



# Abordagem e tratamento da dor na grávida

ABORDAGEM E TRATAMENTO

Editor: *Raul Marques Pereira*

Autores: *Tiago Castelar Gonçalves, Nivalda Pereira, Pedro Pereira*

Especialistas em Medicina Geral e Familiar

# ANATOMIA, ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

Durante a gravidez, o corpo sofre várias alterações anatômicas e fisiológicas. Como consequências destas alterações, podem ocorrer dores localizadas ou generalizadas, transitórias ou persistentes ao longo de toda a gravidez, sendo em alguns casos incapacitantes.

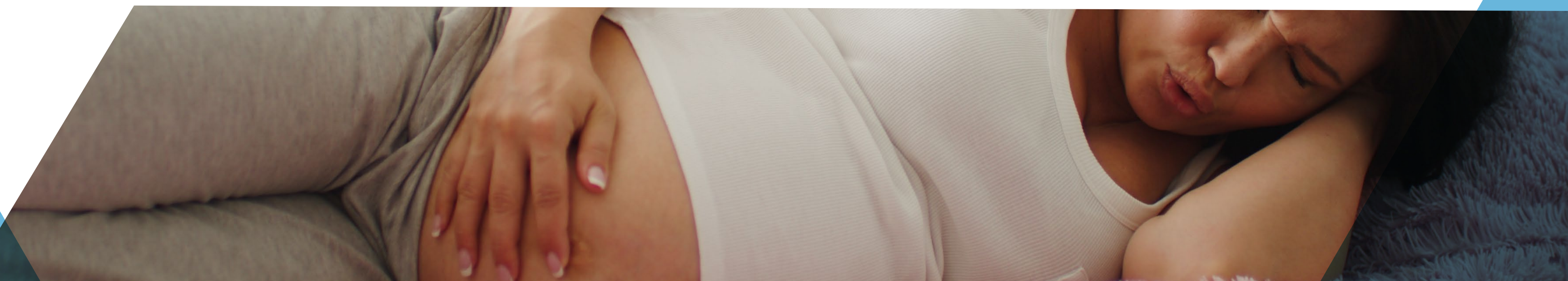
As dores podem ser patológicas e desencadeadas por infecções ou por outras doenças ou podem corresponder a exacerbações de condições pré-existentes pela gravidez.

As dores mais frequentes durante a gravidez são: cefaleia, dor abdominal/pélvica, lombalgia, dores nos membros inferiores e mastalgia.

As cefaleias são comuns durante a gravidez, sobretudo no primeiro trimestre. Alguns dos mecanismos fisiopatológicos que as justificam são o aumento das hormonas sexuais, como o estrogénio e a progesterona, o aumento da pressão arterial causada por um aumento do volume sanguíneo ou a ansiedade. Por outro lado, a hipotensão também é frequente em algumas grávidas e pode ser também uma causa de cefaleia, geralmente com outra sintomatologia concomitante.

As dores na parte inferior do abdómen/dor pélvica ou virilhas ocorrem quando os ligamentos e os músculos comunicantes com o útero vão sendo “esticados” à medida que a gravidez avança. Estas dores costumam ser mais frequentes a partir do segundo trimestre. Caracterizam-se por serem dores curtas, fortes e lancinantes ou dores contínuas que podem ser sentidas num ou nos dois lados da parte inferior do abdómen ou das virilhas. As hormonas da gravidez tornam os músculos do trato digestivo mais lentos, o que faz com que a digestão seja mais lenta. Consequentemente, juntamente com a pressão exercida pela expansão do útero, pode ocorrer acumulação de gases, distensão abdominal e obstipação, que também podem causar dores abdominais.

Na sequência do aumento da pressão nas costas e da postura durante a gravidez, podem surgir dores lombares. Por vezes, a partir da segunda metade da gravidez, podem ocorrer contrações ocasionais do útero, as chamadas contrações de Braxton-Hicks. Embora, habitualmente, sejam pouco frequentes, irregulares e sem dor, estas contrações podem estar associadas a dor lombar.



