

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO DE FISIOTERAPIA

GEOVANA CRISTHINE DE JESUS SILVA

**ANÁLISE DE INCIDÊNCIA DA SÍNDROME DE DE QUERVAIN EM GESTANTES
EM UMA MATERNIDADE EM SÃO LUÍS: pesquisa de campo**

São Luís
2023

GEOVANA CRISTHINE DE JESUS SILVA

**ANÁLISE DE INCIDÊNCIA DA SÍNDROME DE DE QUERVAIN EM GESTANTES
EM UMA MATERNIDADE EM SÃO LUÍS: pesquisa de campo**

Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Me. Jacqueline Maria Maranhão Pinto Lima.

Coorientador: Áurea Luiza da Paixão Soares.

São Luís

2023

Silva, Geovana Cristhine de Jesus

Análise de incidência da síndrome de que quervain em gestantes em uma maternidade em São Luís: pesquisa de campo. / Geovana Cristhine de Jesus Silva. __ São Luís, 2023. 73 f.

Orientador: Prof. Me. Jacqueline Maria Maranhão Pinto Lima
Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Curso de Fisioterapia – Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB, 2023.

1. Síndrome de De Quervain. 2. Gestação. 3. Incidência. 4. Maternidade. I. Título.

CDU 616.74:618.2(812.1)

GEOVANA CRISTHINE DE JESUS SILVA

**ANÁLISE DE INCIDÊNCIA DA SÍNDROME DE DE QUERVAIN EM GESTANTES
EM UMA MATERNIDADE EM SÃO LUÍS: pesquisa de campo**

Monografia apresentada ao Curso de
Fisioterapia do Centro Universitário
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco
como requisito para obtenção do grau de
Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me. Jacqueline Maria Maranhão Pinto Lima (Orientadora)

Mestre em Ciências da Motricidade Humana (UCB- RJ, 2010)

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Prof. Esp. Eteldera Cristina Lima Abreu Dominici

Especialista em Terapia Intensiva no Adulto (COFFITO, 2015)

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Prof. Me. Janice Regina Almeida Bastos

Mestre em Ciências da Reabilitação (UNISUAM, 2023)

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Dedico este trabalho a toda minha família, em especial a minha mãe que sempre esteve ao meu lado dando-me apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por toda misericórdia e bênçãos concedidas a mim, especialmente ao longo desses cinco anos de graduação. Sustentou-me nos momentos mais desafiadores, dando-me forças para continuar minha jornada.

Aos meus pais, por todo cuidado, apoio e incentivo. Nunca mediram esforços para investir na minha educação. Sobretudo minha amada mãe Wanda, sempre ao meu lado encorajando-me, oferecendo seu ombro amigo e enxugando minhas lágrimas quando pensava em desistir. Essa conquista é sua também.

À minha família “buscapé”. Sempre comemorando cada pequena vitória minha. Minhas tias Sandra, Wilma, Kátia, Keyla e Tatiana, meu refúgio para momentos felizes, meus maiores exemplos de mulheres guerreiras e batalhadoras. Essa vitória é nossa.

Ao meu namorado Anderson. Você nunca duvidou de mim, até mesmo quando eu duvidava da minha capacidade. Sempre gentil, compreensível e fazendo todo o possível para o meu bem-estar. Obrigada pelas caronas até a faculdade, momentos de alegria e descontração quando eu precisava relaxar. Você foi e é meu porto seguro.

Às minhas amigas que fiz durante este percurso. Giully, Vitória, Márcia, Rafa, Ana, Karielly e Kelly, vocês foram de extrema importância nessa jornada. Nós nos ajudamos, choramos, rimos, estudamos...sem vocês não teria conseguido chegar até aqui. Vocês me ajudaram a tornar essa caminhada mais leve, que nossa amizade dure eternamente.

À Mel, minha princesa de quatro patas. Companheira, amiga, carinhosa e fiel. Sempre me fazendo companhia quando estava estudando. Nada melhor que chegar em casa depois de um dia exaustivo e ser recepcionada com tanto amor e euforia.

Aos meus professores e preceptores que contribuíram com minha formação. À minha orientadora Jacqueline Maranhão e minha Coorientadora Áurea Luiza por todos os ensinamentos e conhecimentos transmitidos.

À todas as gestantes que participaram dessa pesquisa, meu muitíssimo obrigada.

“A persistência é o caminho do êxito. ”
(Chaplin, 1997, p. 118).

RESUMO

Durante o período gestacional diversas alterações, fisiológicas e intrínsecas do ciclo gravídico, intercorrem no corpo da mulher a fim de que o organismo desta se torne hábil para gerar e conceber um novo indivíduo. Essas mudanças ocasionadas sobretudo por fatores hormonais, implicam em frouxidões ligamentares, inflamações tendíneas, quadros álgicos e lesões. Considerando que a Síndrome de De Quervain é uma das mais frequentes tendinites da gestação e que afeta diretamente a qualidade de vida da mulher grávida, objetivou-se analisar a incidência da Síndrome de De Quervain em gestantes em uma maternidade de São Luís- MA. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, aprovada pelo CEP com parecer 6.247.830, realizada com 77 gestantes vinculadas a uma maternidade através da aplicação de uma ficha de avaliação e um teste ortopédico validado e provocativo para o diagnóstico da Síndrome de De Quervain, denominado Teste de Finkelstein. A análise dos dados ocorreu através do *Statistics Data Analysis* (STATA) - versão 16.1, considerando uma significância de 5% ($p < 0,05$). Os resultados encontrados indicaram que 38,96% das participantes desenvolveram a Síndrome de De Quervain durante a gravidez, com predomínio em domésticas, autônomas e em gestantes diagnosticadas com Lesão por Esforço Repetitivo prévio à gestação. Conclui-se que a incidência dessa tendinite no período gestacional é significativa, e que mulheres grávidas que possuem diagnóstico de Lesão por Esforço Repetitivo anterior à gravidez têm mais chances de desenvolver a Síndrome de De Quervain na gestação.

Palavras-chave: Doença de De Quervain. Gestação. Incidência. Lesões do Punho.

ABSTRACT

During the gestational period, several changes, physiological and intrinsic to the gravidic cycle, occur in the woman's body so that her organism becomes capable of generating and conceiving a new individual. These changes, mainly caused by hormonal factors result in ligamentous laxity, tendon inflammation, painful conditions, and injuries. Considering that De Quervain's Syndrome is one of the most frequent tendinitis during pregnancy and directly affects the quality of life of pregnant women, the objective was to analyze the incidence of De Quervain's Syndrome in pregnant women at a maternity hospital in São Luís- MA. This is a quantitative research approved by the Research Ethics Committee with opinion 6.247.830, conducted with 77 pregnant women linked to a maternity hospital through the application of an evaluation form and a validated and provocative orthopedic test for the diagnosis of De Quervain's Syndrome, called the Finkelstein Test. Data analysis was performed using Statistics Data Analysis (STATA) - version 16.1, considering a significance level of 5% ($p < 0.05$). The results indicated that 38,96% of the participants developed De Quervain's Syndrome during pregnancy, with a prevalence in domestic workers, self-employed individuals, and pregnant women diagnosed with Repetitive Strain Injury prior to pregnancy. It is concluded that the incidence of this tendinitis during the gestational period is significant, and pregnant women with a diagnosis of Repetitive Strain Injury before pregnancy are more likely to develop De Quervain's Syndrome during pregnancy.

