Dor lombar relacionada com a gravidez – revisão bibliográfica

Pregnancy-related low back pain – literature review

Ana Rita Vergílio Alves^{1,3} e Lúcia de Jesus Marques Gonçalves^{2,3}

¹Interna de Formação Específica de Anestesiologia, ²Assistente Graduada em Anestesiologia, ³Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar de Leiria, Portugal

Resumo

O progresso na redução da taxa de mortalidade materna tem permitido uma ênfase crescente na morbilidade materna, com vista à promoção do bem-estar e da saúde mental da grávida. O grupo de trabalho de Morbilidade Materna da Organização Mundial de Saúde definiu morbilidade materna como “qualquer condição de saúde atribuída e/ou agravada pela gravidez e parto e que tem um impacto negativo no bem-estar da mulher”. A dor lombar relacionada com a gravidez é uma queixa comum entre as mulheres grávidas, apresentando consequências globais não só físicas, como também psicológicas, sociais e económicas. Num ano dedicado pela International Association for the Study of Pain à patologia da dor lombar, propomos um artigo de revisão referente à dor lombar relacionada com a gravidez, no qual destacaremos os principais conceitos e recomendações atuais quanto à sua prevenção e tratamento.

Palavras-chave: dor lombar; gravidez; revisão.

Abstract

Overall progress in maternal mortality rate reduction has placed emphasis on maternal morbidity, in order to promote maternal well-being and mental health. The World Health Organization's Maternal Morbidity Working Group defined maternal morbidity as “any health condition attributed to and/or aggravated by pregnancy and childbirth that has a negative impact on the woman's wellbeing”. Low back pain related to pregnancy is a common complaint amongst pregnant women, with global consequences not only physical, but also psychological, social and economic. In a year dedicated by the International Association for the Study of Pain to low back pain, we propose a review article overviewing low back pain related to pregnancy, in which we will highlight the main current concepts and preventive/treatment recommendations.

Key-words: low back pain; pregnancy; review.

Introdução

A dor lombar (DL) é uma queixa comum entre as mulheres durante a gravidez, com impacto significativo na sua qualidade de vida e representando uma causa comum de incapacidade laboral nesta população¹⁻¹⁰.

A DL relacionada com a gravidez (DLRG) aparenta ser multifatorial e tem uma apresentação semelhante à DL experienciada por mulheres não-grávidas, acometendo principalmente a região da coluna lombar, acima do sacro^{1,4}. Estima-se que aproximadamente

Autor para correspondência:

Nome: Ana Rita Vergílio Alves

Centro Hospitalar de Leiria,
Leiria, Portugal

Email: rita.vergilio.alves@gmail.com

Data de receção: 01-06-21

Data de aceitação: 29-10-21

DOI: 10.24875/DOR.M21000011

Disponível online: 14-12-2021

DOR. 2021;28(1):18-25

www.dor.pt

0872-4814/© 2021 Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Postado por Permanyer. Este é um artigo open access sob a licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

50% da população grávida apresentará algum tipo de DL durante a gravidez ou no período pós-parto^{1-5,8-10}, embora se acredite que esta prevalência esteja subestimada³. Apesar desta elevada prevalência, a DL durante a gravidez continua, em muitas situações, a ser considerada um fenómeno natural^{3,7}, encontrando-se subtratada^{2,3,7}. Esta negligência pode contribuir para a inatividade física durante a gravidez, resultando numa maior incidência de complicações obstétricas^{2,3}.

Prevalência

São vários os estudos que se têm dedicado à epidemiologia da DLRG, mostrando haver uma grande variação na sua incidência, com percentagens que variam de 25 a 90% das grávidas^{4,7,9-11}. A maioria deles estima, contudo, que 50% das mulheres grávidas sofrerão de DLRG1-4. Tal variação acredita-se que ocorra, em parte, devido à falta de um sistema de classificação universalmente aceite⁴.

Geralmente, a DLRG inicia-se por volta da 18.ª semana de gestação, com uma incidência de, aproximadamente, 62% entre a 12.ª e a 18.ª semanas na população de grávidas que a desenvolverão⁴. O pico ocorre entre a 24.ª e a 36.ª semanas^{4,9,11}. A maioria das mulheres é afetada durante a primeira gravidez¹.

