

Alterações Posturais em Gestantes

Alterações posturais, dor lombar e capacidade funcional em gestantes

Postural changes, back pain and functional capacity in pregnant women

Robeilza Trindade Melo¹; Weline Paula da Silva Ribeiro²; Weskley César da Silva Ribeiro³; Janice Souza Marques⁴.

Robeilza Trindade Melo¹, Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), acadêmica do curso de Fisioterapia. Email: robeilzatrindade@hotmail.com

Weline Paula da Silva Ribeiro², Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), acadêmica do curso de Fisioterapia. Email: weline.ribeiro@hotmail.com

Weskley César da Silva Ribeiro³, coordenador, Nutricionista Pós-Graduado em Residência Multiprofissional: Assistência Materno-Infantil-UFRN. Email: Weskley.silva@hotmail.com

Janice Souza Marques⁴, orientadora, Fisioterapeuta, docente do curso de graduação de Fisioterapia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), Email: janicemarques.unirn@gmail.com

2016

Resumo

A gestação é um processo natural marcado por adaptações ocorridas no corpo feminino, de modo que sofra ajustes em todos os sistemas para suprir as necessidades do feto. Assim, o presente estudo caracteriza-se como do tipo transversal, exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa e teve como objetivo analisar as alterações posturais, dor lombar e capacidade funcional nas gestantes avaliadas. Participaram do presente estudo em amostra não probabilística por conveniência, dez gestantes residentes em Natal- RN, com idade entre 20 a 35 anos, nas quais foi realizada a avaliação postural através do software (SAPO) de acordo com o protocolo, seguida da aplicação da Escala Visual Analógica da dor e dos questionários de MC Gill e Rolland Morris. De modo geral foram observadas alterações posturais significativas nas gestantes avaliadas e a presença de dores lombares no segundo trimestre gestacional, mas não comprovou-se a relação da dor com as modificações funcionais causadas nas gestantes, levando a crer que é necessária uma avaliação mais específica, para que seja possível contribuir para o direcionamento de um programa de reabilitação, visando uma melhor qualidade de vida para estas gestantes.

Palavras-chave: gravidez; postura; dor lombar.

Abstract

Pregnancy is a natural process marked by adaptations that occur in the female body, so that suffers adjustments on all systems to meet the needs of the fetus. Thus, the present study is characterized as a cross, exploratory and descriptive, with quantitative approach and aimed to analyze the postural changes, back pain and functional capacity evaluated in pregnant women. Participated in this study in non-probabilistic convenience sample ten pregnant women living in Natal- RN, aged 20 to 35, in which it was carried out the postural assessment through software (SAPO) according to the protocol followed by the application of Visual Analog scale of pain and MC Gill and questionnaires Rolland Morris. Generally significant postural changes were observed in pregnant women evaluated and the presence of back pain in the second trimester, but not proved the relation between pain and functional changes caused in pregnant women, leading to the belief that a more specific evaluation is required, so that it can contribute to the direction of a rehabilitation program, to improve the quality of life for these pregnant women.

Key-words: pregnancy; posture; backache.

INTRODUÇÃO

A gestação é um processo natural marcado por adaptações ocorridas no corpo feminino a partir da junção dos gametas, de modo que o corpo sofra ajustes em todos os sistemas para suprir as necessidades do feto¹. Durante aproximadamente 40 semanas, a gestante passa por adaptações fisiológicas e anatômicas ocasionadas por necessidades funcionais e metabólicas devido ao quadro gestacional².

Dentre estas estão, mudanças fisiológicas, como acúmulo de líquido nas articulações, que provêm das variações hemodinâmicas e hormonais e podem ter influência na alteração da postura. Essas alterações são características da perturbação das curvaturas fisiológicas da coluna, devido à rotação anterior da pelve, rotação externa dos membros inferiores, para gerar maior base de sustentação, e pela mudança na distribuição do peso na região plantar dos pés, que acarreta o aumento da oscilação anteroposterior do corpo. Assim, como forma de ajuste da postura, a gestante eleva a cabeça, hiperextende a cervical, a lombar, joelhos e tornozelos, na tentativa de manter o equilíbrio postural³.