Keywords: De Quervain Disease. Pregnancy. Incidence. Wrist injuries.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Postura da Gestante.....	17
Figura 2 – Fotografia demonstrando um tendão acessório do ALP e sua inserção no osso trapézio.....	22
Figura 3 – Teste de Finkelstein e Teste de Eichoff.....	23

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Profissão das gestantes que positivaram no teste de Finkelstein. São Luís -MA, 2023 (n=30).....	33
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas das gestantes. São Luís - MA, 2023. (n=77).....	29
Tabela 2 - Descrição dos resultados do teste de Finkelstein e queixas relacionadas aos sinais e sintomas da Síndrome de Quervain em gestantes. São Luís -MA, 2023. (n=77).....	31
Tabela 3 - Associação das características sociodemográfica e clínicas com o resultado do teste de Finkelstein em gestantes. São Luís -MA, 2023. (n=77).....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALP	Abdutor Longo do Polegar
AVD	Atividade de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DMED	<i>Defense Medical Epidemiology Database</i>
DORT	Distúrbios Osteomioarticulares Relacionadas ao Trabalho
ECP	Extensor Curto do Polegar
ELP	Extensor Longo do Polegar
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
MACMA	Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão
MMSS	Membros Superiores
PEDro	<i>Physiotherapy Evidence Database</i>
PubMed	<i>Public Medline – Medical Literature Analysis and Retrieval System</i>
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SDQ	Síndrome de De Quervain
UNDB	Unidade de Ensino Superior Dom Bosco
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 Alterações osteomioarticulares e fisiopatológicas comuns ao ciclo gravídico	17
2.2 Síndrome de De Quervain, período gestacional e características sociodemográficas.....	19
2.3 Aspectos anatomofuncionais do punho e polegar	20
2.4 Teste de Finkelstein e concepções diagnósticas.....	22
3 OBJETIVOS.....	25
3.1 Geral	25
3.2 Específicos	25
4 METODOLOGIA	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	40
APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PARA DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE DE QUERVAIN NO PERÍODO GESTACIONAL	44
APÊNDICE C – PANFLETO INFORMATIVO.....	45
APÊNDICE D – ARTIGO.....	46
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	72

1 INTRODUÇÃO

Baseado em dados históricos, a Síndrome de De Quervain foi identificada primeiramente por um médico-cirurgião chamado Fritz Quervain, na Suíça, ao final do século XIX, no ano 1895. Sendo primitivamente denominado de tendinite de Quervain, Fritz identificou esta patologia ao observar entorses em lavadeiras, em virtude da deterioração sobre os tendões dos músculos abductor longo do polegar e extensor curto do polegar. Logo, esta doença obteve o seu nome, em sua homenagem (Uribe et al., 2010).

À vista disso, conforme preconiza Guimarães (2019), é sabido que a Síndrome de De Quervain é uma tendinopatia caracterizada por dor em queimação, parestesia e tumefação na região dorsal ao longo do processo estilóide do rádio. Afetando os músculos e tendões do abductor longo e extensor curto do quinto dedo, gera comprometimento funcional do polegar.

O diagnóstico clínico é alcançado por meio de uma ficha de anamnese minuciosa com o objetivo de detectar possíveis fatores de risco, e através do exame físico pautado no sintoma de dor pontual referido pelo paciente na região do processo estilóide do rádio, que se exacerba ao realizar movimentação do punho (Medeiros et al., 2016).

O resultado positivo no teste de Finkelstein também é considerado um excelente meio provocativo para o diagnóstico da doença de Quervain, isto por dispor de uma adequada sensibilidade e especificidade. O teste é feito pela flexão do primeiro dedo da mão, envolvendo-o com os outros dígitos, após, move-se o punho realizando um desvio ulnar, que de forma passiva alonga os tendões do polegar sobre o processo estilóide. O exame é positivado quando o paciente relata dor (Medeiros et al., 2016).

Indicando o sexo feminino como fator de risco para essa síndrome, sendo 2.8 casos por 1000 pessoas ao ano para mulheres e 0.6 casos para homens (Wolf, 2009), a incidência dessa patologia dolorosa é maior no meio feminino (quatro a seis vezes mais), possuindo maior recorrência em gestantes e lactantes devido alterações nos hormônios prolactina, estrogênio e progesterona, e associado à artrite reumatoide (Ashurst, 2010 apud Guimarães, 2019). Essas condições implicam em desconfortos álgicos, alterações funcionais e, conseqüentemente, diminuição na qualidade de vida da gestante, podendo durar até o puerpério.

Dessarte, o objetivo geral dessa pesquisa é analisar a incidência da Síndrome de De Quervain em mulheres grávidas. Obtendo como objetivos específicos, relacionar as alterações osteomioarticulares e hormonais fisiológicas do período gestacional com a ocorrência da Tendinite de Quervain; associar a manifestação dessa patologia durante o ciclo gravídico com o tipo de ocupação laboral da gestante; correferir lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomioarticulares prévios à gestação com a incidência da Síndrome de De Quervain durante o período gestacional.

A realização dessa pesquisa motiva-se pelo questionamento acerca da incidência da Tendinite de Quervain em mulheres grávidas, pois apesar de ser uma condição subdiagnosticada, isto é, espera-se que a gestante vá manifestar tal distúrbio, poucos estudos correlacionam a doença de Quervain com a gestação. Portanto, mostra-se relevante para a comunidade científica e sociedade pesquisas que analisem a taxa de incidência da doença de Quervain em gestantes, e correlacionem os possíveis fatores causais nessa fase específica da vida da mulher. Desse modo, acredita-se que a realização desta pesquisa irá contribuir com a fomentação de novos conhecimentos que auxiliarão profissionais da saúde e pacientes, pois uma vez diagnosticada a tempo poderá recorrer-se a uma conduta adequada a fim de diminuir os impactos.

Trata-se de uma pesquisa de campo de abordagem quantitativa, natureza aplicada, objetivo descritiva-explicativa e procedimento observacional. A pesquisa ocorreu na cidade de São Luís- MA, especificamente na Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA) com uma população de gestantes vinculadas ao local. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação individualizada do teste ortopédico de Finkelstein e de uma ficha de avaliação de elaboração própria contendo os seguintes itens para anamnese: idade, profissão, queixa principal, história clínica, história ginecológica e obstétrica.

O presente trabalho está dividido em seis seções, a partir dos elementos pré-textuais. A primeira seção refere-se à introdução, onde são abordados os aspectos gerais acerca do tema, bem como os objetivos, justificativas e uma síntese da metodologia. A segunda seção é destinada ao referencial teórico, dividido em quatro subseções voltadas ao detalhamento dos principais conceitos do tema, abrangendo informações referentes à gestação, tendinite de Quervain e o teste de Finkelstein. Na terceira seção, expõe-se os objetivos geral e específicos da pesquisa.

A quarta seção é destinada à metodologia em que são apresentadas as propriedades metodológicas, descrição dos instrumentos de pesquisa, análise de dados e aspectos éticos. Por fim, a quinta e sexta seção referem-se aos resultados e discussões, e considerações finais da pesquisa, respectivamente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Alterações osteomioarticulares e fisiopatológicas comuns ao ciclo gravídico

De acordo com Mann et al. (2010), a gravidez não é uma condição patológica, nem um período de inércia para a vida da gestante, mas sim uma fase de diversas modificações, fisiológicas e intrínsecas do ciclo gravídico, em que todos os sistemas corporais, entre eles o conjunto musculoesquelético, intercorrem no corpo da mulher a fim de que o organismo desta se torne hábil para gerar e conceber um novo indivíduo. As alterações na dinâmica do sistema osteomioarticular dão-se por ações hormonais, que aumentam a frouxidão ligamentar, e modificações biomecânicas, gerando mudanças estruturais na estática e mecânica do esqueleto.

Conforme Baracho (2012), as adequações osteoarticulares comuns ao ciclo gravídico são: ampliação da curvatura lombar (Figura 1) e marcha anserina, devido mudança no centro de gravidade corporal em virtude do peso aditivo da gravidez e do crescimento uterino e mamário; compressões radiculares e dor lombar em razão das alterações posturais que modificam o segmento da coluna vertebral; maior mobilidade das articulações da pelve pela influência hormonal gravídica, principalmente as sacrílicas, sacro-coccigenas e pubianas; fadiga muscular, lombalgias e parestesia dos membros superiores (MMSS).

Figura 1- Postura da gestante



Fonte: Baracho (2018).

Segundo Rezende (2005), entre as muitas adequações anatômicas que acontecem durante os nove meses de gestação, a parede abdominal é a primeira a modificar-se, visto que o útero tem seu eixo vertical e demanda uma sustentação completa, alterando o centro de gravidade da gestante, o que gera uma rotação pélvica e uma gradativa lordose lombar. A modificação postural da mulher grávida é proporcional ao crescimento do volume abdominal, pois com o abdômen aumentado, ela desloca a musculatura glútea posteriormente, desencadeando em dores e desconfortos na área lombar.

Para Chicayban Dias (2010), a cintura pélvica expande e os dois ligamentos da sínfise relaxam. Decorre o crescimento das curvaturas lombar e torácica, mudança no segmento da pelve, distanciamento dos ombros em relação ao corpo, predisposição à hiperextensão de joelhos e depressão dos arcos plantares. As alterações musculoesqueléticas em sua maioria dão-se pelo crescimento das mamas e do útero, que ampliam seu tamanho durante a gestação. O aumento do peso corporal e a retenção hídrica, levam a alterações adaptativas na postura da gestante, a fim de que esta consiga manter o equilíbrio (Kendall et al., 1995).