Etiologia

A causa exata da DLRG encontra-se pouco compreendida, sendo muitas vezes considerada de natureza multifatorial e associada a alterações biomecânicas, vasculares e hormonais que ocorrem durante este período^{1-5,9,11}. Dentro das alterações biomecânicas destaca-se o ganho de peso durante a gravidez, o aumento do diâmetro sagital abdominal, do volume mamário, e o consequente deslocamento do centro de gravidade corporal para a frente, seguidas de alterações no padrão de carga das articulações da coluna lombar e dos ligamentos sacroilíacos^{1,4-6,9,11}. Do ponto de vista vascular, a compressão dos grandes vasos abdominais pelo útero grávidico em crescimento causa estase venosa e hipoxemia, comprometendo a atividade metabólica das estruturas nervosas, em particular no último trimestre^{4,9,11}. A nível hormonal, ocorre uma laxidão ligamentar relacionada com o aumento dos níveis de progesterona, estrogénio e relaxina, fazendo com que as articulações da anca e da coluna se tornem menos estáveis e, portanto, mais suscetíveis ao stress e à dor^{1,4,5,9-11}.

Diagnóstico

O diagnóstico de DLRG é essencialmente clínico, baseado nos sintomas⁴. A dor localiza-se numa região delimitada superiormente pelo processo espinhoso da última vértebra torácica, inferiormente pelo sacro, e lateralmente pelas bordas laterais do músculo eretor da espinha^{1,4,10-11}. Frequentemente, irradia para a parte póstero-lateral da coxa, joelho e tornozelo, mas não para o pé^{1,4,11}.

Os principais fatores de agravamento são: ortostatismo, posição sentada, tossir, caminhar e o ato de fazer força durante a defecação^{4,6,11}. A DLRG é geralmente também exacerbada pela flexão anterior da coluna, causando restrição dos movimentos na região lombar, e pela palpação dos músculos eretores da espinha^{4,6,11}. Cerca de 67% das grávidas referem dor durante a noite¹¹.

Diversos questionários têm vindo a ser aplicados em grávidas com DLRG com a finalidade de avaliar a funcionalidade e direcionar o tratamento mais adequado caso a caso: *Quebec Back Pain Disability Scale*, *Roland-Morris*, *Oswestry* e *Disability Rating Index* – embora nenhum tenha sido desenvolvido especificamente para a DLRG. Ao contrário dos anteriores, o *Pregnancy Mobility Index* foi criado para avaliar a mobilidade e qualidade de vida de mulheres grávidas que sofrem de DLRG^{1,4}.

O recurso a exames de imagem pode ser necessário e está indicado principalmente quando sinais de alerta estão presentes. Preferencialmente deve-se optar por aqueles com radiação não ionizante, como a ultrassonografia e a ressonância magnética nuclear^{2,4}. Estudos eletrofisiológicos também são uma alternativa, contudo, a sua baixa taxa de uso pode dever-se à preferência do doente, à urgência da apresentação ou à falta de sugestão dos profissionais de saúde².

Diagnóstico diferencial

Um exame físico completo, associado a uma boa história clínica que inclua os pontos-chave como a localização da dor, o seu carácter e a gravidade, fatores de agravamento/alívio; a incapacidade resultante e os testes de provocação de dor são fulcrais num diagnóstico diferencial¹.

Fazem parte dos principais diagnósticos diferenciais: cialgia, meralgia parestésica, dor torácica/costal, coccigodinia, aborto espontâneo, osteomielite, osteoartrite da coluna, síndrome de cauda equina, doença neoplásica metastática, diátese dos retos abdominais,

doença do disco intervertebral, envolvimento das articulações facetárias e da articulação sacroilíaca, entre outros¹¹. A dor pélvica relacionada com a gravidez é uma entidade distinta, mas muitas vezes confundida com a DLRG, sendo também importante reconhecer a diferença entre ambas^{1,4,11}.

