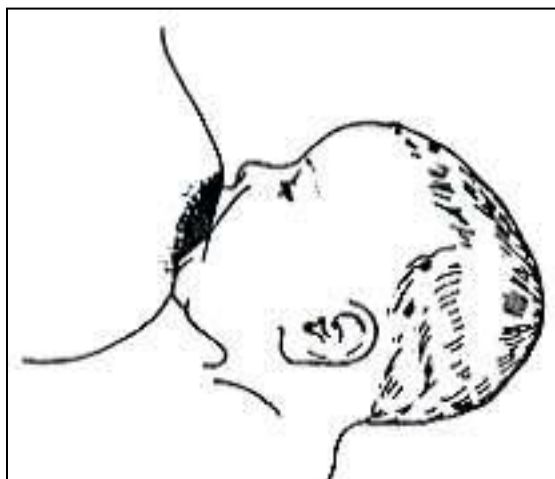


Figura 5 - Uma boa pega da mama (OMS/UNICEF, 1993, p. 55).

A observação da mamada tem sido uma das formas de identificar possíveis dificuldades da mãe e do bebê. Para tanto, a OMS/UNICEF (1993) propõe um protocolo para orientar esta atividade, durante as primeiras mamadas, no qual são apresentados os comportamentos maternos e os do recém-nascido, tanto os desejáveis quanto os outros indicativos de problemas, conforme o Quadro 1.

Embora este protocolo tenha sido amplamente divulgado e empregado no treinamento de equipes de maternidade, foram encontrados apenas dois estudos, no Brasil, sobre a prevalência de dificuldades aferidas com tal instrumento. Em um deles, realizado em uma maternidade de Botucatu (SP), avaliaram-se cinquenta (50) duplas mãe/recém-nascido, entre dezoito (18) e trinta (30) horas de vida e as maiores dificuldades detectadas foram a má posição corporal da mãe e do bebê e a inadequação da interação da dupla (WEIGERT *et al.*, 2005).

Na outra pesquisa, realizada num hospital universitário de Porto Alegre (RS), observaram-se duzentas e onze (211) duplas mães/bebês, em dois momentos: na maternidade e trinta (30) dias após o parto; com o objetivo de investigar a influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e de lesões mamilares no primeiro mês de lactação. Foi utilizado o protocolo da OMS, de forma adaptada, no qual foram pesquisados cinco parâmetros indicativos de posicionamento inadequado da dupla e três parâmetros indicativos de pega inadequada. Ao final, verificou-se que as frequências de amamentação exclusiva, no primeiro mês, e de lesões mamilares não foram influenciadas pela técnica de amamentação na maternidade, mas houve associação entre melhor técnica aos trinta (30) dias e prática de amamentação exclusiva (CARVALHAES; CORRÊA, 2003).

<b>FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE MAMADAS</b>	
AMAMENTAÇÃO VAI BEM	POSSÍVEIS DIFICULDADES
<b>POSIÇÃO CORPORAL</b>	
Mãe relaxada e confortável	Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê
Corpo do bebê próximo ao da mãe	Corpo do bebê distante do da mãe
Corpo e cabeça do bebê alinhados	O bebê deve virar o pescoço
Queixo do bebê tocando o peito (Nádegas do bebê apoiadas)	O queixo do bebê não toca o peito (Somente ombros e cabeça apoiados)
<b>RESPOSTAS</b>	
O bebê procura o peito quando sente fome (O bebê busca o peito)	Nenhuma resposta ao peito (Nenhuma busca observada)
O bebê explora o peito com a língua	O bebê não está interessado no peito
Bebê calmo e alerta ao peito	Bebê irrequieto ou agitado
O bebê mantém a pega da aréola	O bebê não mantém a pega da aréola
Sinais de ejeção de leite: vazamento, cólicas uterinas	Nenhum sinal de ejeção de leite
<b>ESTABELECIMENTO DE LAÇOS AFETIVOS</b>	
A mãe segura o bebê no colo com firmeza	A mãe segura o bebê nervosamente, tremendo
Atenção face-a-face da mãe	Nenhum contato ocular entre mãe e bebê
Grande quantidade de toques da mãe no bebê	Mãe e bebê quase não se tocam
<b>ANATOMIA</b>	
Mamas macias e cheias	Mamas ingurgitadas e duras
Mamilos protáteis, projetando-se para fora	Mamilos planos ou invertidos
Tecido mamário com aparência saudável	Tecido mamário com fissuras ou vermelhidão
Mamas com aparência arredondada	Mamas esticadas ou caídas
<b>SUCÇÃO</b>	
Boca bem aberta	Boca quase fechada, com um bico para frente
Lábio inferior projeta-se para fora	Lábio inferior virado para dentro
Língua acoplada em torno do peito	Não se vê a língua do bebê
Bochechas arredondadas	Bochechas tensas ou encovadas
Sucção lenta e profunda em períodos de atividade e pausa	Sucções rápidas com estalidos
É possível ver e ouvir a deglutição	Pode-se ouvir estalos dos lábios, mas não deglutição
<b>TEMPO GASTO COM SUCÇÃO</b>	
O bebê solta o peito naturalmente	A mãe tira o bebê do peito
O bebê suga durante ____ minutos	
(Os itens entre parênteses referem-se apenas aos recém-nascidos e não aos bebês mais velhos que já podem sentar)	

Quadro 1 - Formulário de observação de mamadas (OMS/UNICEF, 1993, Apêndice 3).

Diversas pesquisas evidenciam que o mau posicionamento da mãe e do bebê podem levar à pega incorreta da mama, assim, dificultando a sucção e originando dores e lesões mamilares que podem causar grande desconforto para a mulher, culminando com o desmame precoce (ACHESON; DANNER, 1993; CERNADAS *et al.*, 2003; GIUGLIANI, 2004; HENDERSON *et al.*, 2001; INGRAN *et al.*, 2002; MORLAND-SCHULTZ; HILL, 2005).

Mulder (2006), ao revisar a literatura sobre o tema em foco, identificou quatro aspectos essenciais da amamentação efetiva: o posicionamento da mãe e do bebê, a pega, a sucção e a transferência do leite. O autor propõe uma relação entre os fatores que antecedem a amamentação e as conseqüências dessa, para caracterizá-la como efetiva, conforme ilustra a Figura 6. Ele destaca que diversos autores consideram o bom posicionamento da mãe e do bebê um fator crucial para o sucesso da amamentação, mas conclui que são necessárias pesquisas adicionais para definir e descrever o posicionamento, a pega, a sucção e a transferência do leite.

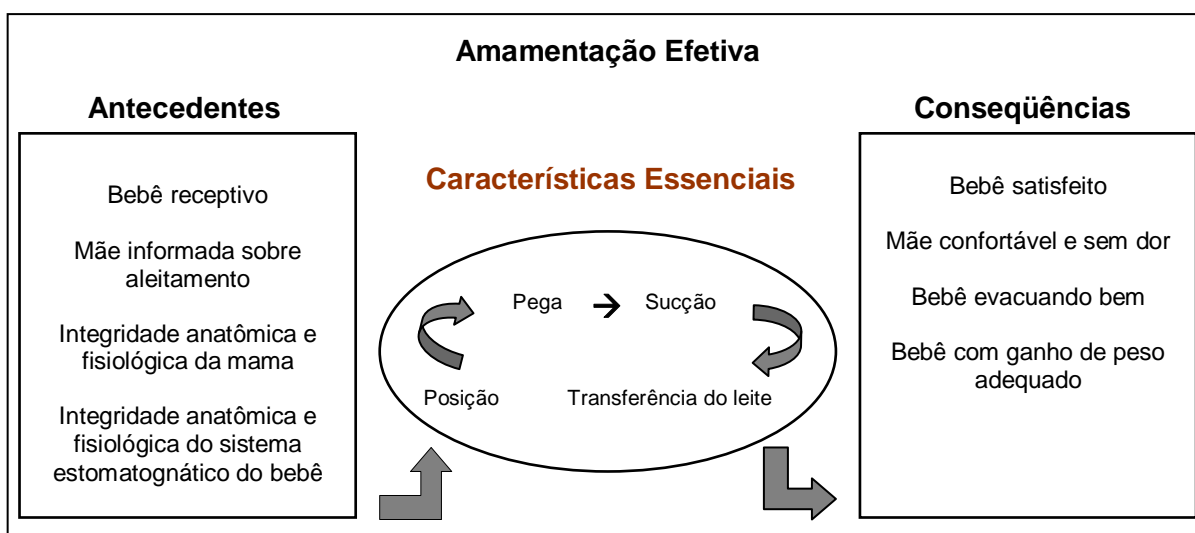


Figura 6 - Diagrama conceitual da amamentação efetiva (MULDER, 2006, p. 337).

# MÉTODOS

Para alcançar os objetivos enunciados, optou-se por um estudo epidemiológico analítico do tipo transversal, conforme descrito por Pereira (1995).

Os estudos analíticos pertencem a uma segunda fase do processo de obtenção de conhecimentos sobre um tema e são, geralmente, subordinados a hipóteses que relacionam eventos, uma suposta causa e um dado efeito e, ainda, buscam esclarecer essas associações.

Uma característica importante dos estudos analíticos é a presença de um grupo-controle, formado simultaneamente com o grupo de estudo, que serve para comparar os resultados. No estudo transversal, somente a análise dos dados permite identificar os grupos de interesse.

#### **3.1 População e local de estudo**

A população deste estudo constituiu-se de mulheres em período pós-parto de até seis (6) meses, que levavam para vacinar seu filho na Unidade de Saúde José Erasmo Crosseti, do município de Santa Maria – RS.

O município de Santa Maria está localizado no centro geográfico do Estado do Rio Grande do Sul, distante, via Santa Cruz do Sul, 290 km da capital, Porto Alegre. Conforme dados do IBGE (2005), possui uma população estimada em 266.042 habitantes e é pólo de uma importante região agropecuária que ocupa a parte Centro-Oeste do Estado.

A cidade de Santa Maria possui vinte (20) unidades de saúde que fornecem vacinação infantil. Dentre essas, a Unidade de Saúde José Erasmo Crosseti, sito na rua Floriano Peixoto, nº 1752, zona central, é considerada a principal unidade de vacinação, pois recebe maior demanda durante o ano e é procurada por todas as classes sociais, conforme pesquisa realizada nos relatórios da Secretaria de Município da Saúde.

#### **3.2 Amostra**

A amostra desta pesquisa foi constituída por setenta e seis (76) mulheres, em período pós-parto de até seis (6) meses, que levavam seu filho para vacinar na

Unidade de Saúde José Erasmo Crosseti do município de Santa Maria – RS, nos meses de novembro de 2005 a março de 2006.

Calculou-se o número da amostra por meio do programa Epi Info 6.0, com um intervalo de confiança de 95% e com um poder de teste de 80%, considerando-se que a prevalência de queixas de desconforto músculo-esquelético da mulher no pós-parto é de 40%. Incluíram-se 10% para controle de perdas e 15% para o controle das variáveis intervenientes, chegando-se a uma amostra total mínima de setenta (70) mulheres, distribuídas em dois grupos de trinta e cinco (35), expostas e não expostas, considerando-se expostas as que estavam amamentando e não expostas as que não estavam amamentando.

Constituíram-se, então, o Grupo 1(G1), com trinta e oito (38) mulheres que amamentavam exclusivamente e o Grupo 2(G2), com trinta e oito (38) mulheres que não amamentavam.

Utilizaram-se como critérios de inclusão: primíparas, com mais de dezoito (18) anos, com no mínimo um (1) mês e no máximo seis (6) meses de pós-parto, que concordaram em participar da pesquisa. Dentre as que amamentavam, foram incluídas somente as que estavam em amamentação exclusiva e que moravam no município de Santa Maria.

Consideraram-se critérios de exclusão: mulheres com afecções prévias do sistema músculo-esquelético, tais como escoliose, hérnia de disco, cirurgias ou traumas de coluna e/ou extremidades, aquelas com problemas mentais e/ou neurológicos e com filhos gemelares. Para compor o grupo das mulheres que não amamentavam, excluíram-se aquelas que amamentaram por mais de quinze (15) dias.

### **3.3 Delineamento do estudo**

A figura abaixo esquematiza o delineamento deste estudo (Figura 7).



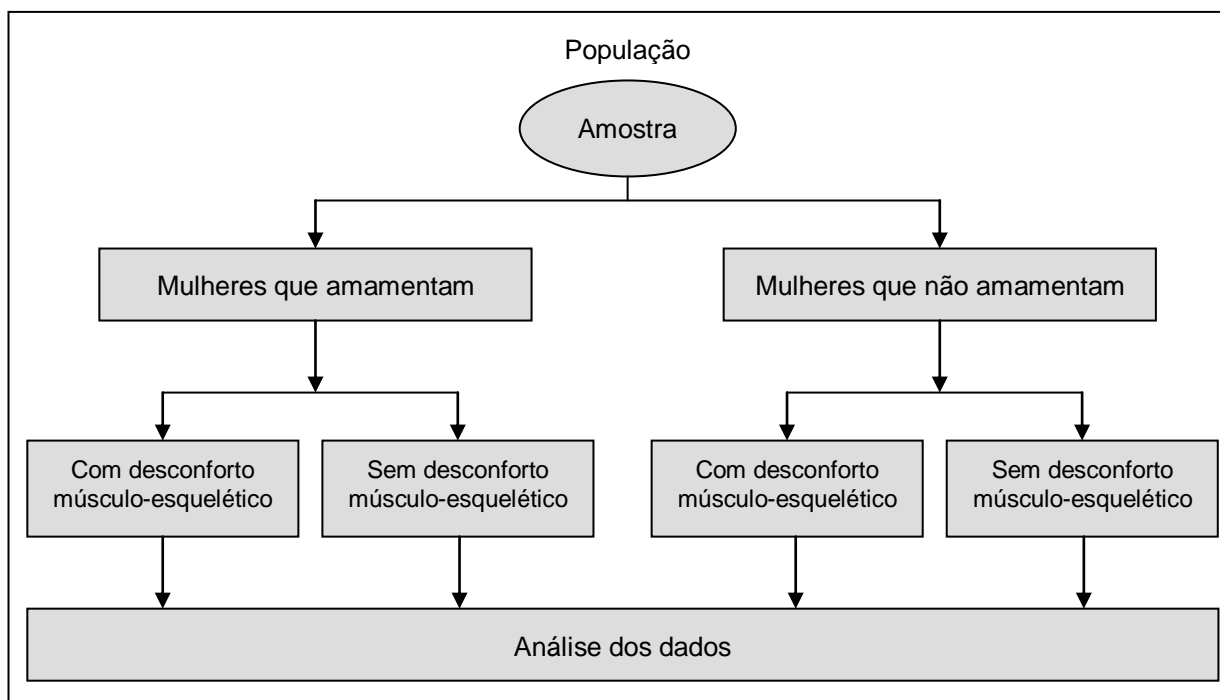


Figura 7 – Delineamento do estudo.

### 3.4 Identificação das variáveis

- Variável dependente: o desconforto músculo-esquelético.
- Variável independente: a amamentação.
- Variáveis intervenientes: os distúrbios emocionais da mulher; o peso ganho com a gravidez; as cólicas do bebê e as atividades diárias da mulher.

### 3.5 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados

Previamente à elaboração deste projeto, realizou-se uma visita à Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria, para expor os objetivos do estudo e solicitar a permissão para a sua realização. Procedeu-se, a seguir, uma pesquisa nos relatórios da secretaria para verificar a demanda de vacinação infantil na faixa etária de zero a seis meses. Posteriormente, realizou-se um contato com a coordenação de imunizações da Secretaria de Saúde do Município

e com o secretário municipal da Saúde de Santa Maria, a fim de expor os objetivos do projeto, verificar a viabilidade de sua execução e, ainda, solicitar a permissão para a realização da pesquisa na Unidade de Saúde José Erasmo Crosseti (Anexo A).

Após esses encaminhamentos, e com o registro e a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), conforme Anexo B, iniciou-se a coleta dos dados, precedido pelo projeto-piloto.

O projeto-piloto teve como objetivo testar os instrumentos e conhecer a rotina do setor, procurando não interferir nela. Foi executado no mês de outubro de 2005, aplicaram-se os procedimentos descritos nessa metodologia a onze (11) mulheres. Realizou-se um contato individual com elas na sala de espera do setor de vacinação da unidade de saúde referida, identificando-se as primíparas, com bebês entre um (1) e seis (6) meses de idade e as que amamentavam ou não. Os objetivos da pesquisa e a justificativa para sua realização e, ainda, a possibilidade de aceitar ou não fazer parte do estudo, foram expostos. Nesse sentido, cumpriram-se todas as recomendações da Resolução 196/96, do Ministério da Saúde, para as pesquisas que envolvem seres humanos, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C).

Após a identificação das mulheres que amamentavam, questionava-se sobre a possibilidade de agendar uma visita, para que a coleta dos dados fosse feita no domicílio, uma vez que era necessária a observação da mamada. Após o agendamento e antes da visita, realizava-se um contato telefônico para confirmação.

A coleta de dados das mulheres que não amamentavam realizou-se no setor de vacinação da unidade de saúde. Elas eram convidadas, individualmente, a passar para uma outra sala, que permitia maior privacidade.

Os procedimentos, a seguir, foram realizados na mesma seqüência, para os dois grupos, com exceção da observação da mamada, realizada apenas com o Grupo 1. Os instrumentos utilizados foram os seguintes: um questionário, dois testes psicológicos e o formulário de observação da mamada.

### 3.5.1 Questionário

Primeiramente, foi aplicado um questionário, sob a forma de entrevista, com quarenta (40) questões, abertas e fechadas, com o objetivo de identificar e caracterizar a amostra, por meio de informações sociodemográficas, informações gerais sobre a mulher e seu filho, sobre a amamentação e sobre o desconforto músculo-esquelético, conforme Anexo D.

Para caracterizar a amostra quanto à ocupação/profissão, utilizou-se a classificação de Soares e Fernandes (1989), que distribui as ocupações conforme o tipo de qualificação, totalizando cinco diferentes categorias. Para a análise final dos dados, recategorizou-se essa variável, considerando-se as mulheres do lar e as que trabalhavam fora, incluiu-se as estudantes na classe do lar.

Quanto à escolaridade, utilizou-se a classificação de Barata (1997), em relação aos anos de estudo, que totaliza cinco categorias: de 0 a 3 – muito baixa; de 4 a 7 – baixa; de 8 a 10 – intermediária; de 11 a 14 – alta; de 15 ou mais – muito alta. Para a análise final, também empregou-se essa variável, considerando-se apenas duas categorias: até 10 anos e acima de 10 anos de estudo.

Na construção do quadro para as informações sobre desconforto músculo-esquelético, utilizou-se como referencial o *Standardised Nordic Questionnaires-SNQ* (KUORINKA *et al.*, 1987), validado para sintomas osteomusculares na população brasileira por Pinheiro *et al.* (2002). O SNQ é utilizado internacionalmente e foi planejado para padronizar pesquisas sobre sintomas músculo-esqueléticos entre a população trabalhadora. Nesse sentido, também se elegeu como referência o questionário de De Conti *et al.* (2003), aplicado a gestantes. Para facilitar a compreensão das entrevistadas, apresentou-se o diagrama do corpo humano (Anexo E), visto pela região posterior, identificando-se, uma a uma, as seis regiões anatômicas: coluna cervical, dorsal e lombar, ombros, membros superiores e membros inferiores. Fazia-se o seguinte questionamento: você sente algum desconforto físico, do tipo dor, dormência e/ou sensação de peso em alguma dessas regiões do corpo? Quando a resposta era afirmativa, seguiam-se os outros questionamentos.

A fim de identificar a intensidade do desconforto percebida pela mulher, empregou-se a Escala Visual Numérica (EVN), referida por Souza *et al.* (2003),

utilizada para avaliar a intensidade da dor, graduada de zero a dez, em que zero significa a ausência de dor e dez, a pior dor imaginável (Anexo F).

Ao final dessa entrevista, conforme sugere Pinheiro *et al.* (2002), acrescentou-se uma questão para verificar a percepção da mulher sobre os fatores relacionados ao seu desconforto, e o quanto estavam relacionados (pouco ou muito).

As entrevistas foram gravadas, utilizando-se um aparelho Sony, modelo TCM-S63, para garantir o registro dos dados. Ao final da pesquisa as gravações foram apagadas.

### 3.5.2 Testes psicológicos

Para o estudo de sintomas de natureza psicopatológica, aplicaram-se dois instrumentos: a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (Anexo G), validada no Brasil por Santos *et al.* (2000), e o Inventário de Ansiedade de Beck, traduzido e adaptado por Cunha (2001). Este se encontra descrito no Anexo H.

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh é um instrumento de auto-registro, composto de dez (10) enunciados, cujas opções são pontuadas de zero (0) a três (3), conforme a presença ou a intensidade do sintoma. A soma dos escores pode variar de zero (0) a trinta (30) e classificam-se em leve, moderado ou grave, conforme o Quadro 2. O ponto de corte é considerado entre onze (11) e doze (12).

A expressão depressão pós-parto, que consta como título original do instrumento, foi retirada do cabeçalho do protocolo, durante a pesquisa, conforme sugestão de Santos *et al.* (2000), para não induzir respostas.

Nível	Escores
Leve	0 – 10
Moderado	11 – 20
Grave	21 – 30

Quadro 2 - Níveis dos escores da escala de depressão pós-parto de Edinburgh.

Já o Inventário de Ansiedade de Beck constitui-se de vinte e um (21) itens, com afirmações que são pontuadas numa escala de zero (0) a três (3) pontos, de acordo com a referência do sujeito em relação ao item questionado (Quadro 3). A soma dos escores individuais representa o escore total, que pode variar entre zero (0) e sessenta e três (63) pontos; a ansiedade classifica-se, conforme a pontuação, em níveis mínimo, leve, moderado e grave, conforme Quadro 4.

<b>Escala</b>	<b>Pontos</b>
Absolutamente não	0
Levemente (não incomoda muito)	1
Moderadamente (muito desagradável, mas posso superar)	2
Gravemente (dificilmente poderei suportar)	3

Quadro 3 - Escala de referência do inventário de ansiedade de Beck.

<b>Nível</b>	<b>Escore</b>
Mínimo	0 – 10
Leve	11 – 19
Moderado	20 – 30
Grave	31 – 63

Quadro 4 - Níveis dos escores da versão em português da escala de ansiedade de Beck (CUNHA, 2001, p.15).

Esses instrumentos foram preenchidos pelas mulheres após a orientação da pesquisadora e na presença dela. Já sua análise teve o auxílio da Coordenação do Laboratório de Estudos Medidas e Avaliação em Psicologia (LEMAP), da UFSM.

Em virtude de esses instrumentos terem sido incluídos no projeto após sua aprovação no Comitê de Ética, foi necessário o reencaminhamento para aprovação, solicitando-se a inclusão dos testes. A carta de aprovação do Comitê encontra-se no Anexo I.

### 3.5.3 Formulário de observação da mamada

A observação da mamada ocorreu em diferentes momentos da coleta dos dados, uma vez que dependia da solicitação do bebê, mas sempre se considerou o episódio completo, isto é, o período desde a colocação do bebê na mama até o encerramento da mamada.

Entende Leopardi (2001) que a observação sistemática permite examinar comportamentos específicos, pela categorização de elementos necessários à investigação. Neste estudo, utilizou-se um formulário de observação, adaptado do instrumento de avaliação de mamada, difundido pela Organização Mundial de Saúde (1993), com o objetivo de verificar a posição da mãe e do bebê e a pega da mama pelo bebê. No instrumento original, apresentado na revisão da literatura, o primeiro item avaliado é a posição corporal da mãe e do bebê, que contém cinco (5) sub-itens nos quais apenas um (1) avalia a posição da mulher. Neste estudo, este primeiro aspecto da observação foi dividido em dois (2) itens: a observação da posição da mãe, contendo cinco (5) sub-itens, e a observação da posição do bebê, com quatro (4) sub-itens, conforme Anexo J. A partir do estudo de Carvalhaes e Corrêa (2003), foram criados escores para avaliação, de acordo com o número de aspectos desfavoráveis observados. No Quadro 5, apresentam-se os critérios empregados na criação e classificação dos escores: bom, regular e ruim.

Aspectos avaliados	Nº de aspectos desfavoráveis investigados	Aspectos desfavoráveis observados Classificação dos escores		
		Bom	Regular	Ruim
Posição da mãe	05	0 – 1	2 – 3	4 – 5
Posição do bebê	04	0 – 1	2	3 – 4
Pega/sucção da mama	05	0 – 1	2 – 3	4 – 5

Quadro 5 - Critérios para classificação dos escores empregados na avaliação da mamada, segundo cada aspecto avaliado.

Para testar o instrumento de observação da mamada, no projeto-piloto, realizou-se um teste de confiabilidade entre dois (2) observadores, aí incluindo-se a pesquisadora. Houve 90% de concordância entre as observações em todos os parâmetros.

Apesar de não constar, na metodologia, o registro fotográfico da observação

da mamada; ao longo do trabalho, realizaram-se algumas fotos para ilustrar a apresentação dos dados. Para tanto, elaborou-se um termo de autorização, a fim de que as mulheres registrassem o seu aceite.

Todos os dados desta pesquisa foram coletados, individualmente, pela pesquisadora.

### 3.6 Análise dos dados

Após a coleta e a revisão dos dados, eles foram organizados, classificados e armazenados em banco construído no programa *Excel/2002*. Utilizou-se o programa *SAS 8.2 (Statistical Analysis System)*, para a análise descritiva dos dados que foram distribuídos em tabelas de frequência simples. Empregou-se o teste do qui-quadrado, para comparar as frequências entre os grupos e para verificar a associação entre as variáveis estudadas.

Ao final, os dados foram submetidos à análise de regressão logística univariada e multivariada, modelo amplamente utilizado em estudos epidemiológicos, conforme Pereira (1995). Para essa análise utilizou-se o programa estatístico *Stata 10.0*.

Na análise univariada ou não ajustada, verificaram-se o risco relativo ou *odds ratio* e o intervalo de confiança (95%), para o desconforto músculo-esquelético, em relação às seguintes variáveis: a) sociodemográficas: idade, escolaridade, ocupação e situação conjugal; b) antecedentes pessoais: ganho de peso durante a gravidez, tipo de parto, peso atual e prática de atividade física antes e durante a gravidez; c) atividades diárias: afazeres domésticos e cuidados com o bebê; d) características do bebê: idade, peso e ocorrência de cólicas; e) amamentação: se a mãe está amamentando ou não, problemas com as mamas e posição da mãe e do bebê durante a mamada; f) aspectos emocionais: depressão e ansiedade.

Na análise ajustada, foi utilizada a regressão logística multivariada e incluíram-se as variáveis independentes que apresentaram um nível de significância  $\leq 0,25$  na análise não ajustada. As comparações e associações foram submetidas ao teste de significância estatística, adotando-se  $\alpha = 5\%$ , como nível crítico, e  $\alpha = 10\%$  para a análise logística múltipla.

# **RESULTADOS E DISCUSSÃO**



Conforme o objetivo deste estudo, buscou-se, via metodologia proposta, verificar se existe associação entre a amamentação e o desconforto músculo-esquelético da mulher, nos primeiros seis meses após o parto.

Neste capítulo, apresentam-se os resultados – por meio de tabelas e gráficos, seguidos da discussão -, referentes à caracterização geral da amostra, à avaliação psicológica, à avaliação da mamada e ao desconforto músculo-esquelético.

Para ilustrar a apresentação dos resultados relativos à percepção das mulheres quanto às intercorrências mamárias e aos fatores relacionados ao desconforto músculo-esquelético, utilizou-se a transcrição de alguns relatos.

#### **4.1 Caracterização geral da amostra**

Os dados das Tabelas de número um (1) a oito (8), apresentam as características gerais da amostra, por grupos. O Grupo 1 (G1), composto por trinta e oito (38) mulheres que amamentavam exclusivamente, e o Grupo 2 (G2), composto por trinta e oito (38) mulheres que não amamentavam.

##### 4.1.1 Características sociodemográficas

Na Tabela 1, distribuem-se as setenta e seis (76) primíparas, conforme a idade, a cor, a escolaridade, a situação conjugal e a ocupação/profissão, esta tanto das mulheres quanto dos sessenta e quatro (64) companheiros. Considerados os dois grupos, a maior parcela da amostra foi constituída por mulheres entre vinte e um (21) e trinta (30) anos, de cor branca, com escolaridade entre onze (11) e catorze (14) anos, que viviam com o companheiro.

Quanto à ocupação, observa-se que a maioria das mulheres trabalhava fora de casa, em ocupações não qualificadas, até mesmo as com qualificação superior, totalizando vinte e duas (22) mulheres no G1 (58%) e vinte e cinco (25) no G2 (66%). Verifica-se uma proporção ligeiramente maior de mulheres que trabalhavam

fora, no grupo que não amamentava. Estudos evidenciam que mulheres que trabalham fora tendem a ter mais dificuldade em manter a amamentação (ACHESON; DANNER, 1993; MCGOVERN *et al.*, 2006; REA *et al.*, 1997).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das 76 mulheres e ocupação dos companheiros (OC), por grupos.

Variáveis	G1		G2		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Idade (anos)</b>							
Até 20	04	10,5	07	18,4	11	14,5	
21 a 30	21	55,3	20	52,6	41	54,0	
mais de 30	13	34,2	11	29,0	24	31,5	0,604
<b>Cor</b>							
Branca	29	76,3	37	97,4	66	87,0	
Negra	01	2,6	00	00	01	1,2	
Parda	08	21,1	01	2,6	09	11,8	n.s.a*
<b>Escolaridade (anos de estudo)**</b>							
0 a 3	00	0,0	01	2,6	01	1,3	
4 a 7	02	5,3	00	0,0	02	2,6	
8 a 10	06	15,8	06	15,8	12	15,8	
11 a 14	21	55,3	21	55,3	42	55,3	
15 ou mais	09	23,6	10	26,3	19	25,0	n.s.a*
<b>Situação Conjugal</b>							
Com companheiro	30	79,0	34	89,5	64	84,2	
Sem companheiro	08	21,0	04	10,5	12	15,8	0,345
<b>Ocupação***</b>							
Estudante	07	18,4	06	15,8	13	17,1	
Do lar	09	23,7	07	18,4	16	21,1	
Não qualificada	03	7,9	01	2,7	04	5,3	
Qualificação inferior	03	7,9	06	15,8	09	11,8	
Qualificação média	06	15,8	08	21,0	14	18,4	
Qualificação média-sup.	03	7,9	04	10,5	07	9,2	
Qualificação superior	07	18,4	06	15,8	13	17,1	0,830
<b>OC</b>							
Não qualificada	10	33,4	02	5,9	12	18,8	
Qualificação inferior	01	3,3	07	20,6	08	12,5	
Qualificação média	07	23,3	14	41,2	21	32,8	
Qualificação média-sup.	06	20,0	07	20,6	13	20,3	
Qualificação superior	06	20,0	04	11,7	10	15,6	0,014

\*não se aplica

\*\*Classificação segundo Barata (1997): 0 a 3: muito baixo; 4 a 7: baixo; 8 a 10: intermediário; 11 a 14: alto; 15 ou mais: muito alto.

\*\*\*Classificação segundo Soares e Fernandes (1989): *Não qualificada*: nível mínimo de instrução desnecessário e nível de remuneração do salário mínimo; *Qualificação inferior*: nível mínimo de instrução (antigo primário), esforço braçal não exigido e algum treinamento profissional específico; *Qualificação média*: nível de instrução formal de Ensino Fundamental (antigo 1º grau) completo e algum estudo adicional, ausência de esforço braçal e *status* mais elevado do que as formas anteriores; *Qualificação média superior*: nível de instrução formal de Ensino Médio (antigo 2º grau) completo; *Qualificação superior*: nível de instrução formal superior ou ensino médio completo e especialização.

Não houve diferença estatística significativa entre os grupos, na maioria das variáveis, com exceção à ocupação dos companheiros, que se mostrou mais qualificada no G2.

#### 4.1.2 Antecedentes pessoais

Nas Tabelas 2 e 3, apresentam-se os antecedentes pessoais da amostra, relativos ao parto, ao peso e à prática de atividades físicas.

Na Tabela 2, observa-se que o parto da maioria das setenta e seis (76) mulheres foi cesáreo e o tempo decorrido após o parto evidenciou uma diferença estatística significativa entre os grupos ( $p=0,001$ ): no G1, a maioria das mulheres estava com menos de três (3) meses de pós-parto; no G2, entre quatro (4) e seis (6) meses. Atribui-se essa diferença aos critérios de seleção da amostra, que consideraram o fato de as mulheres estarem amamentando exclusivamente ou não.

O ganho de peso predominante, durante a gravidez, foi de 6 Kg a 12 Kg, considerado um ganho adequado, conforme Rezende (1995). O peso das mulheres variou entre 41 kg e 100 kg, com predomínio entre 56 Kg e 75 Kg. A estatura variou entre 1,49cm e 1,77cm, com uma média de 1,63cm.

Tabela 2 – Tipo de parto, tempo de pós-parto, ganho de peso na gravidez e peso atual, por grupos.

Variáveis	G1		G2		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tipo de parto</b>							
Cesáreo	30	79,0	33	86,9	63	82,9	0,542
Vaginal	08	21,0	05	13,1	13	17,1	
<b>TPP* (meses)</b>							
1 a 3	30	78,9	15	39,5	45	59,2	0,001
4 a 6	08	21,1	23	60,5	31	40,8	
<b>Ganho de peso (Kg)</b>							
6 a 12	18	47,3	19	50,0	37	48,7	0,714
13 a 18	14	36,9	11	29,0	25	32,9	
19 a 24	06	15,8	08	21,0	14	18,4	
<b>Peso atual (Kg)</b>							
36 a 55	10	26,3	10	26,3	20	28,4	0,936
56 a 75	23	60,5	24	63,2	47	61,8	
> 76	05	13,2	04	10,5	09	11,8	

\*Tempo de pós-parto

Quanto à prática de atividades físicas, considerou-se atividade regular aquela realizada, no mínimo, três vezes por semana, com duração mínima de trinta (30) minutos. A amostra aparece nos grupos, conforme a Tabela 3. Verifica-se que a maioria das mulheres não realizava atividade física em nenhum dos períodos considerados, ou seja, antes da gravidez, durante a gravidez e no período pós-parto. Não houve diferenças estatísticas significantes entre os grupos, quanto a prática de atividades físicas.