Em conformidade com o que preconiza Costa et al. (2021), a gravidez corresponde a uma fase de profundas adaptações físicas e emocionais, que podem trazer complicações à saúde da mulher, o que fundamenta a atenção com as mudanças musculoesqueléticas e, por consequência, as modificações posturais compensatórias e queixas de desconforto, características do ciclo gravídico-puerperal. Calcula-se que grande parte das gestantes apresentem algum desconforto musculoesquelético durante o período gestacional, e que 25% delas tenham sintomas temporariamente incapacitantes.

Assim sendo, no terceiro trimestre gestacional, há um aumento de retenção hídrica, podendo gerar edemas de grau variado nos tornozelos e nos pés em grande parte das mulheres grávidas, reduzindo a extensão da articulação. De modo igual, quando esta intumescência ocorre nos membros superiores, ocasiona pressão nos nervos originando parestesias e fraqueza muscular (Alves, 2012).

À proporção que o organismo da gestante vai se modificando, desconfortos álgicos devido as alterações posturais vão se sucedendo. Esses desconfortos podem perdurar ou acentuar-se no puerpério. Dores e lesões em membros superiores, que também podem acometer a mulher no pós-parto, são ocasionados pela má postura e sobrecarga, que acabam gerando síndromes como a de Quervain. Isto posto, muitas

gestantes e puérperas referem dor em MMSS, advindos de movimentos por esforço repetitivo e à sobrecarga com o bebê. Nesse período, é bem frequente a manifestação de tenossinovites. Essa condição ocorre devido quadro inflamatório na bainha do tendão, evidenciando-se sintomas como algia, edema, crepitação e desconforto para efetivar movimentos na comprometida (Santos et al. 2019).

2.2 Síndrome de De Quervain, período gestacional e características sociodemográficas

Baseado em dados históricos, a Síndrome de De Quervain (SDQ) foi identificada primeiramente por um médico-cirurgião chamado Fritz Quervain, na Suíça, ao final do século XIX, no ano 1895. Sendo primitivamente denominado de tendinite de Quervain, Fritz identificou esta patologia ao observar entorses em lavadeiras, em virtude da deterioração sobre os tendões dos músculos abductor longo do polegar (ALP) e extensor curto do polegar (ECP). Logo, esta doença obteve o seu nome, em sua homenagem (Uribe et al., 2010).

À vista disso, conforme preconiza Guimarães (2019), é sabido que a Síndrome de De Quervain é uma tendinopatia caracterizada por dor em queimação, parestesia e tumefação na região dorsal ao longo do processo estilóide do rádio. Afetando os músculos e tendões do abductor longo e extensor curto do quinto dedo, gera comprometimento funcional do polegar.

A fisiopatologia dá-se com o primeiro compartimento dorsal do punho sendo acometido, onde estão situados os tendões do ALP e do ECP. Nestes tendões nota-se um aumento de resistência no deslizamento, seguido do agravo da condição, manifestação da sintomatologia dolorosa, edema na região da base do primeiro dedo e limitação na mobilidade da mão, gerando uma notável incapacidade funcional na AVD (Seixas, 2020).

Entre os fatores de risco, encontram-se condições relacionadas à Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomioarticulares Relacionados ao Trabalho (DORT). Consoante ao estudo de Le Manac'h et al. (2011), as condições que aumentam a ocorrência da Tendinite de De Quervain, são: esforço manual intenso e postura errada de punho e mão. O movimento abundante sobre a região do punho e primeiro dedo também podem trazer complicações à síndrome, como lavar roupas, digitar, costurar e tocar instrumentos (Nemati et al. 2017).

Indicando o sexo feminino como fator de risco para essa síndrome, sendo 2.8 casos por 1000 pessoas ao ano para mulheres e 0.6 casos para homens (Wolf, 2009), a incidência dessa patologia dolorosa é maior no meio feminino (quatro a seis vezes mais), possuindo maior recorrência em gestantes e lactantes devido alterações nos hormônios prolactina, estrogênio e progesterona, e associado à artrite reumatoide (Guimarães, 2019). No que tange à faixa etária, Uribe et al. (2010) afirma que o acometimento da SDQ é mais recorrente em mulheres na faixa etária entre 30 e 50 anos.

Ashurst et al. (2010) também declara em seu relato de caso que a tenossinovite de De Quervain está regularmente associada à gravidez, perdurando até o período do puerpério, exibindo as gestantes os seguintes sinais e sintomas: diminuição da força de preensão palmar; parestesia e dor bilateral nas mãos ao usar o polegar; queda de objetos devido quadro álgico; ou uma combinação desses sintomas.

Wolf et al. (2009), em sua análise através do *Defense Medical Epidemiology Database (DMED)*, obteve os seguintes resultados: 11.332 ocorrências da Síndrome de De Quervain no grupo em risco de 12.117.749 pessoas-ano; o sexo feminino atingiu um índice consideravelmente mais alto, 2.8 casos por 1.000 pessoas-ano, ao se comparar com o sexo masculino, 0.6 por 1.000 pessoas-ano; a faixa etária acima de 40 anos também foi um fator de risco relevante, com este grupo etário exibindo uma taxa de 2.0 por 1.000 pessoas-ano, em analogia com 0.6 por 1.000 na categoria de pessoas abaixo de 20 anos; verificou-se também uma diferença entre raças, com os negros exibindo um índice de 1.3 por 1.000 pessoas-ano, em comparação com os brancos em 0.8.

Na pesquisa prospectiva randomizada realizada por Avci et al. (2002), durante um intervalo de tempo de 3 anos, 19 punhos de 18 mulheres que apresentaram início da doença de De Quervain durante o período gestacional referiram dor nesta região que afetava a realização das atividades da vida diária. Nenhuma delas continha história anterior de sintomas similares ou enfermidades sistêmicas, como diabetes ou patologias do tecido conjuntivo que ocasionam tendinopatia.

2.3 Aspectos anatomofuncionais do punho e polegar

O conhecimento da anatomia do punho é de suma importância e interesse para comunidade científica, visto que é com base em seu entendimento e funcionalidade que se torna possível compreender as diversas patologias que o acometem (Rosa et al., 2005).

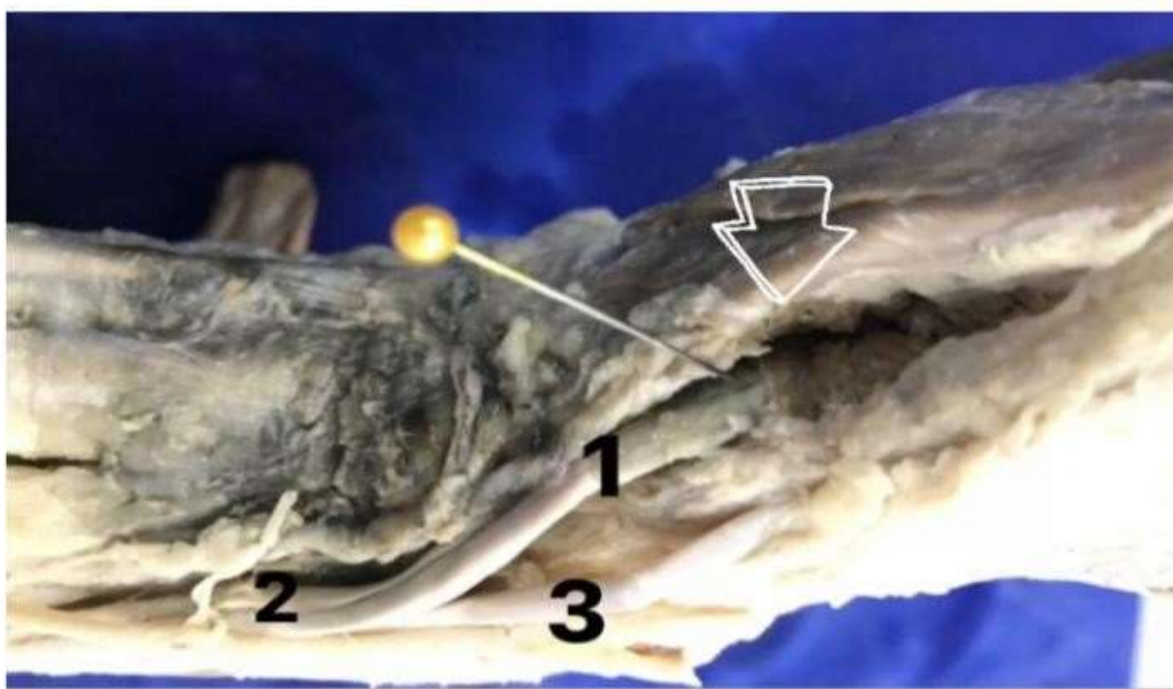
O punho, também denominado como carpo, constitui-se de oito ossos divididos em duas fileiras, proximal e distal, que o concedem flexibilidade. O carpo possui convexidade acentuada na vista posterior, e concavidade na vista anterior. A fim de aumentar a mobilidade articular do punho, as duas fileiras ósseas carpais resvalam uma sobre a outra; ademais, cada osso desliza sobre aqueles limítrofes a ele. Partindo do ponto lateral para o ponto médio, os ossos proximais são: escafoide, semilunar, piramidal e pisiforme. Distalmente, os quatro ossos carpais são: trapézio, trapezoide, capitato e hemato. A fila proximal de ossos carpais e suas faces distais encadeiam-se com os metacarpos, que compõem a estrutura óssea da região palmar, entre o carpo e as falanges. Os metacarpos são constituídos por cinco ossos metacarpais, formados por base, corpo e cabeça. O metacarpal I (primeiro dedo) é o maior em largura, porém o mais pequeno desses ossos. Cada dedo possui três falanges, salvo o polegar, que apresenta duas; contudo, as falanges do polegar são mais resistentes em comparação aos demais dedos (Moore et al. 2014).