Fatores de risco

A literatura refere que mulheres com história de DL crônica previamente à gravidez, associada, por exemplo, à menstruação^{1,9,11} e/ou excesso de peso^{1,3,4,9-11}, podem apresentar maior probabilidade de sofrer de DLRG, tanto mais intensa como de maior duração após o parto^{1,3}. O número de gestações anteriores^{1,3,7,11}, e uma idade materna jovem^{3,7,9,11} também parecem aumentar o risco. Aponta-se que 85% das mulheres com DL numa gravidez anterior desenvolverão DL na gravidez subsequente^{1,4}. História de trauma pélvico também é fator de risco amplamente aceite no desenvolvimento de DLRG^{1,10}. Um estudo usando o questionário Roland Morris sugere que o sexo masculino do feto pode ser um fator preditivo para DLRG¹. Os anticoncepcionais orais e o intervalo de tempo desde a última gravidez não são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de DLRG^{1,11}. Também a anestesia/analgesia epidural ou o bloqueio subaracnoideu realizados durante o trabalho de parto não estão associados a um risco maior de DL pós-parto persistente¹.

É importante salientar que os dados atuais sugerem existir uma relação entre a intensidade de DLRG, níveis de catastrofização da dor, depressão e ansiedade. Grávidas com DLRG têm uma probabilidade três vezes maior de apresentar sintomas de depressão pós-parto do que grávidas sem DLRG^{4,10,11}.

Prevenção

É importante informar as futuras mães, especialmente aquelas com fatores de risco para o seu desenvolvimento, sobre os sintomas de alerta da DLRG, e encorajá-las a procurar ajuda diferenciada com o intuito de reduzir as comorbidades associadas¹.

As grávidas devem ser orientadas sobre como podem manter uma postura adequada durante as atividades quotidianas. Foi comprovado que um programa de treino de 12 semanas durante a gravidez é eficaz na prevenção da lombalgia às 36 semanas de gestação. A atividade física antes da gravidez associada a programas de educação de fortalecimento

musculoesquelético encontra-se também correlacionada com uma diminuição do risco de desenvolver DLRG^{1,4,6,11}. É essencial que estas mulheres sejam orientadas a utilizar assentos, almofadas e camas adequadas, bem como técnicas de levantar e deitar na cama, para que o corpo se mantenha numa posição ergonómica^{1,4,6}.

Tratamento

Apenas 50% das mulheres que sofrem de DLRG procuram a orientação de um profissional de saúde, e dessas, só 70% recebem algum tipo de tratamento^{1,3}.

A identificação e o tratamento precoces, tendo em consideração a individualidade de cada grávida, são fundamentais para alcançar o melhor resultado possível.

O tratamento conservador e multimodal é o *gold standard*, e inclui educação postural, programas de exercícios e cintas de estabilização, ioga, hidroginástica, por vezes com a necessidade de incorporar a fisioterapia, estimulação elétrica nervosa transcutânea, acupuntura e massagem (Tabela 1). Estas medidas têm-se mostrado eficazes no tratamento da DLRG e muitas delas são recomendações de primeira linha^{1,2,4,6-9,11-19}.

O tratamento farmacológico recorre ao uso de analgésicos de diferentes classes com riscos de saúde para a grávida bem documentados e, na grande maioria das situações, com resultados não satisfatórios, levando muitas mulheres a considerar a DLRG como um desconforto inevitável com o qual têm de conviver durante a gravidez (Tabela 1)^{4,11}. Quanto aos antidepressivos, anticonvulsivantes e anestésicos locais, parecem ser uma boa alternativa durante a gestação (Tabela 1). A maioria dos tratamentos com opioides durante a gravidez são de curta duração, mas as mulheres que usam opioides cronicamente antes da gestação têm necessidade de manter o seu uso frequentemente até ao parto (Tabela 1).

O uso de corticoides no espaço epidural durante este período é controverso, apesar de uma dose única apresentar baixo risco para o feto (Tabela 1)^{2,4,13}. A analgesia epidural parece ter bons resultados quando administrada, tanto em dose única como num curto intervalo de tempo, em períodos de dor não controlada (Tabela 1). Contudo, deve ser considerada como um método temporário de alívio da dor até ao nascimento^{2,4,13}.

A intervenção cirúrgica da coluna lombar em mulheres grávidas apresenta riscos para a mãe e para

Tabela 1. Tipos de terapêuticas usadas na DLRG, as suas indicações, as contraindicações e os níveis de evidência.