Contudo, apesar das modificações ocorridas na tentativa de melhorar o equilíbrio postural a maioria das gestantes sente desconforto musculoesquelético durante o período gestacional, e 25% delas alegam pelo menos sintomas temporários⁴. Então, durante esse período, é bastante comum o surgimento de dores posturais como a lombalgia, especialmente em gestantes que já possuem o histórico de dores lombares antes da gestação. Tal queixa atinge cerca de 50% das gestantes, causando inúmeras limitações nas atividades do cotidiano, sono, capacidade de lazer, física e de trabalho, resultando assim na diminuição da qualidade de vida destas mulheres⁵.

A etiologia da lombalgia ainda não é totalmente definida, sendo classificada como de caráter multifatorial. Entretanto, as possíveis causas estão associadas ao aumento do peso uterino e da lordose lombar, mudança do centro de gravidade, frouxidão ligamentar, alterações hormonais, biomecânicas e vasculares⁶.

Sobre este tema, alguns autores⁷, apontam a dor como a principal sintomatologia da lombalgia, seguida de limitação da amplitude de movimento, espasmos musculares, levando à diminuição de força muscular gerando restrições ou incapacidades funcionais para realização das atividades de vida diária, relacionadas à dificuldade na participação ativa na sociedade, no bem estar físico e mental. Essa incapacidade funcional é definida como inabilidade ou dificuldade de realizar atividades diárias que são fundamentais na vida do ser humano para ser independente perante a sociedade⁷.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar as alterações posturais, dor lombar e capacidade funcional em gestantes.

METODOLOGIA

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar do Rio Grande do Norte- UNP (parecer 1.459.247), deu-se início a coleta de dados do estudo, o qual caracteriza-se como do tipo transversal, exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa.

Participaram do presente estudo em amostra não probabilística por conveniência, dez gestantes residentes em Natal- RN, com idade entre 20 a 35 anos.

Foram considerados como critérios de inclusão do estudo após aceitação e assinatura do TCLE, gestantes residentes em Natal-RN, com gestação de baixo risco e de feto único, sem intercorrências no período gravídico, e alfabetizada. Como critérios de exclusão: gestantes que não compareceram aos encontros ou com histórico de fraturas, herniações ou protusões discais, presença de doenças osteoarticulares degenerativas.

A coleta de dados foi realizada a partir do mês de Abril de 2016 nas Clínicas Integradas do UNI-RN em dias e horários agendados com as gestantes, com coleta realizada individualmente em um único encontro.

Para cada participante o procedimento de coleta seguiu os seguintes passos:

- 1 – Preenchimento do protocolo de identificação e solicitado que as gestantes ficassem em trajes adequados para avaliação (top e short);
- 2 – Realização da avaliação postural das voluntárias por meio de registro fotográfico (câmera 16 megapixels, smartphone Samsung Galaxy S5), em vista anterior, posterior, lateral direita e esquerda em bipedestação, após a localização e demarcação dos pontos anatômicos nas regiões da cabeça, tronco, membros superiores e membros inferiores (MMSS e MMII);
- 3 – Realização, pelas pesquisadoras/autoras, das marcações de pontos em locais predeterminados no corpo da voluntária com pequenas bolas de isopor, coladas com fita adesiva dupla face (figura 1);
- 4 – Aplicação a Escala Visual Analógica (EVA);
- 5 – Aplicação dos questionários Mc Gill e o Rolland-Morris (para avaliação e quantificação da dor e a capacidade funcional das voluntárias);

O questionário McGill foi adaptado para diferentes línguas e utilizado em mais de 100 pesquisas sobre dor e foi adaptado para língua portuguesa, possui 4 grupos (sensitivo-discriminativo, afetivo-motivacional, cognitivo-avaliativo e miscelânea), 20 subgrupos e 78 descritores⁸. Já o questionário de incapacidade de Rolland Morris (RMDQ) tem sido traduzido e validado em vários países, o que atesta o seu interesse e aceitação como instrumento de avaliação do grau de incapacidade dos doentes com lombalgia. Segundo critérios psicométricos, e comparando com os resultados publicados na literatura, a adaptação apresentada do RMDQ é válida para a população portuguesa com lombalgia⁹.

7 – Inserção dos dados no software SAPO[®];

Os dados obtidos por meio do SAPO[®], EVA e pelos questionários, foram construídos por meio do programa software Microsoft Office Excel[®] 2007.