Outro aspecto a ser considerado na anatomia do punho, é que este tem seu movimento realizado pela musculatura extrínseca da mão, que são os flexores e extensores dos dedos. Todavia, o punho também possui seus músculos motores, isto é, músculos principais que ativam um movimento específico. Entre eles, no lado radial, estão os tendões dos músculos: abductor longo do polegar, flexor radial do carpo e extensores longo e curto radiais do carpo. O abductor longo do polegar atua no eixo de apoio do primeiro dedo e é ativo no movimento de abdução e flexão do punho. No lado ulnar estão os tendões dos músculos: flexor e extensor ulnar do carpo. Na face ventral, há o tendão do músculo palmar longo. (Leite et al., 2013).

A compreensão acerca da anatomia do músculo ALP também é de extrema relevância à prática clínica, uma vez que alterações em sua estrutura e funcionalidade estão associadas a doenças de De Quervain. O abductor longo do polegar origina-se no ligamento interósseo e na parte medial e posterior do rádio, e insere-se no primeiro metacarpo, osso trapézio ou músculos tênares (Figura 2). O músculo ALP movimenta por tração o primeiro metacarpiano para o eixo radial e anterior. Assim, ele não atua apenas como abductor, mas também como antepulsor, sobretudo quando o carpo está

flexionado. Quando o punho não está estabilizado pelos músculos radiais, o ALP é também atua como flexor carpal. Logo, estando em extensão, o ALP torna-se retropulsor do primeiro metacarpo (Reder, 2018).

Figura 2- 1- Tendão ALP; 2- Tendão acessório do ALP; 3- Tendão ELP; Sinal da Seta – Inserção no osso Trapézio



Fonte: Reder (2018).

O tendão do músculo extensor curto do polegar (ECP) transcorre, juntamente com o tendão do músculo abductor longo do polegar, através do mesmo canal osteofibroso, situando-se em uma área mais dorsal em relação ao outro, estruturando os dois, posterior a passagem pelo canal, o limite lateral da tabaqueira anatômica (Cateano et al., 1994).

2.4 Teste de Finkelstein e concepções diagnósticas

Fundamentado em referências históricas, o teste ou sinal de Finkelstein, foi descrito em 1930 pelo cirurgião americano Harry Finkelstein ao estudar vinte e quatro pacientes. O médico observou durante cirurgias que, além do adensamento da bainha tendínea, ocorria um crescimento bulbar dos tendões comprometidos, além de hipertrofia sinovial. Assim sendo, Harry Finkelstein afirmou que ao conduzir o primeiro

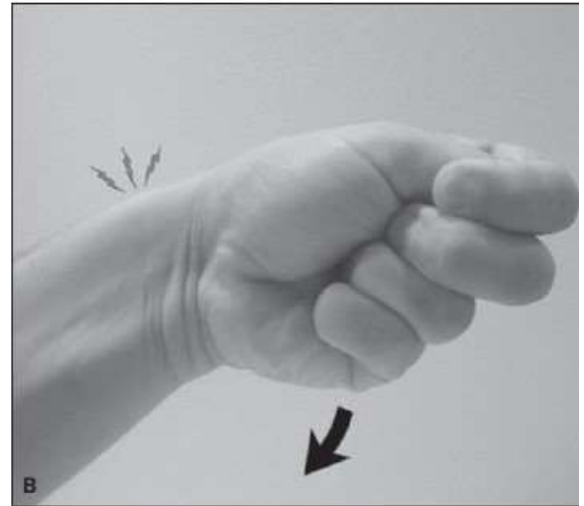
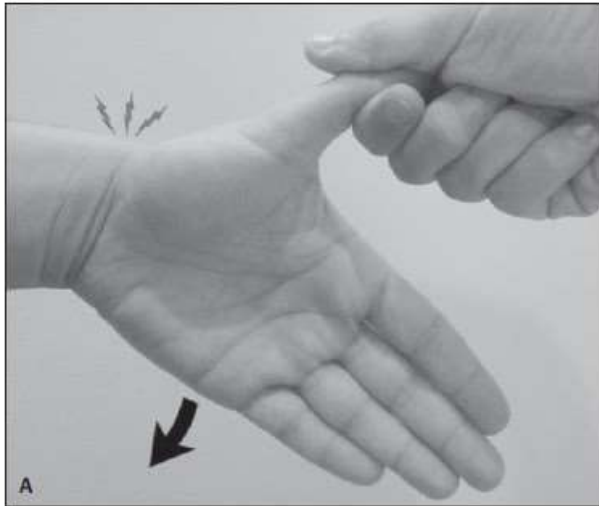
dedo do paciente e abduzir a mão realizando um desvio ulnar, ocorre dor significativa no processo estilóide, sendo este é o sinal característico da Síndrome de De Quervain (Dawson et al., 2010).

Posto isso, o diagnóstico clínico da SDQ é alcançado por meio de uma ficha de anamnese minuciosa com o objetivo de detectar possíveis fatores de risco, e através do exame físico pautado no sintoma de dor pontual referido pelo paciente na região do processo estilóide do rádio, que se exacerba ao realizar movimentação do punho. O resultado positivo no teste de Finkelstein também é considerado um excelente meio provocativo para o diagnóstico da doença de Quervain, isto por ser altamente específico e dispor de uma adequada sensibilidade (Medeiros et al., 2016).

Assim sendo, há três estágios para aplicação do Teste de Finkelstein. Na primeira etapa, o paciente em fase aguda, realiza ativamente um desvio ulnar na articulação do punho. Não havendo relato de dor, o examinador realizará o desvio ulnar na região do carpo, gerando um alongamento passivo no primeiro compartimento dorsal, compreendendo a segunda etapa da aplicação do teste ortopédico. Nas duas etapas o teste é positivado quando o paciente relata dor pontual ao longo do processo estilóide do rádio. O terceiro estágio compreende a versão original do Teste de Finkelstein, em que o examinador estabiliza o primeiro dedo flexionando-o passivamente na região palmar. O teste é positivo quando o paciente sente dor crescente no seguimento estilóide radial. Acredita-se que a realização do teste desta maneira faseada resulte em menos resultados falsos positivos, pois é menos provocativo do que o teste de Eichhoff (Som et al., 2023).

Posto isso, estudos afirmam que o teste de Finkelstein é frequentemente descrito de modo equivocado com o que é de fato o teste de Eichhoff (Figura 3). O teste e/ou variante de Eichhoff, adveio como uma variação do teste de Finkelstein e tem sido constantemente confundido com este. Entretanto, a técnica mais precisa a usar no exame físico da tendinite de Quervain é o teste de Finkelstein, visto que possui maior grau de especificidade e resulta consideravelmente em menos resultados falsos-positivos do que o teste e/ou variante de Eichhoff. Esse fato é justificado devido a circunstância de a variante de Eichhoff gerar um maior grau de desvio ulnar do punho, uma vez que toda a mão do paciente é abduzida ulnarmente, ao invés de somente o primeiro dedo como no teste de Finkelstein (Amorim, 2020).

Figura 3- Teste de Finkelstein (A) e Teste de Eichhoff (B)



Fonte: A Revista de Cirurgia Óssea e Articular- JBJS (1930).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar a incidência da Síndrome de De Quervain em gestantes em uma maternidade em São Luís- MA.