Tipo de terapêutica		Indicação	Efeitos adversos/ contraindicações	Nível de evidência
Estratégias conservadoras	1. Programas de Educação ^{1-4,11-13, 15-17} – Exercícios de estabilização do pavimento pélvico, de fortalecimento e exercícios repetitivos direcionais – Técnicas posturais – Atividades de <i>fitness</i> – Hidroterapia – Caminhadas – Técnicas de relaxamento – Ioga	– Técnicas comumente usadas na prevenção e redução da DLRG; – Consistem no fortalecimento dos músculos do tronco de forma a estabilizar a coluna; – Exercícios de flexão ajudam a fortalecer os músculos abdominais e diminuem a lordose lombar; – Exercícios de extensão ajudam no fortalecimento dos músculos paravertebrais; – Adoção de posturas ergonômicas: aprender a estar de pé, andar ou dobrar-se corretamente.		– Redução dos <i>scores</i> de dor e incapacidade; – Maior alívio na intensidade da dor; – Melhoria da qualidade de vida; – Menor taxa de absentismo; – Sem evidência no período que antecede a gravidez – são necessários mais estudos na identificação do tipo, duração e custos destes programas.
	2. Uso de dispositivos ^{2-4,15}	– Nos estádios mais avançados da gestação: • Almofadas: adaptadas suportam o abdómen quando a grávida adota a posição de decúbito lateral; • Cintos pélvicos: pressionam as superfícies articulares promovendo a estabilidade e a redução da mobilidade da articulação sacroilíaca.	– Cintos pélvicos não rígidos devem ser aplicados por curtos períodos de tempo.	
	1. Psicologia ^{2,4}	– Modificação de fatores biopsicossociais (por exemplo: ansiedade).		
Terapêuticas alternativas	1. Terapêutica manual ^{11,15,18} – Osteopatia – Terapia craniossacral – Técnica neuroemocional – Massagens	– Quando as estratégias conservadoras falham.	– Dependente da experiência do terapeuta e do número de horas das intervenções.	– Considerada segura durante a gravidez; – Sem evidência científica para ser recomendada.
	2. Fisioterapia ^{8,17}	– Quando as estratégias conservadoras falham; – Consiste em intervenções baseadas em modificações posturais, fortalecimento da coluna, alongamentos e técnicas de automobilização.		

(continúa)

Tabela 1. Tipos de terapêuticas usadas na DLRG, as suas indicações, as contraindicações e os níveis de evidência (continuação).

Tipo de terapêutica		Indicação	Efeitos adversos/ contraindicações	Nível de evidência
	3. Acupuntura ^{3-4,11-14,19}	<ul style="list-style-type: none"> – Estimula o sistema de opioides endógenos; – Usada como complemento de outras técnicas; – Deve ser executada por pessoas com experiência. 	<ul style="list-style-type: none"> · Evitar os pontos que podem estimular o útero, pois podem induzir o trabalho de parto; · <i>Minor</i> e temporários -hematomas, dor, edema no local da punção, astenia ou náusea. 	<ul style="list-style-type: none"> – Alívio da dor; – Aumento da capacidade para realizar algumas atividades físicas; – Diminui a necessidade de administração de fármacos; – Maior eficácia quando usada em combinação com as técnicas conservadoras.
	4. Musicoterapia ^{2,15}	– Usada como terapêutica suplementar.		<ul style="list-style-type: none"> – Parece melhorar os <i>outcomes</i> físicos e psicológicos; – Baixa evidência científica.
	5. Estimulação transcutânea ^{11,13,15}	– Usada como terapêutica suplementar.	– Importante usar baixa intensidade.	– Sem evidência científica.
Terapêutica farmacológica	1. Paracetamo ^{14, 12-13}	– Analgésico de primeira linha.	– Nas doses recomendadas, o seu uso durante a gestação é seguro.	– Pouco eficaz.
	2. Anti-inflamatórios não esteroides ^{4,7,13}	– Geralmente considerados os analgésicos de segunda linha.	<ul style="list-style-type: none"> – Não parecem associar-se a malformações fetais antes das 12 semanas de gestação; – Risco de perda fetal precoce; – No 3.º trimestre de gravidez associam-se a encerramento prematuro do canal arterial, vasoconstrição das artérias uterinas, oligo-hidrâmnios e lesão renal no feto. 	– Uso cuidadoso durante gravidez.
	3. Opioides ^{4,7,13} – Tramadol – Morfina – Fentanil transdérmico	– Tratamento da dor crónica durante a gravidez e amamentação.	<ul style="list-style-type: none"> – Aumento da incidência de malformações quando utilizado próximo à concepção; – Não causam efeitos importantes quando utilizados em estádios mais avançados da gestação; – Ligeiro aumento de certos defeitos cardíacos, espinha bífida e, possivelmente, gastroesquisis; – Associados a risco de abstinência neonatal no 3.º trimestre. 	<ul style="list-style-type: none"> – Dados obtidos dos estudos são contraditórios e incompletos; – Tratamento a longo prazo durante a gravidez não é recomendado, mas pode ser necessário no caso de dor crónica ou para tratamento da dependência; – Metadona e buprenorfina podem ser utilizadas na prevenção da síndrome de abstinência.
	4. Antidepressivos ^{4,13} – Amitriptilina – Venlafaxina	– Tratamento da dor neuropática.	<ul style="list-style-type: none"> – Sem associação a aumento da incidência de malformações; – Uso de altas doses durante a gestação, ou o seu uso próximo ao termo, podem levar a síndrome de abstinência neonatal. 	– Boa opção no tratamento da dor neuropática na grávida.