Entre as mulheres que relataram a prática de atividade física, a caminhada foi bastante citada. Observa-se resultado semelhante no estudo realizado por Domingues e Barros (2007). Como outras atividades realizadas antes da gravidez, aparecem a musculação, a dança, a natação, o *handbol* e a hidroginástica; durante a gravidez, a hidroginástica e a musculação; após o parto, apenas uma fazia caminhada, as outras realizavam hidroginástica e ginástica localizada.

Chamou a atenção a diminuição progressiva dessa prática, 35,5% realizavam atividade física antes da gravidez; 11,8% na gravidez; no pós-parto, apenas 5,3%. Relação semelhante foi encontrada na pesquisa de Domingues e Barros (2007), na qual foram entrevistadas quatro mil quatrocentas e setenta e uma (4.471) mulheres, logo após o parto, para verificação da frequência de atividade física de lazer: 14,8% relataram algum tipo de atividade física antes da gravidez e 12,9%, durante a gravidez. No entanto, no primeiro trimestre da gravidez, 10,4% das mulheres realizaram atividade física, no segundo 8,5% e no terceiro, 6,5% apenas. Esses resultados podem sugerir pouco conhecimento e/ou pouca importância dada pelas mulheres e pelos profissionais da saúde aos benefícios dos exercícios físicos durante tais períodos, conforme destaca a literatura (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2003; MARTINS; SILVA, 2005b; STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

Tabela 3 - Prática e tipo de atividade física, antes da gestação, durante a gestação e após o parto.

Atividade Física	G1		G2		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Antes da gestação</b>							
Não	23	60,5	26	68,4	49	64,5	0,632
Sim	15	39,5	12	31,6	27	35,5	
<b>Tipo</b>							
Caminhada	09	60,0	06	50,0	15	55,5	0,897
Outras	06	40,0	06	50,0	12	44,5	
<b>Durante a gestação</b>							
Não	35	92,1	32	84,2	67	88,2	0,478
Sim	03	7,9	06	15,8	09	11,8	
<b>Tipo</b>							
Caminhada	02	66,7	02	33,3	04	44,4	0,813
Outras	01	33,3	04	66,7	05	55,6	
<b>Após o parto</b>							
Não	36	94,7	36	94,7	72	94,7	0,607
Sim	02	5,3	02	5,3	04	5,3	
<b>Tipo</b>							
Caminhada	01	50,0	00	00	01	25,0	n.s.a*
Outras	01	50,0	02	100,0	03	75,0	

\*não se aplica.

#### 4.1.3 Atividades diárias da mulher

Nas Tabelas 4, 5 e 6 apresentam-se as características relacionadas às atividades diárias da mulher, relativas ao trabalho, aos afazeres domésticos e aos cuidados com o filho.

Na Tabela 4, distribuem-se as informações quanto à ocupação/profissão das sessenta (60) mulheres, incluindo-se as que trabalhavam fora (47) e as que estudavam (13), excetuando-se as mulheres categorizadas como do lar (16).

Oitenta por cento, (48) do total dessas mulheres, ainda não haviam retornado ao trabalho. Quando consultadas se algo as preocupava quanto ao retorno, vinte e uma (21) mulheres do G1 e dezessete (17) do G2 responderam afirmativamente. Dentre os motivos, havia a dúvida quanto à capacidade de conciliar trabalho e cuidados com o filho; a preocupação com onde e com quem deixá-lo e, ainda, a de ficar longe do filho. São principalmente essas as preocupações relatadas pelo grupo de mães. Quatro mulheres do G1 referiram preocupação quanto ao horário das mamadas.

Tabela 4 - Informações relacionadas à ocupação/profissão das mulheres.

Ocupação/Profissão	G1		G2		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Retorno às atividades</b>							
Não	27	93,1	21	67,7	48	80,0	0,033
Sim	02	6,9	10	32,3	12	20,0	
<b>Preocupadas com o retorno</b>							
Não	06	22,2	04	19,0	10	20,8	0,929
Sim	21	77,8	17	81,0	38	79,2	
<b>Motivo da preocupação</b>							
Conciliar trabalho e cuidados com o filho	08	38,0	04	23,5	12	31,5	0,155
Onde e com quem deixar o filho	05	24,0	06	35,3	11	29,0	
Ficar longe do filho	04	19,0	07	41,2	11	29,0	
Horário das mamadas	04	19,0	00	00	04	10,5	
<b>Carga horária semanal</b>							
4 a 6 horas	17	58,6	17	54,8	34	56,7	0,281
8 horas ou mais	12	41,4	14	45,2	26	43,3	
<b>Posição no trabalho</b>							
Sentada	12	41,4	17	54,8	29	48,3	0,336
Em pé	08	27,6	04	12,9	12	20,0	
Andando	09	31,0	10	32,3	19	31,7	

Atualmente, a inserção feminina no mercado de trabalho é cada vez maior e o retorno às atividades, após o nascimento de um filho, constitui um momento de ansiedade e angústia e, muitas vezes, é agravado tanto pelo desconhecimento quanto pelo descumprimento das leis que protegem a amamentação.

Nos dois grupos, a jornada de trabalho semanal predominante era de quatro a seis horas. A posição em que elas permaneciam a maior parte do tempo, durante suas ocupações, era a sentada. A maioria referiu que não carregavam peso em suas atividades rotineiras e afirmaram que estavam satisfeitas com as atividades que realizavam.

Não houve diferença estatística significativa entre os grupos na maioria das variáveis, com exceção do retorno às atividades. Observa-se que houve um número maior de mulheres do G2 que já havia retornado ao trabalho.

Na Tabela 5, distribuem-se os dois grupos de mulheres, quanto ao seu envolvimento ou não com os afazeres domésticos. De acordo com os dados apresentados, percebe-se que a maioria, 60,5% do G1 e 71,0% do G2, realizava rotineiramente tarefas domésticas, como limpar a casa, cozinhar, lavar e passar

roupa. Constata-se que grande parte dessas mulheres também trabalhava fora, caracterizando, assim, uma dupla jornada de trabalho.

Tabela 5 - Envolvimento das mulheres nos afazeres domésticos.

Afazeres domésticos	G1		G2		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Sim	23	60,5	27	71,0	50	65,8	
Não	15	39,5	11	29,0	26	34,2	0,468

Algumas mulheres contratam babás e/ou empregada doméstica, mas todas referiram que realizavam os cuidados diários com seu bebê, como a troca de fraldas e o banho. Quanto ao local e à posição comumente utilizada para esses cuidados, constatou-se que 50% das mulheres do G1 e 55,3% das mulheres do G2 posicionavam-se de forma inadequada para a troca de fraldas, ou seja, necessitavam curvar-se e/ou rodar o tronco excessivamente para manusear o filho. Quanto à posição utilizada para dar o banho no bebê, a maioria procedia de maneira adequada, ou seja, manuseavam o bebê na altura de seus braços (Tabela 6).

Tabela 6 - Posição utilizada pelas mulheres durante os cuidados com o bebê.

Posição	G1		G2		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Na troca de fraldas</b>							
Inadequada*	19	50,0	21	55,3	40	52,6	
Adequada**	19	50,0	17	44,7	36	47,4	0,818
<b>No banho</b>							
Inadequada*	15	39,5	14	36,8	29	38,2	
Adequada**	23	60,5	24	63,2	47	61,8	0,987

\*A mãe precisa curvar-se para alcançar o bebê.

\*\* A mãe lida com o bebê na altura de seus braços.

Ainda, ao responderem como costumavam carregar o bebê no colo, 43,4% do total da amostra afirmaram que o seguravam no braço esquerdo, para liberar o braço direito para outras tarefas; enquanto 23,7% preferiam segurar o bebê no braço direito; 23,6% em qualquer lado e 9,2% à frente.

Não houve diferenças estatísticas significantes entre os grupos, com referência aos dados das Tabelas 5 e 6.

## 4.1.4 Características dos bebês

As características dos setenta e seis (76) bebês referentes à idade gestacional, à idade, ao peso e à ocorrência de problemas de saúde e de cólica, encontram-se distribuídas na Tabela 7.

Tabela 7 - Características dos bebês.

Características	G1		G2		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Idade gestacional</b>							
Pré-termo	03	7,9	04	10,5	07	9,2	0,842
Termo	35	92,1	34	89,5	69	90,8	
<b>Idade (meses)</b>							
1 a 3	30	78,9	15	39,5	45	59,2	0,001
4 a 6	08	21,1	23	60,5	31	40,8	
<b>Peso (gramas)</b>							
3501 a 5500	24	63,1	12	31,6	36	47,4	0,009
5501 a 7500	12	31,6	17	44,7	29	38,1	
7501 a 9500	02	5,3	09	23,7	11	14,5	
<b>Problemas de saúde</b>							
Sim	04*	10,5	10**	26,3	14	18,4	0,139
Não	34	89,5	28	73,7	62	81,6	
<b>Cólica</b>							
Sim	22	57,9	22	57,9	44	57,9	0,816
Não	16	42,1	16	42,1	32	42,1	

\*icterícia neonatal (02) e problemas respiratórios (02).

\*\*icterícia neonatal (03), problemas respiratórios (05) e refluxo gastro-esofágico (02).

Observou-se que a maioria das gestações, 90,8% dos casos, foi a termo, consideradas entre trinta e sete (37) e quarenta e uma (41) semanas, conforme classificação de Rezende (1995). A idade gestacional mínima foi de trinta e quatro (34) semanas.

Quanto à idade, no G1, predominaram bebês entre um (1) e três (3) meses, com um percentual de 78,9%; no G2, foi maior o índice de bebês entre quatro (4) e seis (6) meses, 60,5%. Quanto ao peso, no G1, 63,1% pesavam entre 3.501g a 5.500g e, no G2, 44,7% pesavam entre 5.501g a 7.500g. Essa diferença entre as idades e os pesos foi estatisticamente significativa. Justifica-se a dificuldade no controle dessas variáveis pela composição dos grupos, ou seja, um com amamentação exclusiva e o outro sem amamentação. Conforme os últimos dados



obtidos pelo Ministério da Saúde, em 1999, a mediana de amamentação exclusiva no Brasil era de vinte e três (23) dias nas capitais (BRASIL, 2001).

Em relação à ocorrência de problemas de saúde, 89,5% das mulheres do G1 relataram que seus filhos não tiveram problemas; o mesmo afirmaram 73,7% das mulheres do G2. Embora sem significância estatística ( $p=0,139$ ), percebe-se que os bebês do G2 tiveram uma frequência maior de ocorrências, quando comparadas às do G1. A literatura destaca que crianças amamentadas exclusivamente ao seio adoecem menos (GIUGLIANI, 2002; TERUYA; COUTINHO, 2001).

Quando questionadas sobre as cólicas nos bebês, 57,9% das mães responderam afirmativamente. Ocorreu o mesmo percentual nos dois grupos. A cólica teve início nos primeiros quinze (15) dias de vida, em 88,6% dos casos. Quando realizada a entrevista, 54,5% (24) dos bebês ainda apresentavam cólicas, provavelmente como decorrência da idade, pois a maioria (45) dos bebês tinha menos de três (3) meses, período em que a cólica é mais freqüente, segundo Murahovschi (2003).

#### 4.1.5 Características da amamentação

Quase a totalidade das mulheres iniciam a amamentação, fato também observado, neste estudo, que dificultou a composição do Grupo 2, com mulheres que não amamentavam. Assim, aceitou-se a inclusão de mulheres que amamentaram no máximo até 15 dias, totalizando trinta e cinco (35) mulheres. Apenas três nunca amamentaram, duas por causa da má-formação mamilar e uma porque não teve leite. Nesse grupo, dentre os motivos alegados para o desmame, os mais citados foram o pouco leite e os problemas com as mamas, seguidos do estresse e do uso da mamadeira (Tabela 8). Vários estudos exibem esses fatores como causas mais comuns de desmame; entre eles, o de Ramos e Almeida (2003). Estes autores consideram o tabu do leite fraco uma das construções sociais mais utilizadas como modelo explicativo para o abandono da amamentação. Eles também entendem que as intercorrências mamárias puerperais são problemas perfeitamente evitáveis, com a adoção de medidas profiláticas, durante o ciclo gravídico-puerperal.

Tabela 8 - Distribuição das mulheres do Grupo 2, conforme os motivos alegados para o desmame.

<b>Motivos do Desmame</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Pouco leite	14	36,8
Problemas com as mamas	13	34,2
Estresse*	09	23,7
Uso da mamadeira	02	5,3
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

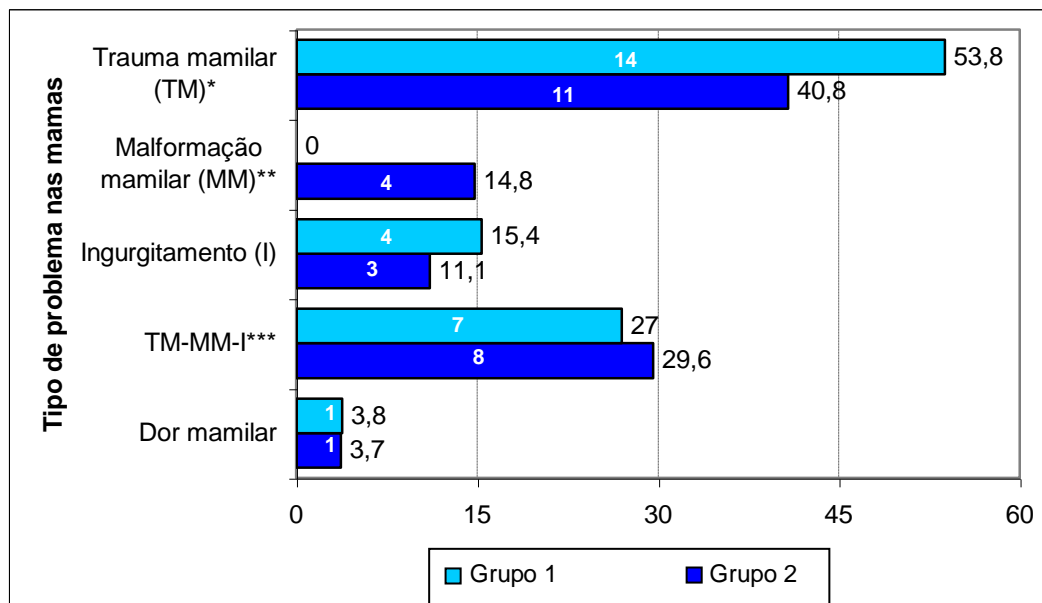
\*Devido ao choro e cólica do bebê, problema de saúde com o bebê e perda de familiar.

Ao investigarem a influência de alguns fatores na duração da amamentação, nos primeiros seis meses, Cernadas *et al.* (2003) verificaram uma associação significativa entre o maior tempo de amamentação exclusiva e a ausência de problemas mamilares.

Neste estudo, os problemas com as mamas, de uma forma geral, foram freqüentes nos dois grupos, com um percentual de 68,4% (26), no G1, e 71% (27), no G2, sem diferença estatística significativa ( $p=0,998$ ) entre eles. A maioria das ocorrências deu-se na primeira semana após o parto.

Resultado semelhante foi encontrado em uma pesquisa epidemiológica sobre a alimentação de crianças, no primeiro ano de vida, realizada em Ribeirão Preto, em 1999, na qual foram investigadas as situações consideradas pelas mulheres como “problemas na amamentação”. Do total de mil quatrocentas e noventa e nove (1.499) mulheres entrevistadas, 43% (646) referiram ter apresentado “problemas na amamentação” e, dentre os problemas identificados, 73% (472) foram com as mamas (NAKANO, 2003).

Na Figura 8, ilustram-se as freqüências e os percentuais dos diferentes problemas ocorridos nas mamas, nos dois grupos. Observa-se que o trauma mamilar foi o mais freqüente (G1-53,8%; G2-40,8%), seguido da ocorrência simultânea de trauma mamilar, malformação mamilar e ingurgitamento (G1-27%; G2-30%).



\* Rachadura e fissura mamilar.

\*\* Mamilo plano e invertido.

\*\*\* Trauma mamilar, malformação mamilar e ingurgitamento, simultaneamente.

Figura 8 – Tipos de problemas ocorridos nas mamas, nos Grupos 1 e 2.

Quando não se separou por grupos, o índice total de lesões mamilares foi 47,2% (25), resultado semelhante ao encontrado por Weigert *et al.* (2005) ao acompanharem duzentos e onze (211) pares de mães/bebês em uma maternidade de Porto Alegre, onde 43,6% das mães apresentaram lesões mamilares, na primeira semana após o parto.

Um aspecto que pode ter contribuído para o alto índice de intercorrências mamárias foi o fato de as mulheres serem primíparas, uma vez que existem evidências de que essas mulheres apresentam mais dificuldades para amamentar, tanto pela falta de experiência quanto pela desinformação (GIUGLIANI *et al.*, 1995; LIBBUS *et al.*, 1997; NOMMSEN-RIVERS, 2004).

Um estudo de revisão, realizado por Morland-Schultz e Hill (2005), destaca que o fator mais importante para diminuir a incidência de problemas mamilares é a educação das mães referente às técnicas adequadas e, ainda, a informação de que a dor mamilar, logo após o parto, é muito freqüente. Desse modo, preparando-as para a experiência do desconforto, mas mostrando opções de alívio e de tratamento.

Em relação à experiência de dor e desconforto durante a amamentação,

uma pesquisa qualitativa, realizada por Kelleher (2006), com cinquenta e duas (52) mulheres (62% primíparas), cinco semanas após o parto, evidenciou que elas se surpreenderam com a extensão, a intensidade e a duração da dor e do desconforto que sentiram nas mamas. Elas não imaginavam que os sintomas poderiam ser tão intensos. Várias dessas mulheres referiram que este impacto afetou seu relacionamento com o bebê e sua decisão sobre continuar amamentando, pois se sentiam fisicamente vulneráveis.

A surpresa, o desconhecimento e a magnitude do desconforto físico, causado pelos traumas mamilares, também foi observado nos depoimentos de algumas mulheres do presente estudo, conforme as transcrições abaixo:

*"...se tu me perguntar se tive algum problema na gravidez...na cesárea...nenhum...mas o seio...é a pior dor que senti na minha vida..."*

*"...ninguém fala sobre isso na gravidez...acho que podia ser evitado...é horrível...tem que querer muito amamentar...por isso muitas desistem..."*

*"...eu não sabia que era tão difícil amamentar...que era tão dolorido...chorava de tanta dor..."*

*"...só de pensar em dar de mamá...me dava dor de cabeça...mas agüentei...eu queria muito amamentar..."*

Esses relatos são semelhantes aos que Kelleher (2006) encontrou em sua pesquisa, na qual o autor também destaca a tendência da mulher em utilizar experiências prévias de dor e desconforto, como as do parto, para comparar e descrever o que sente.

Acredita-se, ainda, que a dor e o desconforto sentido nas mamas, possam favorecer a adoção de posturas inadequadas pela mulher, já que, tal estado associado à tensão emocional, contribui para o aumento da tensão muscular, principalmente na região da cintura escapular.

Apresentam-se a seguir, as características mais relevantes referentes à amamentação no Grupo 1. Em relação à posição comumente utilizada para amamentar, uma mãe relatou preferir a posição deitada, as outras trinta e sete (37) amamentavam na posição sentada e em qualquer lugar, não havendo preferência por um mobiliário em especial.

Na Tabela 9, apresentam-se as características relacionadas à frequência, à oferta das mamas, às intercorrências e às informações recebidas pelas mulheres sobre a amamentação.

Tabela 9 - Características da amamentação.

Características	G1	
	n	%
<b>Nº de mamadas em 24h</b>		
Até 8 vezes	09	23,7
Mais de 8 vezes	29	76,3
<b>Amamentação noturna</b>		
Sim	35	92,1
Não	03	7,9
<b>Ofereciam as duas mamas</b>		
Sim	21	55,3
Não	10	26,3
Às vezes	07	18,4
<b>Problemas com as mamas</b>		
Sim	26	68,4
Não	12	31,6
<b>Dificuldades atuais</b>		
Sim	07	18,4
Não	31	81,6
<b>Receberam informações</b>		
Sim	34	89,5
Não	04	10,5
<b>Tipo de informações</b>		
Pega da mama	07	20,6
Cuidados com as mamas	06	17,6
Pega, cuidados e PMB*	21	61,8
<b>Momento das informações</b>		
Pré-natal	08	23,5
Maternidade	12	35,3
Pós-parto	03	8,9
Pré-natal, maternidade e pós-parto	11	32,3

\*Posicionamento mãe/bebê

Constatou-se que a maioria das mulheres, 76,3%, amamentava mais de oito vezes em 24 horas. A maior parte também amamentava à noite, 92,1%, e oferecia as duas mamas a cada mamada, 55,3%, conforme recomenda a OMS-UNICEF (1989).

Quando questionadas se ainda havia dificuldades para amamentar, 81,6% (31) responderam que não; dentre as sete mulheres que referiram alguma dificuldade, quatro justificaram como causa a dor nos mamilos, uma a dor nas costas, outra o choro do bebê e outra ainda o pouco leite.

Quanto às informações sobre a amamentação, consideraram-se aquelas provenientes dos profissionais da saúde, relativas não só à posição da mãe e do

bebê, durante a mamada, mas também à pega da mama. Algumas mulheres relataram ter recebido informações sobre os cuidados com as mamas.

Oitenta e nove por cento (34) das mulheres receberam orientações no pré-natal, na maternidade e/ou no pós-parto. Índice idêntico foi encontrado no Grupo 2. Oito mulheres, do total da amostra, não receberam nenhum tipo de orientação.

Os resultados quanto às informações recebidas sobre a amamentação superaram as expectativas, uma vez que a maioria dos estudos mostra índices bem inferiores ao encontrado (GIUGLIANI, 1994; GIUGLIANI *et al.*, 1995).

Cabe ressaltar que, na amostra estudada, o momento em que uma parte significativa das mães recebeu informações sobre amamentação foi durante a estada na maternidade. No entanto, esse não é o momento mais adequado, orienta a literatura e concorda uma das mães em seu relato, transcrito abaixo:

*"...no hospital...a enfermeira chegou dois minutinhos...é assim...assim...e deu...só que eu ainda tava meio perdida...na hora tu não consegue gravar tudo que falam..."*

As informações e o preparo das mulheres para a lactação, desde o período pré-natal, comprovadamente, contribuí para o sucesso do aleitamento materno, principalmente entre as primíparas (GIUGLIANI, 2000; MORLAND-SCHULTZ; HILL, 2005; VIEIRA, 2002;).

Entre as sessenta e quatro mulheres que tinham companheiro, 98% relataram que receberam apoio dele, em relação à amamentação.

## **4.2 Avaliação psicológica**

Para verificar se existiam distúrbios de natureza psicológica, depressiva e ansiosa, aplicaram-se dois instrumentos, o Inventário de Ansiedade de Beck e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh, cujos resultados e análise apresentam-se a seguir.

## 4.2.1 Inventário de ansiedade de Beck (BAI)

Entre as escalas de avaliação da ansiedade, uma das mais utilizadas é o Inventário de Ansiedade de Beck (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998). No presente estudo, a aplicação desse instrumento evidenciou resultados semelhantes nos dois grupos, sem significância estatística ( $p=0,854$ ), conforme os dados expostos na Figura 9.

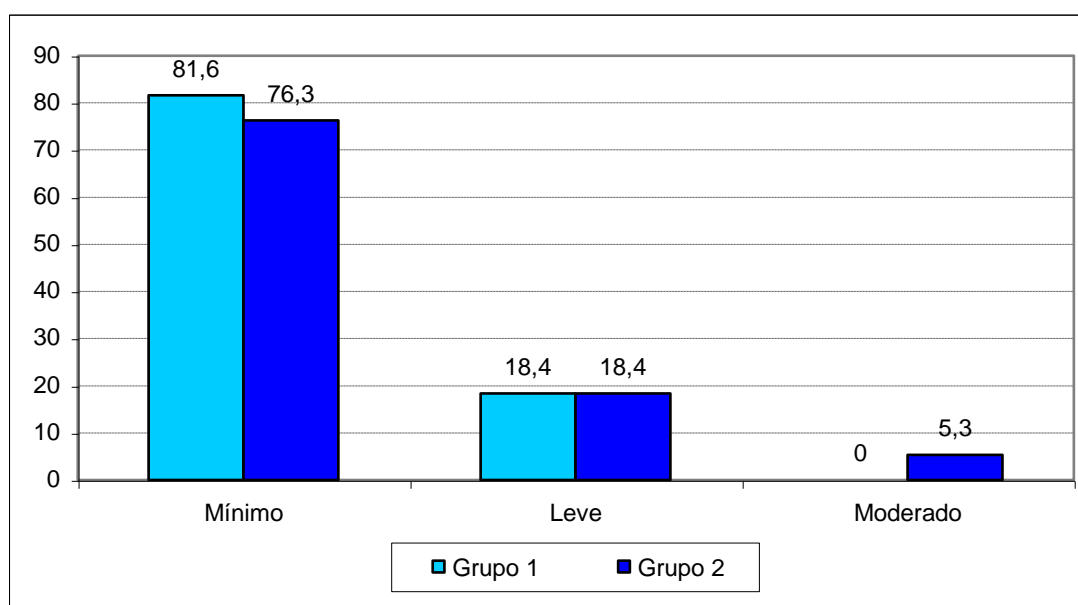


Figura 9 - Resultados do inventário de ansiedade de Beck (BAI).

Uma grande parte da amostra apresentou nível mínimo, 81,6% no G1 e 76,3% no G2, que indica ausência de sintomas de ansiedade; 18,4% apresentou ansiedade leve e, 5,3% das mulheres, do G2, ansiedade moderada. Esses resultados estão de acordo com os encontrados na revisão realizada por Faisal-Cury e Menezes (2006), em que há uma prevalência de ansiedade no pós-parto de 4,9% a 16,8%, conforme diferentes instrumentos de avaliação.

Em pesquisa realizada por Forster *et al.* (2006), com o objetivo de identificar os fatores associados à duração da amamentação até os seis meses, os autores observaram que o menor tempo de amamentação se associou com a presença de ansiedade e/ou depressão no período.

#### 4.2.2 Escala de depressão pós-parto de Edinburgh (EPDS)

A EPDS têm sido bastante utilizada em estudos sobre depressão pós-parto, como forma de rastrear e identificar a presença ou ausência de sinais de depressão. O ponto de corte entre 11 e 12 caracteriza o nível moderado, que indica a presença de sintomas depressivos (SANTOS, *et al.*, 2000).

Na Figura 10, estão os resultados obtidos com a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh, que foram semelhantes nos dois grupos, não havendo significância estatística ( $p=0,985$ ). A maioria das mulheres apresentou nível leve de depressão e, do total da amostra, 25% apresentou nível moderado, ou seja, 25% apresentou sintomas de depressão.

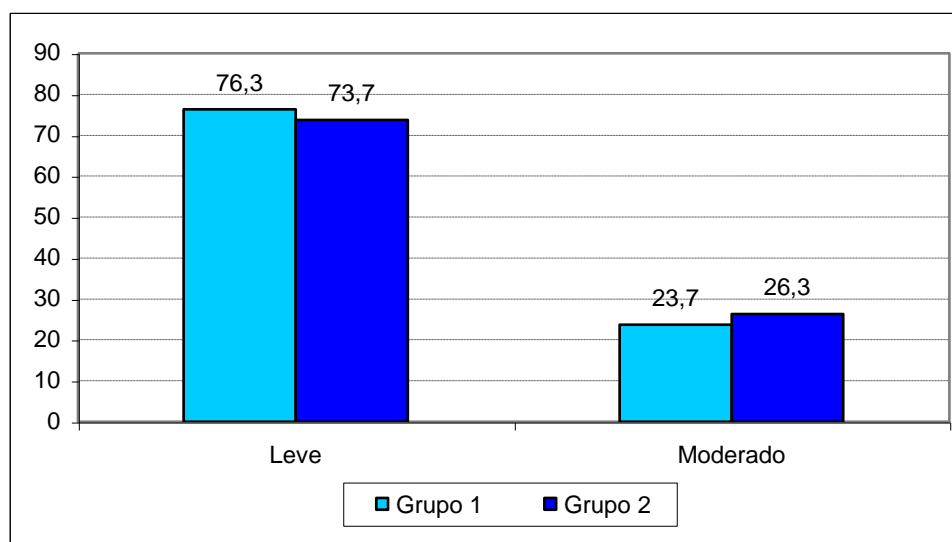


Figura 10 - Resultados da escala de depressão pós-parto de Edinburgh (EPDS).

Os resultados encontrados são semelhantes aos da literatura pesquisada que exibe uma prevalência de 10% a 20% de depressão pós-parto, na maioria dos estudos, conforme revisão realizada por Moraes *et al.* (2006).

É pertinente salientar que Brown e Lumley (2000) encontraram uma prevalência de depressão em torno de 17%, em um estudo que envolveu mil trezentas e trinta e uma (1.331) mulheres no período entre seis e sete meses após o parto. Em outro estudo de Cruz *et al.* (2005), os autores encontraram prevalência de 37,1% (70), entre três e quatro meses após o parto, ambas as pesquisas utilizaram a EPDS.



Já Hatton *et al.* (2005) investigaram a associação entre depressão e amamentação em dois períodos do pós-parto, seis semanas e doze semanas. Eles utilizaram a EPDS. Tais pesquisadores observaram mais sintomas depressivos entre as mulheres que não amamentavam, no período de seis semanas; todavia com doze semanas, não houve diferença entre as mulheres que amamentavam e as que não amamentavam. Conforme os autores, esses resultados sugerem que a depressão, nos períodos mais precoces do pós-parto, pode diminuir a prevalência da amamentação.

Outros autores, como Pop *et al.* e Lucas *et al.* (1993, 2001 *apud* HATTON *et al.*, 2005) não encontraram diferenças na ocorrência de depressão entre mulheres que amamentavam e as que não amamentavam.

### 4.3 Observação e avaliação da mamada

Os resultados da avaliação sobre a mãe e o bebê, durante a observação da mamada, realizada no domicílio, encontram-se na Figura 11.

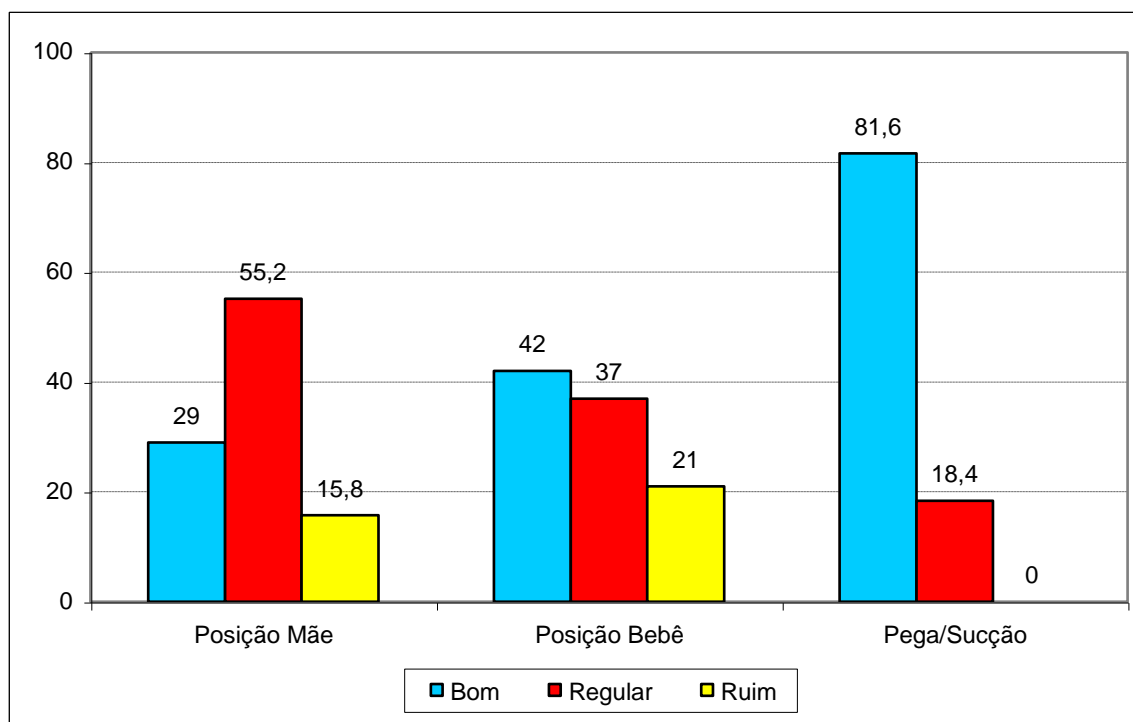


Figura 11 - Resultados da observação da mamada, relativos à posição da mãe, à posição do bebê e à pega/sucção.

Grande parte da amostra exibiu bons resultados referentes à posição do bebê, à pega e à sucção da mama. Porém, quanto à posição da mãe, 55,2% mostraram resultados regulares. Computando-se os resultados regulares e os ruins, 71% (27) das mulheres e 58% (22) dos bebês apresentaram de 2 a 5 aspectos desfavoráveis relativos à posição, conforme os itens do protocolo de avaliação (Anexo J).

Os aspectos desfavoráveis, observados com maior frequência, referentes à posição da mãe, são o apoio ísquio-sacral e os ombros tensos e elevados. Em relação à posição do bebê, os aspectos mais observados são distância e postura, ou seja, o bebê fica longe da mãe e o pescoço fica virado, conforme os dados expostos na Tabela 10.

Tabela 10 - Frequência dos aspectos desfavoráveis relativos à posição das 38 duplas mães/bebês.

Aspecto avaliado	n	%
<b>Posição da mãe</b>		
Sentada em local inadequado*	12	31,6
Ombros tensos, elevados	17	44,7
Sem apoio, inclina-se sobre o bebê	14	36,8
Com apoio ísquio-sacral	21	55,3
Não apóia os pés no chão	14	36,8
<b>Posição do bebê</b>		
Longe da mãe	21	55,3
Pescoço do bebê virado	20	52,6
Queixo não toca a mama	10	26,3
Só ombros e cabeça apoiados	02	5,3

\*assento com altura e profundidade inadequadas ao biotipo da mulher

Doze mulheres, 31,6%, estavam sentadas em local inadequado, o que, naturalmente, já favorece a má postura. No entanto, a frequência dos outros aspectos foi superior à desse, assim evidenciando que estar sentada em local adequado não garante uma boa postura para amamentar.