3.2 Específicos

a) Relacionar as alterações osteomioarticulares e hormonais fisiológicas do período gestacional com a ocorrência da Tendinite de Quervain.

b) Associar a manifestação dessa patologia durante o ciclo gravídico com o tipo de ocupação laboral da gestante.

c) Correferir lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomioarticulares prévios à gestação com a incidência da Síndrome de De Quervain durante o período gestacional.

4 METODOLOGIA

O presente estudo é uma pesquisa de campo de abordagem quantitativa, natureza aplicada, de objetivo descritiva-explicativa e procedimento observacional.

Relativo aos procedimentos técnicos, foi realizada uma pesquisa de campo, que segundo Gonsalves (2001), refere-se a um tipo de pesquisa que tem por objetivo coletar a informação diretamente com a população investigada, exigindo do pesquisador um contato mais direto, isto é, o pesquisador necessita deslocar-se ao local onde o fato acontece ou aconteceu, e agrupar as informações a serem documentadas.

No que concerne às etapas da pesquisa de campo, faz-se necessário, primeiramente, a efetuação de uma análise e busca na literatura a respeito do assunto a ser estudado. À face do exposto, para o referencial teórico do vigente trabalho foi realizado um levantamento bibliográfico em livros, artigos, dissertações e teses disponíveis nas bases de dados Google Acadêmico, *Public Medline – Medical Literature Analysis and Retrieval System (PubMed)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Physiotherapy Evidence Database (PEDro)* e repositórios institucionais, com delineamento temporal de vinte e nove anos (1994-2023), através dos descritores: Síndrome de De Quervain; anatomia do punho; gestação; alterações no ciclo gravídico, na língua portuguesa, e os mesmo descritores na língua inglesa, sendo estes: *De Quervain Syndrome; anatomy of the wrist; gestation e changes in the pregnancy cycle*.

A pesquisa foi realizada, no mês de setembro de 2023, na Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA), cujo endereço é, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde-CNES, Avenida Jerônimo de Albuquerque- Cohab Anil I, São Luís- MA, 65051-210. A MACMA foi inaugurada em 1974, na cidade de São Luís, situada no estado do Maranhão. Atualmente, é considerada referência estadual em atendimento a gestação de risco. Possui mil funcionários (diretos e indiretos) e atendimentos que incluem pediatria clínica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica, neonatal e adulta.

A população estudada foi definida por meio de amostragem não probabilística, do tipo intencional, obtendo como critérios de inclusão: mulheres grávidas a partir do primeiro trimestre gestacional e que apresentassem queixas relacionadas aos sinais e sintomas da Síndrome de De Quervain somente durante a

gestação; e como critério de exclusão: gestantes menores de dezoito anos e que possuíssem alguma deficiência física incapacitante para a realização do teste ortopédico de Finkelstein.

A coleta de dados foi realizada durante o mês de setembro, de acordo com o horário de funcionamento da instituição. Na ocasião, as gestantes foram abordadas enquanto aguardavam atendimento na maternidade, fosse para consultas ou exames. Também foram informadas quanto à pesquisa, incluindo seus objetivos e critérios de inclusão. Em seguida, mediante o consentimento da participante, realizava-se a assinatura do TCLE (Apêndice A) e início da pesquisa. Foram abordadas 80 mulheres grávidas; 2 recusaram-se a participar devido quadro de desconforto e fadiga; 1 teve sua participação interrompida para realização de exames. Por fim, totalizou-se uma amostra de 77 gestantes.

Objetivando evitar problemas com a coleta dos dados, teve-se total cautela no manuseio das informações, não havendo utilização e compartilhamento de dados pessoais, feito uso do computador pessoal da pesquisadora para análise dos dados obtidos.

Os dados foram coletados através da aplicação de dois instrumentos. O primeiro, trata-se de uma ficha de avaliação elaborada pela própria autora (Apêndice B) composta por: identificação; história clínica; história ginecológica e obstétrica; testes. Em cada uma das seções da ficha de avaliação foram utilizados somente dados relevantes para os objetivos da pesquisa. Assim sendo, na seção Identificação foram usadas informações referentes à idade e profissão; na História Clínica, utilizou-se dados relativos às queixas principais em MMSS e doenças pregressas; no que tange a História Ginecológica e Obstétrica usou-se as respostas alusivas à semana gestacional e número de gestações; na seção Testes foram anotados os resultados positivo ou negativo na realização do Teste de Finkelstein.

O segundo instrumento utilizado referiu-se à aplicação do teste ortopédico, validado e provocativo para o diagnóstico da Síndrome de De Quervain, denominado Teste de Finkelstein. O teste foi executado com a flexão do primeiro dedo da mão, envolvendo-o com os outros dígitos, após, moveu-se o punho, inicialmente, de forma ativa, e posteriormente de modo passivo pela examinadora, realizando um desvio ulnar e alongando os tendões do polegar sobre o processo estiloide. Conforme Sant'Anna et al. (2018) o exame é considerado positivo quando o paciente relata dor

ao executar o movimento. Portanto, as gestantes que referiram algia ao realizar a ação citada, tiveram seus resultados positivados anotados na ficha de avaliação.

Os dados adquiridos durante a coleta foram armazenados em um banco de dados no Excel. As variáveis qualitativas estão descritas em tabelas contendo frequências absolutas e relativas. As quantitativas estão expressas em média, desvio padrão e amplitude. A normalidade foi verificada com o teste Shapiro-Wilk, a associação do resultado do teste de Finkelstein com as variáveis quantitativas foi avaliada pelo Teste – T para amostras independentes, para as variáveis qualitativas utilizou-se os testes Exato de Fisher ou Qui-quadrado. Todas as análises consideraram o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e o software utilizado foi o Statistics Data Analysis (STATA) 16.1.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Dom Bosco - UNDB, com número de parecer 6.247.830 (Anexo A).

Visando a preservação dos direitos dos participantes, a atual pesquisa obedeceu todos os princípios éticos para o estudo envolvendo seres humanos contemplados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), dispondo do consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa, garantindo a segurança, privacidade, preservação da identidade e a não estereotipagem, assegurando o manuseio dos dados obtidos somente para fins acadêmicos, além de certificar o direito de finalizar sua participação sem qualquer tipo de penalização por parte do pesquisador, ou da instituição de origem (Brasil, 2012).

As gestantes adentraram no estudo exclusivamente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assegurados confidência e a utilidade de todos os dados coletados; a proteção da identidade; a explicação sobre os procedimentos, seus direitos, os possíveis riscos e os benefícios da pesquisa; além da garantia do tempo suficiente que a participante necessitar para ler e entender os termos, sendo permitido, se necessário, consultar familiares e outras pessoas no auxílio para melhor tomada de decisão (Novoa, 2014). Ademais, as gestantes receberam, virtualmente, um panfleto informativo (Apêndice C) acerca dos desconfortos sentidos e das mudanças físicas durante a gestação, gerando conhecimento e percepção corporal para as mesmas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram abordadas 80 gestantes que aguardavam atendimento no local estudado. Duas recusaram-se a participar devido quadro de desconforto e fadiga, e uma teve sua participação interrompida para realização de exames. Por fim, totalizou-se uma amostra de 77 gestantes. A incidência da Síndrome de De Quervain nas integrantes do estudo foi considerável, havendo correlação significativa entre LER, profissão doméstica e a ocorrência da tendinite de Quervain durante o período gestacional.