(continua)

Tabela 1. Tipos de terapêuticas usadas na DLRG, as suas indicações, as contraindicações e os níveis de evidência (continuação).

Tipo de terapêutica		Indicação	Efeitos adversos/ contraindicações	Nível de evidência
	5. Anticonvulsivantes ^{4,13} – Valproato de Sódio – Gabapentina – Pregabalina	– Tratamento da dor neuropática.	– Possível efeito teratogénico e alteração do desenvolvimento neurológico fetal; – Podem estar relacionados com aumento do risco de perda fetal, restrição de crescimento intrauterino e parto prematuro; – Sem aumento significativo de malformações quando utilizados no 1.º trimestre, principalmente em monoterapia; – Em grávidas epiléticas a sua administração pode estar associada a deficiência mental, defeitos do tubo neural e anormalidades craniofaciais fetais.	– Poucos estudos em grávidas.
	6. Relaxantes musculares ⁴ – Ciclobenzaprina	– Analgésico frequentemente utilizado no tratamento DLRG.	– Um relato de encerramento precoce do ducto arterial; – Durante o aleitamento cerca de 50% do fármaco passa para o leite materno.	– Considerada segura durante a gravidez.
	1. Administração guiada por fluoroscopia de esteroides/anestésico locais ¹³		– Requerem exposição a radiação ionizante.	
Terapêutica não cirúrgica	2. Administração de corticoides via epidura ^{12,4,13}	– Reservado para grávidas com sintomatologia severa de compressão das raízes nervosas lombares (por exemplo, perda unilateral de reflexos profundos, alterações motora e sensitiva na distribuição de um dermatomo).	– Baixo risco para feto.	– Melhoria do quadro algico quando administrado tanto como dose única, ou em curtos intervalos de tempo nos períodos de aumento da intensidade da dor; – Método temporário no alívio da dor até ao nascimento, necessitando de uma boa percentagem das grávidas de tratamento cirúrgico, devido a recorrência ou progressão dos sintomas neurológicos; – Pouco estudos que abordem as variáveis frequência, eficácia e duração do efeito terapêutico; – Necessidade de equipa multidisciplinar: obstetra, neonatologista, anesthesiologista, cirurgião; – Necessidade de monitorização fetal se gestação > 23 semanas; – Necessidade de administração de corticoides para maturação pulmonar se gestação > 34semanas.

(continua)

Tabela 1. Tipos de terapêuticas usadas na DLRG, as suas indicações, as contraindicações e os níveis de evidência (continuação).

Tipo de terapêutica		Indicação	Efeitos adversos/ contraindicações	Nível de evidência
	3. Analgesia/anestesia neuroeixo ²	– Trabalho de parto/cesariana.	<ul style="list-style-type: none"> – Potencial de piorar os défices neurológicos pré-existent; – > risco de punção inadvertida da dura, múltiplas tentativas e falha de bloqueio; – Em pacientes com cirurgia prévia da coluna pode atrasar o reconhecimento imediato do agravamento dos défices neurológicos; – Em doentes com dispositivos implantáveis recomenda-se realização prévia de exame imagiológico. 	<ul style="list-style-type: none"> – Melhor eficácia no alívio da dor quando comparadas com a anestesia geral ou analgesia sistémica; – Devem ser realizadas com recurso a ecografia e em nível diferente do da lesão.
Intervenção cirúrgica	1. Intervenção cirúrgica ^{2,4}	– Existência de compromisso neurológico (hérnias discais, tumores, fraturas).		<ul style="list-style-type: none"> – Alívio dor e restauro da função; – Sem aumento da morbimortalidade; – Quando indicada é necessária uma boa coordenação entre equipa multidisciplinar: cirurgião, obstetra, neonatologista e anestesiolologista.