Análise Estatística

Os dados foram analisados de forma descritiva, através das distribuições de frequência (valores absolutos e relativos), medidas de centro de distribuição (médias) e de dispersão (desvio padrão, máximo e mínimo). O pacote estatístico usado para análise foi o SPSS 20.

RESULTADOS

Foram avaliadas 10 gestantes, durante o período de 25 de abril a 10 de maio. A partir dos dados coletados, verificou-se que idade mínima encontrada foi 20 anos e máxima 35 anos.

Das mulheres avaliadas 10% apresentaram baixo peso, 50% apresentaram peso adequado, 40% apresentaram sobrepeso, segundo a curva de Atalah¹⁰.

Quanto ao número de partos, 80% das gestantes são múltiparas e 20% primíparas com idade gestacional entre 13 e 26 semanas, ou seja, estando no segundo trimestre gestacional. Destas participantes 50% possuíam ensino superior e 50% possuíam ensino médio e técnico e 100% responderam que não praticavam atividade física.

A Tabela 1 apresenta os resultados descritivos da avaliação postural através da biofotogrametria confiabilidade das medidas do protocolo do software para avaliação postural (SAPO).

Na vista anterior, identificou-se que as participantes apresentaram, conforme as médias, cabeça inclinada para direita (média 1,20), acrômio esquerdo elevado (média 1,40), espinha ilíaca ântero-superior (EIAS) esquerda elevada (média 2,30), ângulo entre acrômio e EIAS esquerda mais elevada (média 0,80), ângulo frontal do membro inferior direito (MID) e membro inferior esquerdo (MIE) valgo (média -3,10), diferença no comprimento dos MMII direito e esquerdo (D e E), MIE menor (média -5,80), alinhamento das tuberosidades da tíbia esquerdo mais elevado (média 0,40), ângulo Q D desvio lateral da patela (média 10,00) e ângulo Q E desvio medial da patela (média 19,20).

Na vista posterior foi observada escápula esquerda elevada e aduzida (média -4,80), e ângulo perna-retro pé D e E valgo (média 6,60 e 10,40 respectivamente).

Na vista lateral D observou-se cabeça em extensão e anteriorizada (média 47,00 e 15,90 respectivamente), posteriorização do tronco (média -3,70), quadril em antepulsão (média -13,30), inclinação anterior do tronco (média 1,50), pelve em anterversão (média -22,50), joelho geno recurvado (média -8,30), e ângulo tibio-tarsico (média 88,70).

Na vista lateral E observou-se cabeça em extensão e anteriorizada (média 46,10 e 15,60 respectivamente), posteriorização do tronco (média -3,80), quadril em antepulsão (média -14,00), inclinação anterior do tronco (média 1,70), pelve em anterversão (média -20,10), joelho geno recurvado (média -8,80), e ângulo tibio-tarsico (média 88,60).

Por meio da utilização da EVA foi identificado que, no dia da avaliação 90% dos indivíduos não relataram sentir dor; quando questionada a dor durante o segundo trimestre da gestação 70% caracterizaram a dor como moderada, e 10% como dor intensa. De 80% das participantes que referiram dor 75% referiram dor lombar, 12,5% dor lombar, sacral e nos músculos trapézio, 12,5% dor torácica. Resultados semelhantes foram obtidos pela escala de MC Gill, na qual 90% das gestantes pontuaram 0 no dia da avaliação, 10% pontuaram 36, já quando questionado durante o segundo trimestre da gestação, 20% pontuaram 0, 10% pontuaram 26, outras 10% pontuaram 30, 20% pontuaram 31, e os outros 40% pontuaram 36, 38, 47 e 54 respectivamente (Tabela 2).

Os dados dos descritores selecionados no questionário de McGill, apresentados na Tabela 2, mostram que foram escolhidos pelas participantes descritores em todas as categorias. Nestas, as palavras mais citadas foram:

Na categoria Sensitiva, 40% latejante, 70% pontada, 30% agulhada, 60% fina, 30% aperto, 60% fisgada, 50% queima, 50% ardor, 40% dolorida e 50% sensível. Na categoria Afetiva, 50% cansativa, 70% enjoada, 70% amedrontadora, 60% castigante e 70% miserável. Na categoria Avaliativa, 40% caracterizaram a dor como chata. E na categoria Miscelânea, 50% espalha, 60% aperta, 60% fria e 60% aborrecida.