Com relação ao perfil sociodemográfico, a idade das participantes do estudo manteve-se entre 18 a 50 anos, com média de $29,75 \pm 6,63$, sendo a faixa etária de 30 a 40 anos a mais frequente. A profissão doméstica também foi a variável mais constante, com porcentagem de 36,36% (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas das gestantes. São Luís - MA, 2023 (n=77)

VARIÁVEIS	n	(%)
Idade (anos)		
Entre 18 e 20 anos	8,00	10,39
De 21 a 30anos	33,00	42,86
De 31 a 40 anos	33,00	42,83
De 41 a 50 anos	3,00	3,90
Amplitude (Maior valor – menor valor)	(44,00 – 18,00)	
Média \pm Desvio Padrão	29,75 \pm 6,63	
Profissão		
Autônoma	18,00	23,38
Auxiliar administrativo	7,00	9,09
Doméstica	28,00	36,36
Estudante	8,00	10,39
Outra	4,00	5,19
Profissional da educação	5,00	6,49
Profissional da saúde	7,00	9,09
Idade gestacional		
Primeiro trimestre (0 – 13 semanas)	1,00	1,30
Segundo trimestres (14 a 26 semanas)	19,00	24,68
Terceiro trimestre (27 a 41 semanas)	57,00	74,03
Amplitude (Maior valor – menor valor)	(40,00 – 12,00)	
Média \pm Desvio Padrão	29,88 \pm 6,84	
Número de gestações		
Uma	21,00	27,27
Duas	28,00	63,64
Três	14,00	18,18
Quatro	6,00	7,79
Cinco ou mais	8,00	10,39
Amplitude (Maior valor – menor valor)	(9,00 – 1,00)	
Média \pm Desvio Padrão	2,48 \pm 1,55	

Diabetes Mellitus		
Ausente	66,00	85,71
Presente	11,00	14,29
Hipertensão arterial		
Ausente	56,00	72,76
Presente	21,00	27,27
Outra morbidade		
Ausente	72,00	93,51
Cardiopatía	1,00	1,30
HIV	1,00	1,30
Câncer	3,00	3,90
Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho		
Ausente	69,00	89,61
Presente	8,00	10,39
Lesão por Esforço Repetitivo		
Ausente	60,00	77,92
Presente	17,00	22,08

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Similarmente a este trabalho, o estudo de Uribe et al. (2010) verificou a faixa etária de mulheres com sinais e sintomas da Síndrome de De Quervain assistidas em um Ambulatório de Cirurgia da Mão, e observou o maior percentual em pacientes do sexo feminino com idade entre 30 e 50 anos, e média de 45 anos. Wolf et al. (2009), em sua análise através do *Defense Medical Epidemiology Database (DMED)* também obteve como resultado a faixa etária acima de 40 anos como um fator de risco relevante para a SDQ, com este grupo etário exibindo uma taxa de 2.0 por 1.000 pessoas-ano, em analogia com 0.6 por 1.000 na categoria de pessoas abaixo de 20 anos.

Com relação ao perfil obstétrico e clínico descrito na tabela 1, percebeu-se uma idade gestacional média de $29,88 \pm 6,84$ semanas, com prevalência de secundigestas (63,64%). A maioria das gestantes (85,71%) afirmaram não ter Diabetes Mellitus, como também relataram não possuir Hipertensão Arterial (72,76%). Relativo a outras morbidades, das mulheres grávidas abordadas 1,30% referiu Cardiopatía, 1,30% afirmou ser soropositivo para HIV e 3,90% relataram histórico de Câncer. Ademais, 93,51% das gestantes afirmaram não possuir nenhuma comorbidade.

Concomitante a este estudo, a pesquisa de Avci et al. (2002) verificou que mulheres que apresentaram início da doença de De Quervain durante o período gestacional não continham história anterior de sintomas similares ou enfermidades sistêmicas, como diabetes, hipertensão ou patologias do tecido conjuntivo que ocasionam tendinopatia.

O diagnóstico da Síndrome de De Quervain nas gestantes foi obtido através das queixas relacionadas a essa patologia e do sinal positivo no Teste de Finkelstein, demonstrado na tabela 2.

Tabela 2. Descrição dos resultados do teste de Finkelstein e queixas relacionadas aos sinais e sintomas da Síndrome de Quervain em gestantes. São Luís -MA, 2023 (n=77)

VARIÁVEIS	n	(%)
Teste de Finkelstein		
Negativo	47,00	61,04
Positivo	30,00	38,96
Local acometido/Teste de Finkelstein		
Não se aplica	47,00	61,04
Ambos os punhos	13,00	16,88
Punho direito	12,00	15,58
Punho esquerdo	5,00	6,49
Parestesia relacionada a Síndrome de Quervain		
Ausente	50,00	64,94
Presente	27,00	35,06
Algia relacionada a Síndrome de Quervain		
Ausente	61,00	79,22
Presente	16,00	20,78
Fadiga relacionada a Síndrome de Quervain		
Ausente	66,00	85,71
Presente	11,00	14,29
Local acometido/ Síndrome de Quervain		
Nenhum	38,00	49,35
Ambas as mãos	19,00	24,68
Mão direita	7,00	9,09
Ambos os punhos	6,00	7,79
Dedos	4,00	5,19
Mão esquerda	2	2,60
Punho esquerdo	1	1,30

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Das integrantes do estudo, 38,96% testaram positivo no Teste de Finkelstein. Destas, 16,88% positivaram em ambos os punhos. Referente aos sinais e sintomas da tendinite de Quervain, as gestantes relataram sentir parestesia (35,06%), algia (20,78%) e fadiga (14,29%) em MMSS. No que tange ao local de acometimento das queixas sintomatológicas, as participantes mencionaram maior desconforto em ambas as mãos (24,68%), seguido de mão direita (9,09%), ambos os punhos (7,79%), dedos (5,19%), mão esquerda (2,60%) e punho esquerdo (1,30%).

Igualmente ao estudo de Ashurst et al. (2010), este também declara em seu relato de caso que a tenossinovite de De Quervain está regularmente associada à gravidez, perdurando até o período do puerpério. Segundo o autor, as gestantes exibem os seguintes sinais e sintomas: diminuição da força de preensão palmar;

parestesia e dor bilateral nas mãos ao usar o polegar; queda de objetos devido quadro algico; ou uma combinação desses sintomas. Já o estudo de Uribe et al. (2010) observou que das 40 pacientes com SDQ, 34 participantes (85%) exibiam a tenossinovite na mão dominante, e 6 (15%) na mão não dominante.

A tabela 3 apresenta uma associação entre as características sociodemográficas e clínicas das gestantes com o resultado no Teste de Finkelstein, considerando $p < 0,05$. Ao avaliar o resultado no Teste de Finkelstein e as características clínicas, observamos associação estatística para Lesão por Esforço Repetitivo. Nenhuma das variáveis obstétricas e sociodemográficas demonstrou associação estatística significativa com o resultado no teste ortopédico aplicado.

Tabela 3 - Associação das características sociodemográfica e clínicas com o resultado do teste de Finkelstein em gestantes. São Luís -MA, 2023 (n=77)

VARIÁVEIS	Teste de Finkelstein				P-valor
	Negativo (n=47)		Positivo (n=30)		
	n	(%)	n	(%)	
Idade (anos)					
Média ± Desvio Padrão	29,61 ± 6,86		29,96 ± 6,36		0,823 ^T
Profissão					
Autônoma	11,00	23,40	7,00	23,33	0,411 ^e
Auxiliar administrativo	3,00	6,38	4,00	13,33	
Doméstica	21,00	44,68	7,00	23,33	
Estudante	4,00	8,51	4,00	13,33	
Outra	3,00	6,38	1,00	3,33	
Profissional da educação	2,00	4,26	3,00	10,00	
Profissional da saúde	3,00	6,38	4,00	13,33	
Idade gestacional					
Média ± Desvio Padrão	30,65 ± 6,72		28,66 ± 6,97		0,215 ^T
Número de gestações					
Média ± Desvio Padrão	2,46 ± 1,36		2,50 ± 1,83		0,930 ^T
Diabetes Mellitus					
Ausente	40,00	85,11	26,00	86,67	0,535 ^Q
Presente	7,00	14,89	4	13,33	
Hipertensão arterial					
Ausente	33,00	70,21	23	76,67	0,535 ^Q
Presente	14	29,79	7	23,33	
Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho					
Ausente	44	93,62	25	83,33	0,250 ^e
Presente	3	6,38	5	16,67	
Lesão por Esforço Repetitivo					
Ausente	43,00	91,49	17	56,67	<0,001 ^e
Presente	4,00	8,51	13	43,33	

T - Test T par amostras independentes; Q - Qui-quadrado; e - Exato de Fisher
 Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Com relação à Lesão por Esforço Repetitivo, 43,33% das gestantes que afirmaram possuir diagnóstico clínico para essa condição testaram positivo no teste de Finkelstein. Consoante ao estudo de Le Manac'h et al. (2011), as condições que aumentam a ocorrência da Tendinite de De Quervain, são: esforço manual intenso e postura inadequada de punho e mão. O movimento abundante sobre a região do punho e primeiro dedo também podem trazer complicações à síndrome, como lavar roupas, digitar, costurar e tocar instrumentos (Nemati et al., 2017).