o feto devido à necessidade do posicionamento, assim como à exposição aos fármacos anestésicos. Contudo, não deve ser adiada se for essencial para preservar a vida e função maternas^{2,4}. Assim, no primeiro trimestre, a posição de pronação pode ser utilizada, no segundo trimestre opta-se pelo decúbito lateral para qualquer um dos lados e no terceiro trimestre, apenas o decúbito lateral esquerdo deve ser utilizado, devido à compressão da veia cava pelo útero gravídico. Deve ser feita a monitorização dos batimentos cardíacos fetais a partir da 23.^a semana de gestação.

É importante ressaltar que o próprio parto pode causar danos neurológicos resultando em dor e incapacidade no pós-parto². Manobras de Valsalva repetidas durante o parto vaginal podem comprimir ainda mais a cauda equina, numa paciente que se apresenta previamente com hérnia discal, e deteriorar o seu quadro neurológico². Portanto, nos casos em que seja evidente a presença de défices neurológicos, decisões sobre a gestão do trabalho de parto e parto devem ser abordados por uma equipa multidisciplinar².

Prognóstico

A DLRG parece ser mais intensa e mais comum após o parto, sendo a intensidade da dor um fator de prognóstico. A literatura refere que a DLRG tem um prognóstico funcional muito bom, desde que o reconhecimento e o tratamento precoces sejam instituídos. A maioria das mulheres recupera rapidamente durante os primeiros meses após o parto^{1,4}. Porém, existem estudos que sugerem que mulheres com aumento excessivo de peso durante a gravidez e a sua manutenção no pós-parto podem apresentar maior risco de permanecer com DL no pós-parto^{1,4}. Quando a DLRG não ocorre de forma isolada, apresentando-se em combinação com outro tipo de dor, o nível de recuperação é mais baixo. A associação com sintomas depressivos afeta negativamente o seu prognóstico^{1,4}.

O seguimento e manuseio inadequados das grávidas com DLRG podem levar à cronificação do quadro doloroso⁴. Após o parto ocorre aumento da necessidade de atividades que, por sua vez, podem aumentar a intensidade da DL, como, por exemplo, levantar e carregar pesos. Evitar estas atividades pode ser difícil

devido aos cuidados necessários a ter com o recém-nascido⁴. Assim, grávidas com DLRG devem ser avaliadas durante a gravidez e no período pós-parto, e tratadas de maneira adequada, evitando o sofrimento, bem como o aumento de custos associados, e diminuindo a possibilidade de transição da DLRG para cronicidade⁴.

Conclusão

DLRG é uma das queixas musculoesqueléticas mais comuns da gravidez que tem ganho importância nos últimos anos, pelo impacto negativo que provoca na vida da grávida (qualidade do sono, disposição física, desempenho no trabalho, vida social, atividades domésticas e lazer) e pelos custos envolvidos⁴.

A DLRG pode ser incapacitante, limitando a atividade diária e afetando a produtividade, não devendo por isso ser ignorada ou deixada sem tratamento. Embora possa não ser possível a sua cura, em alguns casos de DLRG persistente, ela pode ser adequadamente controlada.

A sua subvalorização – provavelmente devida a uma classificação não universalmente aceite e à própria natureza subjetiva da doença, que parece dar a ideia de que é um fenómeno normal – torna necessária a promoção da uniformização na sua definição.

A identificação e o tratamento precoces são primordiais. Dada a alta incidência de DLRG, são necessários estudos maiores, a fim de testar as opções de prevenção e tratamento em populações mais amplas, e contribuir para a melhoria da saúde da grávida.

Assim, o bem-estar e a qualidade de vida das grávidas devem ser incluídos no âmbito dos programas de monitorização de gravidez e da saúde preventiva. Todos os profissionais de saúde que lidam diariamente com este grupo populacional (seja em cuidados de saúde primários ou em meio hospitalar) devem ter presente que existem medidas seguras para o manuseio

da DLRG, as quais permitem diminuir o sofrimento e proporcionar conforto para as gestantes.