Destacava-se a posição sentada, com apoio ísquio-sacral, a mais freqüente da nutriz (55,3%). A mãe escorregava para a frente no assento e mantinha apenas um apoio na região dorsal, conforme ilustra a Figura 12. Essa postura favorece a retroversão pélvica, a retificação da lordose lombar e o aumento da cifose dorsal.

Esse achado, na observação da mamada, chamou a atenção, visto que a literatura salienta apenas como postura inadequada e desconfortável para a mãe amamentar, aquela em que não há apoio das costas e a mãe se inclina sobre o bebê (CORDEIRO, 2001; LANA, 2001; POLDEN; MANTLE, 2000). Porém, essa postura, geralmente é

observada nos períodos iniciais do pós-parto, ainda na maternidade. O próprio protocolo de observação, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (1993), para avaliar as primeiras mamadas, destaca como posição desfavorável para amamentar somente aquela em que a mãe se inclina sobre o bebê e fica com os ombros tensos.



Figura 12 - Posição com apoio ísquio-sacral.

Assim, acredita-se que as características da posição da mãe, encontradas neste estudo, sejam próprias do período entre um e seis meses do pós-parto, e representem uma tentativa em busca de uma postura confortável para amamentar.

Ombros tensos geralmente se traduzem por ombros elevados, observados em 44,7% das mulheres. Notou-se ainda que, comumente, o ombro mais elevado era o do lado da mama oferecida e, quando não havia apoio nas costas, verificava-se uma oscilação do tronco que desequilibrava a postura materna, mantendo a mãe tensa durante toda a mamada (Figura 13). A busca de estabilidade postural, muitas vezes, é obtida às custas do trabalho aumentado de músculos e ligamentos, principalmente da coluna vertebral, cintura escapular e pélvica (BIENFAIT, 1993; KENDALL *et al.*, 1995).

Posição inadequada do bebê, principalmente aquela longe da mãe, também interferia no posicionamento materno, uma vez que ela se inclinava sobre o filho ou cruzava as pernas para elevar o bebê e facilitar a pega (Figura 14). Para sanar essa dificuldade recomenda-se a utilização de um travesseiro no colo da mãe e/ou o

apoio de seus pés sobre um banco para elevar as pernas, quando o bebê ainda é pequeno (BRASIL, 1997; POLDEN; MANTLE, 2000). Porém, na amostra estudada, constatou-se a necessidade desse apoio para a mãe mesmo quando o bebê for maior, evitando assim o cansaço dos braços dela, já que há um aumento gradativo do peso do bebê.



Figura 13 – Ombro tenso, elevado.



Figura 14 - Sem apoio, a mãe inclina-se sobre o bebê.

Cruzar as pernas para amamentar, com o objetivo de elevar o bebê, é uma recomendação das normas técnicas do Manual de Promoção do Aleitamento Materno (BRASIL, 1997). Porém, nessa posição, a pelve roda discretamente para o lado oposto, levando consigo a região lombar. Conforme Oliver (1999), como os músculos fadigam mais rapidamente em posturas sentadas assimétricas, logo outros ajustes posturais são necessários.

Também chamou a atenção que algumas mães seguravam a cabeça do bebê com a mão, o que favorecia a tensão do membro superior, que permanecia abduzido. Registrou-se, ainda, que apenas três mulheres utilizavam apoio para os antebraços.

Apesar das dificuldades detectadas na posição das mães e dos bebês, a pega e a sucção estavam adequadas. Pode-se atribuir tal resultado não só ao período de aprendizagem dos bebês, pois todos tinham mais de trinta (30) dias de vida, mas também ao fato de a mãe valorizar o bem-estar do filho, assim descuidando-se de sua postura e de seu conforto, porém assegurando a pega eficaz da mama.

Cabe ressaltar que se utilizaram aspectos práticos da postura corporal para avaliar a posição da mãe e do bebê durante a amamentação, necessários aos objetivos da pesquisa. Vale lembrar que, nesse contexto, a postura é mais do que um simples controle funcional do corpo, visto que envolve atitude, interação e inter-relação entre mãe e filho.

Cukier-Mémeury *et al.* (1979) observaram setenta e sete (77) mulheres primíparas, quando amamentavam, e evidenciaram alguns aspectos que caracterizam três tipos de posturas. Postura ajustada, possibilita carícias e troca de olhares entre mãe e filho; postura ajustada com esforço, possibilita a alimentação satisfatória do bebê, às custas do desconforto e do cansaço da mãe e, por último, postura não ajustada ineficaz, quase não permite contato entre mãe e filho, o que acarreta dificuldades na alimentação. Os autores salientam que a relação postural entre mãe e filho é fruto de uma construção mútua e contínua; onde a desarmonia tônica de um interfere no equilíbrio do outro.

#### 4.4 Desconforto músculo-esquelético

Os resultados relativos à prevalência, à localização, às características e aos fatores relacionados ao desconforto músculo-esquelético (DME), nos Grupos 1 e 2, são apresentados a seguir. Ao final, encontra-se a análise da influência de algumas variáveis sobre esse desconforto, nos primeiros seis meses após o parto.

Na Tabela 11, está distribuído o percentual das setenta e seis mulheres, conforme a presença ou não de desconforto músculo-esquelético. A Figura 15 representa, graficamente, os dados da Tabela 11.

Um percentual considerável do total de mulheres, 78,9%, relatou a presença de DME, que se distribui de forma semelhante nos dois grupos, ou seja, sem diferença estatística significativa entre eles ( $p=0,778$ ).

Tabela 11 - Desconforto músculo-esquelético.

Desconforto	G1		G2		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	29	76,3	31	81,6	60	78,9
Não	09	23,7	07	18,4	16	21,1
Total	38	100,0	38	100,0	76	100,0

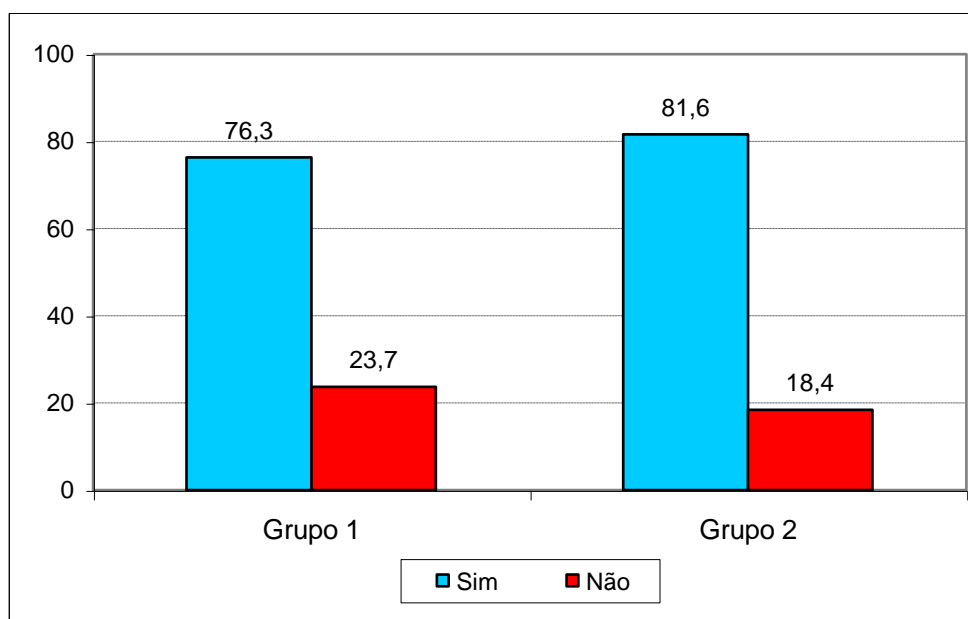


Figura 15 - Representação do desconforto músculo-esquelético nos Grupos 1 e 2.

Observou-se uma freqüência de DME ligeiramente maior no Grupo 2, em relação ao Grupo 1, que poderia ser atribuída à idade e ao peso dos bebês, maiores no Grupo 2, por ser comum a relação entre a sustentação de peso e o desconforto físico; porém, esse resultado não se confirmou, uma vez que não houve diferença estatística significativa entre os grupos.

A prevalência do desconforto músculo-esquelético é variável de acordo com o período pós-parto, a região corporal acometida e a metodologia utilizada. Considerando-se principalmente a dor nas costas, esta varia entre 20% a 67%, conforme diferentes estudos da literatura internacional (BORG-STEIN *et al.*, 2005; McGOVERN *et al.*, 2006; NORÉN *et al.*, 2002; ÖSTGAARD; ANDERSSON, 1992; SCHYTT *et al.*, 2005; TO; WONG, 2003). Não se conhecem estudos dessa prevalência no Brasil.

Östgaard e Andersson (1992) e Thompson *et al.* (2002) observaram que a maioria dos sintomas de desconforto físico são mais intensos nos primeiros seis meses após o parto. Já McGovern *et al.* (2006) realizaram um estudo prospectivo, com o objetivo de verificar a repercussão do tipo de parto e da amamentação na recuperação de setecentas e dezesseis setecentas e dezesseis (716) mulheres, cinco semanas após o parto. Entre outros resultados, destacaram uma associação significativa entre amamentação e sintomas físicos como fadiga, lombalgia e cervicalgia. A freqüência de lombalgia e cervicalgia foi de 46,5% entre as quatrocentas e oitenta (480) mulheres que amamentavam e de 36,9% entre as duzentas e trinta e seis (236) mulheres que não amamentavam.

Na França, Callahan *et al.* (2006), ao investigarem a fadiga, sintoma que as mães freqüentemente associam à amamentação, notaram que ela inclusive funciona como causa de desmame. No entanto, os autores acompanharam duzentas e cinqüenta e três (253) mulheres, em três diferentes períodos, dois a quatro dias, seis semanas e doze semanas após o parto, e não ocorreu diferença significativa em relação à percepção de fadiga entre o grupo de mulheres que amamentava e o grupo que alimentava seu filho com mamadeira.

Na Tabela 12, distribui-se a freqüência e o percentual das sessenta (60) mulheres que relataram desconforto, conforme as regiões corporais acometidas. A coluna vertebral foi a que apresentou a maior freqüência, 43,4%, com distribuição nos diferentes segmentos vertebrais de: 54% na região lombar, 35% na região dorsal e 11% na região cervical.

Tabela 12 - Freqüência com que as regiões do corpo foram referidas pelas mulheres com desconforto músculo-esquelético.

Regiões do corpo	n	%
Coluna vertebral	26	43,4
Ombros	11	18,3
Membros superiores	02	3,3
Membros inferiores	01	1,7
Mais de uma região	20	33,3
Total	60	100,0

Relatos de desconforto em mais de uma região obtiveram a segunda maior freqüência, 33,3%, ou seja, uma a cada três mulheres sentia desconforto em mais de uma região. Essa característica multifocal originou os dados expostos na Tabela 13 e na Figura 16, nas quais se verifica a freqüência com que as seis regiões corporais foram referidas, isoladamente ou combinadas com outras regiões, nos dois grupos. A comparação entre as freqüências evidenciou que os grupos são estatisticamente iguais ( $p=0,842$ ).

Tabela 13 - Freqüência com que foram referidas as seis regiões corporais isoladamente ou combinadas com outras regiões, por grupos

Regiões do Corpo	G1		G2		Total	
	n	%	n	%	n	%
Coluna lombar	11	24,4	13	31,7	24	27,9
Ombros	10	22,2	12	29,3	22	25,6
Coluna cervical	08	17,8	06	14,6	14	16,3
Membros inferiores	07	15,6	05	12,2	12	13,9
Coluna dorsal	05	11,1	05	12,2	10	11,6
Membros superiores	04	8,9	00	0,0	04	4,7
Total	45	100,0	41	100,0	86	100,0

Considerando-se que a mulher, no pós-parto, se encontra em uma fase de readaptação de seu centro de gravidade e de involução dos fenômenos fisiológicos, a referência simultânea de desconforto, em mais de uma região, pode ser explicada pela busca de compensação, na qual a mulher procura conforto e equilíbrio corporal.

No presente estudo, a coluna lombar e os ombros, dentre as regiões que apresentaram desconforto, foram as mais citadas nos dois grupos, seguidas da coluna cervical. A lombalgia, conforme o exposto na revisão de literatura, destaca-se como a queixa músculo-esquelética mais freqüente no pós-parto. A dor nos ombros, também observada por Schytt *et al.* (2005), foi associada a cervicalgia, com um percentual de 29,4% aos dois meses após o parto e com 35,5%, um ano após o parto.



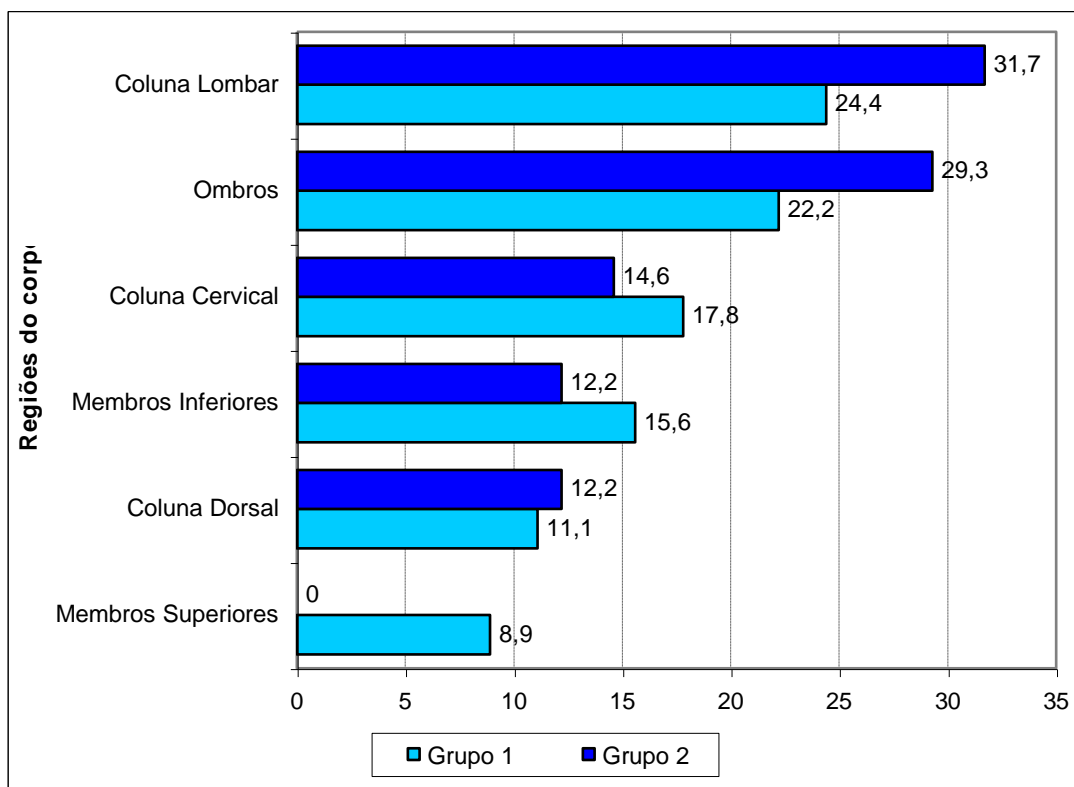


Figura 16 - Percentual das seis regiões corporais, por grupos, conforme a frequência com que foram referidas, isoladamente ou combinadas com outras regiões.

Esperava-se que o DME, na região lombar, fosse mais acentuado entre as mulheres do Grupo 1, pela frequência de posturas inadequadas observadas durante a mamada, especialmente o apoio ísquio-sacral, que interfere na mecânica lombar (VIEL; ESNAULT, 2000). A coluna lombar também pode ser afetada pelas posturas inadequadas utilizadas durante os cuidados com o bebê. A frequência do desconforto resultante desses procedimentos foi semelhante nos dois grupos.

Observou-se ainda que, no G1, houve uma proporção maior de desconforto na região cervical e somente as mulheres desse grupo referiram desconforto nos membros superiores. Essa combinação pode ser atribuída à postura comumente adotada pela mulher durante a amamentação, não só pela flexão e rotação da coluna cervical, enquanto olha para o bebê, mas ainda pela sustentação dele em seus braços, o que submete a musculatura envolvida à uma contração muscular constante. Cailliet (2003) adverte sobre os efeitos da contração muscular isométrica sustentada da musculatura cervical e dos membros superiores na gênese da dor e da incapacidade. O autor salienta, ainda, sobre a frequente associação desses aspectos com o estresse emocional.

## 4.4.1 Características do desconforto músculo-esquelético

A seguir, apresentam-se as características mais relevantes do desconforto músculo-esquelético, de cada uma das seis regiões corporais investigadas, nos dois grupos. Consideraram-se as freqüências que constam na Tabela 13.

- Região lombar:

As características dos 24 relatos de DME na região lombar, encontram-se distribuídas na Tabela 14.

Tabela 14 - Características do desconforto na região lombar e sua freqüência nos grupos.

Características	G1		G2		Total		p
	N	%	n	%	n	%	
<b>Tipo</b>							
Dor	11	100,0	10	76,9	21	87,5	
Dormência	00	0,0	00	0,0	00	0,0	
Sensação de peso	00	0,0	03	23,1	03	12,5	n.s.a*
<b>Quando surgiu</b>							
Antes da gravidez	05	45,4	03	23,1	08	33,3	
Durante a gravidez	03	27,3	06	46,1	09	37,5	
Após o parto	03	27,3	04	30,8	07	29,2	0,476
<b>Evolução**</b>							
Igual	02	25,0	01	11,1	03	17,7	
Diminuiu	03	37,5	06	66,7	09	52,9	
Aumentou	03	37,5	02	22,2	05	29,4	0,477
<b>Freqüência</b>							
Infreqüente	00	0,0	01	7,6	01	4,2	
Freqüente	01	9,0	04	30,8	05	20,8	
Quase diariamente	07	63,5	04	30,8	11	45,8	
Diariamente	03	37,5	04	30,8	07	29,2	n.s.a
<b>Intensidade</b>							
Fraca	02	18,2	01	7,6	03	12,5	
Moderada	06	54,5	09	69,3	15	62,5	
Forte	03	27,3	03	23,1	06	25,0	0,680
<b>Interfere no dia-a-dia</b>							
Não	08	72,7	07	53,8	15	62,5	
Sim	03	27,3	06	46,2	09	37,5	0,597
<b>Tratamento</b>							
Não	11	100,0	10	76,9	21	87,5	
Sim	00	0,0	03	23,1	03	12,5	n.s.a

\* Não se aplica.

\*\*Consideraram-se as que referiram desconforto antes da gravidez ou desde a gravidez.

Percebe-se que a dor de intensidade moderada predominou nos dois grupos. Apesar da intensidade do desconforto, a maioria relatou não ter sofrido interferência em suas atividades diárias, portanto, não procurou alívio por meio de tratamento. Entre as nove mulheres que referiram alguma interferência, sete a perceberam durante os cuidados com o bebê e com a casa e duas durante o sono. Não houve diferenças estatísticas significantes entre os grupos.

Existem evidências de que um dos principais fatores associado à dor nas costas após o parto e a sua persistência durante um ou dois anos, é a história prévia de dor nas costas, antes ou durante a gravidez, conforme Breen *et al.* (1994), Östgaard e Andersson (1992), To e Wong (2003) e Turgut *et al.* (1998). Neste estudo, observou-se que a maioria das mulheres com desconforto na região lombar referiram tal presença desde a gravidez. No entanto, na entrevista, relataram que os sintomas haviam diminuído.

Östgaard *et al.* (1996) verificaram que a lombalgia tende a melhorar nos primeiros seis meses após o parto. Por outro lado uma pesquisa de Schytt *et al.* (2005) constatou um aumento na freqüência de queixas de lombalgia um ano após o nascimento do bebê, em um grupo de mulheres que já havia sido investigado aos dois meses.

Stapleton *et al.* (2002) observaram um grupo de trezentas e noventa e sete (397) mulheres que tiveram lombalgia durante a gravidez e confirmaram que, dentre essas, 68% continuaram com os sintomas após o parto. Turgut *et al.* (1998) acompanharam oitenta e oito (88) grávidas com lombalgia; seis meses após o parto, verificaram que 43,2% dessas mulheres ainda apresentavam os sintomas.

- Ombros:

Na Tabela 15, situam-se as características dos vinte e dois (22) relatos de DME na região dos ombros. Não houve diferenças estatísticas significantes entre os grupos.

O tipo de desconforto referido com maior freqüência, nos dois grupos, foi dor e sensação de peso que ocorreram em ambos os ombros, diariamente, e com intensidade moderada. No G1, o surgimento do sintoma distribuiu-se em duas fases: antes da gravidez e após o parto; no G2, para a maioria, 66,7%, o desconforto surgiu após o parto.

Tabela 15 - Características do desconforto nos ombros e a sua freqüência nos grupos.

Características	G1		G2		Total		p
	N	%	n	%	n	%	
<b>Tipo</b>							
Dor	05	50,0	05	41,7	10	45,4	
Dormência	01	10,0	02	16,6	03	13,6	
Sensação de peso	04	40,0	05	41,7	09	41,0	0,876
<b>Local</b>							
Ombro D	01	10,0	01	8,4	02	9,1	
Ombro E	00	0,0	04	33,3	04	18,2	
Ambos	09	90,0	07	58,3	16	72,7	n.s.a.*
<b>Quando surgiu</b>							
Antes da gravidez	06	60,0	03	25,0	09	41,0	
Durante a gravidez	00	0,0	01	8,3	01	4,5	
Após o parto	04	40,0	08	66,7	12	54,5	n.s.a.
<b>Evolução**</b>							
Igual	04	66,7	01	25,0	05	50,0	
Diminuiu	00	0,0	01	25,0	01	10,0	
Aumentou	02	33,3	02	50,0	04	40,0	n.s.a.
<b>Freqüência</b>							
Infreqüente	01	10,0	00	0,0	01	4,5	
Freqüente	01	10,0	03	25,0	04	18,2	
Quase diariamente	03	30,0	03	25,0	06	27,3	
Diariamente	05	50,0	06	50,0	11	50,0	n.s.a.
<b>Intensidade</b>							
Fraca	00	0,0	00	0,0	00	0,0	
Moderada	09	90,0	11	91,7	20	91,0	
Forte	01	10,0	01	8,3	02	9,0	n.s.a.
<b>Interfere no dia-a-dia</b>							
Não	09	90,0	07	58,3	16	72,7	
Sim	01	10,0	05	41,7	06	27,3	0,238
<b>Tratamento</b>							
Não	09	90,0	11	91,7	20	91,0	
Sim	01	10,0	01	8,3	02	9,0	0,503

\* Não se aplica

\*\*Consideraram-se as que referiram desconforto antes da gravidez ou desde a gravidez

Observou-se também que a maioria relatou não ter tido interferência em suas atividades diárias, portanto não procurou tratamento. Entre as seis mulheres que referiram alguma interferência, uma, do G1, relatou que o desconforto nos ombros interferia na amamentação e as outras cinco, do G2, nos cuidados com o bebê, com a casa e durante o sono.

- Região cervical:

Na Tabela 16, distribuem-se as características dos catorze (14) relatos de DME na região cervical. Esta a terceira mais citada pelas mulheres. Não houve diferenças estatísticas significantes entre os grupos.

Tabela 16 - Características do desconforto na região cervical e sua freqüência nos grupos.

Características	G1		G2		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tipo</b>							
Dor	06	75,0	03	50,0	09	64,3	
Dormência	00	0,0	01	16,7	01	7,1	
Sensação de peso	02	25,0	02	33,3	04	28,6	n.s.a*
<b>Quando surgiu</b>							
Antes da gravidez	04	50,0	03	50,0	07	50,0	
Durante a gravidez	00	0,0	01	16,7	01	7,1	
Após o parto	04	50,0	02	33,3	06	42,9	n.s.a.
<b>Evolução**</b>							
Igual	03	75,0	02	50,0	05	62,5	
Aumentou	01	25,0	02	50,0	03	37,5	0,989
<b>Freqüência</b>							
Freqüente	01	12,5	02	33,3	03	21,4	
Quase diariamente	05	62,5	03	50,0	08	57,2	
Diariamente	02	25,0	01	16,7	03	21,4	0,638
<b>Intensidade</b>							
Moderada	06	75,0	03	50,0	09	64,3	
Forte	02	25,0	03	50,0	05	35,7	0,687
<b>Interfere no dia-a-dia</b>							
Não	07	87,5	03	50,0	10	71,4	
Sim	01	12,5	03	50,0	04	28,6	0,348
<b>Tratamento</b>							
Não	08	100,0	02	33,3	10	71,4	
Sim	00	0,0	04	66,7	04	28,6	n.s.a

\*Não se aplica.

\*\*Consideraram-se as mulheres que referiram desconforto antes da gravidez ou desde a gravidez.

Na região cervical, a dor foi o tipo de desconforto mais referido nos dois grupos. No G1, o surgimento do sintoma ocorreu antes da gravidez e após o parto; no G2, a maioria, 50%, relatou que o desconforto surgiu antes da gravidez e consideraram que os sintomas ainda eram os mesmos. A freqüência mais relatada foi “quase diariamente”, nos dois grupos. A intensidade foi moderada para a maioria das mulheres do G1, distribuindo-se entre moderada e forte no G2. Observa-se ainda que, no G1, 87,5% das mulheres relataram não haver interferência em suas atividades diárias; no G2, 50% consideraram

que o desconforto na região cervical interferia nos cuidados com o filho, além de associar-se à cefaléia. Neste grupo, a maioria, 66,7%, procurou tratamento.

Afirmam Cailliet (2003) e Teixeira *et al.* (2003b) que a cervicálgia e a cefaléia comumente se associam quando há atividade muscular excessiva e prolongada dos músculos do pescoço, repercutindo principalmente na região occipital.

- **Membros inferiores:**

Na Tabela 17, distribuem-se as características dos doze (12) relatos de DME nos membros inferiores.

Tabela 17 - Características do desconforto nos membros inferiores e a sua freqüência nos grupos.

Características	G1		G2		Total	
	N	%	n	%	n	%
<b>Tipo</b>						
Dor	02	28,6	02	40,0	04	33,3
Dormência	02	28,6	00	0,0	02	16,7
Sensação de peso	03	42,8	03	60,0	06	50,0
<b>Local</b>						
MI Direito	01	14,3	01	20,0	02	16,7
Ambos	03	42,8	03	60,0	06	50,0
Joelho D	01	14,3	00	0,0	01	8,3
Joelho E	00	0,0	01	20,0	01	8,3
Ambos joelhos	02	28,6	00	0,0	02	16,7
<b>Quando surgiu</b>						
Durante a gravidez	06	85,7	03	60,0	09	75,0
Após o parto	01	14,3	02	40,0	03	25,0
<b>Evolução*</b>						
Igual	02	33,3	00	0,0	02	33,3
Diminuiu	02	33,3	01	33,3	02	33,3
Aumentou	02	33,3	02	66,7	02	33,3
<b>Freqüência</b>						
Freqüente	03	42,8	00	0,0	03	25,0
Quase diariamente	02	28,6	04	80,0	06	50,0
Diariamente	02	28,6	01	20,0	03	25,0
<b>Intensidade</b>						
Moderada	07	100,0	05	100,0	12	100,0
<b>Interfere no dia-a-dia</b>						
Não	06	85,7	04	80,0	10	83,3
Sim	01	14,3	01	20,0	02	16,7
<b>Tratamento</b>						
Não	07	100,0	05	100,0	12	100,0

\*Consideraram-se as que referiram desconforto desde antes da gravidez ou desde a gravidez.

O tipo de desconforto mais referido, nos dois grupos, foi a sensação de peso que ocorria em ambos os membros, com surgimento durante a gravidez, com frequência quase diária e com intensidade moderada.

A maioria das mulheres relatou que não houve interferência do desconforto músculo-esquelético nos membros inferiores, em suas atividades diárias, e que nenhuma procurou tratamento. Não ocorreu diferenças estatísticas significantes entre os grupos.

• Região dorsal:

Na Tabela 18, distribuem-se as características dos dez (10) relatos de desconforto músculo-esquelético, na região dorsal da coluna vertebral.

Tabela 18 - Características do desconforto na região dorsal e sua frequência nos grupos.

Características	G1		G2		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Tipo</b>						
Dor	05	100,0	04	80,0	09	90,0
Sensação de peso	00	0,0	01	20,0	01	10,0
<b>Quando surgiu</b>						
Antes da gravidez	00	0,0	01	20,0	01	10,0
Durante a gravidez	00	0,0	02	40,0	02	20,0
Após o parto	05	100,0	02	40,0	07	70,0
<b>Evolução*</b>						
Igual	00	0,0	01	33,3	01	33,3
Diminuiu	00	0,0	02	66,7	02	66,7
Aumentou	00	0,0	00	0,0	00	0,0
<b>Frequência</b>						
Quase diariamente	04	80,0	04	80,0	08	80,0
Diariamente	01	20,0	01	20,0	02	20,0
<b>Intensidade</b>						
Fraca	00	0,0	01	20,0	01	10,0
Moderada	04	80,0	04	80,0	08	80,0
Forte	01	20,0	00	0,0	01	10,0
<b>Interfere no dia-a-dia</b>						
Não	03	60,0	03	60,0	06	60,0
Sim	02	40,0	02	40,0	04	40,0
<b>Tratamento</b>						
Não	05	100,0	04	80,0	09	90,0
Sim	00	0,0	01	20,0	01	10,0

\*Consideraram-se as que referiram desconforto antes da gravidez ou desde a gravidez.

O tipo de desconforto mais referido, nos dois grupos, foi a dor de intensidade moderada, que surgiu após o parto para as mulheres do G1, com frequência quase diária. Constatou-se também que a maioria das mulheres relatou não sofreu interferência em suas atividades diárias; apenas uma, do G2, procurou alívio por meio de medicamento. Entre as que referiram interferência, com uma ocorreu durante a amamentação; com as outras, durante os cuidados com o bebê e com a casa.

- Membros superiores:

Quatro mulheres, todas do Grupo 1, apresentaram dor e sensação de peso nos membros superiores, que surgiram após o parto, com frequência diária e com intensidade moderada.

Esses achados sugerem que o envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê, especialmente a mãe que amamenta, sobrecarrega os membros superiores, ocasionando desconforto. Isso vai ao encontro do dizer de Borg-Stein *et al.* (2005) que afirmam que o desconforto nos membros superiores, no período pós-parto, é freqüente e está relacionado às atividades diárias da mulher com a casa e com o bebê.

As características do desconforto músculo-esquelético da mulher, nos primeiros seis meses após o parto, de maneira geral, evidenciaram alguns aspectos que se pretende destacar.

Quanto ao tipo de desconforto – para a maioria das mulheres, independentemente da região corporal acometida –, a percepção foi de dor, com exceção dos membros inferiores que foi a de peso. Para Teixeira *et al.* (2003a), a dor é o sintoma principal e o mais lembrado, quando se abordam os desconfortos físicos. A sensação de peso nos membros inferiores é comum na gravidez e está relacionada aos distúrbios circulatórios, que podem persistir no pós-parto e estão associados ao aumento na demanda dos membros inferiores nas atividades diárias da mulher (POLDEN; MANTLE, 2000).

A maioria das mulheres que referiu desconforto nos ombros, na região dorsal e nos membros superiores, afirmou que o surgimento dos sintomas foi após o parto. Essas regiões são justamente as mais solicitadas na lida com o bebê, o que pode justificar esse resultado. Também, no G1, todas as mulheres com desconforto na região dorsal, ressaltaram que os sintomas surgiram após o parto, o que está de acordo com Oliver (1999), ao dizer que a dorsalgia é muito comum nesse período, associada ao aumento do peso das mamas, à frouxidão ligamentar e à má postura



ao amamentar e ao cuidar do bebê.

Os sintomas de desconforto na região lombar e nos membros inferiores que surgiram durante a gravidez para a maioria das mulheres, apresentam resultados corroborados por vários estudos (FERREIRA; NAKANO, 1999; MARTINS; SILVA, 2005a; MOGREN; POHJANEN, 2005; VULLO *et al.* 1996).

Um dos aspectos que chamou a atenção foi a intensidade moderada dos sintomas, com uma frequência quase diária; mesmo assim, a maioria das mulheres, como não sentiu interferência em seu dia-a-dia, não procurou tratamento. Já, as que buscaram alívio, se automedicaram, utilizando analgésicos. Esses resultados caracterizam a banalização dos sintomas por parte das mulheres, que não verbalizam suas queixas e não procuram auxílio. Elas consideram normais e suportáveis tais sintomas, porque priorizam o bem-estar do filho em detrimento do seu.

Nilsson-Vikmar *et al.* (2003) constataram a interferência da lombalgia após o parto. Isso dificulta as atividades cotidianas da mulher, principalmente as que envolvem carregar peso e as que necessitam de movimentos de inclinação e flexão do tronco. Os autores enfatizam a importância da prevenção e da identificação do problema em fases precoces, para evitar essas interferências.

Schytt *et al.* (2005), ao investigarem os sintomas de desconforto físico entre duas mil quatrocentas e treze (2.413) mulheres suecas, constataram que, apesar dos relatos de fadiga, de cefaléia, de cervicálgia, de lombalgia e de dor nos ombros, quando questionadas sobre como se sentiam, dois meses após o parto, 91% responderam que estavam muito bem ou bem. Após um ano, com os mesmos sintomas, 86% ainda disseram que se sentiam muito bem ou bem. Os autores atribuem esse resultado a quatro fatores: na Europa Ocidental, a decisão de ter filhos e/ou ficar grávida é motivo de satisfação; o pós-parto, geralmente, está relacionado à sensação de alívio e euforia; os sintomas de desconforto no pós-parto são considerados naturais e temporários e, por fim, tais sintomas são menos inconvenientes do que os da gravidez e do parto.