E as categorias cujos descritores apresentaram maior frequência foram a Sensitiva e Afetiva, ambas com pontuação de 70%.

No que se refere à mensuração da incapacidade funcional, a partir do questionário Roland-Morris, foi observado que 100% dos indivíduos foram classificados como não portadores de incapacidade funcional devido à lombalgia, enquadrando-se na pontuação de 0 a 6 média 3,3 ($\pm 2,3$), (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Os achados da pesquisa corroboram ainda com Cortez et al, os quais dizem que mudanças primordiais para o crescimento e desenvolvimento fetal ocorrem durante a gestação. Estando associadas aos ajustes fisiológicos e anatômicos da gestante, por ser um período de transformações e adaptações onde algumas gestantes apresentam como consequência a dor e limitações para realizar as atividades de vida diária¹¹.

Ademais, Souza e Mejia¹² discorrem do tema apontando o aumento do útero, a elevação do diafragma, e compensações da coluna vertebral como o aumento da lordose lombar, da base de sustentação, rotação anterior da pelve, e alteração da marcha, como as principais alterações na postura da gestante. Justificando a preocupação com tais mudanças em decorrência das adaptações posturais compensatórias e as queixas de desconforto como a lombalgia, bastante comuns no período gestacional.

Os dados encontrados neste estudo descreveram a prevalência de dor lombar durante o período gestacional em 80% das gestantes voluntárias. Nestas, quase 90% da amostra referiram dor lombar, e 100% delas surgiu

entre a 13^a e 26^a semana de gestação (no segundo trimestre gestacional), o que corrobora com outros estudos publicados que demonstram a prevalência dessas dores que variam entre 48% a 83% durante a gestação^{13, 14, 15}.

Tal evidência é confirmada em outra pesquisa em que também no segundo trimestre foi observada maior prevalência, e, ainda o aumento da incidência a partir da 24^a semana de gestação, sendo a maior frequência nas gestantes que estavam no último mês¹⁶. Dados semelhantes aos de Assis e Tibúrcio¹³ que, avaliando 67 gestantes, encontraram a prevalência de dor lombar no 1º trimestre gestacional em 26,9% das gestantes, no 2º trimestre em 38,5% e no 3º trimestre, em 34,6%. Confirmando assim a predominância de dor lombar em maior evidência a partir do 2º trimestre da gestação.

Nessa pesquisa, a partir do questionário Mc Gill, foi observada maior incidência de dor de intensidade moderada, porém do tipo pontada na categoria sensitiva, enjoada, amedrontadora e miserável na categoria afetiva pontuando 70%. Este resultado é idêntico ao que diz Martins e Silva¹⁷ quando, em seu estudo, apontam que a lombalgia gestacional é relatada como dor do tipo pontada, de intensidade variada, sendo mais comum a do tipo moderada.

Para Martins e Silva¹⁸, o aparecimento de dores nas costas durante o período gestacional é comum, tanto pela alta frequência, quanto pela intensidade e desconforto provocado pela dor, influenciando, de modo negativo, o desempenho no trabalho, o sono, vida social, atividades domésticas e lazer.

Os resultados apresentados no presente estudo a partir da aplicação do questionário Rolland Morris reforçam a incidência de dor nas gestantes avaliadas, mas não é tão intensa a ponto de interferir nas atividades diárias, o que resultaria, possivelmente, em incapacidade funcional. Corroborando com o estudo de Santos et al¹⁹, que embora apresentassem dor, as gestantes não consideraram essa dor incapacitante (incapacitante=escore > 14).

Ainda, deve-se atentar ao fato de que 100% das gestantes analisadas, neste estudo, responderam que não praticam atividade física. Fato preocupante, já que a prática de atividades físicas e acompanhamento nutricional adequado contribuem para o controle do ganho de peso, o que de acordo com Rezende²⁰ diminui os riscos de prejuízos à saúde, como dores

osteomusculares e alterações na postura corporal, fatores representativos na incidência de dor lombar no período gestacional.

Semelhante ao que é relatado por Barbosa, Silva e Moura²¹ ao apontarem que o ganho ponderal influencia na intensidade da dor lombar, principalmente no 9º mês de gestação, corroborando com os dados de estudo que evidencia que a dor lombar mecânica ocorre no período gestacional devido ao aumento generalizado de peso corporal²².