As dores e o mal-estar nas pernas surgem em consequência do aumento de peso que ocorre ao longo da gravidez. Além disso, o aumento hormonal durante a gravidez (como o estrogênio, a progesterona e a relaxina) relaxa os ligamentos da pélvis, ajudando a preparar o corpo da mulher para o parto. Contudo, estas hormonas também relaxam os ligamentos de outras partes do corpo, como os da zona inferior das costas e os dos joelhos, o que os tornam mais vulneráveis a lesões. Também o aumento do tamanho do útero pode exercer compressão sobre alguns nervos, levando a dor e sensação de parestesias nos membros inferiores.

## EPIDEMIOLOGIA

Estima-se que aproximadamente 25% das grávidas refiram dores músculo-esqueléticas, sendo o tipo de dor mais frequente durante a gravidez. Mais de 1/3 das grávidas referem que a lombalgia interfere com as suas atividades diárias e atividade laboral.

Os medicamentos que atuam no sistema nervoso são os fármacos mais prescritos durante a gravidez, principalmente os analgésicos, nomeadamente o paracetamol.



# APRESENTAÇÃO CLÍNICA



## História clínica

No Quadro 1 estão incluídas algumas questões que permitem caracterizar a dor na grávida, assim como o seu impacto.

**Quadro 1.** Caracterização da dor e o seu impacto.

<b>Sensorial</b>	Diga-me todos os lugares em que sente dor ou desconforto. Como é essa dor? Que palavras lhe vêm à mente?
	Sente essa dor ou desconforto de forma permanente ou a dor vai e vem? Há quanto tempo sente essa dor?
	O que torna a dor melhor ou pior?
<b>Emocional</b>	Essa dor afetou o seu humor, sensação de bem-estar, nível de energia?
	Está preocupada com essa dor ou com a sua causa?
<b>Funcional</b>	Essa dor afeta a sua capacidade de realizar as atividades diárias? De fazer as coisas que gosta?
	E a sua relação com os outros? Se sim, como? Em que medida?
<b>Sono</b>	Essa dor afeta as suas horas de sono?
	Essa dor provoca-lhe problemas em adormecer ou necessidade de tomar medicação para dormir?
<b>Atitudes e Crenças</b>	Tem algum pensamento ou opinião sobre o facto de sentir dor neste momento da sua vida que acredita ser importante partilhar?
	Tem algum pensamento ou opinião sobre tratamentos específicos para a dor que acredita que seja importante partilhar?
<b>Estratégias</b>	O que é que costuma fazer que a ajuda a lidar com a sua dor? Pode ser, por exemplo, ouvir a sua música favorita, rezar, ficar sentada quieta ou isolar-se dos outros.
<b>Expectativas</b>	O que acha que acontecerá com o tratamento recomendado?
	Qual seria, na sua opinião, o resultado do tratamento mais importante?
<b>Recursos</b>	Existe alguém em casa, na família ou nos seus vizinhos a quem possa pedir ajuda quando a dor é muito forte?

Após esta caracterização da dor e do seu impacto, devem ser:

- Identificadas as principais comorbilidades que contribuem para a dor ou influenciam o seu tratamento;
- Identificados os alvos de tratamento.



## Exame físico

- Avaliação dos sinais vitais (temperatura, pressão arterial, frequência respiratória, pulsação e foco cardíaco fetal);
- Avaliação dirigida à dor.



## Meios Complementares de Diagnóstico (MCDTs)

Deverão ser reservados aos casos em que, após história clínica e exame físico pormenorizados, permanecem dúvidas quanto à etiologia e tratamento da(s) queixa(s).



## Red flags

Dor súbita, excruciante, noturna e/ou resistente ao tratamento; dor acompanhada de febre, hemorragia vaginal e/ou défice neurológico focal.

## Tratamento

### Farmacológico

As alterações fisiológicas e farmacocinéticas na grávida influenciam a resposta esperada aos fármacos. A decisão de recorrer aos fármacos deve ser baseada na avaliação do risco/benefício para a mãe e para o feto, tendo-se o cuidado de oferecer todas as opções terapêuticas para garantir o bem-estar da gestante, minimizar a teratogenicidade fetal e evitar sintomas crónicos e incapacidade a longo prazo.