Em outra pesquisa, Brown *et al.* (2006) consideraram que, dentre as razões para o fato de as mulheres não revelarem seus problemas de saúde, durante a gravidez e no pós-parto, estão: a percepção de que é um problema natural; há embaraço em tocar no assunto; a crença de que não há nada a fazer; o medo de exames e de cirurgias; o receio de que o tratamento possa criar outros problemas e, finalmente, o receio de que o profissional da saúde não valorize sua queixa.

Na Austrália, Brown e Lumley (1998) também verificaram que os problemas de saúde física e emocional são comuns no pós-parto, mas raramente são relatados para o profissional da saúde, embora muitas mulheres expressem que gostariam de receber orientações e tratamento para tais problemas.

Em pesquisa realizada por Glazener *et al.* (1995), com quatrocentas e trinta e oito (438) mulheres que se encontravam em um período entre dois (2) a dezoito (18) meses após o parto, foi encontrado um índice de 20% de dor nas costas. Dessas mulheres apenas 29% receberam tratamento ou atenção de um profissional.

Alguns sintomas de desconforto no pós-parto são temporários, como os problemas com as mamas, a dor perineal, os problemas intestinais e a dispaúrenia. Entretanto, outros podem permanecer e até aumentar com o passar do tempo, como a fadiga, a cefaléia, os problemas com o sono e o desconforto músculo-esquelético, especialmente a lombalgia, a cervicalgia, a dorsalgia e a dor nos ombros (GLAZENER *et al.*, 1997; BROWN; LUMLEY, 1998; NORÉN *et al.*, 2002; SCHYTT *et al.*, 2005; THOMPSON *et al.*, 2002; TO; WONG, 2003). Em face da permanência e do agravamento dos sintomas músculo-esqueléticos, que podem se tornar crônicos, desse modo aumentando os índices de morbidade e interferindo na qualidade de vida da mulher e de seu filho, devem se pautar as ações preventivas e curativas no período pós-parto.

Yeng *et al.* (2003a), ao descreverem os distúrbios osteomusculares da população trabalhadora, alertam que, nas fases mais precoces, predominam a fadiga, o dolorimento e o peso nos membros, considerados apenas como um desconforto. Porém, as lesões e as limitações funcionais, na maioria das vezes decorrente desse desconforto, ocorrem nas fases tardias, dificultando então a recuperação. Essa característica se aplica às mulheres no período pós-parto, quando há uma sobrecarga de atividades que envolvem o filho, a casa e o trabalho, no entanto essa população é pouco investigada.

Oliver (1999) e Polden e Mantle (2000) salientam que a prevenção do desconforto músculo-esquelético, no pós-parto, deve se iniciar na gestação, via ações educativas, com exercícios físicos e com reeducação postural; pois, após o nascimento do bebê, a mulher está menos receptiva em decorrência da fadiga e da atenção dada ao filho. Stephenson e O'Connor (2004), consideram que problemas como fadiga, disfunção do assoalho pélvico, desconforto nas costas e pescoço podem ser evitados por meio de atividade física adequada. Östgaard *et al.* (1997) observaram que mulheres com lombalgia, durante a gravidez, que realizaram

fisioterapia, apresentaram importante diminuição da dor após o parto. De Conti *et al.* (2003) e Martins e Silva (2005b) constataram a redução dos sintomas de desconforto músculo-esquelético em mulheres grávidas, por intermédio de um programa que incluía atividades educativas e exercícios físicos específicos.

#### 4.4.2 Fatores relacionados ao desconforto músculo-esquelético

As sessenta (60) mulheres que relataram desconforto, foram questionadas sobre sua percepção quanto aos prováveis fatores de risco que poderiam estar relacionados ao seu desconforto, como: emocional; posturas incômodas ou esforço físico, durante o cuidado com o bebê (PICB); posturas incômodas ou esforço físico, durante o cuidado com a casa (PICC); amamentação; trabalho ou outros fatores.

Na Tabela 19, distribuem-se os fatores que foram relacionados pelas mulheres, ao desconforto músculo-esquelético em geral, independentemente da região corporal envolvida. A maioria relatou mais de um fator de desconforto, 75,9% no G1 e 64,6% no G2. Isoladamente, as PICB<sub>s</sub> foram o fator mais citado, 13,8% no G1 e 32,2% no G2, referentes à troca de fraldas, ao banho e ao levar ao colo.

Tabela 19 - Fatores que foram relacionados pelas mulheres ao desconforto músculo-esquelético em geral, nos grupos.

Fatores Relacionados	G1		G2	
	n	%	N	%
Mais de um fator	22	75,9	20	64,6
PICB*	04	13,8	10	32,2
Amamentação	02	6,9	00	0,0
Emocional	01	3,4	00	0,0
Outros fatores	00	0,0	01	3,2
Total	29	100,0	31	100,0

\*Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com o bebê.

Esses resultados estão de acordo com a literatura que evidencia o caráter multifatorial dos elementos envolvidos nos transtornos músculo-esqueléticos. Estes podem associar fatores psicossociais, físicos, ambientais, relacionados à atividade exercida, laboral ou não e ainda, aqueles relacionados aos fatores individuais (MARRAS, 2004; WEIGL *et al.*, 2007).

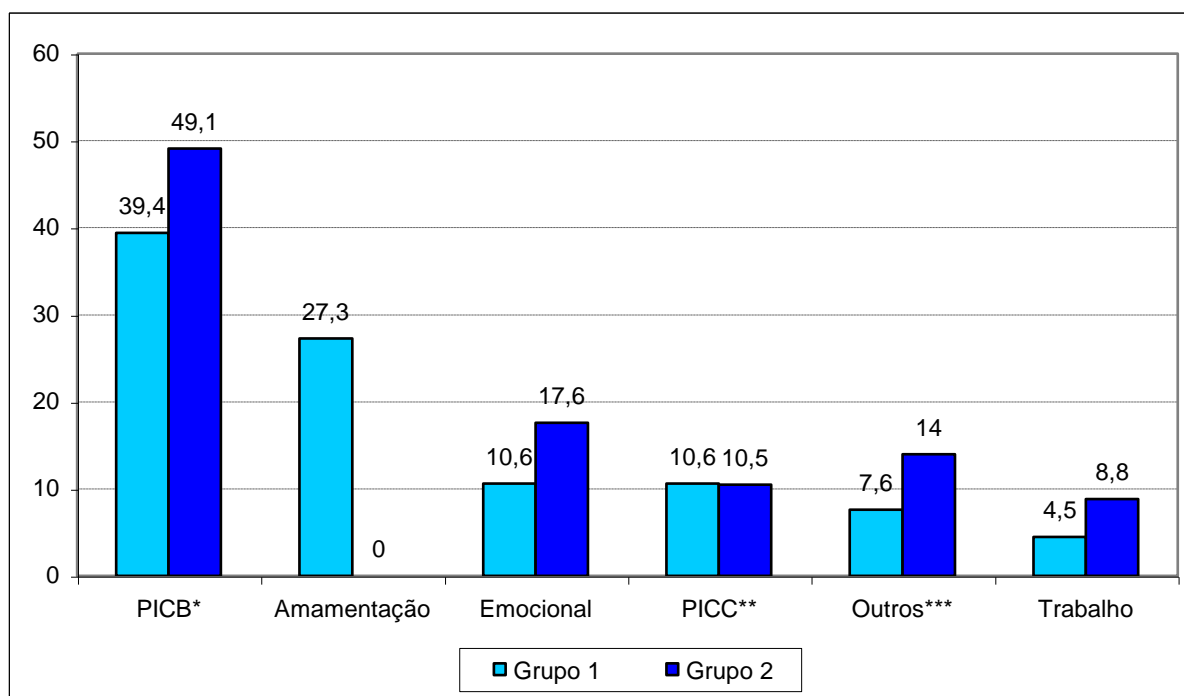
Os resultados expostos na Tabela 19, originaram os dados apresentados na Tabela 20 e Figura 17, relativos à frequência dos fatores relacionados ao desconforto músculo-esquelético, de forma isolada e combinada, nos dois grupos.

Tabela 20 - Fatores que foram relacionados pelas mulheres ao desconforto músculo-esquelético em geral, de forma isolada e combinada, nos dois grupos.

Fatores Relacionados	G1		G2	
	n	%	n	%
PICB*	26	39,4	28	49,1
Amamentação	18	27,3	00	0,0
Emocionais	07	10,6	10	17,6
PICC**	07	10,6	06	10,5
Outros fatores	05	7,6	08	14,0
Trabalho	03	4,5	05	8,8
Total	66	100,0	57	100,0

\*Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com o bebê

\*\*Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com a casa



\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com o bebê.

\*\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com a casa.

\*\*\* Aumento de peso, sedentarismo, má postura, fadiga.

Figura 17 – Percentual dos fatores relacionados ao desconforto músculo-esquelético, de forma isolada e combinada, por grupos.

Conforme o relato das mulheres, verificou-se que esses fatores distribuíram-se de forma semelhante nos grupos, destacando-se as PICBs, sendo 39,4% no G1 e

49,1% no G2; seguidas, no G1, pela amamentação, com um percentual de 27,3%; no G2, pelos fatores emocionais, com 17,6%.

Vale destacar que, na percepção das mulheres, o trabalho foi o fator menos lembrado como relacionado ao desconforto. As características do DME podem justificar esse resultado, uma vez que os sintomas surgiram durante a gravidez e após o parto para a maioria da amostra estudada, períodos nos quais elas estavam entrando em licença, ou já estavam em licença maternidade.

Entre as regiões corporais com desconforto, referidas pelas mulheres como relacionadas às PICB<sub>s</sub>, nos dois grupos, destacaram-se a região lombar e os ombros, seguidas dos membros inferiores, da região dorsal, da região cervical e dos membros superiores, conforme ilustra a Figura 18.

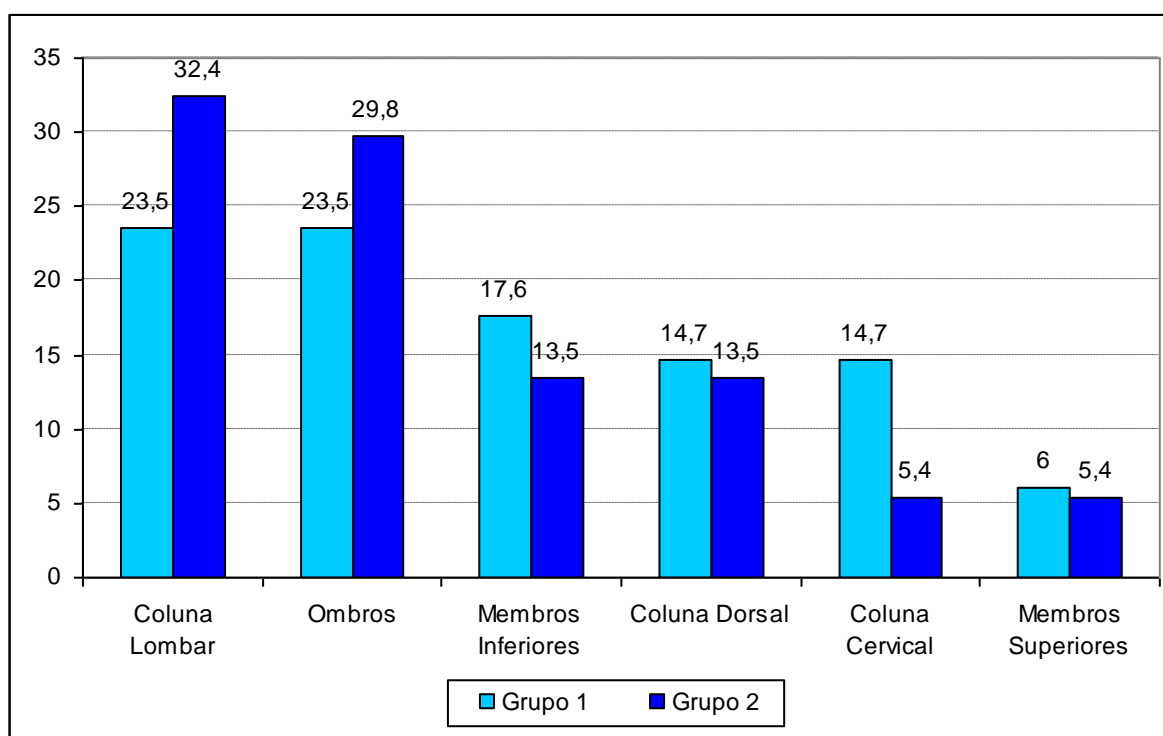


Figura 18 - Representação das regiões corporais, com desconforto atribuído às PICB<sub>s</sub>, nos grupos.

Ao investigar-se onde e como a mulher realizava os cuidados com o bebê, principalmente como trocava as fraldas, verificou-se que a maioria utilizava local ergonomicamente inadequado, geralmente muito baixo, necessitando curvar-se e/ou rodar o tronco para manusear o filho. A execução desses movimentos envolve, principalmente, a coluna lombar e os ombros, para a sustentação do bebê. Considerando-se que essa é uma tarefa executada várias vezes ao dia, percebe-se um fator de risco em potencial que pode

gerar desconforto ou até lesões nessas regiões, decorrentes da má postura.

Chamou a atenção, nos relatos, a descrição do movimento e do momento em que as mães sentiam dor, geralmente ao levantarem-se, quando estendiam a coluna, então, havia a percepção da causa do desconforto, mas não a preocupação em buscar formas de alívio.

A instabilidade articular que acompanha a sobrecarga mecânico-postural, imposta pelos cuidados com o filho e pelos outros afazeres, pode ser considerada como fator determinante do desconforto músculo-esquelético da mulher no pós-parto, afirmam Calguneri *et al.*, (1982) e Polden e Mantle (2000).

Segundo Schytt *et al.* (2005), sintomas associados aos cuidados maternos com o bebê, como a fadiga e a dor nas costas, permanecem e podem aumentar no primeiro ano após o parto.

A amamentação foi a segunda causa do desconforto referida pelas mulheres do G1. Elas citaram a coluna lombar, cervical, ombros e coluna dorsal como as regiões afetadas (Figura 19).

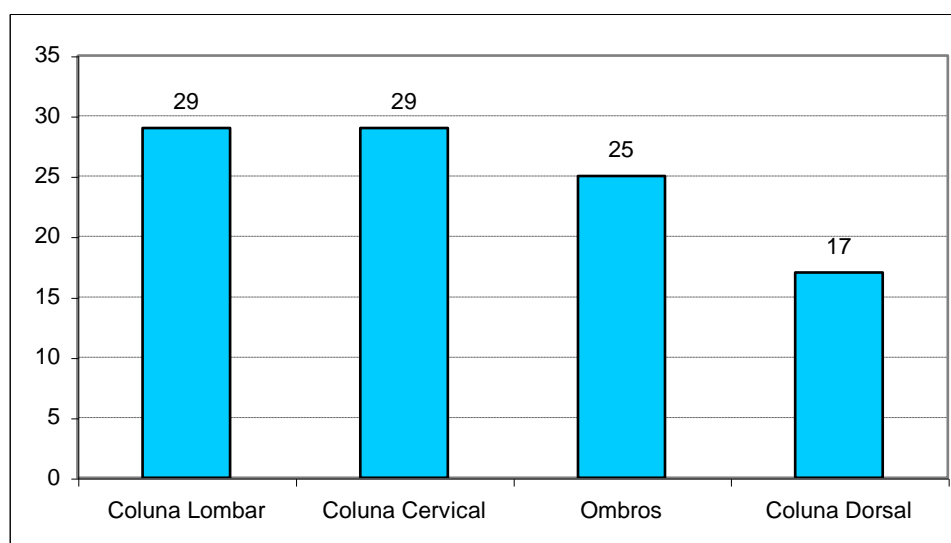


Figura 19 - Representação das regiões corporais com desconforto atribuído à amamentação, conforme referido pelas mulheres do Grupo 1.

A maioria dessas mulheres já estava amamentando de um a três meses, mais de oito vezes em 24 horas e na posição sentada. Observa Oliver e Middleditch (1998) e Viel e Esnault (2000) que a posição sentada é considerada um fator de risco para a coluna vertebral, principalmente para a região lombar, porque predispõe à dor, à dormência, a uma sensação de peso e a outros desconfortos.

Novamente, cabe ressaltar que, na observação da posição das mães ao amamentar, foi muito freqüente a posição sentada com apoio ísquio-sacral. Sabe-se que pode haver uma relação entre essa posição e o desconforto lombar, já que ela favorece a retroversão da pelve com conseqüente retificação da coluna lombar, que traciona os ligamentos vertebrais e comprime os discos intervertebrais (VIEL; ESNAULT, 2000). Salienta-se ainda que a posição inclinada sobre o bebê, com aumento da cifose dorsal, observada em 36,8% dos casos, também favorece a retificação lombar e, às vezes, ocasiona até a inversão da curvatura.

O desconforto na região cervical, relacionado à amamentação, também pode resultar da posição comumente adotada pelas mães, ou seja, com flexão e rotação do pescoço. Como a maioria olha para o bebê enquanto amamenta, para algumas mães tal posição torna-se incômoda.

Chamou a atenção, no relato das mães, que elas percebiam que a má postura ao amamentar era responsável pelo desconforto delas, mas consideravam isso natural e não procuravam nenhum tipo de alívio.

É importante notar que os problemas com as mamas foram freqüentes nesse grupo, 75,9%, o que pode ter contribuído para a percepção de desconforto e para a relação deste com a amamentação.

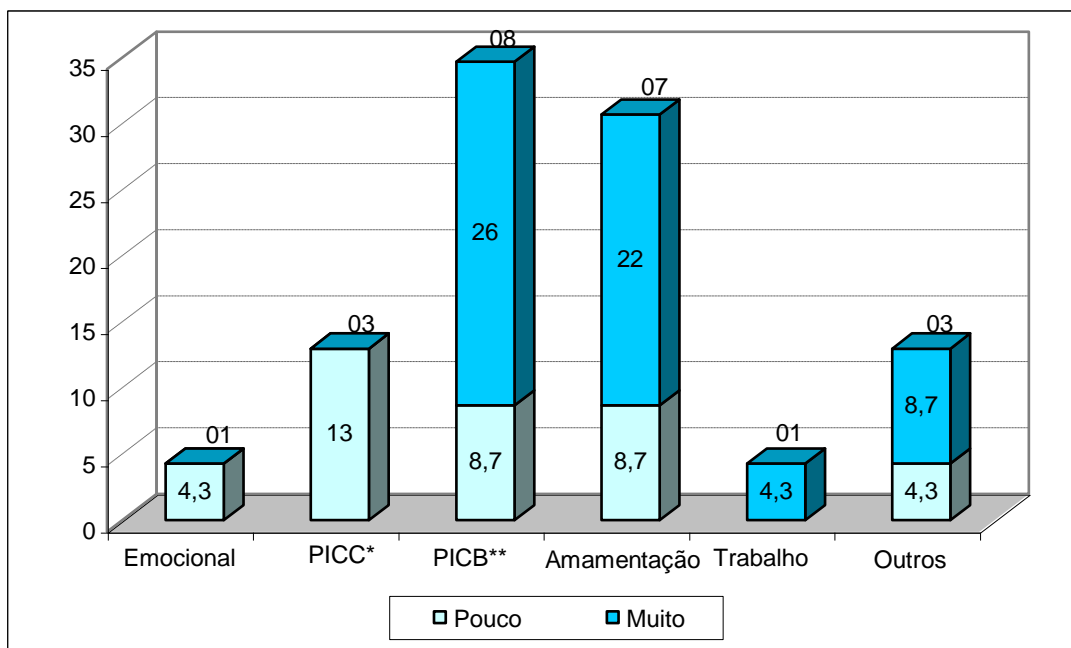
A seguir, apresenta-se a distribuição dos fatores relacionados ao desconforto, de forma isolada e combinada, nos dois grupos, nas diferentes regiões corporais e o quanto tais fatores foram percebidos pelas mulheres, muito ou pouco, seguidos da transcrição de alguns relatos. As figuras de 20 a 29 ilustram a freqüência e o percentual desses fatores.

- Região lombar:

Nas Figuras 20 e 21, verificam-se os fatores relacionados ao desconforto na região lombar. Os cuidados dispensados ao bebê, em decorrência das posturas incômodas e do esforço físico realizado, esteve muito associado ao desconforto em 26% dos relatos das mulheres do G1 e em 43% das mulheres do G2.

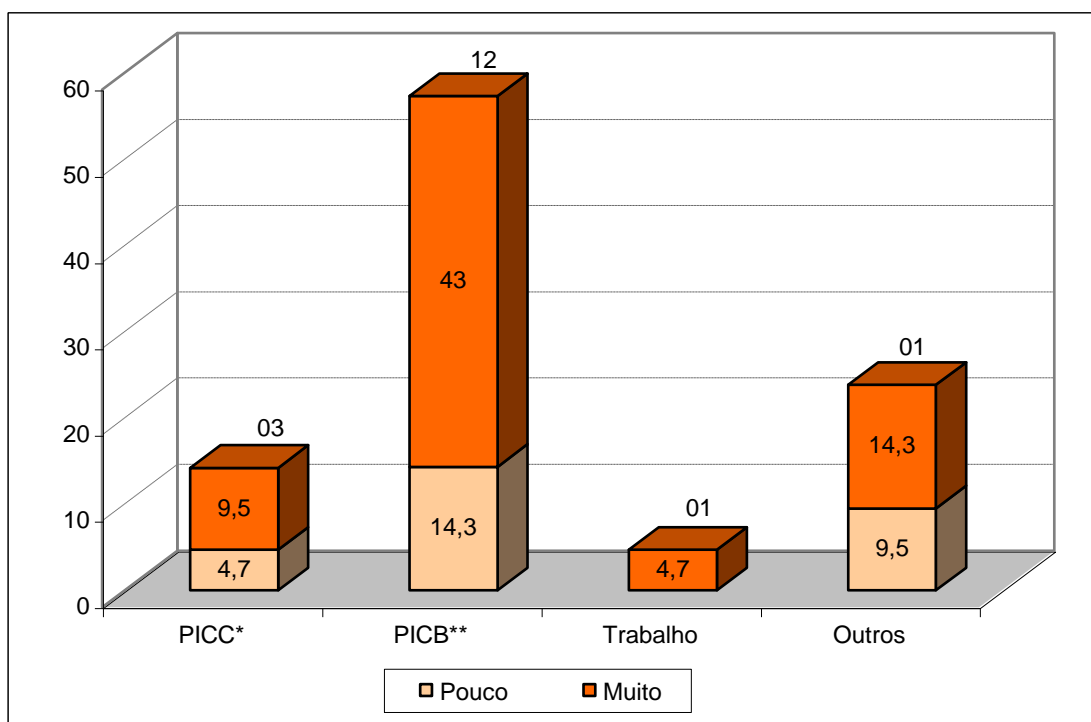
*"...pego muito no colo...e ele está pesado"*

*"...quando me abaixo prá dá banho...depois custo prá endireitar as costas...por causa da dor que dá..."*



\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com a casa.  
 \*\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com o bebê.

Figura 20 – Fatores relacionados ao desconforto lombar, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 1.



\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com a casa.  
 \*\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com o bebê.

Figura 21 - Fatores relacionados ao desconforto lombar, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 2.



No G1, o desconforto nessa região também esteve muito relacionado à amamentação, em 22% dos relatos. Nesse grupo, quatro mulheres amamentavam há dois meses, duas há um mês e uma delas há quatro meses.

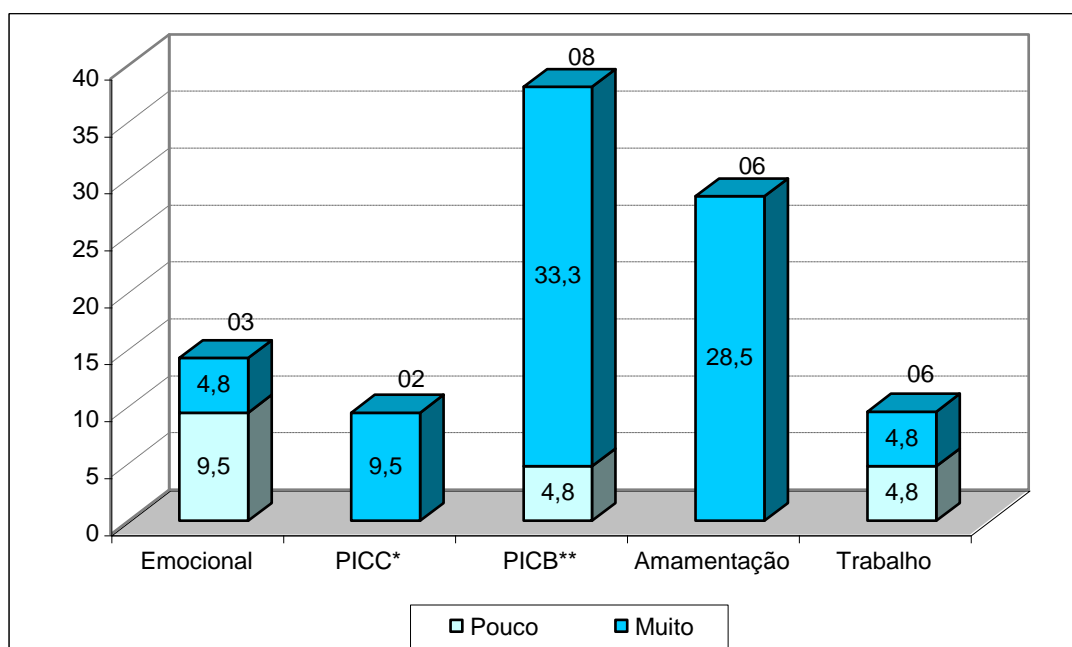
*"...ele mama demais e tá muito pesado..."*

*"...quando vou dá mamã...sento de qualquer jeito...fico tensa..."*

Quanto aos outros fatores relacionados ao desconforto lombar, foram citados o aumento de peso durante a gravidez, o sedentarismo, a má postura, a fadiga, próprio da gravidez e a anestesia do parto.

- Ombros:

Nas Figuras 22 e 23, encontram-se os fatores relacionados ao desconforto na região dos ombros. Além das PICB<sub>s</sub>, observa-se que, no G1, novamente o segundo fator relacionado foi a amamentação, vale dizer, muito relacionado, segundo os relatos. Dentre as seis mulheres, três amamentavam há um mês, duas há dois meses e uma há quatro meses.



\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com a casa.

\*\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com o bebê.

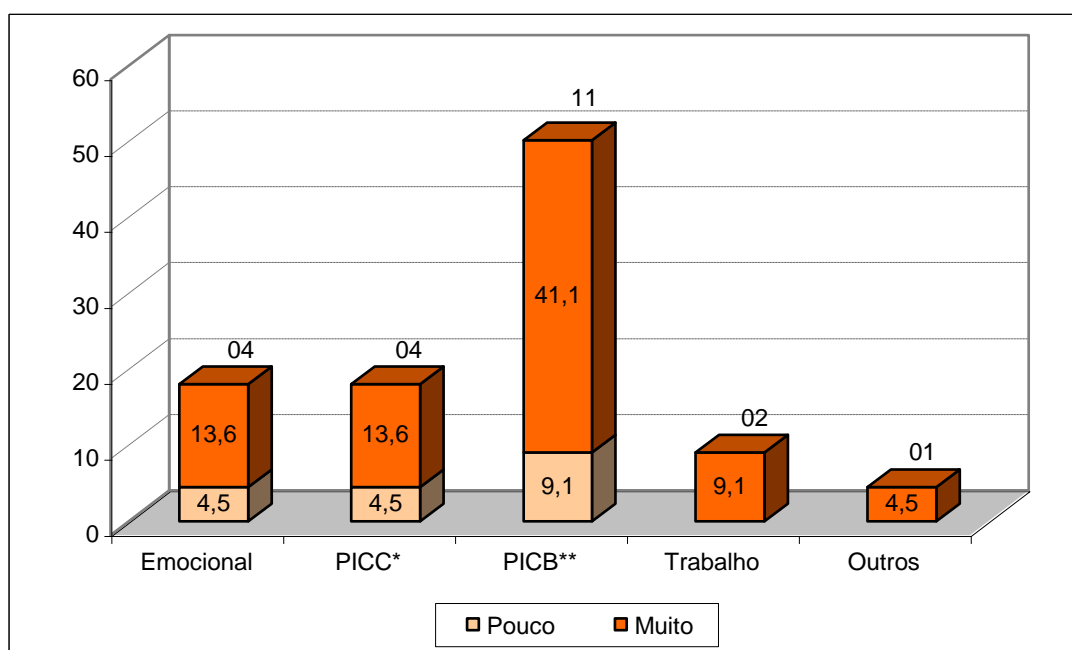
Figura 22 – Fatores relacionados ao desconforto nos ombros, conforme referidos pelas mulheres do Grupo 1.

*"...fico tensa durante a mamada...porque fico segurando a cabecinha dele...me dói muito o ombro..."*

*"...ele mama muito...e eu fico curvada..."*

*"...a cama é muito baixa prá trocá...e também quando fico muito com ela no colo..."*

Quanto aos outros fatores enunciados, apenas uma mulher, do G2, referiu que sua dor nos ombros se originou da má postura adotada após a cesárea.



\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com a casa.

\*\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com o bebê.

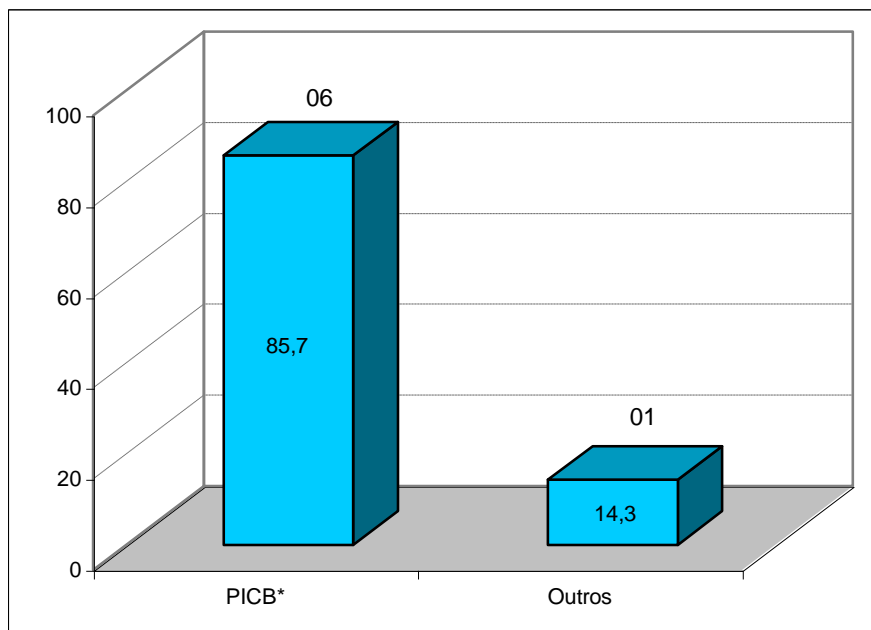
Figura 23 - Fatores relacionados ao desconforto nos ombros, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 2.

- Membros inferiores:

Nas Figuras 24 e 25, encontram-se os fatores relacionados ao desconforto nos membros inferiores. A maioria das mulheres, tanto do G1 como do G2, ligaram muito tal desconforto às posturas incômodas ou ao esforço físico durante os cuidados com o bebê.

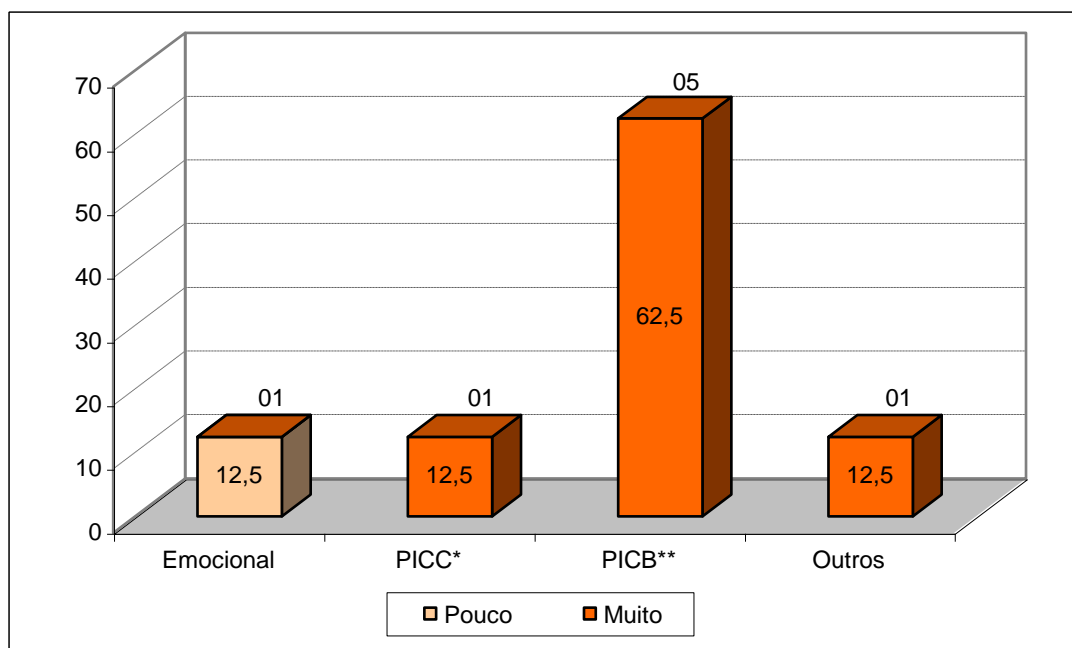
*"...naqueles dias que ela tá muito chorona...pego muito no colo...fico de pé pra lá e prá cá...então me dói as pernas..."*

*"...não paro o dia inteiro...canso de caminhar e lidar com ela...acho que o peso nas pernas é em função disso..."*



\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com o bebê.

Figura 24 – Fatores relacionados ao desconforto nos membros inferiores, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 1.



\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com a casa.