Ademais, o material educativo entregue a todas as voluntárias desse estudo é de suma importância para que as mesmas passem a realizar suas atividades de vida diária de forma correta, e conseqüentemente, passem a sentir menos dores no seu dia a dia, pois o material contém informações sobre as principais alterações posturais que ocorrem durante a gestação, além de ilustrações e informações de como realizar as principais atividades do cotidiano com a postura correta. É importante ressaltar que as cartilhas de orientações gerais são uma estratégia importante para a prática da promoção em saúde, pois configuram-se como ferramenta valiosa nos cuidados primários, na conscientização e orientação multidisciplinar²³.

CONCLUSÃO

De modo geral foram observadas alterações posturais significativas nas gestantes avaliadas, bem como maior frequência de dor lombar moderada, classificando-se em sua maioria, como dor em pontada, enjoada, amedrontadora e miserável, no entanto, nenhuma delas apresentou incapacidade funcional em função da dor lombar.

A partir dos resultados apresentados no estudo, observou-se a presença de dores lombares no segundo trimestre gestacional, mas não comprovou-se a relação da dor com as modificações funcionais causadas nas gestantes, levando a crer que é necessária uma avaliação mais específica, para que seja possível contribuir para o direcionamento de um programa de reabilitação, visando uma melhor qualidade de vida para estas gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Mann L, Kleinpaul JF, Mota, CB, Santos SG. Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. *Motriz*. 2010; 16(3):730-741.
2. Pereira CS. Análise do equilíbrio e das variáveis antropométricas nos diferentes períodos da gestação. 2010.
3. Moreira LS, Andrade SRS, Soares V, Avelar IS, Amaral WN, Vieira MF. Alterações posturais, de equilíbrio e dor lombar no período gestacional. *FEMINA*. 2011; 39(5).
4. Dalla ND, Petter GN, Santos TS, Pivetta HMF, Braz MM. Alterações posturais em gestantes e suas influências na biomecânica da coluna. [Acesso em 2015, Julho 02]; 8. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/forumfisio/Trabalhos/5093.pdf>
5. Firmento BS, Moccellini AS, Albino MAS, Driusso P. Avaliação da lordose lombar e sua relação com a dor lombopélvica em gestantes. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2012; 19(2):128-134.
6. Lima AS. Análise da postura e frequência de lombalgia em gestantes: estudo piloto. *Journal of the Health Sciences Institute*. 2011; 29(4):290-3.
7. Mascarenhas CHM, Santos LS. Avaliação da dor e da capacidade funcional em indivíduos com lombalgia Crônica. *Journal of the Health Sciences Institute*. 2011; 29(3):205-208.
8. Pimenta, CAM; Teixeira, MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev. Esc. Enf. USP*, 1996; 30(3): 473-83.
9. Joaquim MONTEIRO et al, Questionário de incapacidade de Roland Morris – adaptação e validação para os doentes de Língua Portuguesa com Lombalgia. *Acta Med Port*. 2010; 23(5):761-766.
10. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Caderno nº 5. 2006; 44-50.
11. Cortez PJO, Franco TAS, Sene TM, Carvalho TD, Tomazini JE. Correlação entre a dor lombar e as alterações posturais em gestantes. *Arquivos Bras. Ciên. Saúde*. 2012; 37(1):30-35.
12. Souza MR, Mejia DM. As alterações posturais do musculo esquelético no período da gestação. [Acesso em 2015, Agosto 10]; 12. Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/34/281_As_alteraYes_posturais_do_musculo_esquelYtico_no_perYodo_da_gestaYyo.pdf