**Analgésicos não opioides:** paracetamol (o analgésico e antipirético mais seguro durante a gestação e lactação, devendo-se utilizar a menor dose e por menor tempo possível – classe B pela *United States Food and Drug Administration* (FDA)) e ácido acetilsalicílico (analgésico seguro em baixas doses – classe B pela FDA).

**Anti-inflamatórios não esteróides:** especialmente úteis no tratamento das dores articulares e musculares – classe C pela FDA até ao 2º trimestre e D no 3º trimestre.

**Analgésicos opioides:** fármacos importantes no tratamento da dor aguda durante a gestação, sobretudo quando associados a AINEs; codeína, tramadol e fentanilo – classe C pela FDA – e morfina – classe B pela FDA.

## Não farmacológico

Sendo a dor músculo-esquelética a mais prevalente na gravidez, uma grande parte das perturbações que causam dor durante esta fase podem ter resolução com a alteração de atividade, de posição ou com descanso frequente.

Todas as mulheres que não apresentem contraindicações devem ser incentivadas a realizar atividade física de resistência muscular e alongamento.

A prática de yoga, a terapia por movimento (cinesioterapia), a hidrocinesioterapia e a acupuntura durante a gravidez podem contribuir para redução/controlo da dor, além de estarem associadas a um aumento na sensação de bem-estar.

# Quando referenciar a consulta hospitalar ou ao serviço de urgência



Deve ser considerada referenciação à consulta hospitalar ou ao Serviço de Urgência, perante um quadro clínico grave, existência de refratariedade à terapêutica instituída ou perante a presença de red flags.



## Bibliografia

1. acog.org. disponível em: <https://www.acog.org/>, acesso em: 09 de Novembro de 2021.
2. Calguneri M, Bird HA, Wright V. Changes in joint laxity occurring during pregnancy. *Ann Rheum Dis.* Apr 1982;41(2):126-128.
3. Bonati M, Bortolus R, Marchetti F, Romero M, Tognoni G. Drug use in pregnancy: an overview of epidemiological (drug utilization) studies. *Eur J Clin Pharmacol.* 1990;38(4):325-328.
4. Davis DC. The discomforts of pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* Jan 1996;25(1):73-81.
5. Dunn PM. John Braxton Hicks (1823-97) and painless uterine contractions. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* Sep 1999;81(2):F157-158.
6. Awonuga AO, Merhi Z, Awonuga MT, Samuels TA, Waller J, Pring D. Anthropometric measurements in the diagnosis of pelvic size: an analysis of maternal height and shoe size and computed tomography pelvimetric data. *Arch Gynecol Obstet.* Nov 2007;276(5):523-528.
7. Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD, Sandrini G, Schoenen J. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - report of an EFNS task force. *Eur J Neurol.* Nov 2010;17(11):1318-1325.
8. Nezvalová-Henriksen K, Spigset O, Nordeng H. Triptan exposure during pregnancy and the risk of major congenital malformations and adverse pregnancy outcomes: results from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Headache.* Apr 2010;50(4):563-575.
9. MacGregor EA. Headache in pregnancy. *Neurol Clin.* Aug 2012;30(3):835-866.
10. Chiu WK, Chiu HT, Chao AS, Wang MH, Chen YL. The influence of body mass on foot dimensions during pregnancy. *Appl Ergon.* Jan 2015;46 Pt A:212-217.
11. Mota MJ, Cardoso M, Carvalho A, Marques A, Sá-Couto P, Demain S. Women's experiences of low back pain during pregnancy. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2015;28(2):351-357.
12. Zielinski R, Searing K, Deibel M. Gastrointestinal distress in pregnancy: prevalence, assessment, and treatment of 5 common minor discomforts. *J Perinat Neonatal Nurs.* Jan-Mar 2015;29(1):23-31.



Esta é uma publicação da APMGF-Grupo de Estudos de Dor com o patrocínio da Grünenthal S.A., sendo que esta última não teve qualquer influência nos conteúdos da mesma.