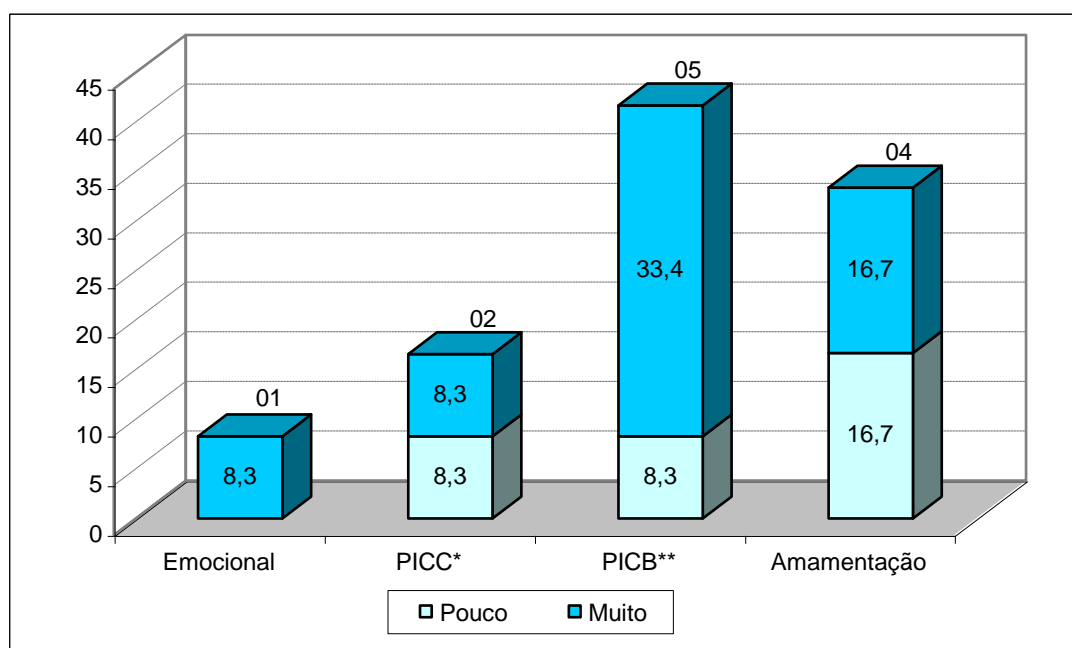
\*\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com o bebê.

Figura 25 – Fatores relacionados ao desconforto nos membros inferiores, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 2.

Quanto aos outros fatores relacionados ao desconforto nos membros inferiores, foi citado o aumento de peso durante a gravidez, nos dois grupos.

- Região dorsal:

Verificando-se os resultados apresentados nas Figuras 26 e 27, percebe-se que um número expressivo de mulheres com desconforto na região dorsal, tanto no G1 como no G2, relacionaram muito esse sintoma às posturas incômodas ou ao esforço físico durante os cuidados com o bebê.



\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com a casa.

\*\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com o bebê.

Figura 26 - Fatores relacionados ao desconforto dorsal, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 1.

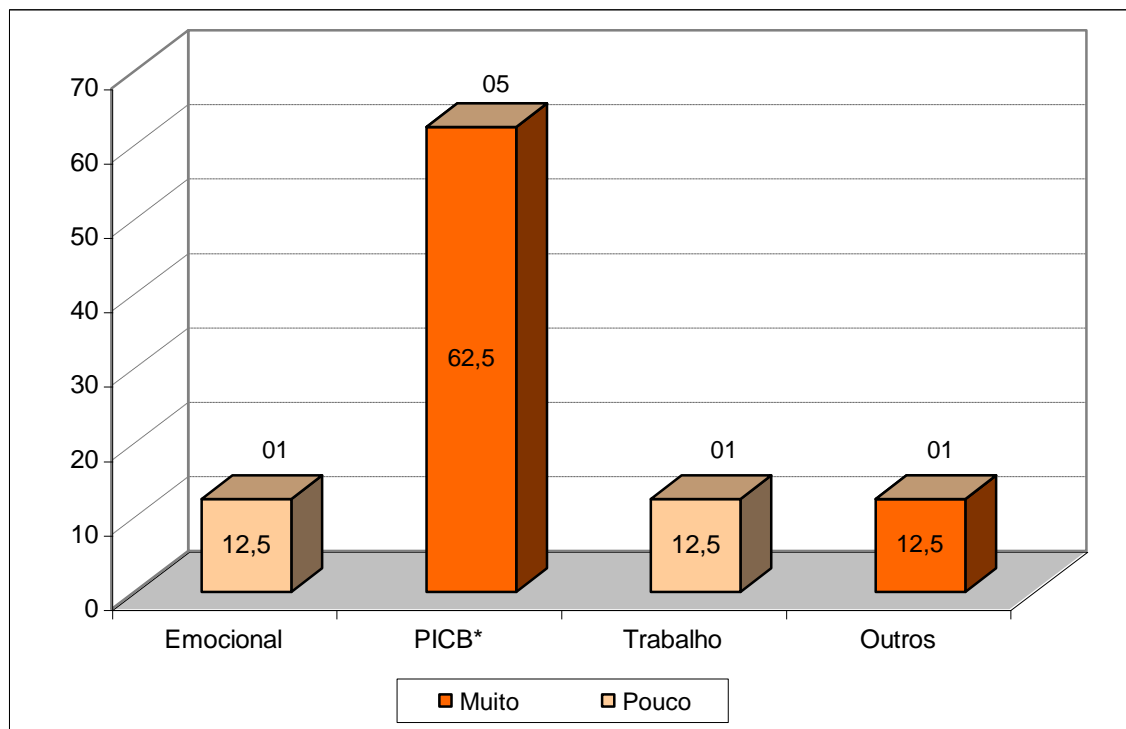
*"...quando troco as fralda e vou levantar...até falta o ar... com a dor que me dá..."*

*"...quando seguro ela pra naná...fico curvada...no início quase não tinha dor...ele era bem levinho...mas ele foi crescendo e a dor foi aumentando..."*

Para quatro mulheres do G1, o desconforto estava relacionado à amamentação. Cabe dizer que duas delas amamentavam há dois meses, uma há três meses e uma outra há um mês.

*"...durante a amamentação é que essa dor incomoda..."*

Quanto aos outros fatores relacionados ao desconforto na região dorsal, apenas no G2 houve uma referência relacionada à má postura.



\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com o bebê.

Figura 27 - Fatores relacionados ao desconforto dorsal, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 2.

- Região cervical:

As Figuras 28 e 29 apresentam os fatores relacionados ao desconforto na região cervical, conforme o relato das mulheres e o quanto são percebidos por elas.

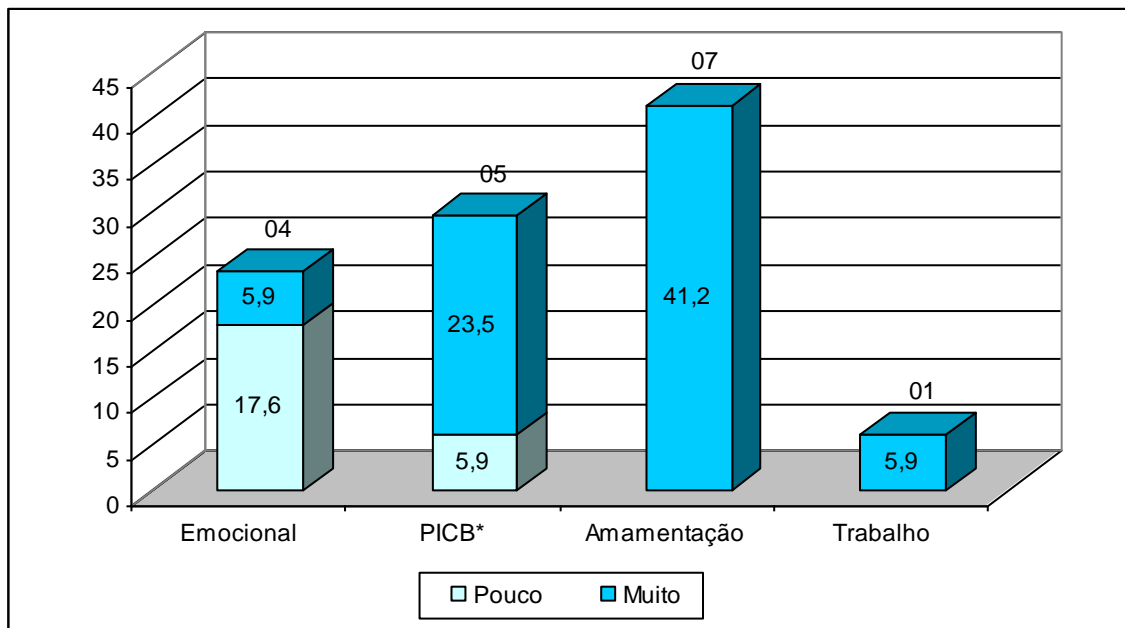
Verifica-se que, no G1, o fator mais relacionado ao desconforto na região cervical foi a amamentação, citado por sete mulheres, visto que três delas amamentavam há dois meses, duas há quatro meses, uma há três meses e uma outra há um mês.

*"...dor no pescoço principalmente no primeiro mês...ficava tensa quando tinha que amamentar... agora tá melhor...me ajeito melhor prá dá o peito..."*

*"...olho prá ela todo tempo...aí dói o pescoço..."*

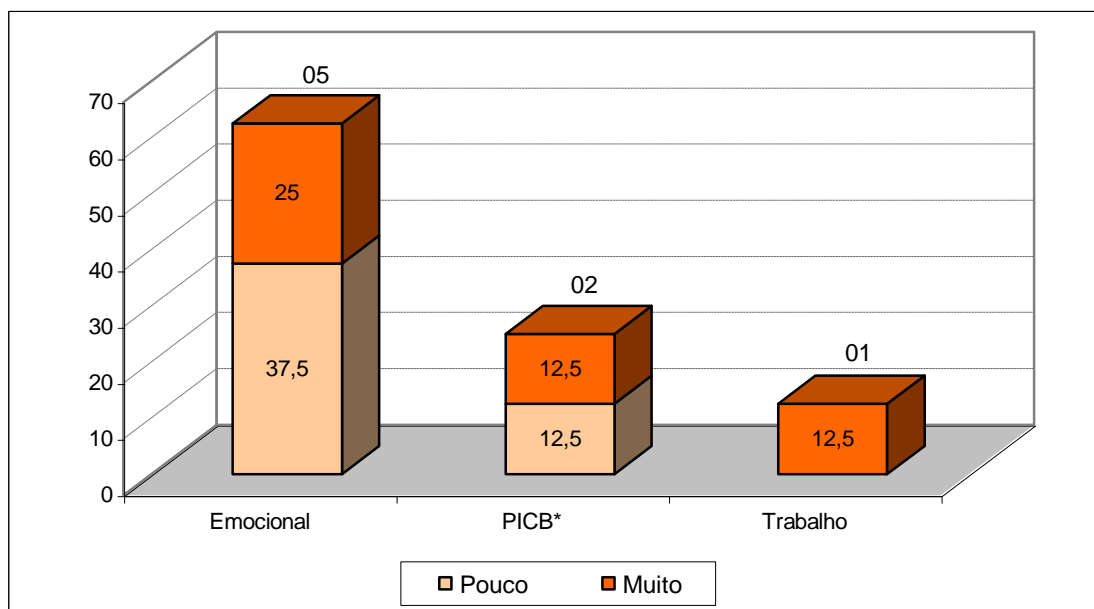
No G2, o fator mais citado foi o emocional.

*"...fico nervosa e tensa quando amamento...muito curvada sobre ele. ."*



\*Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com o bebê.

Figura 28 – Fatores relacionados ao desconforto cervical, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 1.



\* Posturas incômodas ou esforço físico, durante os cuidados com o bebê

Figura 29 – Fatores relacionados ao desconforto cervical, conforme percebidos pelas mulheres do Grupo 2.

- Membros superiores:

Quatro mulheres do G1 relataram desconforto nos membros superiores, todas referiram como fator muito relacionado ao desconforto as posturas incômodas ou o esforço físico, durante os cuidados com o filho, principalmente ao pegá-lo ao colo e a amamentação.

De uma forma geral, os relatos das mulheres evidenciaram que o desconforto físico é real e está relacionado, principalmente, à postura e aos movimentos repetitivos de inclinação, flexão e elevação do tronco, utilizados durante os cuidados dispensados ao bebê, já que estes demandam esforço físico. Mas a amamentação também obteve destaque, foi a segunda causa de desconforto referido pelas mulheres do Grupo 1.

Percebe-se que as mulheres identificam, claramente, os fatores relacionados ao seu desconforto músculo-esquelético, mas poucas relataram haver interferência deles na realização de suas atividades. Isso demonstra a crença da mulher de que a maternidade impõe a ela obrigações em relação aos cuidados com o filho, que devem ser realizados, independentemente de elas estarem ou não sentindo dor e/ou desconforto.

Tamez (2002) destaca a importância das ações educativas no puerpério, principalmente para as primíparas, que as estimulem a identificar aspectos que indicam a necessidade do auxílio de um profissional, dentre eles o desconforto e a dor para amamentar, decorrentes dos problemas com as mamas. Conforme os resultados encontrados neste estudo, é importante que se passe a considerar também a existência e a identificação do desconforto de ordem músculo-esquelética.

#### 4.4.3 Risco de desconforto músculo-esquelético: influência de algumas variáveis nos primeiros seis meses após o parto

A prevalência de desconforto músculo-esquelético na amostra de setenta e seis mulheres, nos primeiros seis meses após o parto, foi de 78,9% (60). Para verificar possíveis associações entre o DME e as variáveis estudadas, utilizou-se a análise de regressão logística univariada e multivariada.

A seguir, apresentam-se os resultados e a discussão referentes aos aspectos mais relevantes, destacando-se que houve dificuldades para comparação entre estudos, por causa da escassa literatura sobre o tema.

A Tabela 21 mostra o número e a prevalência de mulheres com desconforto

músculo-esquelético em relação à idade, à escolaridade, à ocupação e à situação conjugal e ainda exibe o *odds ratio* (OR) e o intervalo de confiança (IC). Verifica-se que o desconforto foi maior entre as mulheres com mais de trinta anos (95,8%), com até dez anos de estudo (80,0%), que trabalhavam fora de casa (87,2%) e que viviam com o companheiro (79,7%). Houve diferença estatística significativa com relação à idade e à ocupação das mulheres. Na análise univariada, a ocupação apresentou associação significativa ( $p=0,029$ ), com risco três vezes maior de DME entre as mulheres que trabalhavam fora do lar (OR=3,59; IC=1,13-11,34).

De acordo com o *Scientific Committee for Musculoskeletal Disorders* (1996) e com o estudo realizado por Silva *et al.* (2004), na população em geral, existem maiores índices de DME entre as mulheres, entre os indivíduos mais velhos, com menor escolaridade e entre aqueles envolvidos em atividades laborais que exigem esforço físico e movimentos repetitivos.

No período após o parto, To e Wong (2003) encontraram um índice maior de persistência de dor nas costas, entre as mulheres mais velhas. Vullo *et al.* (1996) também observaram que o desconforto, nos membros inferiores, era maior entre as puérperas mais velhas, porém sem associação significativa. Por outro lado, Breen *et al.* (1994) e Turgut *et al.* (1998) verificaram associação negativa entre a idade e a dor nas costas, com prevalência de desconforto maior entre as mulheres mais jovens.

Tabela 21 - Prevalência de desconforto músculo-esquelético e *odds ratio* em relação às variáveis sociodemográficas.

Variáveis	N n=76	DME n=60		Odds ratio IC95%	p*	p**
		N	%			
<b>Idade</b> (anos)						
Até 20	11	09	81,8	1,00	0,070	0,031
de 21 a 30	41	28	68,3	0,48 (0,90-2,53)		
Mais de 30	24	23	95,8	5,11 (0,41-63,5)		
<b>Escolaridade</b> (anos)						
Até 10	15	12	80,0	1,00		
Mais de 10	61	48	78,7	0,92 (0,22-3,76)	0,911	0,911
<b>Ocupação</b>						
Do lar	29	19	65,5	1,00	0,029	0,024
Trabalha fora	47	41	87,2	3,59 (1,13-1,34)		
<b>Situação conjugal</b>						
Com companheiro	64	51	79,7	1,00	0,710	0,715
Sem companheiro	12	09	75,0	0,76 (0,18-3,23)		

DME-Desconforto músculo-esquelético; IC95% - intervalo de confiança de 95%.

\*p correspondente à regressão logística; \*\*p correspondente ao teste de  $\chi^2$ .



Os fatores ocupacionais sempre desempenharam importante papel na epidemiologia do DME. Neste estudo, encontrou-se associação significativa entre o desconforto e a mulher que trabalhava fora. Entre as características ocupacionais dessas mulheres, verificou-se que a maioria cumpria uma jornada de trabalho semanal de quatro a seis horas, permanecia a maior parte do tempo sentada, não carregava peso em suas atividades rotineiras e afirmava estar satisfeita com as atividades que realizava. Não se estudaram outras características ocupacionais, como as ergonômicas, pois não faziam parte dos objetivos do trabalho.

As Figuras 30 e 31, ilustram a prevalência de DME em relação à idade e à ocupação das mulheres.

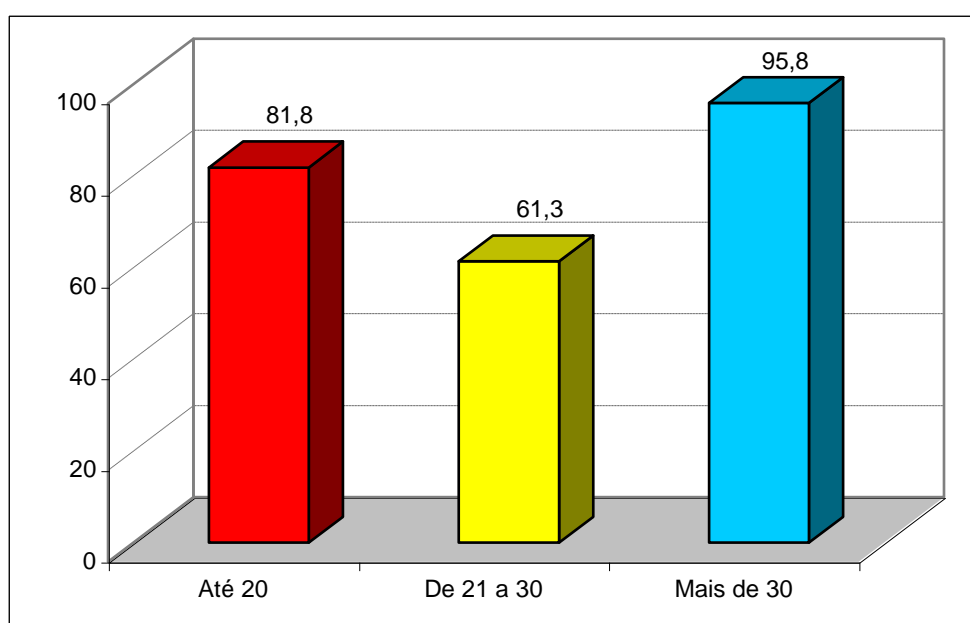


Figura 30 - Prevalência de desconforto músculo-esquelético em relação à idade das mulheres.

Conforme os dados da Tabela 22, a prevalência de desconforto foi maior entre as mulheres que tiveram parto cesáreo (79,4%), que ganharam mais de 18Kg durante a gravidez (85,7%) e que estavam com o peso entre 56Kg e 75Kg (80,8%), no entanto sem diferença significativa entre as categorias. A análise univariada não evidenciou associação significativa entre as variáveis.

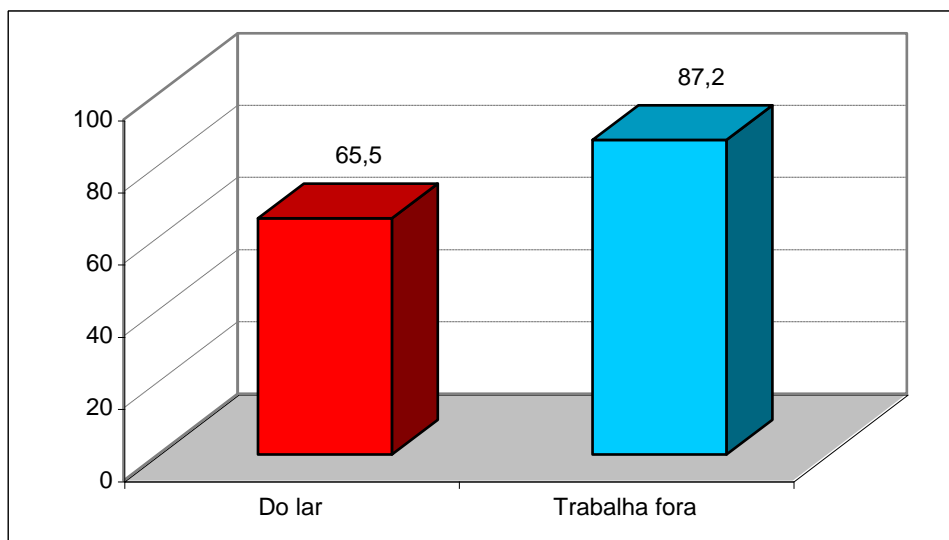


Figura 31 - Prevalência de desconforto músculo-esquelético em relação à ocupação das mulheres.

Tabela 22 - Prevalência de desconforto músculo-esquelético e *odds ratio* em relação ao tipo de parto, ganho de peso e peso atual das mulheres.

Variáveis	N n=76	DME n=60		Odds ratio IC95%	p*	p**
		n	%			
<b>Tipo de parto</b>						
Vaginal	13	10	76,9	1,00	0,844	0,844
Cesáreo	63	50	79,4	1,15 (0,27-4,80)		
<b>Ganho de peso na gravidez (Kg)</b>						
6 a 12	37	30	81,0	1,00	0,550	0,545
13 a 18	25	18	72,0	0,60 (0,18-1,99)		
19 a 24	14	12	85,7	1,40 (0,25-7,72)		
<b>Peso atual (Kg)</b>						
36 a 55	20	15	75,0	1,00	0,860	0,862
56 a 75	47	38	80,8	1,40 (0,40-4,89)		
> 76	09	07	77,7	1,16 (0,17-7,56)		

DME-Desconforto músculo-esquelético; IC95% - intervalo de confiança de 95%

\*p correspondente à regressão logística; \*\*p correspondente ao teste de  $\chi^2$

Glazener *et al.* (1995) também observou maior proporção de dor nas costas, dois meses após o parto, entre as mulheres que tiveram parto cesáreo, porém, sem diferença ou associação significativa. Breen *et al.* (1994) não encontraram associação entre tipo de parto e dor nas costas, dois meses após o parto, mas sim uma associação positiva entre dor nas costas e o peso das mulheres. Já, Mogren (2007) notou associação significativa e maior risco de persistência de dor lombar e pélvica, seis meses após o parto, entre mulheres que realizaram cesárea eletiva e que já enunciavam essa queixa na gravidez.

O ganho de peso durante a gravidez tem sido relatado como fator de risco para a dor nas costas (BORG-STEIN, 2005; MOGREN; POHJANEN, 2005). To e Wong (2003) encontraram como fator associado à persistência de dor nas costas, dois anos após o parto, a dificuldade de a mulher reduzir o peso ganho durante a gravidez.

A Tabela 23 mostra que a prevalência de DME foi maior entre as mulheres que não realizaram atividade física antes (79,6%) e durante (80,6%) a gestação, contudo sem diferença estatística significativa entre as categorias. A análise univariada evidenciou que a falta de atividade física, principalmente durante a gravidez (OR=2,07), pode ser um fator de risco para o DME, mas não houve associação significativa entre as variáveis.

A literatura destaca que a atividade física, no ciclo gravídico-puerperal, associa-se a índices reduzidos de morbidade (ARTAL *et al.*, 1999; POLDEN; MANTLE, 2000; DE CONTI, 2003; PREVEDEL, 2003).

Tabela 23 - Prevalência de desconforto músculo-esquelético e *odds ratio* em relação à prática de atividade física antes e durante a gestação.

Variáveis	N n=76	DME n=60		Odds ratio IC95%	p*	p**
		n	%			
<b>Atividade Física Antes da Gestação</b>						
Sim	27	21	77,8	1,00	0,853	0,853
Não	49	39	79,6	1,11 (0,35-3,49)		
<b>Atividade Física Durante a gestação</b>						
Sim	09	06	66,7	1,00	0,344	0,336
Não	67	54	80,6	2,07 (0,45-9,42)		

DME-Desconforto músculo-esquelético; IC95% - intervalo de confiança de 95%.

\*p correspondente à regressão logística; \*\*p correspondente ao teste de  $\chi^2$ .

A prevalência de desconforto músculo-esquelético foi maior entre as mulheres que se envolviam nos afazeres domésticos rotineiramente (80%), de acordo com os dados da Tabela 24, mas sem diferença significativa (p=0,755) e sem associação entre as variáveis (p=0,750).

Tabela 24 - Prevalência de desconforto músculo-esquelético e *odds ratio* em relação aos afazeres domésticos da mulher e à posição adotada para a troca de fraldas .

Variáveis	N n=76	DME n=60		Odds ratio IC95%	p*	p**
		N	%			
<b>Afazeres domésticos</b>						
Não	26	20	76,9	1,00	0,750	0,755
Sim	50	40	80,0	1,20 (0,38-3,77)		
<b>Posição para a troca de fraldas</b>						
Adequada	36	29	80,5	1,00	0,740	0,744
Inadequada	40	31	77,5	0,83 (0,27-2,52)		

DME-Desconforto músculo-esquelético; IC95% - intervalo de confiança de 95%.

\*p correspondente à regressão logística; \*\*p correspondente ao teste de  $\chi^2$  .

Quanto à posição adotada pela mãe para a troca de fraldas do bebê, houve maior prevalência de desconforto entre as mulheres que utilizavam posição adequada, ou seja, sem precisar curvar-se ou fazer maior esforço (80,5%). Já entre as que utilizavam posição inadequada, o percentual foi de 77,5%, com uma diferença entre os percentuais de 3,0% e sem diferença significativa ( $p=0,744$ ).

Na Tabela 25, verifica-se que a prevalência de desconforto foi 84,4% entre as mulheres que tinham bebês com idade entre um (1) e três (3) meses, e 70% entre as mulheres com bebês entre quatro (4) e seis (6) meses, com diferença percentual de 14,4% entre eles. Não houve diferença estatística significativa entre essas categorias ( $p=0,157$ ). Observa-se que o percentual de mulheres com desconforto músculo-esquelético diminui quando os bebês são maiores, visto que o maior percentual foi entre as mulheres cujos bebês pesavam entre 3501g a 5500g (83,3%). Não houve diferença estatística em relação ao peso dos bebês, e também não foi encontrada associação significativa entre essas variáveis.

Ao se considerar que existe relação entre a sustentação de peso e a presença de desconforto físico, esperava-se que o DME fosse maior entre as mães com bebês maiores, resultado que não se confirmou. Esses achados podem ser atribuídos à inexperiência e à maior sobrecarga da mãe na lida com o seu filho e, ainda, à amamentação, nas fases iniciais da maternidade. Isso também se confirma pelo relato da maioria das mulheres, que atribuíram o seu desconforto tanto às posturas incômodas e/ou esforço físico, durante o cuidado com o bebê, quanto à amamentação.

Tabela 25 - Prevalência de desconforto músculo-esquelético e *odds ratio* em relação às variáveis do bebê.

Variáveis	N n=76	DME n=60		Odds ratio IC95%	p*	p**
		n	%			
<b>Idade</b> (meses)						
1 a 3	45	38	84,4	1,00	0,160	0,157
4 a 6	31	22	71,0	0,45 (0,14-1,37)		
<b>Peso</b> (gramas)						
3501 a 5500	36	30	83,3	1,00	0,390	0,373
5501 a 7500	29	23	79,3	0,76 (0,21-2,68)		
7501 a 9500	11	07	63,6	0,35 (0,07-1,58)		
<b>Cólicas</b>						
Não	32	25	78,1	1,00	0,880	0,881
Sim	44	35	79,5	1,08 (0,35-3,31)		

DME-Desconforto músculo-esquelético; IC95% - intervalo de confiança de 95%.

\*p correspondente à regressão logística; \*\*p correspondente ao teste de  $\chi^2$ .

A prevalência de desconforto entre as mulheres com bebês que tiveram cólicas foi de 79,5% e entre aquelas em que os bebês não tiveram cólicas foi de 78,1%, com uma diferença percentual de 1,4%. Esses resultados não apresentaram significância estatística.

McGovern *et al.* (2006) também não encontraram associação entre cólicas do bebê e sintomas físicos e emocionais da mulher, cinco semanas após o parto.

A cólica do lactente, geralmente acompanhada de choro intenso, pode gerar ansiedade e tensão na maioria das mães. Lobato (1992) e Cailliet (2003) relatam que os estados emocionais alterados podem contribuir para o aumento da tensão e da dor muscular.

A prevalência e o *odds ratio* das mulheres com desconforto músculo-esquelético, relacionados à amamentação, encontram-se na Tabela 26. Observa-se que a prevalência de DME foi de 81,6% entre as mulheres que não amamentavam, e 76,3%, entre as que amamentavam, com diferença percentual de 5,3%. Não houve nem diferença estatística significativa ( $p=0,574$ ) entre os percentuais, nem houve associação significativa entre amamentação e desconforto, conforme evidencia o intervalo de confiança (OR= 0,72; IC=0,23-2,20).

Esse resultado foi diferente do encontrado no estudo de McGovern *et al.* (2006), no qual a amamentação, cinco semanas após o parto, associou-se com sintomas físicos, entre eles a lombalgia e a cervicalgia; quando comparado ao resultado das mulheres que não amamentavam.

Tabela 26 - Prevalência de desconforto músculo-esquelético e *odds ratio* em relação às variáveis da amamentação.

Variáveis	N	DME		Odds ratio IC95%	p*	p**
		N	%			
<b>Amamentação (n=76)</b>						
Sim	38	29	76,3	1,00	0,570	0,574
Não	38	31	81,6	0,72 (0,23-2,20)		
<b>Problemas com as mamas (n=76)</b>						
Não	23	15	65,2	1,00	0,059	0,053
Sim	53	45	84,9	3,00 (0,95-9,38)		
<b>Posição da mãe durante a mamada (n=38)</b>						
Boa	11	08	72,7	1,00	0,731	0,727
Regular	21	17	80,9	1,59 (0,28-8,87)		
Ruim	06	04	66,7	0,75 (0,08-6,46)		
<b>Posição do bebê durante a mamada (n=38)</b>						
Boa	16	14	87,5	1,00	0,180	0,167
Regular e Ruim	22	15	68,2	0,30 (0,54-1,73)		

DME-Desconforto músculo-esquelético; IC95% - intervalo de confiança de 95%.

\*p correspondente à regressão logística; \*\*p correspondente ao teste de  $\chi^2$ .

A prevalência de desconforto entre as mulheres que relataram problemas com as mamas foi 84,9%; já entre as que não os apresentaram foi 65,2%. Essa diferença ficou no limite de significância estatística ( $p=0,053$ ). O *odds ratio* mostrou maior risco de DME entre as mulheres que apresentaram intercorrências mármarias, comparadas com aquelas que não tiveram esses problemas, também no limite de significância estatística ( $p=0,059$ ).

A relação entre a posição da mãe e do bebê, ambos observados durante a mamada, e a prevalência de desconforto entre as mulheres, exibem um percentual maior de DME entre as mães que obtiveram um escore regular (80,9%) e entre aquelas cujos bebês atingiram bom escore (87,5%), sem diferença estatística significativa. Quando calculado o *odds ratio*, observa-se maior risco de DME entre as mulheres com escore regular, durante a mamada (OR=1,59), porém sem significância estatística.

As Figuras 32 e 33 ilustram a prevalência de desconforto músculo-esquelético em relação aos problemas com as mamas e com a posição da mãe durante a mamada.

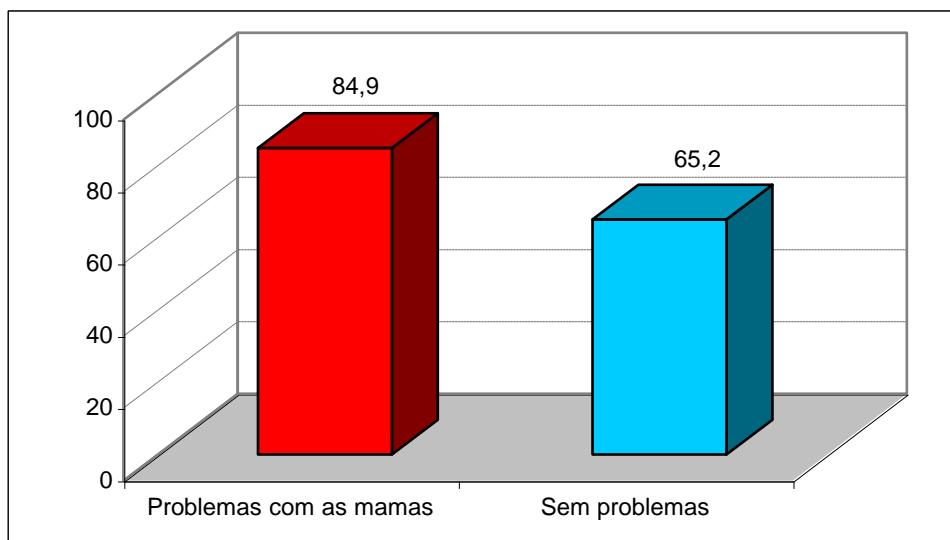


Figura 32 – Prevalência de desconforto músculo-esquelético em relação aos problemas com as mamas.

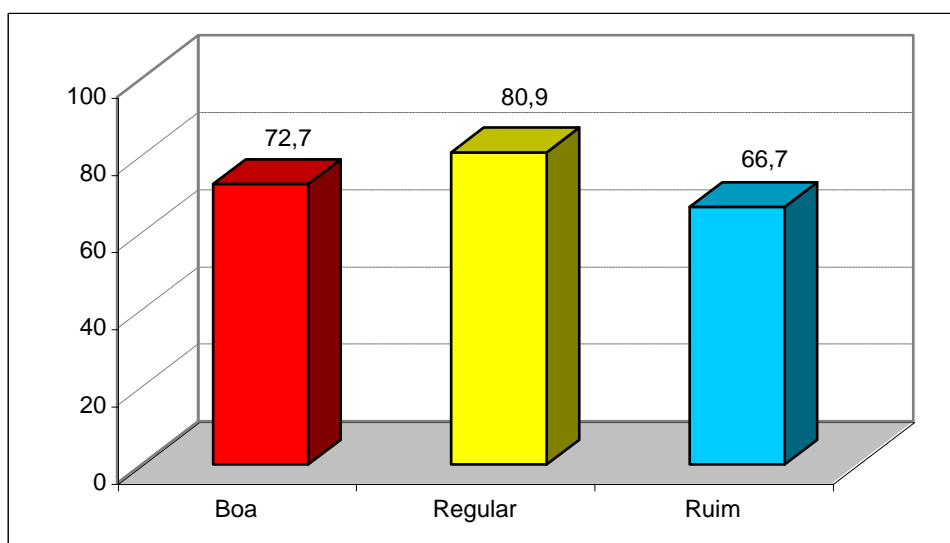


Figura 33 – Prevalência de desconforto músculo-esquelético em relação à posição da mãe durante a mamada.