13. Assis R.G, Tibúrcio RES. Prevalência e características da Lombalgia na gestação: um estudo entre gestantes assistidas no programa de pré-natal da Maternidade Dona Íris em Goiânia. 2004.
14. Olsson C, Nilsson-Wikmar L. Health-related quality of life and physical ability among pregnant women with and without back pain in late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004; 83(4):351-7.
15. B, Hilde G, Vollestad N. Physical therapy for pregnancy-related low back and pelvic pain: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82(11):983-90.
16. Stephenson RG, O'Connor LJ. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. 2a ed. Barueri: Manole; 2004.
17. Martins RF, Silva JLP. Prevalência de dores nas costas na gestação. *Rev. Ass. Méd. Brasileira*. 2005; 51(3):144-7.
18. Martins RF, Silva JLP. Tratamento da lombalgia e dor pélvica posterior na gestação por um método de exercícios. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*. 2005;27(5).
19. Santos MD, Silva RM, Vicente MP, Palmezoni VP, Carvalho EM e Resende APA. Adimensão da diástase abdominal tem influência sobre a dor lombar durante a gestação? *Rev Dor. São Paulo*, 2016 jan-mar; 17(1):43-6.
20. Rezende, FAC. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol*. 2006; 87(6): 728-734.
21. Barbosa CMS, Silva JMN, Moura AB. Correlação entre o ganho de peso e a intensidade da dor lombar em gestantes*. *Rev Dor. São Paulo*, 2011 jul-set; 12(3):205-8.
22. Ferreira CHJ, Nakano AMS. Lombalgia na gestação: etiologia, fatores de risco e prevenção. *Femina*. 2000; 28(8):435-8.
23. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de promoção da saúde, 2002: 12-14.

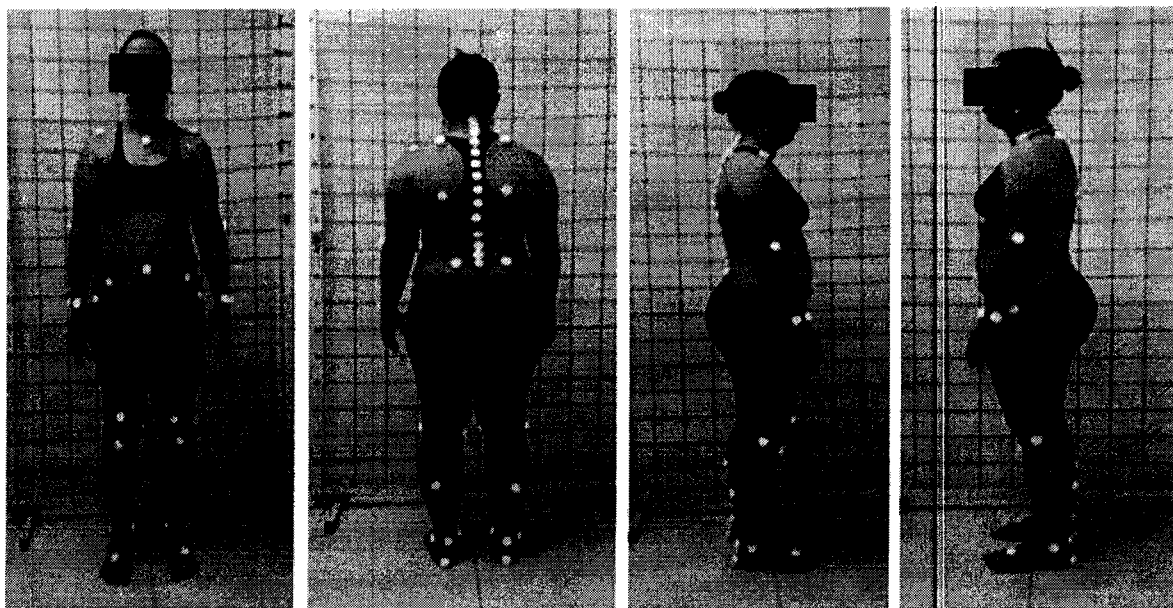


Figura 1: Demarcação dos pontos anatômicos para avaliação postural através do Software SAPO nas vistas lateral direita e esquerda, anterior e posterior.

terior					
	N	Mín.	Máx.	Média	Desvio padrão
Alinhamento horizontal da cabeça	10	-4	6	1,20	3,327
Alinhamento horizontal dos acrômios	10	-2	8	1,40	2,989
Alinhamento horizontal das espinhas ilíacas ântero-superiores	10	-2	5	2,30	2,452
Ângulo entre os dois acrômios e as duas espinhas ilíacas ântero-superiores	10	-5	6	,80	3,615
Ângulo frontal do membro inferior direito	10	-8	1	-3,10	3,071
Ângulo frontal do membro inferior esquerdo	10	-9	1	-3,10	3,071
Diferença no comprimento dos membros inferiores (D-E)	10	-20	2	-5,80	7,627
Alinhamento horizontal das tuberosidades das tíbias	10	-3	5	,40	2,547
Ângulo Q direito	10	0	18	10,00	6,074
Ângulo Q esquerdo	10	5	31	19,20	7,269
Vista Posterior					
	N	Mín.	Máx.	Média	Desvio padrão
Assimetria horizontal da escápula em relação à T3	10	-26	35	-4,80	18,023
Ângulo perna/retropé direito	10	-7	17	6,60	9,021
Ângulo perna/retropé esquerdo	10	0	20	10,40	7,720
Vista Lateral D					
	N	Mín.	Máx.	Média	Desvio padrão
Alinhamento horizontal da cabeça (C7)	10	38	57	47,00	5,457
Alinhamento vertical da cabeça (acrômio)	10	4	28	15,90	7,078
Alinhamento vertical do tronco	10	-9	0	-3,70	2,710
Ângulo do quadril (tronco e coxa)	10	-28	-1	-13,30	7,212