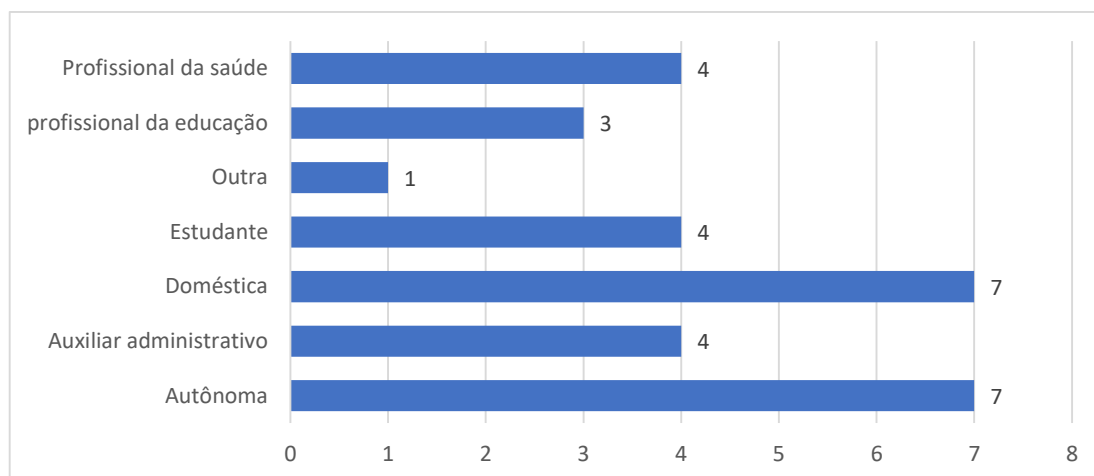
No que tange os Distúrbios Osteomioarticulares Relacionado ao Trabalho, Barbosa (2002) considera a SDQ como uma forma crônica de apresentação da DORT. No presente estudo, de acordo com a tabela 3, 16,67% das mulheres grávidas que relataram ter diagnóstico médico de DORT exibiram resultado confirmatório no Teste de Finkelstein.

Vários estudos indicam a SDQ como uma doença musculoesquelética associada ao trabalho em virtude da sobrecarga. Todavia, algumas pesquisas apontam relatos da Tenossinovite de Quervain séculos atrás, com recorrência hegemônica no meio feminino, em um período que não havia predominância de mulheres no mercado de trabalho, sugerindo a hipótese de outras causas ligadas à concepção de tal patologia, como fator genético, variantes anatômicas e alterações hormonais do ciclo gravídico (Medeiros et al., 2016).

No que concerne à ação hormonal, sobretudo à relaxina, há uma frouxidão ligamentar progressiva, além de um amolecimento cartilaginoso e elevação da quantidade de sinóvia dentro do espaço articular. O resultado é uma mobilidade aumentada e articulações mais instáveis, predispondo as gestantes às lesões (Mann et al., 2008).

O gráfico 1 faz associação entre o tipo de ocupação laboral das gestantes estudadas com o resultado positivo no teste ortopédico de Finkelstein, exibindo as profissões doméstica e autônoma maior quantidade de resultados positivos.

Gráfico 1 - Profissão das gestantes que positivaram no teste de Finkelstein. São Luís -MA, 2023 (n=30)



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Ferreira et al., (2020) constatou em seu estudo que os problemas osteomioarticulares associados ao serviço doméstico é dado considerando que a doméstica permanece nas atividades apesar do processo de adoecimento, sobretudo entre aquelas com vinculações laborais frágeis e com carecimento de sustento familiar. No que se refere às autônomas, infere-se que estas por disporem de maior liberdade em suas atividades laborais expõe-se a dupla jornada de trabalho, sendo não apenas trabalhadoras como também donas de casa, o que sugere um distúrbio osteomioarticular relacionada não somente à atividade laboral, mas conjuntamente à atividade doméstica. Isto posto, Amaral (2012) afirma que o acúmulo de atividades profissionais e domésticas pode deteriorar a saúde física e emocional das mulheres.

Dentre as limitações encontradas para realização desta pesquisa encontram-se poucos estudos que correlacionam a doença de Quervain com a gestação e curto período para realização da coleta de dados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesta pesquisa permitiram identificar que a incidência da Síndrome de De Quervain durante a gestação é significativa, sobretudo em mulheres grávidas autônomas e donas de casa. Além disso, observou-se uma associação estatística para a variável Lesão por Esforço Repetitivo prévio à gestação.

Nota-se que poucos estudos correlacionam a doença de Quervain com o período gestacional. Portanto, mostra-se relevante para a comunidade científica, acadêmica e sociedade, mais pesquisas que associem os possíveis fatores causais nessa fase específica da vida da mulher com a tendinite de Quervain.

Desse modo, acredita-se que a realização deste trabalho irá levar conhecimento sobre a patologia para a comunidade leiga, além de contribuir com a fomentação de novos conhecimentos que auxiliarão profissionais da saúde e pacientes, pois uma vez diagnosticada a tempo poderá recorrer-se a uma conduta adequada a fim de diminuir os impactos da doença.

REFERÊNCIAS

- Alves, Tânia Silene Gomes. **Efeitos da Fisioterapia na Qualidade de Vida da mulher durante o Período Gestacional**: revisão Sistemática. 2012. 111 p. Orientador: Liliana Silva Costa. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, Cidade da Praia, 2012. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/38682754.pdf>. Acesso em: 21 set. 2023.
- Amaral, Grazielle Alves. Os Desafios da Inserção da Mulher no Mercado de Trabalho. **Itinerarius Reflectionis**, Goiânia, v. 8, n. 2, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufj.edu.br/rir/article/view/22336>. Acesso em: 8 nov. 2023.
- Amorim, Daniel da Silva. **Tenossinovite de De Quervain**: Papel da Ecografia e Opções Terapêuticas. 2020. 50 p. Orientador: Miguel Castelo-Branco Sousa. Tese de Doutorado (Mestrado em Medicina) - Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2020. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/10702/1/7495_15945.pdf. Acesso em: 5 set. 2023.
- Ashurst, John V. et al. Tenosynovitis Caused by Texting: an Emerging Disease. **Journal of Osteopathic Medicine**, [S.l.], 2010, v.110, n.5, p.294-296, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.7556/jaoa.2010.110.5.294>. Acesso em: 11 jun. 2023.
- Avcı, Sinan et al. Comparison of nonsurgical treatment measures for de Quervain's disease of pregnancy and lactation. **The Journal of Hand Surgery**, Ankara, 2002, v.27, n.2, p.322-324, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/jhsu.2002.32084>. Acesso em: 25 set. 2023.
- Baracho, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 5°. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 464 p.
- Baracho, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6°. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 753 p.
- Barbosa, Luís Guilherme. **Fisioterapia Preventiva no Distúrbios Osteomúsculares Relacionados ao Trabalho – DORT's**: A fisioterapia do Trabalho Aplicada. 1°. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002. 160 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 1 out 2023.
- Caetano, Edie Benedito et al. Variações anatômicas do músculo extensor curto do polegar. **Rev. bras. ortop**, São Paulo, 1994, v. 29, n. 4, p. 189-92, 1994. Disponível

em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbo.org.br/pdf/29-abr/ab940189.pdf>. Acesso em: 15 set 2023.

Chicayban, Luciano Matos et al. Análise da função pulmonar em gestantes e não gestantes. **Perspectivas online**. Macaé, 2010, v.4, n.15, p. 144-150, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Geovana%20Cristhine/Downloads/452-Texto%20do%20artigo-1277-1-10-20140704.pdf>. Acesso em: 10 set. 2023

Costa, Gabrielly da Silva et al. Aplicação da fisioterapia nas alterações músculo-esqueléticas durante o período gestacional. Revisão Sistemática. **Revista Cathedral**, Caçari, 2021, v.3, n.4, p.108-115, 26 dez. 2021. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/399/130>. Acesso em: 31 ago. 2023.

Dawson, Courtney et al. Staged Description of the Finkelstein Test. **The Journal of Hand Surgery**, Boston, 2010, v.35, n.9, p. 1513- 1515, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2010.05.022>. Acesso em: 19 set. 2023.

Ferreira, Carolina Nardi Lopes et al. Perceptions of domestic workers on labor rights and impacts on their working and health conditions. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.I], 2020, v. 29, p. e20180375, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NHLfc6NhhSJgBG4DtVdYYtL#>. Acesso em: 5 nov. 2023.

Finkelstein, Harry. Stenosing tendovaginitis at the radial styloid process. **JBJS**, Nova Iorque, 1930, v. 12, n. 3, p. 509-540, 1930. Disponível em: https://journals.lww.com/jbjsjournal/abstract/1930/12030/stenosing_tendovaginitis_at_the_radial_styloid.1.aspx. Acesso em: 24 set. 2023.