A Tabela 27 expõe uma prevalência maior de DME, 84,2%, entre as mulheres com sintomas de depressão, o que corresponde ao nível moderado, conforme os resultados da Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh. Entre as mulheres sem sintomas depressivos, nível mínimo, a prevalência foi de 77,2%. Não houve diferença significativa entre as duas categorias ( $p=0,516$ ), como não houve associação significativa entre depressão e desconforto, de acordo com os dados encontrados ( $OR=1,57$ ;  $IC= 0,39-6,26$ ).

Tabela 27 – Prevalência de desconforto músculo-esquelético e *odds ratio* em relação aos resultados da Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS).

Variáveis	N n=76	DME n=60		Odds ratio IC95%	p*	p**
		N	%			
<b>EPDS</b>						
Leve	57	44	77,2	1,00	0,520	0,516
Moderado	19	16	84,2	1,57 (0,39-6,26)		

DME-Desconforto músculo-esquelético; IC95% - intervalo de confiança de 95%

\*p correspondente à regressão logística; \*\*p correspondente ao teste de  $\chi^2$

Brown e Lumley (2000), também via EPDS, encontraram associação significativa entre a presença de dor nas costas e a depressão, entre mulheres, num período de seis a sete meses após o parto.

Por causa dos valores encontrados, não foi possível realizar a análise logística entre o DME e a ansiedade, mas considerou-se relevante apresentar os resultados das proporções. Estes estão expostos na Tabela 28 e na Figura 34. Verificou-se que todas as mulheres com sintomas de ansiedade, correspondentes aos níveis leve e moderado, de acordo com o Inventário de Ansiedade de Beck, apresentavam desconforto músculo-esquelético.

Tabela 28 - Resultados obtidos no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e a ocorrência de desconforto músculo-esquelético.

BAI	Com desconforto		Sem desconforto		Total	
	N	%	n	%	n	%
Mínimo	44	73,3	16	100,0	60	78,9
Leve	14	23,3	00	0,0	14	18,4
Moderado	02	3,4	00	0,0	02	2,6
Total	60	100,0	16	100,0	76	100,0

Os resultados encontrados referentes às condições psicológicas das mulheres e à presença de DME, denotam que pode haver uma relação entre eles, confirmando, assim, as evidências da literatura, ou seja, de que existe associação entre o desconforto físico e os problemas emocionais no pós-parto (BROWN; LUMLEY, 2000; LUMLEY *et al.*, 2003; MacEVILLY; BUGGY, 1996; ÖSTGAARD; ANDERSSON, 1992). Na percepção das mulheres do presente estudo, os fatores emocionais figuram como terceira causa de desconforto, conforme exposto anteriormente.



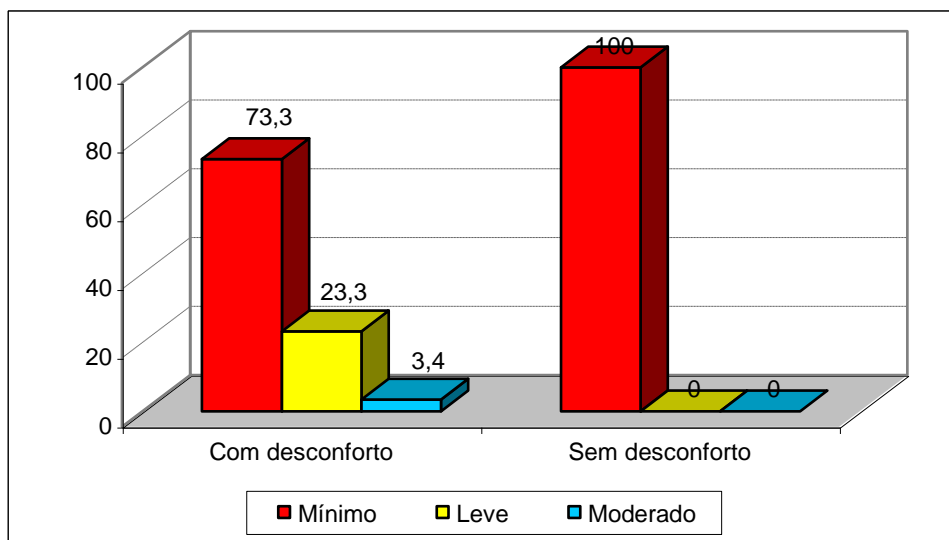


Figura 34 - Resultados do Inventário de Ansiedade de Beck e a ocorrência de desconforto músculo-esquelético.

Em resumo, a análise por intermédio do qui-quadrado, revelou diferença significativa entre a prevalência de desconforto músculo-esquelético, em relação à idade materna ( $p=0,031$ ) e à ocupação ( $p=0,024$ ), e valor limítrofe em relação aos problemas com as mamas ( $p=0,053$ ). No entanto não ocorreu diferença entre as demais variáveis. A análise não ajustada, ou univariada, apresentou associação significativa entre desconforto músculo-esquelético e ocupação ( $p=0,029$ ) e também evidenciou o valor limítrofe em relação aos problemas com as mamas ( $p=0,059$ ).

A análise ajustada, utilizando-se do modelo de regressão logística multivariada, incluiu as variáveis idade materna, ocupação, problema com as mamas e idade do bebê, que apresentaram um nível de significância  $\leq 0,25$  na análise não ajustada. Os resultados encontram-se na Tabela 29, que mostra a associação entre desconforto músculo-esquelético, nos primeiros seis meses após o parto, com a presença de problemas nas mamas e a ocupação materna. As demais variáveis não permaneceram no modelo final.

As intercorrências mamárias associaram-se positivamente ao desconforto ( $p=0,040$ ). As mulheres com traumas mamilares, malformações mamilares e ingurgitamento das mamas apresentaram risco três vezes maior de desconforto músculo-esquelético, nos primeiros seis meses após o parto, do que as mulheres que não referiram esses problemas ( $OR=3,60$ ;  $IC=1,06-12,26$ ).

Tabela 29 - Estimativas do modelo final de regressão logística, obtidas após a análise multivariada, para o desconforto músculo-esquelético.

Variáveis	N n=76	DME n=60		Odds ratio IC95%	p*
		n	%		
<b>Problemas com as mamas</b>					
Não	23	15	65,2	1,00	0,040
Sim	53	45	84,9	3,60 (1,06-12,26)	
<b>Ocupação</b>					
Do lar	29	19	65,5	1,00	0,020
Trabalha fora	47	41	87,2	4,20 (1,24-14,15)	

DME-Desconforto músculo-esquelético; IC95% - intervalo de confiança de 95%

\*p correspondente à regressão logística ajustada

Uma das possíveis explicações para esse resultado é o fato de que a dor e o desconforto nas mamas pode favorecer a adoção de posturas antálgicas, que são assumidas, comumente, como proteção ou como forma de compensar um desconforto. Essas posturas, quando repetidas e/ou mantidas por longos períodos, podem originar, ou exacerbar sintomas dolorosos (CAILLIET, 1999).

A literatura que aborda a amamentação é vasta e, geralmente, evidencia a relação entre problemas com as mamas, dor e desconforto para amamentar, todavia não cita outros desconfortos físicos, além daqueles localizados e relacionados diretamente às mamas.

Quanto à ocupação materna, as mulheres que exerciam atividades fora do lar apresentaram risco quatro vezes maior de desconforto músculo-esquelético, quando comparadas com as que exerciam apenas atividades no lar (OR= 4,20; IC= 1,24-14,15).

Östgaard e Andersson (1992) detectaram uma associação significativa entre ocupações que envolviam trabalho físico pesado, antes da gravidez, com a persistência de dor nas costas entre as mulheres, um ano após o parto. To e Wong (2003) não encontraram associação entre ocupação e dor nas costas, entre as mulheres, depois de dois anos após o parto.

Destacam Feuerstein *et al.* (2004) e Lee e Park (2007) que as mulheres, cada vez mais, combinam a realização de tarefas domésticas com o trabalho fora de casa, no qual estão expostas a fatores de risco ambientais e pessoais para o desconforto músculo-esquelético.

No presente estudo, constatou-se a presença da dupla jornada de trabalho

da mulher, cinquenta do total da amostra, 65,8%, envolviam-se em tarefas domésticas rotineiramente; e quarenta e sete mulheres, 62%, também trabalhavam fora do lar. Essa característica pode justificar o resultado encontrado.

Em estudo que detectou maior prevalência e severidade de sintomas músculo-esqueléticos entre as mulheres trabalhadoras, quando comparadas aos homens, Strazdins e Bammer (2004) atribuíram tal resultado, entre outros fatores de risco, à associação entre o trabalho e as atividades domésticas que sobrecarregam a mulher e restringem seu tempo disponível, que poderia ser utilizado para o descanso, o lazer ou a prática de atividades físicas.

Por fim, cabe dizer que os resultados decorrentes desta análise permitiram identificar não só a ocupação da mulher fora do lar, mas também os problemas com as mamas como importantes fatores de risco para o desconforto músculo-esquelético, entre as mulheres da amostra estudada.

# **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desenvolvimento deste estudo teve como objetivo geral estudar a associação entre a amamentação e o desconforto músculo-esquelético da mulher, nos primeiros seis meses após o parto.

De acordo com os resultados, verificou-se uma elevada prevalência de desconforto músculo-esquelético e, embora não se tenha observado associação com o fato de as mulheres estarem amamentando ou não, encontrou-se uma associação não só com a presença de problemas nas mamas, decorrentes da amamentação, mas ainda com a ocupação materna fora do lar. Assim, confirmam-se a segunda e a terceira hipóteses desse estudo, ou seja, existe desconforto músculo-esquelético em mulheres, nos seis primeiros meses após o parto, que pode estar associado à amamentação e, também a outros fatores, independentemente da amamentação.

Esses achados reforçam os da literatura, de que os problemas com as mamas causam grande desconforto para a mulher. No entanto pode-se afirmar que tal desconforto não repercute apenas nas mamas. Encontraram-se índices relevantes de desconforto, principalmente na região lombar, cervical, ombros e região dorsal, atribuídos pelas mulheres à amamentação, considerada como a segunda causa de desconforto entre as mulheres, no grupo das que amamentavam, inferior apenas às posturas incômodas e/ou esforço físico, durante o cuidado com o bebê.

A ocupação fora do lar revela-se como um fator de sobrecarga física para a mulher, uma vez que ela acumula essa atividade com as tarefas do lar. É pertinente salientar que, ao voltar ao trabalho, após a licença maternidade, acrescentam-se ainda as tarefas próprias da maternidade, como os cuidados com o filho.

Apesar dos índices elevados de transtornos músculo-esqueléticos na amostra em geral, as mulheres relataram que esses não interferiam em suas tarefas rotineiras. Talvez elas não deixassem interferir, porque entendiam que dor e/ou desconforto é um desígnio da maternidade. Assim sendo, elas também não se previnem nem se tratam.

O protocolo de observação e avaliação da mamada, adaptado e utilizado neste estudo, revelou-se um procedimento válido, para os profissionais que acompanham a dupla mãe-bebê, visto que pode facilitar a identificação dos aspectos desfavoráveis, principalmente, aqueles relativos à posição da mãe. Embora não se tenha encontrado associação entre a posição da mãe e a presença de desconforto

músculo-esquelético, observou-se que a prevalência de desconforto foi maior entre as mulheres com postura inadequada ao amamentar. Em face disso, foi possível verificar que ainda existem dificuldades inerentes ao ato de amamentar, entre um e seis meses após o início da amamentação, o que justifica a importância e a necessidade da contínua atenção à postura utilizada para tal fim.

Os resultados encontrados, em relação aos aspectos emocionais, somam-se aos da literatura que alertam não só sobre a frequência da depressão e da ansiedade no puerpério, mas também sobre a associação desses sintomas com o desconforto físico. No presente estudo, mesmo sem uma associação estatística significativa, a prevalência de desconforto músculo-esquelético foi maior entre as mulheres que apresentaram sintomas de depressão e ansiedade. Além disso, de acordo com a percepção das mulheres, os fatores emocionais foram os responsáveis por grande parte de seu desconforto físico.

Os dados obtidos permitem sugerir os seguintes delineamentos de pesquisas e ações, que possibilitam avançar na mesma temática:

- realizar uma pesquisa longitudinal, com a amostra do presente estudo, com o objetivo de verificar a prevalência e os fatores associados aos sintomas músculo-esqueléticos, a longo prazo;
- investigar o comportamento das variáveis em um universo populacional ampliado, incluindo múltiplas com outras características sociodemográficas;
- empreender estudos para verificar a influência do desconforto músculo-esquelético da mulher, no desmame precoce;
- utilizar protocolos de avaliação postural, que permitam uma análise da postura da mulher, ao amamentar;
- estimular o estudo das contribuições da efetiva inclusão do fisioterapeuta nas ações interdisciplinares que promovem e protegem a amamentação e contribuem para o bem-estar da mãe e do bebê;
- ampliar o período de observação da mamada, para além das primeiras semanas do pós-parto, conforme recomendam as rotinas vigentes, dando ainda um maior destaque à observação e à avaliação da posição da mãe.
- incrementar a prevenção das intercorrências mamárias e, conseqüentemente, a prevenção do desconforto músculo-esquelético.

Ao finalizar este trabalho, cabe ressaltar que se devem considerar as limitações inerentes aos estudos transversais, as dificuldades de seleção da amostra

e a possibilidade da interferência de fatores não controlados. Mesmo assim, acredita-se que o presente estudo se constitui como o primeiro, na literatura nacional, a investigar o tema aqui exposto, somando-se ao corpo de evidências existentes na literatura internacional.

Cabe dizer que o foco desta pesquisa levanta argumentos para justificar que a amamentação nem sempre é uma experiência agradável para a mulher. O desconforto músculo-esquelético é real, portanto, precisa ser valorizado, tanto pela mulher, quanto pelo profissional da saúde, desse modo deixando de considerá-lo como uma conseqüência normal do ciclo gravídico-puerperal, para buscar estratégias eficazes de prevenção e tratamento. Dessa forma, contribuir-se-á para o bem-estar da mãe e do bebê, condição essencial ao aleitamento materno e à saúde materno-infantil.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Exercise during pregnancy and the postpartum period. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v.46, n.2, 496-499, 2003.

ACHESON, L.S; DANNER, S.C. Postpartum care and breast-feeding. **Obstetrics**, v.20, n.3, p.729-47, 1993.

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ANDRADE, L.H.S.G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.25, n.6, p.285-297, 1998.

ARANTES, C.I.S. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria**, v.71, n.4, p.195-202, 1995.

ARTAL, R.; WISWELL, R.A; DRINKWATER, B.L. **O exercício na gravidez**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

BARATA, R.B. Definições e mensurações da pobreza na região metropolitana de São Paulo: uma abordagem multissetorial. In: BARATA, R.B. (org.). **Condições de vida e situações de saúde**. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1997. p. 197-249.

BARBOSA, L.H.; COURRY, H.J.C.G. A atividade do médico ultra-sonografista apresenta riscos para o sistema músculo-esquelético? **Radiologia Brasileira**, v.37, n.3, p.187-191, 2004.

BARROS, J.C.R.; FERRARI, V.P.M. Nutrição do recém-nascido de termo normal. In: FEFERBAUM, R.; FALCÃO, M.C. **Pediatria neonatal**: nutrição do recém-nascido. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 229-241.

BIENFAIT, M. **Os desequilíbrios estáticos**. São Paulo: Summus, 1993.

BIERING-SORENSEN, F. Risk of back trouble in individual occupations in Denmark. **Ergonomics**, v.28, p. 51-60, 1985.

BONGERS, P.M. et al. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v.19, n.5, p.297-312, 1993.

BORG-STEIN, J; DUGAN, S; GRUBER, J. Musculoskeletal aspects of pregnancy. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation** v.84, n.3, p. 180-92, 2005.

BRASIL. Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. **Boletim Estatístico de Acidentes do Trabalho**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde do Trabalhador. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de Lesões por esforços repetitivos/ Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Manual de promoção do aleitamento materno: normas técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BREEN, T.W. et al. Factors associated with back pain after childbirth. **Anesthesiology**, v.81, n.1, p.29-34, 1994.

BROWN, S.; LUMLEY, J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 107, p. 1194-1201, 2000.

\_\_\_\_\_. Maternal health after childbirth: results of an Australian population-based survey. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.105, p.156-161, 1998.

BROWN, S.; McDONALD, E.A.; KRASDEV, A.H. Maternal health study: a prospective cohort study of nulliparous women recruited in early pregnancy. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.6, n.12, 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/6/12>>. Acesso em: 20 mar. 2007.

BUGGY, D.; MACEVILLY, M. Do epidurals cause back pain? **British Journal Hospital Medicine**, v.56, p.99-101, 1996.

CAILLIET, R. **Dor cervical e no braço**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

\_\_\_\_\_. **Síndrome da dor lombar**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

\_\_\_\_\_. **DOR: mecanismo e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

\_\_\_\_\_. **Dor, partes moles e incapacidade**. Porto Alegre: Artmed, 1995.

CALGUNERI, M.; BIRD, H. A.; WRIGHT, V. Changes in joint laxity occurring during pregnancy. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v.41, n.2, p.126-128, 1982.

CALLAHAN, S.; SÉJOURNÉ, N.; DENIS, A. Fatigue and breastfeeding: an inevitable partnership? **Journal of Human Lactation**, v.22, n.2, p.182-187, 2006.

CARVALHAES, M.A.B.L; CORRÊA, C.R.H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria**, v.79, n.1, p.13-20, 2003.

CARVALHO, M.R. Manejo ampliado da amamentação. In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 222-234.

CERNADAS, J.M. et al. A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. **Journal of Human Lactation**, v.19, n.2, p.136-144, 2003.

CHAVES, R.G.; LAMOUNIER, J.A.; CÉSAR, C.C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v.83, n.3, p.241-246, 2007.

COLE, D.C.; RIVILIS, I. Individual factors and musculoskeletal disorders: a framework for their consideration. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, v.14, p. 121-127, 2004.

CORDEIRO, M.T. Postura, posição e pega adequadas: um bom início para a amamentação. In: REGO, J.D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 131-155.

CORLETT, E.N.; BISHOP, R.P. A technique for assessing postural discomfort. **Ergonomics**, v.19, n.2, p.175-182, 1976.

COURY, H.J.C.G. Self-administered preventive programme for sedentary workers: reducing musculoskeletal symptoms or increasing awareness? **Applied Ergonomics**, v. 29, p. 415-421, 1998.

CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.27, n.4, p.181-188, 2005.

CUKIER-MÉMEURY, F.; LÉZINE, I.; AJURIAGUERRA, J. Les postures d'allaitement au sein chez les femmes primipares. **Psychiatrie de l'enfant**, v.22, n. 2, p.503-518, 1979.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DE CONTI, M.H.S. et al. Efeito de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, p.647-54, 2003.

DE VITTA, A. **Bem-estar físico e saúde percebida**: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos. 2001.125f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, 2001.

\_\_\_\_\_. A lombalgia e suas relações com o tipo de ocupação, com a idade e o sexo. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.1, n.2, p.67-72, 1996.

DOMINGUES, M.R.; BARROS, A.J.D. Atividade física de lazer entre as gestantes da coorte de nascimento de Pelotas de 2004. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.2, p.173-180, 2007.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P.R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.28, n.3, p.171-178, 2006.

FERNANDEZ, S.S. **Maternidade responsável**: preparação para o parto e recuperação pós-parto. São Paulo: Jims, 1988.

FERREIRA, C.H.J.; NAKANO, A.M.S. Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento acerca da lombalgia na gestação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.9, p.95-100, 2001.

\_\_\_\_\_. Lombalgia na gestação: uma revisão. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v.77, p.113-118, 1999.

FEUERSTEIN, M. et al. From confounders to suspected risk factors: psychosocial factors and work-related upper extremity disorders. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, v.14, p. 171-178, 2004.

FEYER, A.M. et al. Role of psychosocial risk factors in work-related low-back pain. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v.18, n.6, p. 368-375, 1992.

FORSTER, D.A.; McLACHLAN H.L.; LUMLEY, J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. **International Breastfeeding Journal**, v.1, n.18, 2006. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/18>>. Acesso em: 12 set. 2007.

GIUGLIANI, E.R.J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5 (supl), p.147-154, 2004.

\_\_\_\_\_. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 11-24.

\_\_\_\_\_. Amamentação: como e porque promover. **Jornal de Pediatria**, v.70, n.3, p.138-151, 1994.

GIUGLIANI, E.R.J. et al. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, v.71, n.2, p.77-81, 1995.

GJERDINGEN, D.K. et al. Changes in women's physical health during the first postpartum year. **Archives Family Medicine**, v.2, p.277-83, 1993.

GLAZENER, C.M.A. et al. Postpartum problems. **British Journal of Hospital Medicine**, v.58, n.7, p.313-316, 1997.

\_\_\_\_\_. Post-natal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.102, p.282-287, 1995.

GROSS, J.; FETTO, J.; ROSEN, E. **Exame musculoesquelético**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GUYTON, A.C. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

HATTON, D.C. et al. Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. **Journal of Human Lactation**, v.21, n.4, p.444-449, 2005.

HENDERSON, A; STAMP, G; PINCOMBE, J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. **Birth**, v.28, p.4-8, 2001.

HOOGENDOORN, W.E. et al. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. **Spine**, v.25, n.16, p.2114-2125, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico**. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br>>. Acesso em: 03 abr. 2006.

INGRAN, J; JOHNSON, D; GREENWOOD, R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support fathers and families. **Midwifery**, v.18, p. 87-101, 2002.

ISSLER, H. Orientação clínica da Lactação. In: FEFERBAUM, R.; FALCÃO, M.C. **Pediatria neonatal: nutrição do recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 243-249.

KAPANDJI, I.A. **Fisiologia articular**. São Paulo: Manole, 2000. v.3.

KELLEHER, C.M. The physical challenges of early breastfeeding. **Social Science & Medicine**, v.63, p. 2727-2738, 2006.

KELEMAN, S. **Anatomia emocional**. São Paulo: Summus, 1992.

KENDALL, F.P; McCREARY, E.K; PROVANCE, P.G. **Músculos: provas e funções**. 4. ed. São Paulo: Manole, 1995.

KENDALL-TACKETT, K. A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. **BMC International Breastfeeding Journal**, v.2, n.6, 2007. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/2/1/6>>. Acesso em: 12 set. 2007.

KING, F.S. **Como ajudar as mães a amamentar**. Londrina: Midiograf, 1997.

KISNER, C.; COLBY, L.A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**. São Paulo: Manole, 1992.

KNOPLICH, J. Sistema músculo-esquelético: coluna vertebral. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 213-227.

\_\_\_\_\_. **Enfermidades da coluna vertebral**. São Paulo: Panamed, 1983.

\_\_\_\_\_. **Viva bem com a coluna que você tem**. São Paulo: Ibrasa, 1982.

KUORINKA, I. et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Applied Ergonomics**, v. 18, p.233-37, 1987.

LANA, A.P.B. **O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação**. São Paulo: Atheneu, 2001.

LEE, Y.K.; PARK, H. Worker's perception of the changes of work environment and its relation to the occurrence of work-related musculoskeletal disorders. **Journal of Occupational Health**, v.49, p.152-154, 2007.

LEHMAN, K.R.; PSIHOGIOS, J.P.; MEULENBROEK, R.G. Effects of sitting versus standing and scanner type on cashiers. **Ergonomics**, v.44, p.719-738, 2001.

LEOPARDI, M.T. (Org.) **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

LIBBUS, K.; BUSH, T.A.; HOCKMAN, N.M. Breastfeeding beliefs of low-income primigravidae. **International Journal Nursing Studies**, v.34, n.2, p.144-150, 1997.

LOBATO, O. O problema da dor. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 165-178.

LOESER, J.D.; MELZACK, R. Pain: an overview. **Lancet**, v.353, p.1607-1609, 1999.

LUMLEY, J. et al. PRISM (Program of resources, information and support for mothers): Protocol for a community-randomised trial. **BMC Public Health**, v.3, n.36, 2003. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/3/36>>. Acesso em: 21 mai. 2005.

MACARTHUR, A.J.; MacARTHUR, C.; WEEKS, S.K. Is epidural anesthesia in labor associated with chronic low back pain? A prospective cohort study. **Anesthesiology Analgesy**, v.85, n.5, p.1066-1070, 1997.

MACEVILLY, M.; BUGGY, D. Back pain and pregnancy: a review. **Pain**, v.64, p.405-414, 1996.

MACLENNAN, A.H. The role of the hormone relaxin in human reproduction and pelvic girdle relaxation. **Journal Rheumatology Scandinavian**, v.88, p. 7-15, 1991.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

MARRAS, W.S. State-of-the-art research perspectives on musculoskeletal disorder causation and control: the need for an intergraded understanding of risk. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, v.14, p. 1-5, 2004.

MARTINS FILHO, J. **Como e porque amamentar**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1987.

MARTINS, R.F.; SILVA, J.L.P. Prevalência de dores nas costas na gestação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.51, p.144-147, 2005a.

\_\_\_\_\_. Tratamento da lombalgia e dor pélvica posterior na gestação por um método de exercícios. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.27, p.275-282, 2005b.

MASCARENHAS, M.L.W. et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, v.82, n.4, p.289-294, 2006.

MCGOVERN, P. et al. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. **Annals of Family Medicine**, v.4, n.2, p.159-167, 2006.

MELZACK, R.; WALL, P. **O desafio da dor**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1982.



MESSING, K.; STELLMAN, J.M. Sex, gender and women's occupational health: the importance of considering mechanism. **Environmental Research**, v.101, p.149-162, 2006.

MOGREN, I.M. Does caesarean section negatively influence the post-partum prognosis of low back pain and pelvic pain during pregnancy? **European Spine Journal**, v.16, n.1, p.115-121, 2007.

MOGREN, I.M.; POHJANEN, A.I. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. **Spine**, v.30, n.8, p.983-991, 2005.

MORAES, I.G.S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.1, p.65-70, 2006.

MORAES, M.A.A.; ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Sintomas músculo-esqueléticos e condições de trabalho de costureiras de um hospital universitário. **Revista Paulista de Enfermagem**, v.21, n.3, p.249-254, 2002.

MORLAND-SCHULTZ, K.; HILL, P.D. Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v.34, n.4, p.428-437, 2005.

MULDER, P.J. A concept analysis of effective breastfeeding. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v.35, n.3, p.332-339, 2006.

MURAHOVSKI, J. Cólicas do lactente. **Jornal de Pediatria**. v.79, n.2, p.101-102, 2003.

\_\_\_\_\_. **Pediatria: diagnóstico e tratamento**. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 1988.

NAKANO, A.M.S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho" e de ser "o corpo para si". **Caderno de Saúde Pública**, v.19 (Sup.2), p.355-363, 2003.

NAKANO, A.M.S.; MAMEDE, M.V. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.7, n.3, p.69-76, 1999.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**, 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

NILSSON-VIKMAR, L. et al. Perceived pain and self-estimated activity limitations in women with back pain post-partum. **Physiotherapy Research International**, v.8, n.1, p.23-35, 2003.

NOMMSEN-RIVERS, L. Early breastfeeding difficulties: incidence and risk factors. **Journal Human of Lactation**, v.20, n.1, p.101-102, 2004.

NORÉN L. et al. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up. **European Spine Journal**, v.11, n.3, p.267-271, 2002.

OLIVER, J. **Cuidados com as costas**: um guia para terapeutas. São Paulo: Manole, 1999.

OLIVER, J.; MIDDLEDITCH, A. **Anatomia funcional da coluna vertebral**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

OMS/UNICEF. **Manejo e promoção do aleitamento materno**: curso de 18 horas para equipe de maternidades. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

\_\_\_\_\_. **Uma declaração conjunta**: proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Genebra: OMS, 1989.

ÖSTGAARD, H.C.; ANDERSSON, G.B.J. Back pain in relation to pregnancy: a 6-year follow-up. **Spine**, v.15, p.2945-2950, 1997.

\_\_\_\_\_. Postpartum low-back pain. **Spine**, v.17, n.1, p.53-55, 1992.

ÖSTGAARD, H.C.; SCHULTZ, A.B.; MILLER, J.A.A. Influence of some biomechanical factors on low-back pain in pregnancy. **Spine**. v.18, n.1, p.61-65, 1993.

ÖSTGAARD, H.C.; ROOS-HANSSON, E.; ZETHERSTROM, G. Regression of back and posterior pelvic pain after pregnancy. **Spine**. v.21, n.23, p.2777-2780, 1996.

PAMPLONA, V. Aspectos psicológicos na lactação. In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 96-105.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PINHEIRO, F.A; TRÓCCOLI, B.T; CARVALHO, C.V. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 307-12, 2002.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000.

POPE, M.H; GOH, K.L; MAGNUSSON, M.L. Spine ergonomics. **Annual Review Biomedical Engineering**, v.4, p. 49-68, 2002.

PREVEDEL, T.T.S. et al. Repercussões maternas e perinatais da hidroterapia na gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.25, n.1, p.53-59, 2003.

RAMOS, C.V; ALMEIDA, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, v.79, n.5, p.385-90, 2003.

REA, M.F. et al. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.2, p.149-156, 1997.

REGO, J.D. O aleitamento materno: vantagens e obstáculos reais à amamentação – estado atual e tendências futuras. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 50, n. 3, p.13-23, 1986.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

RITCHIE, J.R. Orthopedic considerations during pregnancy. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v.46, n.2, p.456-466, 2003.

SANTOS, M.F.S.; MARTINS, F.C.; PASQUALI, L. Escala de auto-registro de depressão pós-parto: estudo no Brasil. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.; ZUARDI, A.W. (Ed.). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos, 2000. p. 97-103.

SARLI, M. et al. Osteoporosis del embarazo y la lactancia. **Medicina (Buenos Aires)**, v.65, n.6, p.533-540, 2005.

SCIENTIFIC COMMITTEE FOR MUSCULOSKELETAL DISORDERS OF THE INTERNATIONAL COMMISSION ON OCCUPATIONAL HEALTH (ICOH). Musculoskeletal disorders: work-related risk factors and prevention. **International Journal Environment Health**, v.2, p. 239-246, 1996.

SCHMIDT, E.B.; PICCOLOTO, N.M.; MÜLLER, M.C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v.10, n.1, p.61-68, 2005.

SCHYTT, E.; LINDMARK, G.; WALDENSTRÖM, U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.112, p.210-217, 2005.

SILVA, M.A.G. **Como evitar problemas em sua coluna vertebral**. Rio de Janeiro: Abpa-Associação Brasileira para Prevenção de Acidentes, 1988.

SILVA, M.C.; FASSA, A.G.; VALLE, N.C.J. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, n.2, p.377-385, 2004.

SOARES, N.E.; FERNANDES, L.M. A medida do nível sócio-econômico-cultural. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, v.41, n. 2, p.35-43, 1989.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SOUZA, E.L.B. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia e aspectos de neonatologia**. Belo Horizonte: Health, 1999.

SOUZA, F.A.E.F. et al. Mensuração da dor. In: TEIXEIRA, M.J. (Ed.). **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Maio, 2003. p. 179-186.

SPERANDIO, F.F.; SANTOS, G.M.; PEREIRA, F. Características e diferenças da dor sacroilíaca e lombar durante a gestação em mulheres primigestas e multigestas. **Fisioterapia Brasil**, v.5, p.267-271, 2004.

STAPLETON, D.B.; Mac LENNAN, A.H.; KRISTIANSSON, P. The prevalence of recalled low back pain during and after pregnancy: a South Australian population survey. **The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.42, n.5, p.482-485, 2002.

STEPHENSON, R.G.; O'CONNOR, L.J. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Manole, 2004.

STRAZDINS, L.; BAMMER, G. Women, work and musculoskeletal health. **Social Science & Medicine**, v.58, p. 997-1005, 2004.

TAMEZ, R.N. Atuação de enfermagem. In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 115-131.

TEIXEIRA, M.J. Anatomia e fisiologia das unidades nociceptivas e supressoras da dor. In: \_\_\_\_\_. **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Maio, 2003. p. 119-146.

TEIXEIRA, M.J.; TEIXEIRA, W.G.J.; KRAYCHETE, D.C. Epidemiologia geral da dor. In: TEIXEIRA, M.J (Ed.). **Dor : contexto interdisciplinar**. Curitiba: Maio, 2003a. p. 53-66.

TEIXEIRA, M.J. *et al.* Cervicalgias. In: \_\_\_\_\_. **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Maio, 2003b. p. 453-461.

TERUYA, K.; COUTINHO,S.B. Sobrevivência infantil e aleitamento materno. In: REGO, J.D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 5-19.

THOMPSON, J.F. *et al.* Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. **Birth**, v.29, n.2, p.83-94, 2002.

TIMSIT, M.A. Grossesse et douleurs rhumatologiques lombaires basses et de la ceinture pelvienne. **Gynecologie, Obstetrique & Fertilité**, v.32, n.5, p.420-426, 2004.

TO, W.W.K; WONG, M.N. Factors associated with back pain symptoms in pregnancy and the persistence of pain 2 years after pregnancy. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 82, p. 1086-91, 2003.

TRELHA, C.S.; GUTIERREZ, P.R.; MATSUO, T. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em fisioterapeutas da cidade de Londrina. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, v. 11, n.1, p.15-23, 2004.

TURGUT, F.; TURGUT, M.; CETINSAHIN, M. A prospective study of persistent back pain after pregnancy. **European Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 80, p.45-48, 1998.