Alinhamento vertical do corpo	10	0	4	1,50	1,434
Alinhamento horizontal da pélvis	10	-30	-12	-22,50	6,060
Ângulo do joelho	10	-17	0	-8,30	5,794
Ângulo do tornozelo	10	86	92	88,70	2,003
Vista lateral E					
	N	Mín.	Máx.	Média	Desvio padrão
Alinhamento horizontal da cabeça (C7)	10	37	54	46,10	5,587
Alinhamento vertical da cabeça (acrômio)	10	8	30	15,60	6,883
Alinhamento vertical do tronco	10	-10	2	-3,80	3,360
Ângulo do quadril (tronco e coxa)	10	-24	-4	-14,00	5,416
Alinhamento vertical do corpo	10	-2	4	1,70	2,214
Alinhamento horizontal da pélvis	10	-27	-14	-20,10	4,581
Ângulo do joelho	10	-14	0	-8,80	5,594
Ângulo do tornozelo	10	82	94	88,60	4,006

Tabela 1: Estatística descritiva da avaliação postural do software sapo na amostra analisada.

Legenda: N= número de gestantes; Mín= valor mínimo obtido; Máx= valor máximo obtido.

ESCORES OBTIDOS	N	%	n	%
		EVA-av	EVA-gest	
0	9	90,0	2	20,0
4	1	10,0	3	30,0
5	0	0,0	3	30,0
6	0	0,0	1	10,0
8	0	0,0	1	10,0
		Escala McGill- av	Escala McGill-Gest	
0	9	90,0	2	20,0
26	-	-	1	10,0
30	-	-	1	10,0
31	-	-	2	20,0
36	1	10,0	1	10,0
38	-	-	1	10,0
47	-	-	1	10,0
54	-	-	1	10,0

TOTAL	10	100	10	100,0
Categoria	Descritor		%	
Sensitiva	Latejante		40	
	Pontada		70	
	Agulhada		30	
	Fina		60	
	Aperto		30	
	Fisgada		60	
	Queima		50	
	Ardor		50	
	Dolorida		40	
	Sensível		50	
Afetiva	Cansativa		50	
	Enjoada		70	
	Amedrontadora		70	
	Castigante		60	
	Miserável		70	
Avaliativa	Chata		40	
Miscelânea	Espalha		50	
	Aperta		60	
	Fria		60	
	Aborrecida		60	

Tabela 2: Distribuição de frequência (absoluta e relativa) dos escores de dor pelas escalas de EVA e Mc Gill das gestantes analisadas.

Legenda: N= número de gestantes; % = frequência; **Eva-av e MC Gill**= resultados da escala visual analógica e do MC Gill no dia da avaliação; **Eva-gest e MC Gill**= resultados da escala visual analógica e do MC Gill durante o segundo trimestre de gestação; %= frequência obtida.

ESCORES OBTIDOS	N	%
0	2	20,0
1	1	10,0
3	2	20,0
4	1	10,0
5	2	20,0
6	2	20,0
Total	10	100,0

	Min	Max	Média	Desvio Padrão
EVA-av	0	4	0,4	1,3
EVA-Gest	0	8	4,1	2,5
McGill	0	54	29,3	17,6
Rolland Morris	0	6	3,3	2,3

Tabela 3: - Distribuição de frequência (absoluta e relativa) dos escores de incapacidade Funcional pela escala de Rolland Morris das gestantes analisadas.

Legenda: N= número de gestantes %= frequência obtida; **Min**=valor mínimo obtido; **Máx**= valor máximo obtido.