Bibliografia

1. Katonis P, Kampouroglou A, Aggelopoulos A, Kakavelakis K, Lykoudis S, Makrigiannakis A, et al. Pregnancy-related low back pain. *Hippokratia*. 2011;15(3):205-10.
2. Sehmbi H, D'Souza R, Bhatia A. Low Back Pain in Pregnancy: Investigations, Management, and Role of Neuraxial Analgesia and Anaesthesia: A Systematic Review. *Gynecol Obstet Invest*. 2017;82(5):417-36.
3. Ibanez G, Khaled A, Renard JF, Rohani S, Nizard J, Baiz N, et al. Back Pain during Pregnancy and Quality of Life of Pregnant Women. *Prim Health Care*. 2017;7(1):1-6.
4. Aragão FF. Pregnancy-related lumbosacral pain. *Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor*. 2019;2(2):176-81.
5. Conder R, Zamani R, Akrami M. The Biomechanics of Pregnancy: A Systematic Review. *J Funct Morphol Kinesiol*. 2019;4(4):72.
6. American College of Nurse-Midwives. Back Pain During Pregnancy. *J Midwifery Womens Health*. 2017;62(1):135-6.
7. Manyozo SD, Nesto T, Bonongwe P, Muula AS. Low back pain during pregnancy: Prevalence, risk factors and association with daily activities among pregnant women in urban Blantyre, Malawi. *Malawi Medical Journal*. 2019;31(1):71-6.
8. Bishop A, Holden MA, Ogollah RO, Foster NE. Current management of pregnancy-related low back pain: a national cross-sectional survey of UK physiotherapists. *Physiotherapy*. 2016;102:78-85.
9. Carvalho ME, Lima LC, Terceiro CA, Pinto DR, Silva MN, Cozer GA, et al. Lombalgia na gestação. *Rev Bras Anestesiol*. 2017;67(3):266-70.
10. Acharya RS, Tveter AT, Grotle M, Eberhard-Gran M, Stuge B. Prevalence and severity of low back- and pelvic girdle pain in pregnant Nepalese women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019;19:247.
11. Physiopedia. Low Back Pain and Pregnancy. Disponível em: https://www.physio-pedia.com/Low_Back_Pain_and_Pregnancy, acessado a 22 de abril de 2021.
12. Vas J, Aranda-Regules JM, Modesto M, Aguilar I, Barón-Crespo M, Ramos-Monserrat M, et al. Auricular acupuncture for primary care treatment of low back pain and posterior pelvic pain in pregnancy: study protocol for a multicentre randomised placebo-controlled. *Trials*. 2014;15:288.
13. Shah S, Banh ET, Koury K, Bhatia G, Nandi R, Gulur P. Pain Management in Pregnancy: Multimodal Approaches. *Pain Res Treat*. 2015;1-15.
14. Vas J, Cintado MC, Aranda-Regules JM, Aguilar I, Ruiz FR. Effect of ear acupuncture on pregnancy-related pain in the lower back and posterior pelvic girdle: A multicenter randomized clinical trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019;98(10):1307-17.
15. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;9:CD001139.
16. Shiri R, Coggon D, Falah-Hassani K. Exercise for the prevention of low back and pelvic girdle pain in pregnancy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pain*. 2018;22(1):19-27.
17. Bø K, Stuge B, Hilde G. Specific Musculoskeletal Adaptations in Pregnancy: Pelvic Floor, Pelvic Girdle, and Low Back Pain: Implications for Physical Activity and Exercise. In Rocha RS. *Exercise and Sporting Activity During Pregnancy: Evidence-Based Guidelines*. Springer; 2019; (6):135-55.
18. Hall H, Cramer H, Sundberg T, Ward L, Adams J, Moore C, et al. R. The effectiveness of complementary manual therapies for pregnancy-related back and pelvic pain: A systematic review with meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(38):e4723.
19. Nicolian S, Butel T, Gambotti L, Durand M, Filipovic-Pierucci A, Mallet A, et al. Cost-effectiveness of acupuncture versus standard care for pelvic and low back pain in pregnancy: A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2019;14(4):e0214195.