ULBRICHT, L.; GONTIJO, L.A. Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e seus fatores de risco: patologia exclusivamente urbana? **Revista Uniandrade**, v.4, n.1, p.71-87, 2003.

VIEIRA, L.B. Pré e pós-natal. In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 106-114.

VIEL, E.; ESNAULT, M. **Lombalgias e cervicalgias da posição sentada**. São Paulo: Manole, 2000.

VOGT, M.S.L. **Prevalência e severidade da dor, cervical e lombar, nos servidores técnico-administrativos da Universidade Federal de Santa Maria-RS**. 2000. 109f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

VULLO, V.J.; RICHARDSON, J.K.; HURVITZ, E.A. Hip, knee, and foot pain during pregnancy and the postpartum period. **The Journal of Family Practice**, v.43, p. 63-68, 1996.

WAGHORN, G.; CHANT, D.; LLOYD, C. Labor force activity among Australians with musculoskeletal disorders comorbid with depression and anxiety disorders. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v.16, p.241-252, 2006.

WAND, J.S. Carpal tunnel syndrome in pregnancy and lactation. **Journal of Hand Surgery**, v.15-B, n.1, p. 93-95, 1990.

WATKINS, J. **Estrutura e função do sistema musculoesquelético**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

WEIGERT, E.M.L. et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, v.81, n.4, p.310-316, 2005.

WEIGL, M. et al. Physical disability due to musculoskeletal conditions. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v.21, n.1, p.167-190, 2007.

WHITEFORD, B.; POLDEN, M. **Exercícios pós-natais**. São Paulo: Maltese-Norma, 1992.

YENG, L.T. et al. Distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho. In: TEIXEIRA, M.J. (Ed.). **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Maio, 2003. p. 305-326.

YENG, L.T.; KAZIYAMA, H.H.S.; TEIXEIRA, M.J. Síndrome dolorosa miofascial. In: TEIXEIRA, M.J. (Ed.). **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Maio, 2003. p. 271-287.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S.D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.27 (supl II), p. 56-64, 2005.

**ANEXOS**



**ANEXO A – Termo de autorização institucional**

Autorizo a realização de pesquisa, com coleta de dados na Unidade de Saúde José Erasmo Crosseti do município de Santa Maria, setor de imunizações, referente ao projeto de Tese de Doutorado, intitulado “Desconfortos músculo-esqueléticos da mulher no pós-parto e a associação com a amamentação”, realizado por Elhane Glass Morari Cassol, professora do Curso de Fisioterapia da UFSM, sob orientação do prof. Dioclécio Campos Júnior, da Universidade de Brasília (UnB) e co-orientação da prof<sup>a</sup> Léris Salete Bonfanti Haeffner, da UFSM, que tem por objetivo verificar a ocorrência de desconforto músculo-esquelético em mulheres no pós-parto e investigar se existe relação com a amamentação. Este estudo poderá contribuir para que a equipe de saúde que assiste a mulher, no período pós-parto, valorize, identifique e assim possa abordar de forma efetiva, estes desconfortos, constituindo-se em mais uma ação de apoio, promoção e incentivo ao aleitamento materno.

A pesquisa será realizada no período de outubro de 2005 a janeiro de 2006, através de uma entrevista, com mulheres em período pós-parto de até 6 meses, que buscam a vacinação de seus filhos na Unidade de Saúde José Erasmo Crosseti. Também será feita a observação durante a amamentação, daquelas mulheres que amamentam seus filhos, seguida de registro fotográfico.

A pesquisadora cumprirá todas as recomendações da resolução 196/96, do Ministério da Saúde quanto aos aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos e também procurará não interferir na rotina do setor.

Ao final da pesquisa serão oferecidas informações e esclarecimentos a respeito das conclusões do estudo para os interessados.

O presente documento apresenta-se em duas vias de igual teor, ficando uma com a Secretaria de Município da Saúde e a outra com a pesquisadora.

Santa Maria, setembro de 2005.



Secretaria de Município da Saúde – Santa Maria-RS

**Luiz Carlos Bier**  
Secretário de Município  
da Saúde



Coordenação de Imunizações da Secretaria  
de Município da Saúde - Santa Maria -RS

**ANA LUCIA MOTTA**  
ENFERMEIRA  
COREN 25553

**ANEXO B – Primeira carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**Carta de Aprovação**

**Título do Protocolo de Pesquisa:** “Desconfortos músculo- esqueléticos da mulher no pós- parto e a associação com a amamentação”  
**Número do Protocolo no CEP/CCS/UFSM – (079/2005)**

**Pesquisador Responsável:**

Nome: Elhane Glass Morari Cassol

Telefone: 32208234

E-mail: elhane@smail.ufsm.br

**Projeto Aprovado em: 12.09.2005**



**Prof. Dr. Renato Borges Fagundes**  
Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFSM  
PRESIDENTE -

**ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido**

O projeto de Tese de Doutorado intitulado “Amamentação e desconforto músculo-esquelético da mulher”, realizado por Elhane Glass Morari Cassol, professora do Curso de Fisioterapia da UFSM, sob orientação do prof. Dr. Dioclécio Campos Júnior, da Universidade de Brasília (UnB), e co-orientação da prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Léis Salete Bonfanti Haeffner, da UFSM, tem por objetivo verificar a ocorrência de desconforto muscular e/ou articular em mulheres no pós-parto e investigar se existe relação com a amamentação. Este estudo poderá contribuir para que a equipe de saúde que acompanha a mulher, no pós-parto, valorize, identifique e assim possa prevenir e/ou tratar estes desconfortos, para que não interfiram na amamentação.

A pesquisa será realizada por meio de uma entrevista, feita pela pesquisadora, com o objetivo de identificar e caracterizar os participantes do estudo. Esta entrevista será gravada para garantir os detalhes do relato e, ao final da pesquisa, a gravação será apagada. Também será agendada uma visita domiciliar, com as mulheres que amamentam seus filhos, na qual será observada uma mamada.

As informações colhidas também poderão ser utilizadas em publicações futuras e a identidade das participantes e de seus filhos será mantida em sigilo. As participantes do estudo não terão qualquer tipo de despesa ou recompensa e não sofrerão qualquer tipo de dano.

Às participantes, fica reservado o direito de se retirar do estudo a qualquer momento sem sofrer nenhum tipo de constrangimento.

Ao final da pesquisa, serão oferecidas informações e esclarecimentos a respeito das conclusões do estudo para os interessados.

O presente documento apresenta-se em duas vias de igual teor, ficando uma com a entrevistada e a outra com a pesquisadora.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, aceito participar do projeto acima descrito e concordo com os termos estabelecidos.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

Pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Elhane Glass Morari Cassol  
Telefone: 3220-8234

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética do CCS-UFSM em 12/09/2005, sob o número 079/2005.

**ANEXO D – Questionário**Nº:  
DATA:**I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**NOME:  
Endereço:IDADE:  
Telefone:

COR:

1- Profissão/Ocupação:

2- Escolaridade (em anos de estudo)

- ( ) 0 a 3 – muito baixa  
( ) 4 a 7 - baixa  
( ) 8 a 10 - intermediária  
( ) 11 a 14 - alta  
( ) 15 ou + - muito alta

3- Situação Conjugal

- ( ) Com companheiro    ( ) Sem companheiro  
Mora com quem?

4- Profissão/Ocupação do companheiro

**II- INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A MÃE:****A- Antecedentes pessoais**

5- Tipo de parto

- ( ) Vaginal    ( ) Cesáreo

Local:

6- Peso

Antes da gravidez:

Ganho de peso na gravidez:

Peso atual:

Altura:

7-Você fazia algum tipo de atividade física ANTES da gravidez?

- ( ) Não            ( ) Sim

Qual?

Quantas vezes por semana?

- ( ) até 3 vezes            ( ) menos do que 3 vezes    ( ) mais de 3 vezes

Duração?

- ( ) até 30 minutos            ( ) mais de 30 minutos

8- Você fazia algum tipo de atividade física DURANTE a gravidez?

( ) Não ( ) Sim

Qual?

Quantas vezes por semana?

( ) até 3 vezes ( ) menos do que 3 vezes ( ) mais de 3 vezes

Duração?

( ) até 30 minutos ( ) mais de 30 minutos

9- Você faz algum tipo de atividade física ATUALMENTE?

( ) Não ( ) Sim

Qual?

Quantas vezes por semana?

( ) até 3 vezes ( ) menos do que 3 vezes ( ) mais de 3 vezes

Duração?

( ) até 30 minutos ( ) mais de 30 minutos

## **B- Atividades diárias**

### **• Profissão/Ocupação**

10- Já voltou às suas atividades?

( ) Não ( ) Sim

Caso afirmativo, o seu retorno foi tranquilo?

( ) Não ( ) Sim

Caso negativo, o seu retorno ao trabalho a preocupa?

( ) Não ( ) Sim

Porquê?

11- Quantas horas você fica fora de casa em função de suas atividades?

( ) 4 a 6 horas ( ) 8 horas ou mais

12- Em que posição você permanece a maior parte do tempo, em seu trabalho?

( ) Sentada ( ) Em pé ( ) Andando

13- Em sua atividade você carrega peso?

( ) Não ( ) Sim

14- Você está satisfeita com seu trabalho?

( ) Não ( ) Sim

### **• Afazeres domésticos e cuidados com o bebê**

15- Você se envolve com afazeres domésticos no dia-a-dia?

( ) Não ( ) Sim

Obs:

16- É você quem troca as fraldas e dá banho no bebê?

( ) Não ( ) Sim

17- Em que local você costuma trocar o bebê?

( ) local baixo, precisa curvar-se ( ) local mais alto, na altura dos braços

18- Quando você dá banho no seu bebê, onde o faz?

( ) local baixo, precisa curvar-se ( ) local mais alto, na altura dos braços

19- Como você carrega seu bebê no colo, na maioria das vezes?

( ) no braço direito ( ) no braço esquerdo ( ) à frente, no centro

( ) qualquer lado

### III- INFORMAÇÕES SOBRE O BEBÊ:

DN:

IDADE:

IG:

Peso ao nascer:

Peso atual:

20- Seu filho tem ou teve algum problema de saúde?

( ) Não ( ) Sim

Qual?

21- Seu filho tem ou teve cólicas?

( ) Não ( ) Sim

Quando?

Por quanto tempo?

### IV- INFORMAÇÕES SOBRE A AMAMENTAÇÃO:

22- Está amamentando seu filho?

( ) Não ( ) Sim

Caso negativo, amamentou até.....dias/meses

23- Porquê parou de amamentar?

24- Você têm ou teve algum problema com as mamas?

( ) Não ( ) Sim

Qual?

Quando?

25- Qual é a posição que você mais utiliza para amamentar?

( ) sentada ( ) deitada ( ) outra Qual?

26- Quando sentada, tem um local de sua preferência?

( ) Não ( ) Sim

27- Quantas vezes você amamenta em 24 horas?

28- Você acorda a noite para amamentar?

( ) Não ( ) Sim

29- Você oferece as duas mamas a cada mamada?

( ) Não ( ) Sim ( ) Às vezes

30- Atualmente, você tem alguma dificuldade para amamentar?

( ) Não ( ) Sim

Qual?

31- Você recebeu alguma orientação sobre:

( ) Posicionamento mãe/bebê ( ) Pega da mama

( ) Outra informação ( ) Nenhuma informação

Obs:

Em que momento recebeu esta orientação?

( ) No pré-natal Quem orientou?

( ) Na maternidade Quem orientou?

( ) No pós- parto Quem orientou?

32- Seu companheiro apóia sua decisão de amamentar seu filho?

( ) Não ( ) Sim

## V- Informações sobre desconforto músculo-esquelético

33-Você sente algum desconforto físico, do tipo dor, dormência e/ou sensação de peso em alguma região do corpo? (mostrar na figura, uma a uma, as regiões)	34- Desde quando você sente este desconforto?	35-Se desde antes da gravidez, ou desde a gravidez, você considera que agora:	36-Com que frequência você sentiu este desconforto nos últimos três meses?	37-Qual a intensidade de seu desconforto? (usar Escala Visual Numérica)	38- Este desconforto interfere ou atrapalha alguma atividade sua no dia a dia?	39-Você previne e/ou trata estes sintomas?
<b>PESCOÇO</b> 1( )Não 2( )Sim Tipo: ( ) dor ( ) dormência ( ) sensação peso	1( )Antes da gravidez 2( )Desde a gravidez 3( )Após o parto Obs:.....	1( )está igual 2( )diminuiu 3( )aumentou	1( )1 a 3x/mês-infreq 2( )1x/semana-freq. 3( )quase diariamente 4( )diariamente	1( )fraca 2( )moderada 3( )forte 4( )insuportável	1( )Não 2( )Sim 3( )Trabalho 4( )Amamentação 5( )Ativ. casa e bebê 6( )Outra Qual?.....	1( )Não 2( )Sim Como?.....
<b>OMBROS</b> 1( )Não 2( )Sim à D 3( )Sim à E 4( )Sim, ambos Tipo: ( ) dor ( ) dormência ( ) sensação peso	1( )Antes da gravidez 2( )Desde a gravidez 3( )Após o parto Obs:.....	1( )está igual 2( )diminuiu 3( )aumentou	1( )1 a 3x/mês-infreq 2( )1x/semana-freq. 3( )quase diariamente 4( )diariamente	1( )fraca 2( )moderada 3( )forte 4( )insuportável	1( )Não 2( )Sim 3( )Trabalho 4( )Amamentação 5( )Ativ. casa e bebê 6( )Outra Qual?.....	1( )Não 2( )Sim Como?.....
<b>MEMBROS SUPERIORES</b> 1( )Não 2( )Sim à D 3( )Sim à E 4( )Sim, ambos Local:..... Tipo: ( ) dor ( ) dormência ( ) sensação peso.	1( )Antes da gravidez 2( )Desde a gravidez 3( )Após o parto Obs:.....	1( )está igual 2( )diminuiu 3( )aumentou	1( )1 a 3x/mês-infreq 2( )1x/semana-freq. 3( )quase diariamente 4( )diariamente	1( )fraca 2( )moderada 3( )forte 4( )insuportável	1( )Não 2( )Sim 3( )Trabalho 4( )Amamentação 5( )Ativ. casa e bebê 6( )Outra Qual?.....	1( )Não 2( )Sim Como?.....
<b>DORSO</b> 1( )Não 2( )Sim Tipo: ( ) dor ( ) dormência ( ) sensação peso	1( )Antes da gravidez 2( )Desde a gravidez 3( )Após o parto Obs:.....	1( )está igual 2( )diminuiu 3( )aumentou	1( )1 a 3x/mês-infreq 2( )1x/semana-freq. 3( )quase diariamente 4( )diariamente	1( )fraca 2( )moderada 3( )forte 4( )insuportável	1( )Não 2( )Sim 3( )Trabalho 4( )Amamentação 5( )Ativ. casa e bebê 6( )Outra Qual?.....	1( )Não 2( )Sim Como?.....
<b>LOMBAR</b> 1( )Não 2( )Sim Tipo: ( ) dor ( ) dormência ( ) sensação peso	1( )Antes da gravidez 2( )Desde a gravidez 3( )Após o parto Obs:.....	1( )está igual 2( )diminuiu 3( )aumentou	1( )1 a 3x/mês-infreq 2( )1x/semana-freq. 3( )quase diariamente 4( )diariamente	1( )fraca 2( )moderada 3( )forte 4( )insuportável	1( )Não 2( )Sim 3( )Trabalho 4( )Amamentação 5( )Ativ. casa e bebê 6( )Outra Qual?.....	1( )Não 2( )Sim Como?.....
<b>MEMBROS INFERIORES</b> 1( )Não 2( )Sim à D 3( )Sim à E 4( )Sim, ambos Local:..... Tipo: ( ) dor ( ) dormência ( ) sensação peso	1( )Antes da gravidez 2( )Desde a gravidez 3( )Após o parto Obs:.....	1( )está igual 2( )diminuiu 3( )aumentou	1( )1 a 3x/mês-infreq 2( )1x/semana-freq. 3( )quase diariamente 4( )diariamente	1( )fraca 2( )moderada 3( )forte 4( )insuportável	1( )Não 2( )Sim 3( )Trabalho 4( )Amamentação 5( )Ativ. casa e bebê 6( )Outra Qual?.....	1( )Não 2( )Sim Como?.....



40- Você acha que este desconforto está relacionado, com os seguintes fatores?

1- ( ) Preocupação, ansiedade

Quanto?

( ) Pouco ( ) Muito

Obs:.....

2- ( ) Posturas incômodas ou esforço físico durante os cuidados com o bebê

Quanto?

( ) Pouco ( ) Muito

Obs:.....

3- ( ) Posturas incômodas ou esforço físico durante os cuidados com a casa

Quanto?

( ) Pouco ( ) Muito

Obs:.....

4- ( ) Amamentação

Quanto?

( ) Pouco ( ) Muito

Obs:.....

5- ( ) Trabalho

Quanto?

( ) Pouco ( ) Muito

Obs:.....

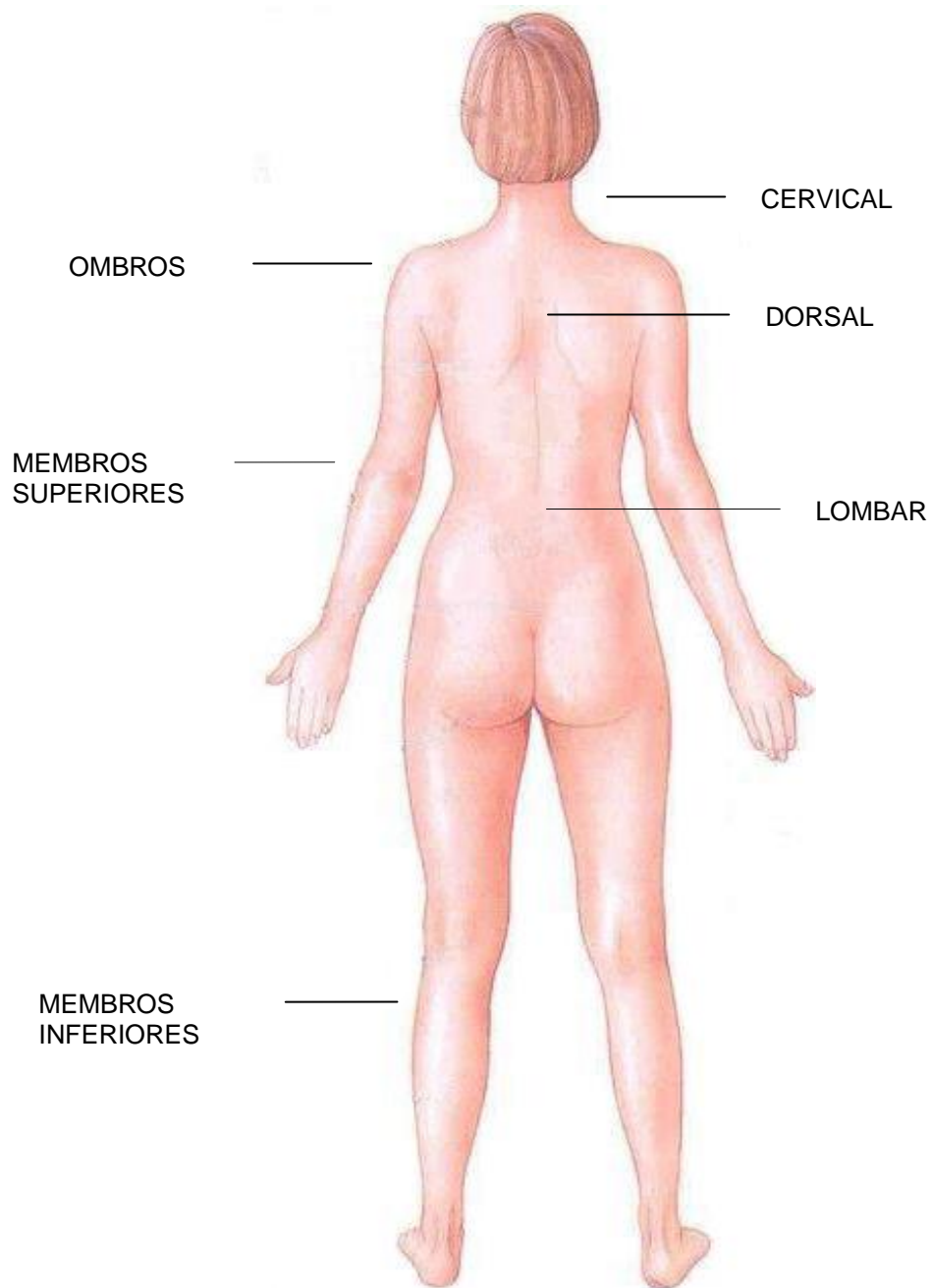
6- ( ) Outros fatores, como: .....

Quanto?

( ) Pouco ( ) Muito

Obs:.....

**ANEXO E – Diagrama do corpo humano**



**ANEXO F – Escala visual numérica**

**0 \_ 1 \_ 2 \_ 3 \_ 4 \_ 5 \_ 6 \_ 7 \_ 8 \_ 9 \_ 10**

**CLASSIFICAÇÃO DA DOR:**

- Zero (0) = Ausência de Dor
- Um a Três (1 a 3) = Dor de fraca intensidade.
- Quatro a Seis (4 a 6) = Dor de intensidade moderada.
- Sete a Nove (7 a 9) = Dor de forte intensidade.
- Dez (10) = Dor de intensidade insuportável.

**ANEXO G – Escala de depressão pós-parto de Edinburgh**

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido **NOS ÚLTIMOS SETE DIAS**, não apenas como você está se sentindo hoje.

Aqui está um exemplo já preenchido:

Eu tenho me sentido feliz:

- Sim, todo o tempo.
- Sim, na maior parte do tempo.
- Não, nem sempre.
- Não, em nenhum momento.

Esta resposta quer dizer: “Eu me senti feliz na maior parte do tempo” na última semana.

Por favor, assinale as questões abaixo do mesmo modo.

Nos últimos sete dias....

1- Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:

- Como eu sempre fiz.
- Não tanto quanto antes.
- Sem dúvida, menos que antes.
- De jeito nenhum.

2- Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia:

- Como sempre senti.
- Talvez, menos que antes.
- Com certeza menos.
- De jeito nenhum.

3- Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

4- Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:

- Não, de maneira alguma.
- Pouquíssimas vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Sim, muitas vezes.

5- Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:

- ( ) Sim, muitas vezes.
- ( ) Sim, algumas vezes.
- ( ) Não muitas vezes.
- ( ) Não, nenhuma vez.

6- Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia:

- ( ) Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- ( ) Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- ( ) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- ( ) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7- Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldades de dormir:

- ( ) Sim, na maioria das vezes.
- ( ) Sim, algumas vezes.
- ( ) Não muitas vezes.
- ( ) Não, nenhuma vez.

8- Eu tenho me sentido triste ou arrasada:

- ( ) Sim, na maioria das vezes.
- ( ) Sim, muitas vezes.
- ( ) Não muitas vezes.
- ( ) Não, de jeito nenhum.

9- Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado:

- ( ) Sim, quase todo o tempo.
- ( ) Sim, muitas vezes.
- ( ) De vez em quando.
- ( ) Não, nenhuma vez.

10- A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça:

- ( ) Sim, muitas vezes, ultimamente.
- ( ) Algumas vezes nos últimos dias.
- ( ) Pouquíssimas vezes, ultimamente.
- ( ) Nenhuma vez.

## ANEXO H – Inventário de ansiedade de Beck

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia atentamente cada item da lista. Identifique o quanto você têm sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um X no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

<b>Sintoma</b>	<b>Absolutamente não</b>	<b>Levemente</b> Não me incomodou muito	<b>Moderadamente</b> Foi muito desagradável mas pude suportar	<b>Gravemente</b> Difícilmente pude suportar
Dormência ou formigamento				
Sensação de calor				
Tremores nas pernas				
Incapaz de relaxar				
Medo que aconteça o pior				
Atordoada ou tonta				
Palpitação ou aceleração do coração				
Sem equilíbrio				
Aterrorizada				
Nervosa				
Sensação de sufocação				
Tremores nas mãos				
Trêmula				
Medo de perder o controle				
Dificuldade de respirar				
Medo de morrer				
Assustado				
Indigestão ou desconforto no abdômen				
Sensação de desmaio				
Rosto afogueado				
Suor (não devido ao calor)				

**ANEXO I – Segunda carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM**

Ministério da Educação  
Universidade Federal de Santa Maria  
Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa  
Comitê de Ética em Pesquisa

**CARTA DE APROVAÇÃO**

**Título do Projeto de Pesquisa:** “Desconfortos músculo-esqueléticos da mulher nos pós-parto e a associação com a amamentação”.

**Número do Processo:** 079/05.

**CAAE:** 00531246.012-000-05.

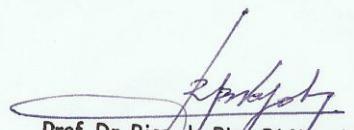
**Pesquisador Responsável:**

Nome: Elhane Glass Morari Cassol.

Telefone: 3220-8234.

E-mail: elhane@smail.ufsm.br

**Projeto Aprovado:** 04/04/06.



Prof. Dr. Ricardo Bins Di Napoli  
Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisa - UFSM

## ANEXO J – Formulário de observação e avaliação da mamada

Aspectos favoráveis	Aspectos desfavoráveis
<p><b>1 Posição da mãe</b></p> <p>( ) Sentada em local adequado<sup>1</sup></p> <p>( ) Ombros relaxados</p> <p>( ) Mantém as costas apoiadas</p> <p>( ) Com apoio sobre os ísquios</p> <p>( ) Apóia os pés no chão</p>	
<p>( ) Sentada em local inadequado</p> <p>( ) Ombros tensos, elevados</p> <p>( ) Sem apoio, inclina-se sobre o bebê</p> <p>( ) Com apoio ísquio-sacral</p> <p>( ) Não apóia os pés no chão</p> <p>( ) Escore posição da mãe</p>	
<p><b>2 Posição do bebê</b></p> <p>( ) Bebê próximo da mãe</p> <p>( ) Cabeça e tronco alinhados</p> <p>( ) Queixo tocando a mama</p> <p>( ) Nádegas apoiadas*</p>	
<p>( ) Bebê longe da mãe</p> <p>( ) Pescoço do bebê virado</p> <p>( ) Queixo não toca a mama</p> <p>( ) Só ombros e cabeça apoiados*</p> <p>( ) Escore posição do bebê</p>	
<p><b>3 Pega/sucção da mama</b></p> <p>( ) Boca do bebê bem aberta</p> <p>( ) Lábio inferior virado para fora</p> <p>( ) A maior parte da aréola aparece acima do lábio superior do bebê</p> <p>( ) Bochechas redondas</p> <p>( ) É possível ver e/ou ouvir a deglutição</p>	
<p>( ) Boca pouco aberta</p> <p>( ) Lábio inferior virado para dentro</p> <p>( ) Mais aréola abaixo da boca do bebê</p> <p>( ) Bochechas tensas ou para dentro</p> <p>( ) Podem-se ouvir barulhos altos, mas não a deglutição</p> <p>( ) Escore pega/sucção</p>	
<p>*só para bebês pequenos</p>	

Fonte: Adaptado de OMS/UNICEF (1993); Carvalhaes e Corrêa (2003).

<sup>1</sup>Assento com altura e profundidade adequadas ao biotipo da mulher, propiciando bom apoio para as costas e para os pés.

OBS:.....

.....

.....

.....

.....



**ARTIGO ACEITO PARA  
PUBLICAÇÃO**



**Atlântica Editora**  
Rua da Lapa, 180 sl.1103  
20021-180 – Rio de Janeiro - RJ  
Tel/fax: (21) 2221-4164  
[www.atlanticaeditora.com.br](http://www.atlanticaeditora.com.br)  
[atlantica@atlanticaeditora.com.br](mailto:atlantica@atlanticaeditora.com.br)

Rio de Janeiro, 10 de setembro de 2007.

Elhane Glass Morari-Cassol  
Rua Paraíba, 215  
Bairro N. Sra. De Lurdes  
97060-470 Santa Maria RS

Prezada Sra. Elhane,

Confirmamos que recebemos o seu artigo:

**Desconforto músculo-esquelético no pós-parto e amamentação**

**Autores:** Elhane Glass Morari-Cassol, Dioclécio Campos Júnior, Lérís Salette Bonfanti Haeffner

Este artigo será publicado na nossa revista *Fisioterapia Brasil*.

Atenciosamente,

Jean-Louis Peytavin  
Editor  
[jeanlouis@atlanticaeditora.com.br](mailto:jeanlouis@atlanticaeditora.com.br)

**Artigo Original****Desconforto músculo-esquelético no pós-parto e amamentação**  
*Musculoskeletal discomfort postpartum and breastfeeding*

Elhane Glass Morari-Cassol\*, Dioclécio Campos Júnior\*\*, Lérís Salette Bonfanti Haeffner\*\*\*  
.....

\*Professora Assistente do Departamento de Fisioterapia da UFSM - RS, Mestre em Ciência do Movimento Humano - UFSM, Doutoranda em Ciências da Saúde - UnB,

\*\*Professor Titular Doutor de Pediatria da Faculdade de Medicina da UnB - DF,

\*\*\*Professora Adjunta do Departamento de Pediatria e Puericultura da UFSM-RS, Mestre em Ciência do Movimento Humano - UFSM, Doutora em Medicina - USP.

**Endereço para correspondência:** Elhane Glass Morari-Cassol, Rua Paraíba, 215 - Bairro N.Sr<sup>a</sup> de Lurdes, CEP-97060-470 - Santa Maria - RS - Brasil  
Tel: (55)9157-6357, E-mail: [elhane@smail.ufsm.br](mailto:elhane@smail.ufsm.br)

**Título abreviado:** Desconforto músculo-esquelético no pós-parto

## Resumo

O desconforto músculo-esquelético (DME) é uma queixa comum entre as puérperas freqüentemente atribuído à sobrecarga física que está relacionada aos cuidados com o bebê e à amamentação, porém esse tema não têm sido pesquisado. Sendo assim, o objetivo deste estudo é investigar o DME, nos primeiros seis meses após o parto, entre as mulheres que amamentam e as que não amamentam. Realizou-se um estudo transversal controlado, envolvendo 76 primíparas distribuídas em dois grupos, Grupo 1 (G1), composto por 38 mulheres que amamentavam e Grupo 2 (G2), com 38 mulheres que não amamentavam. Aplicou-se um questionário que forneceu informações gerais sobre a mulher, o seu filho, a amamentação e os sintomas músculo-esqueléticos. Empregou-se o qui-quadrado para comparar as freqüências entre os grupos, com nível de significância de 5%. Os resultados revelaram elevado índice de DME, na amostra em geral (78,9%), sem diferença estatística significativa entre os grupos. No entanto, as mulheres do G1 referiram a amamentação como a segunda causa de seu desconforto. Esses achados evidenciam a necessidade de ampliar as investigações sobre o tema, no âmbito multiprofissional, deixando de considerá-lo como uma consequência normal do ciclo gravídico-puerperal para buscar estratégias eficazes de prevenção e tratamento. Assim, contribuir-se-á para a saúde e o bem-estar materno-infantil.

**Palavras-chave:** desconforto músculo-esquelético, pós-parto, amamentação.

## Abstract

The musculoskeletal discomfort (MSD) is a common complaint among the women who have just had a child and it is frequently attributed to the physical overload that is related to the cares with the baby and breastfeeding, however this subject is still little searched. Thus, the objective of this study is to investigate the MSD, in the first six months after the childbirth, in the women who breastfeed and do not breastfeed. A controlled transversal study was fulfilled, involving 76 women who had their first child, distributed into two groups, Group 1 (G1), composed by 38 women who breastfeed and Group 2 (G2), with 38 women who did not breastfeed. A questionnaire was applied to supply general information about the woman, her child, the breastfeeding and the musculoskeletal symptoms. The qui-square was used to compare the frequencies between the groups, with a significance level of 5%. The results revealed high index of MSD, in the general sample (78.9%), without significant statistics difference between the groups. However, the G1 women related breastfeeding as the second cause of their discomfort. These findings evidence the necessity of extending the inquiries on the subject, in the multi professional ambit, not considering it as a normal consequence of the pregnancy and after birth cycle anymore, to search efficient strategies of prevention and treatment. Thus, one will contribute for the health and maternal-infantile well-being.

**Key-words:** musculoskeletal discomfort, post-partum, breastfeeding.

## Introdução

O desconforto músculo-esquelético (DME) relaciona-se à tensão muscular devido à manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, à repetitividade de movimentos, à pressão mecânica sobre segmentos corporais e ao esforço físico que sobrecarregam músculos e tendões, assim como à sobrecarga articular desigual ou assimétrica [1]. Estudos

que investigaram o desconforto músculo-esquelético consideraram relatos de percepção física desagradável e de sintomas físicos, tais como: dor, sensação de peso, formigamento e fadiga [2,3].

O ciclo gravídico-puerperal têm se destacado como um período de risco para transtornos músculo-esqueléticos [4,5,6]. Desde a gestação, ocorrem ajustes fisiológicos no organismo da mulher. Dentre esses, o sistema músculo-esquelético é especialmente afetado pelas alterações hormonais e biomecânicas [7,8], que determinam a frouxidão músculo-ligamentar, a instabilidade articular, as mudanças no centro de gravidade e o desequilíbrio postural [9,10]. Essas alterações associadas à sobrecarga mecânico-postural, imposta pelos cuidados da mulher com seu filho, com os afazeres da casa e/ou com o trabalho, são fatores que contribuem para os sintomas de DME após o parto, que podem persistir por meses, anos ou até tornar-se permanente para algumas mulheres, interferindo em sua rotina diária e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida [11,12,13].

No puerpério, o DME acomete principalmente a região vertebral, o períneo, os membros superiores, os membros inferiores e os músculos abdominais [10,14]. A maioria dos estudos destaca a sua prevalência na coluna vertebral, com índices que variam entre 20% e 67% e evidenciam como principais fatores associados, a presença de dor nas costas antes ou durante a gravidez, o ganho de peso durante a gravidez, o esforço físico e a multiparidade [5,11,12,15,16]. Também são comumente identificados como desconforto físico durante o primeiro ano após o parto, os problemas com as mamas decorrentes da amamentação [17,18].

Existem evidências de que o posicionamento inadequado da mãe e do bebê durante a amamentação, pode levar a pega incorreta da mama pelo bebê, dificultando a sucção e originando dores e lesões mamilares, que podem causar grande desconforto para a mulher, favorecendo o desmame precoce [19,20,21]. Considerando-se que, durante a amamentação, a mulher poderá ficar por longos períodos e várias vezes ao dia em uma mesma postura, quando esta é incômoda e inadequada, além das dificuldades para amamentar podem surgir queixas de desconforto músculo-esquelético. Isso ocorre especialmente devido à sobrecarga na coluna vertebral, na cintura escapular e nos membros superiores. Porém, na maioria das vezes, esse aspecto é negligenciado pela mulher e pelo profissional da saúde.

O DME da mulher, nos primeiros meses após o parto, é muito pouco estudado, principalmente a sua relação com a amamentação. Pesquisas que investigaram a dor nas costas no pós-parto e que incluíram a amamentação entre as variáveis estudadas não encontraram associação entre o desconforto e a amamentação [5,12]. Por outro lado, em uma pesquisa recente foi observada uma maior frequência de lombalgia e cervicalgia entre mulheres que amamentavam [16]. Há também referência quanto às afecções do membro superior, em que a presença da Síndrome do Túnel Cárpico, no pós-parto, poderia estar relacionada à amamentação [22]. No Brasil, não foram encontradas publicações relacionadas ao tema.

Com base no exposto, o objetivo deste estudo é investigar o desconforto músculo-esquelético nos primeiros seis meses após o parto, entre as mulheres que amamentam e as que não amamentam.

## **Materiais e métodos**

Realizou-se um estudo transversal controlado, no período de novembro de 2005 a março de 2006, na cidade de Santa Maria-RS, com mulheres primíparas que compareceram à Unidade de Saúde José Erasmo Crosseti para vacinarem seus filhos menores de 6 meses de idade. O cálculo da amostra foi realizado no programa Epi Info 6.0, com um intervalo de confiança de 95% e com um poder de teste de 80%, estimando-se a prevalência de queixas de DME da mulher no pós-parto em 40%. Incluíram-se 10% para controle de perdas e 15% para

o controle das variáveis intervenientes, chegando-se a uma amostra total mínima de 70 mulheres. Constituiu-se uma amostra final de 76 mulheres, distribuídas em dois grupos: Grupo 1 (G1), 38 mulheres que mantinham amamentação exclusiva e Grupo 2 (G2), 38 mulheres que não amamentavam.

Admitiu-se como critérios de inclusão: ser primípara, ter mais de 18 anos, estar no mínimo com um (1) mês e no máximo com seis (6) meses de pós-parto e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídas mulheres com diagnóstico prévio de afecções músculo-esqueléticas, com problemas mentais e/ou neurológicos e com filhos gemelares. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.

Realizou-se um contato individual com as mulheres, na sala de espera do setor de vacinação da unidade de saúde referida, expondo-se os objetivos da pesquisa e cumprindo-se todas as recomendações da Resolução 196/96, do Ministério da Saúde. A coleta de dados foi feita em uma sala que permitia privacidade para o entrevistador e o entrevistado. O instrumento utilizado foi um questionário, aplicado sob a forma de entrevista, com 42 questões, abertas e fechadas, que forneceram informações sócio-demográficas e gerais sobre a mulher, o seu filho, a amamentação e os sintomas músculo-esqueléticos.

Para a investigação dos sintomas músculo-esqueléticos, utilizou-se como referencial o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, validado para a população brasileira de trabalhadores em 2002 [23] e um questionário que investigou o DME de gestantes [12]. Para a compreensão das entrevistadas, apresentou-se um diagrama do corpo humano identificando-se, uma a uma, as seis regiões anatômicas: coluna cervical, dorsal e lombar, ombros, membros superiores e membros inferiores. Fazia-se o seguinte questionamento: você sente algum desconforto físico como dor, dormência e/ou sensação de peso em alguma destas regiões do corpo? Quando a resposta era afirmativa, seguiam-se os outros questionamentos relacionados às características dos sintomas (período em que surgiram, a evolução, a frequência, a intensidade e a interferência nas atividades diárias). Para identificar a intensidade do desconforto percebido, empregou-se a Escala Visual Numérica (EVN). Ao final, acrescentou-se uma questão para verificar a percepção da mulher em relação aos seis prováveis fatores que poderiam estar relacionados ao seu desconforto: emocionais; posturas incômodas ou esforço físico enquanto cuida do bebê (PICB); posturas incômodas ou esforço físico enquanto cuida da casa (PICC); amamentação; trabalho ou outros fatores.

Após a coleta e revisão dos dados, eles foram organizados, classificados e armazenados em banco construído no programa *Excel/02*. Utilizou-se o programa *SAS 8.2* para a análise descritiva dos dados que foram distribuídos em tabelas e gráficos. Empregou-se o teste do qui-quadrado para comparar as frequências entre os grupos, considerando-se um valor de  $p < 0,05$  como estatisticamente significante.

### **Resultados e Discussão**

Na Tabela I apresentam-se as características gerais da amostra. A maior parcela das 76 mulheres foi constituída por puérperas com idade entre 21 e 30 anos, com escolaridade entre 11 e 14 anos de estudo, que viviam com o companheiro, trabalhavam fora de casa e também se envolviam com os afazeres domésticos. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos quanto a essas variáveis.

**Tabela I** – Características gerais das 76 duplas mães/bebês, por grupos

Variáveis	G1		G2		p
	n	%	n	%	
<b>Idade da mãe (anos)</b>					
Até 20	04	10,5	07	18,4	
21 a 30	21	55,3	20	52,6	
mais de 30	13	34,2	11	29,0	0,604
<b>Escolaridade (anos)</b>					
0 a 3	00	0,0	01	2,6	
4 a 7	02	5,3	00	0,0	
8 a 10	06	15,8	06	15,8	
11 a 14	21	55,3	21	55,3	
15 ou mais	09	23,6	10	26,3	n.s.a*
<b>Situação Conjugal</b>					
Com companheiro	30	79,0	34	89,5	
Sem companheiro	08	21,0	04	10,5	0,345
<b>Ocupação</b>					
Do lar	16	42,1	13	34,2	
Trabalha fora	22	57,9	25	65,8	0,637
<b>Afazer domésticos</b>					
Sim	23	60,5	27	71,0	
Não	15	39,5	11	29,0	0,468
<b>AFan†</b>					
Não	23	60,5	26	68,4	
Sim	15	39,5	12	31,6	0,632
<b>AFD‡</b>					
Não	35	92,1	32	84,2	
Sim	03	7,9	06	15,8	0,478
<b>AFAp§</b>					
Não	36	94,7	36	94,7	
Sim	02	5,3	02	5,3	0,607
<b>Ganho de peso (Kg)</b>					
6 a 12	18	47,3	19	50,0	
13 a 18	14	36,9	11	29,0	
19 a 24	06	15,8	08	21,0	0,714
<b>Tipo de parto</b>					
Cesáreo	30	79,0	33	86,9	
Vaginal	08	21,0	05	13,1	0,542
<b>Idade gestacional</b>					
Pré-termo	03	7,9	04	10,5	
Termo	35	92,1	34	89,5	0,842
<b>Idade do bebê (meses)</b>					
< 3	30	78,9	15	39,5	
3 a 6	08	21,1	23	60,5	0,001
<b>Peso do bebê (gramas)</b>					
3501 a 5500	24	63,1	12	31,6	
5501 a 7500	12	31,6	17	44,7	
7501 a 9500	02	5,3	09	23,7	0,009

\*não se aplica; †AFAn: Atividade Física Antes da gestação; ‡ AFD: Atividade Física Durante a gestação; §AFAp: Atividade Física Após o parto

A prática de atividade física regular considerada aquela realizada, no mínimo, três vezes por semana com duração mínima de 30 minutos, não era realizada pela maioria da amostra, sem diferença estatística entre os grupos. Chamou-nos a atenção a diminuição progressiva dessa prática ao longo dos períodos considerados, sendo que após o parto apenas 5,3% das mulheres realizava alguma atividade física. Relação semelhante foi encontrada na pesquisa realizada por Domingues & Barros [24], na qual foram entrevistadas 4.471 mulheres

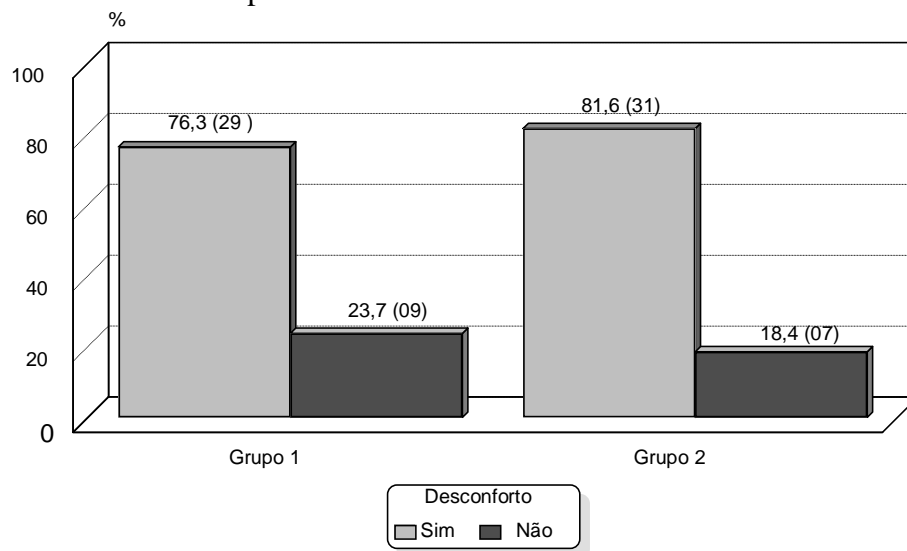
logo após o parto para verificar a frequência de atividade física de lazer, 14,8% realizavam atividade antes da gravidez e 12,9%, durante a gravidez, sendo que no primeiro trimestre, 10,4% das mulheres realizaram atividade física, no segundo, 8,5% e no terceiro, 6,5%. Esses resultados sugerem o pouco conhecimento e/ou a pouca importância dada pelas mulheres e pelos profissionais da saúde quanto aos benefícios dos exercícios físicos durante esses períodos, conforme recomenda a literatura [25,26].

O ganho de peso predominante, durante a gravidez, foi de 6 a 12Kg considerado um ganho adequado [9]. A gestação da maioria das mulheres foi a termo e o parto cesáreo sem diferenças estatísticas significantes entre os grupos.

No G1, predominaram bebês com idade entre 1 e 3 meses que pesavam entre 3501 a 5500g e no G2 bebês entre 3 e 6 meses pesavam entre 5501 a 7500g. Essa diferença entre as idades e os pesos foi estatisticamente significativa, com  $p=0,001$  e  $p=0,009$  respectivamente. Justifica-se a dificuldade no controle dessas variáveis devido a composição dos grupos, um com amamentação exclusiva e outro sem amamentação. Conforme os últimos dados obtidos pelo Ministério da Saúde, em 1999, a mediana de amamentação exclusiva no Brasil era de 23 dias nas capitais [27].

Um percentual considerável do total de mulheres, 78,9% (60), queixou-se de DME nos primeiros seis meses após o parto, distribuindo-se de forma semelhante nos dois grupos, 76,3% no G1 e 81,6% no G2, conforme Figura 1. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos ( $p=0,778$ ).

**Figura 1 - Representação do desconforto músculo-esquelético nos Grupos 1 e 2**



A literatura em geral evidencia o puerpério como um período propício para tais desconfortos [9,10,14] e a prevalência é variável de acordo com o período da investigação, a região corporal acometida e a metodologia utilizada. Considerando-se principalmente a coluna vertebral, a prevalência varia entre 20% a 67% conforme diferentes estudos da literatura internacional [5,11,15,16]. Não se conhecem índices dessa prevalência no Brasil.

Observou-se uma frequência de DME ligeiramente maior no G2, em relação ao G1, que se poderia atribuir à idade e ao peso dos bebês e, por ser comum, a relação entre a sustentação de peso e o desconforto físico, porém esse resultado não se confirmou, uma vez que não houve diferença estatística significativa entre os grupos.

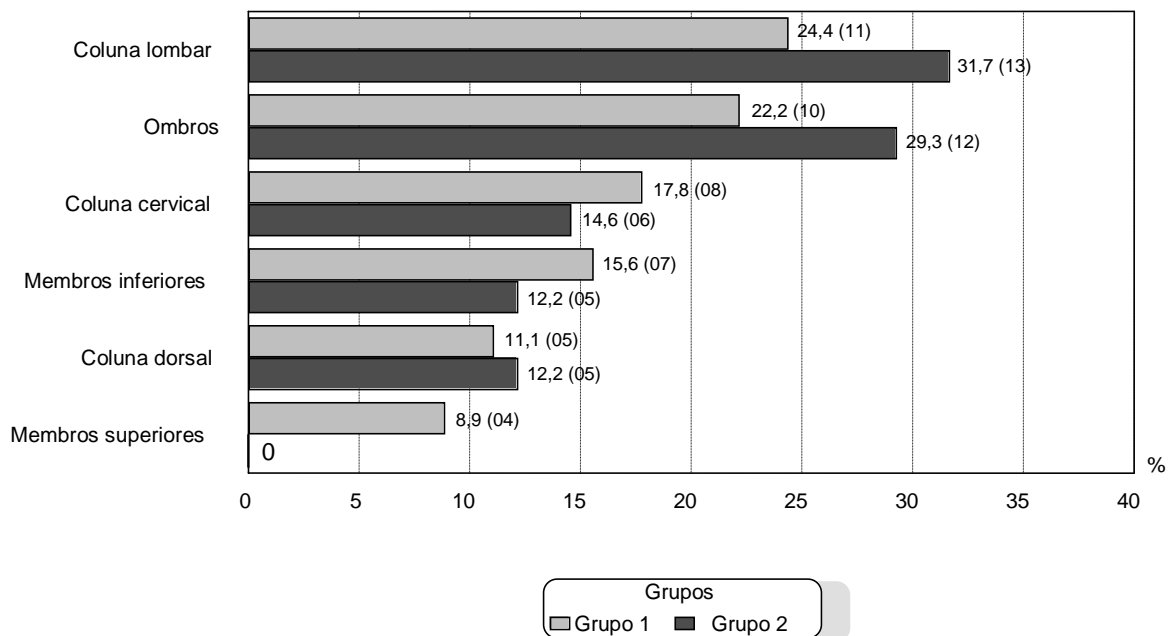


Ressalta-se, ainda, que as informações relativas à amamentação mostraram que os problemas com as mamas como o trauma mamilar, o ingurgitamento, a malformação e a dor mamilar foram freqüentes no G1, 68,4% (26). Como as intercorrências da mama puerperal causam grande desconforto físico para a mulher [20,21], os índices encontrados podem ter contribuído para o DME do G1 ao se considerar que o desconforto nas mamas pode favorecer a tensão muscular e a adoção de posturas antálgicas, que originam ou exacerbam sintomas dolorosos [1].

Em uma pesquisa prospectiva [16], que verificou a repercussão do tipo de parto e da amamentação na recuperação de 716 mulheres, cinco semanas após o parto, os autores destacaram a associação significativa entre amamentação e sintomas físicos como fadiga, lombalgia e cervicalgia. A freqüência de lombalgia e cervicalgia foi de 46,5% entre as 480 mulheres que amamentavam e de 36,9% entre as 236 mulheres que não amamentavam. Outra pesquisa [28], que investigou a fadiga, sintoma que as mães freqüentemente associam à amamentação, observou 253 mulheres, em três diferentes períodos do pós-parto, de 2 a 4 dias, de 6 semanas e 12 semanas. Com isso, verificou que não houve diferença significativa em relação à percepção de fadiga entre o grupo de mulheres que amamentava e o grupo que alimentava seu filho com mamadeira.

Nesse estudo, entre as 60 mulheres que referiram DME, as regiões corporais mais citadas, de forma isolada ou combinada, foram a coluna lombar e os ombros seguidas da região cervical, dos membros inferiores, da coluna dorsal e dos membros superiores, conforme ilustra a Figura 2. A comparação entre as freqüências evidenciou que os grupos são estatisticamente iguais ( $p=0,842$ ).

**Figura 2** - Distribuição das seis regiões corporais, por grupos, conforme a freqüência com que foram referidas, isoladamente e combinadas com outras regiões



Considerando-se que a mulher se encontra em uma fase de readaptação de seu centro de gravidade e de involução dos fenômenos fisiológicos do pós-parto, a referência simultânea de desconforto em mais de uma região pode ser explicada pela busca de compensação, na qual a mulher procura conforto e equilíbrio corporal.

Os resultados encontrados, referentes às regiões corporais acometidas pelo DME, estão de acordo com a literatura, que destaca a dor nas costas, em especial a lombalgia, como a queixa mais freqüente e também a mais investigada nos períodos gestacional e pós-parto [4,5,29]. A dor nos ombros, associada a cervicalgia, foi observada em um grupo de 2413 mulheres, por Schytt, Lindmark & Waldenström [15] com um percentual de 29,4% aos 2 meses após o parto e de 35,5% um ano após o parto.

Esperava-se que o DME, na região lombar, fosse mais acentuado entre as mulheres do G1, considerando-se que comumente são utilizadas posturas inadequadas para amamentar, ou seja, sentam-se sem apoio nas costas e na região glútea e/ou inclinam-se sobre o bebê [11]. Essas posturas favorecem a retroversão pélvica com conseqüente retificação da coluna lombar, que podem originar desconforto quando utilizadas repetidamente [30].

Na Figura 3, distribuem-se as características do DME nas seis regiões corporais, com seus percentuais, nos grupos 1 e 2. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos quanto às características investigadas, mas considerou-se relevante destacar alguns aspectos de cada região.

Na região lombar, que apresentou o maior índice de desconforto, havia predomínio de dor moderada, quase todo o dia, que não interferiu nas atividades diárias da mulher, a qual não buscou tratamento para o alívio dos sintomas.

Existem evidências de que um dos principais fatores associado à dor nas costas após o parto e a sua persistência até um ou dois anos é a história prévia de dor nas costas antes ou durante a gravidez [5,12,31]. Nessa pesquisa observou-se que a maioria das mulheres do G1 referiu desconforto na região lombar desde antes da gravidez, já as do G2 perceberam os sintomas no transcorrer da gravidez. As mulheres de ambos os grupos referiram que os sintomas diminuíram no pós-parto. Ostgaard, Roos-Hansson & Zetherström [32] verificaram que a lombalgia tende a melhorar nos primeiros seis meses após o parto. Por outro lado, uma pesquisa [15] constatou que a freqüência de queixas de lombalgia aumentou um ano após o nascimento do bebê em um grupo de 2413 mulheres que já havia sido investigado aos dois meses.

As características do DME na região dos ombros revelam que, nos dois grupos, o tipo de desconforto mencionado com maior freqüência foi a dor e a sensação de peso, ocorrendo, diariamente e com intensidade moderada. No G1, a maioria relatou o surgimento do sintoma antes da gravidez e no G2 após o parto, bem como afirmou que não houve interferência em suas atividades diárias e não procuraram tratamento. Entre as seis mulheres que referiram alguma interferência, uma, do G1, relatou que o desconforto nos ombros interferia na amamentação e as outras cinco, do G2, nos cuidados com o bebê, com a casa e no sono.

A coluna cervical foi o terceiro local mais citado pelas mulheres como região de desconforto. No G1, o surgimento do sintoma distribuiu-se em antes da gravidez e após o parto, no G2 a maioria relatou que o desconforto surgiu antes da gravidez e consideraram que os sintomas ainda eram os mesmos. A freqüência mais citada foi a de quase todo dia nos dois grupos. A intensidade foi moderada para a maioria das mulheres do G1, distribuindo-se entre moderada e forte no G2. Observa-se ainda que, no G1, 87,5% das mulheres afirmou que não houve interferência em suas atividades diárias, no G2, 50% consideraram que o desconforto na região cervical interferia nos cuidados com o filho, além de associar-se à cefaléia. Nesse grupo, a maioria, 66,7%, procurou tratamento.

**Figura 3** - Percentual das características do DME nas seis regiões corporais, por grupos .

Características DME	Regiões corporais											
	Lombar		Ombros		Cervical		MI*		Dorsal		MS**	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
<b>Tipo</b>												
Dor	100	77	50	42	75	50	29	40	100	80	50	
Dormência			10	16		17	29					
Sensação de peso		23	40	42	25	33	42	60		20	50	
<b>Quando surgiu</b>												
Antes da gravidez	45	23	60	25	50	50				20		
Durante a gravidez	27	46		08		17	86	60		20		
Após o parto	27	31	40	67	50	33	14	40	100	40	100	
<b>Evolução†</b>												
Igual	25	11	67	25	75	50	33		100	33	100	
Diminuiu	37	67		25			33	33		67		
Aumentou	37	22	33	50	25	50	33	67				
<b>Frequência</b>												
Infrequente ‡		08	10									
Frequente §	09	31	10	25	12	33	29					
Quase todo dia	63	31	30	25	63	50	29	80	80	80		
Diariamente	37	31	50	50	25	17	42	20	20	20	100	
<b>Intensidade</b>												
Fraca	18	08								20		
Moderada	54	69	90	92	75	50	100	100	80	80	100	
Forte	27	23	10	08	25	50			20			
<b>Interfere dia-a-dia</b>												
Não	73	54	90	58	88	50	86	80	60	60	75	
Sim	27	46	10	42	12	50	14	20	40	40	25	
<b>Tratamento</b>												
Não	100	77	90	92	100	33	100	100	100	80	100	
Sim		23	10	08		67				20		

\*Membros inferiores; \*\* Membros superiores; † Considerou-se os relatos de desconforto desde antes da gravidez ou desde a gravidez; ‡ 1 a 3 vezes/mês; § 1 vez/semana

Quanto aos membros inferiores, o tipo de desconforto mais referido, nos dois grupos, foi a sensação de peso, ocorrendo em ambos os membros, desde a gravidez, com frequência quase diária e de intensidade moderada para 100% das mulheres. A sensação de peso nos membros inferiores é comum na gravidez e está relacionada aos distúrbios circulatórios, que podem persistir no pós-parto [11] e, ainda, associar-se ao aumento na demanda dos membros inferiores durante os cuidados com a criança. Quanto ao período em que surgem os sintomas, foi encontrado resultado semelhante em uma pesquisa realizada com 107 mulheres, seis semanas após o parto, na qual o desconforto nas pernas e nos pés havia iniciado no segundo e terceiro trimestre da gestação [6].

Na região dorsal, nos dois grupos, houve predomínio de dor, que surgiu após o parto, com frequência quase diária e de intensidade moderada. Chama a atenção no G1, que 100% dos relatos de desconforto surgiram após o parto. A literatura destaca que a dorsalgia nesse período, relaciona-se ao aumento do peso das mamas, à má postura ao amamentar e ao cuidar do bebê [10]. Entre as que referiram interferência desse desconforto, no seu dia-a-dia, uma foi na amamentação, enquanto as outras nos cuidados com o bebê e com a casa.

Quatro mulheres, todas do G1, apresentaram dor e sensação de peso nos membros

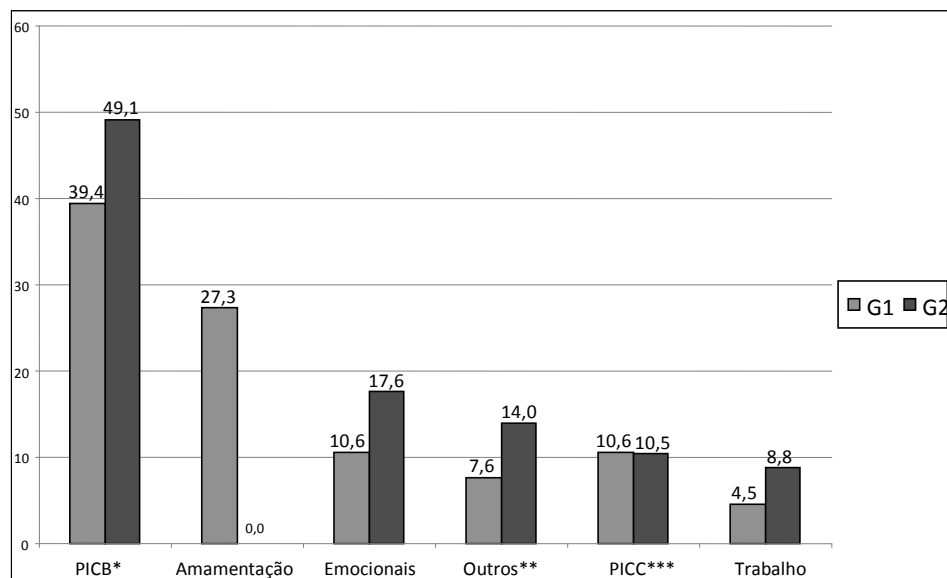
superiores, que surgiram após o parto, com frequência diária e intensidade moderada. Quanto à interferência nas atividades diárias, apenas uma relatou-a nos cuidados com o bebê. A literatura pontua que o desconforto nos membros superiores, após o parto, pode estar relacionado às atividades diárias da mulher com a casa e com o bebê, que se intensificam neste período [4].

Chama a atenção que na maioria dos relatos, independentemente da região acometida, o tipo de desconforto mais percebido foi o de dor, com exceção dos membros inferiores que foi sensação de peso. Justifica-se esse resultado, uma vez que a dor é o sintoma principal e o mais lembrado quando se abordam os desconfortos físicos [33].

Um dos aspectos que também chamou a atenção, na amostra estudada, foi a intensidade moderada dos sintomas e a sua frequência quase diária, mesmo assim, a maioria das mulheres relatou que não houve interferência no seu dia-a-dia e que não procurou tratamento. Aquelas que buscaram alívio foi através da automedicação, utilizando analgésicos. Esses resultados caracterizam a banalização dos sintomas por parte das mulheres, que não verbalizam suas queixas e não buscam auxílio, por considerá-los normais, suportáveis e por priorizarem o bem-estar do filho em detrimento do seu.

Na percepção das mulheres, os fatores mais comumente relacionados ao desconforto, de forma isolada ou combinada, distribuíram-se de forma semelhante nos dois grupos (Figura 4). As posturas incômodas e/ou o esforço físico enquanto cuidam do bebê (PICB) como a troca de fraldas, o banho e o pegar no colo foi o fator mais citado, 39,4% (26) no G1 e 49,1% (28) no G2. Vale dizer que as regiões corporais mais referidas, como relacionadas às PICB foram a coluna lombar (28%) e os ombros (27%).

**Figura 4** - Percentual dos fatores relacionados ao desconforto músculo-esquelético, de forma isolada e combinada, por grupos



\* Posturas incômodas ou esforço físico, enquanto cuida do bebê

\*\* Aumento de peso, sedentarismo, má postura, fadiga

\*\*\* Posturas incômodas ou esforço físico, enquanto cuida da casa

Ao se investigar a postura das mulheres nos cuidados com o bebê, verificou-se que a maioria utilizava local ergonomicamente inadequado, geralmente muito baixo, obrigando-as a curvar-se e/ou rodar o tronco para manusear o filho. A execução desses movimentos envolve,

principalmente, a coluna lombar, assim como os ombros para a sustentação do bebê. Considerando-se que essa tarefa é executada várias vezes ao dia, percebe-se um fator de risco, em potencial, para o desconforto ou até lesões nessas regiões.

A amamentação foi o segundo fator de desconforto apontado pelo G1 com um percentual de 27,3% (18). As regiões com desconforto, relacionadas à amamentação, são a coluna lombar (29%), a cervical (29%), os ombros (25%) e a coluna dorsal (17%).

Destaca-se que a maioria dessas mulheres já amamentava por um período de um a três meses mais de oito vezes em 24 horas e na posição sentada. A posição sentada é considerada um fator de risco para a coluna vertebral, pois é a que proporciona maior pressão nos discos intervertebrais, sobrecarregando principalmente a região lombar e predispondo a dor, a dormência, a sensação de peso e outros desconfortos [30,34]. Em relação à coluna cervical deve-se considerar que a posição comumente assumida pelas mães é de flexão e rotação. A maioria delas olha para o bebê enquanto amamenta e a postura encurvada, fornece níveis mais elevados de pressão intradiscal do que a postura ereta [34], contribuindo para a presença de desconforto.

Constatou-se, ainda, que os problemas emocionais foram citados como relacionados ao desconforto, principalmente pelas mulheres do G2 que referiram dor na região cervical. O puerpério é um período de grande labilidade emocional e alguns trabalhos enfatizam a associação desse aspecto com o desconforto físico [35] e também com a amamentação [36].

## Conclusão

Este estudo constituiu uma primeira aproximação com a temática do desconforto músculo-esquelético no pós-parto e a amamentação. Encontrou-se elevada frequência de relatos de DME entre as mulheres, nos primeiros seis meses após o parto principalmente na região lombar e nos ombros, independentemente de estarem amamentando ou não.

Também foram observados índices relevantes de desconforto na região lombar, cervical, nos ombros e na região dorsal, atribuídos pelas mulheres à amamentação, considerada como a segunda causa de desconforto no G1, inferior apenas às posturas incômodas ou esforço físico enquanto cuidam do bebê.

Este trabalho também permitiu identificar algumas características do DME no pós-parto que podem estar relacionadas à amamentação, exigindo estudos adicionais para sua investigação. Por fim, verificou-se que o desconforto músculo-esquelético é real e que precisa ser mais valorizado tanto pela mulher quanto pelo profissional da saúde, deixando de considerá-lo como uma consequência normal do ciclo gravídico-puerperal para buscar estratégias eficazes de prevenção e tratamento. Dessa forma, contribuir-se-á para o bem-estar da mãe e do bebê, condição essencial ao aleitamento materno e à saúde materno-infantil.

## Referências

1. Cailliet R. Mecanismos dos aspectos regionais da dor. In: Cailliet R. Dor: mecanismo e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 1999. cap.7, p.121-45.
2. De Conti MHS, Calderon IMP, Consonni EB, Prevedel TTS, Dalbem I, Rudge MVC. Efeito de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. Rev Bras Ginecol Obstet 2003; 25: 647-54.
3. Coury HJCG. Self-administered preventive programme for sedentary workers: reducing musculoskeletal symptoms or increasing awareness? Appl Ergon 1998; 29:415-21.
4. Borg-Stein J, Dugan S, Gruber J. Musculoskeletal aspects of pregnancy. Am J Phys Med Rehabil 2005; 84: 180-92.
5. Östgaard HC, Andersson GBJ. Postpartum low-back pain. Spine 1992; 17: 53-55.

6. Vullo VJ, Richardson JK, Hurvitz EA. Hip, knee, and foot pain during pregnancy and the postpartum period. *J Fam Pract* 1996; 43:63-68.
7. Östgaard HC, Andersson GBJ, Schultz AB, Miller JAA. Influence of some biomechanical factors on low-back pain in pregnancy. *Spine* 1993; 18: 61-65.
8. MacLennan AH. The role of the hormone relaxin in human reproduction and pelvic girdle relaxation. *J Rheum Scand* 1991;88:7-15.
9. Rezende J. *Obstetrícia*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
10. Polden M, Mantle J. *Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia*. 2.ed. São Paulo: Santos, 2000.
11. Östgaard HC, Zetherström G, Roos-Hansson E. Back pain in relation to pregnancy: a 6-year follow-up. *Spine* 1997; 15:2945-50.
12. To WWK, Wong MWN. Factors associated with back pain symptoms in pregnancy and the persistence of pain 2 years after pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82:1086-91.
13. Nilsson-Vikmar L, Pilo C, Pahlbäck M, Harms-Ringdahl K. Perceived pain and self-estimated activity limitations in women with back pain post-partum. *Physiother Res Inter* 2003; 8: 23-35.
14. Stephenson RG, O'Connor LJ. Fisioterapia e cuidados pós-parto. In: *Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia*. São Paulo: Manole, 2004. cap.11, p.469-76.
15. Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *Br J Obstet Gynaecol* 2005; 112:210-17.
16. McGovern P et al. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *Ann Fam Med* 2006; 4: 159-67.
17. Glazener CMA, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russel I. Post-natal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:282-87.
18. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population-based survey. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:156-61.
19. Cernadas JMC, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact* 2003; 19: 136-44.
20. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr* 2004; 80: 147-54.
21. Morland-Schultz K, Hill PD. Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. *JOGNN* 2005; 34: 428-37.
22. Wand JS. Carpal tunnel syndrome in pregnancy and lactation. *J Hand Surg* 1990; 15: 93-95.
23. Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. *Rev Saúde Pública* 2002; 36: 307-12.
24. Domingues MR, Barros AJD. Atividade física de lazer entre as gestantes da coorte de nascimento de Pelotas de 2004. *Rev Saúde Pública* 2007; 41: 173-80.
25. American College of Obstetricians and Gynecologists. Exercise during pregnancy and the postpartum period. *Clin Obstet Gynecol* 2003; 46: 496-99.
26. Artal R, Wiswell RA, Drinkwater BL. *O exercício na gravidez*. 2.ed. São Paulo: Manole, 1999.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
28. Callahan S, Séjourné N, Denis A. Fatigue and breastfeeding: an inevitable partnership? *J Hum Lact* 2006; 22: 182-87.
29. Mogren IM, Pohjanen AI. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence

- and risk factors. *Spine* 2005; 30: 983-91.
30. Viel E, Esnault M. Comportamento mecânico da coluna vertebral. In: *Lombalgias e cervicalgias da posição sentada*. São Paulo: Manole, 2000. 3-26.
  31. Breen TW, Ransil BJ, Groves PA, Oriol NE. Factors associated with back pain after childbirth. *Anesthesiology* 1994; 81: 29-34.
  32. Östgaard HC, Roos-Hansson E, Zetherström MG. Regression of back and posterior pelvic pain after pregnancy. *Spine* 1996; 21: 2777-80.
  33. Teixeira MJ, Teixeira WGJ, Kraychete DC. Epidemiologia geral da dor. In: *Teixeira MJ. Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio, 2003. cap.2, p.53-66.
  34. Oliver J, Middleditch A. Postura. In: *Anatomia funcional da coluna vertebral*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. cap.10, p.293-313.
  35. Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107: 1194-1201.
  36. Pamplona V. Aspectos psicológicos na lactação. In: *Carvalho MR, Tamez, RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap.8, p.96-105.