Gonsalves, Elisa Pereira. **Iniciação à pesquisa científica**. 4º ed. Campinas, SP: Alínea, 2001. 80 p.

Guimarães, Morisa Garcia. **Tratamentos fisioterapêuticos abordados na síndrome de de Quervain**: revisão da literatura. 2019. 22 p. Orientador: Lilian Ramiro Felício. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/25719>. Acesso em: 23 maio 2023.

Leite, Nelson Mattioli et al. Propedêutica da mão e do punho. In: LEITE, Nelson Mattioli et al. **Propedêutica Ortopédica e Traumatológica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 102-155. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=f703AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA102&dq=anatomia+do+punho&ots=3sZsEpOAWA&sig=v_zEsC7FX31TSZ7byoWn2dvlv7l#v=onepage&q=anatomia%20do%20punho&f=false. Acesso em: 10 set. 2023.

Le Manac'h, Audrey Petit et al. Risk factors for de Quervain's disease in a French working population. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, [S.I], 2011, v.37, n.5, p. 394-401, 2011. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/23064900>. Acesso em: 11 set. 2023.

Mann, Luana et al. Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. **Motriz: Revista De Educação Física**, Rio Claro, 2010, v.16, n.3, p.730–741, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n3p730>. Acesso em: 30 ago. 2023.

Mann, Luana et al. Dor lombo-pélvica e exercício físico durante a gestação. **Fisioter mov**, Rio Grande do Sul, 2008, v. 21, n. 2, p. 99-105, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Joao-Pinto-E-Silva/publication/41809872_Brain-sparing_effect_Comparison_of_diagnostic_indices/links/0fcfd50c6a9ffe849e000000/Brain-sparing-effect-Comparison-of-diagnostic-indices.pdf. Acesso em 5 nov. 2023.

Medeiros, Maisa da Silva Dulci et al. Tenossinovite de Quervain: aspectos diagnósticos. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, 2016, v. 5, n. 2, p. 307-312, 2016. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6898> . Acesso em: 16 abr. 2023.

Moore, Keith L. et al. Membro Superior. In: MOORE, Keith L. et al. **Moore anatomia orientada para a clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 800-980. Disponível em: <http://www.ava-edu.net/biblioteca/wp-content/uploads/2021/03/Anatomia-Orientada-Para-a-CI%C3%ADnica-Moore-7%C2%AA-ed.-PT-BR.pdf>. Acesso em: 12 set. 2023.

Nemati, Zahra et al. The effect of new dynamic splint in pinch strength in De Quervain syndrome: a comparative study. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, Londres, 2017, v. 12, n. 5, p. 457-461, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/17483107.2016.1139635>. Acesso em: 14 set. 2023.

Novoa, Patricia Correia Rodrigues. O que muda na ética em pesquisa no Brasil: Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, 2014, v. 12, p. 7-19, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082014ED3077>. Acesso em: 1 out 2023.

Reder, Vitor Rodrigues. **Estudo anatômico das variações da inserção do músculo abductor longo do polegar**. 2018. 29 p. Orientador: Luiz Carlos Angelini. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica) – Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, 2028. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1281823>. Acesso em: 20 set. 2023.

Rezende, Jorge de. **Obstetrícia Fundamental**. 10°. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 689 p.

Rosa, Marcelo et al. Comparação entre estudos por imagem na identificação das estruturas anatômicas do punho. **Rev Bras Ortop**, São Paulo, 2005, v. 40, n. 11/12, p. 655-662, 2005. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/rbo.org.br/pdf/40-10/04_nov_dez_2005.pdf. Acesso em: 28 set. 2023.

Sant'anna, Fernando Mendes et al. Tratamento da Tenossinovite de Quervain por Acupuntura: relato de Caso. **VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 130–136, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/vittalle.v30i1.7460>. Acesso em: 19 jul. 2023.

Santos, Karoline de Oliveira Rodrigues et al. **Atuação da Fisioterapia nas algias em membros superiores que acometem as mulheres no pós-parto como consequência das alterações posturais e sobrecarga**. 2019. 10 p. Orientador: Carla Komatsu Machado. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Araçatuba, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://fisiosale.com.br/wp/wp-content/uploads/2019/02/Atua%C3%A7%C3%A3o-da-Fisioterapia-nas-algias-em-membros-superiores-que-acometem-as-mulheres-no-p%C3%B3s-parto-como-consequ%C3%Aancia-das-altera%C3%A7%C3%B5es-posturais-e-sobrecarga.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2023.

Seixas, João Carlos Gregório de. **Técnicas Terapêuticas da Medicina Física e de Reabilitação no Tratamento da Tenossinovite de Quervain: Revisão Sistemática**. 2020. 67 p. Orientador: Miguel Castelo-Branco Craveiro Sousa. Tese de Doutorado (Mestrado em Medicina) - Universidade da Beira Interior, Portugal, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/10733>. Acesso em: 6 set. 2023.

Som, Aniruddh et al. Finkelstein Sign. [Atualizado em 31 de julho de 2023]. In: **StatPearls** [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls; 2023 janeiro-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539768/>. Acesso em: 12 set 2023.

Uribe, William Albeiro Jimenez et al. Tenossinovites De Quervain: uma nova proposta no tratamento cirúrgico. **Revista Brasileira De Cirurgia Plástica**, São Paulo, 2010, v. 25, n. 3, p. 465–469, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752010000300011>. Acesso em: 5 maio 2023.

Wolf, Jennifer Moriatis et al. Incidence of de Quervain's Tenosynovitis in a Young, Active Population. **The Journal of Hand Surgery**, Chicago, 2009, v. 34, n. 1, p. 112-115, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2008.08.020>. Acesso em: 15 jul. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) participante, este é um convite para a participação na pesquisa chamada: Análise de Incidência da Síndrome de De Quervain em Gestantes em uma Maternidade em São Luís- MA.

Você foi escolhido para ajudar com o crescimento desta pesquisa. Mas, lembre-se que a qualquer momento você pode parar de participar e tirar sua permissão do estudo, sem penalização alguma, ou seja, sem comprometer seu atendimento nesta unidade hospitalar. A pesquisa tem a intenção de ver quantas mulheres grávidas nesta maternidade têm dor no punho.

Afirma-se que em toda pesquisa é possível haver alguns riscos para os participantes, porém os riscos relacionados à sua participação são pequenos, podendo ser do tipo física, já que poderá sentir um leve desconforto com relação à aplicação do teste, e risco relacionado a perda de privacidade e sigilo, visto que será necessário o acesso aos seus dados do prontuário. Porém, será dada máxima atenção, não havendo compartilhamento e utilização de suas informações pessoais. Além disso, pode acontecer de a participação na pesquisa comprometer seu horário, considerando que você dará pelo menos 10 (dez) minutos de seu tempo. Apesar disso, esses riscos são diminuídos por conta da sua contribuição para a melhoria dos serviços da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão, portanto sem nenhuma complicação na lei.

Reforça-se que todos os procedimentos usados nesta pesquisa seguem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, nos termos da Resolução Nº 466/2012 e Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, nenhum dos meios utilizados para recolher informações nesta pesquisa causará riscos à sua identidade, corpo, mente ou dignidade humana.

A pesquisa ajudará a contar quantas mulheres grávidas possuem queixa de dor no punho, relacionar doenças anteriores à gestação com a ocorrência dessas dores e gerar conhecimento para os profissionais da área da saúde. Logo, não haverá nenhum tipo de despesa para aqueles que participarem realizando o teste ou dando entrevistas à pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome do Pesquisador

Caso aceite participar desta pesquisa, informa-se que a coleta de dados incluirá a análise dos prontuários e a aplicação de um teste ortopédico na região do punho. Os dados analisados nas fichas serão idade, profissão, queixas e histórico médico. O teste é realizado dobrando o polegar, envolvendo-o com os outros quatro dedos. Após, movimenta-se a mão para a direita ou para a esquerda. O teste é considerado positivo se o paciente sentir dor ao fazer o movimento. Os participantes serão convidados a participar da pesquisa de forma individual e depois de receberem uma explicação detalhada do que será feito, além da assinatura do termo de consentimento. A aplicação do teste ocorrerá em sala fechada. Os participantes terão além dos benefícios acima falados, orientações e esclarecimentos sobre todo o processo de aplicação do teste. Todas as informações que forem conseguidas através desta pesquisa serão totalmente privadas, lhe dando total discricção sobre sua participação, pois não serão solicitadas nenhuma informação pessoal. Afirma-se que os dados coletados serão utilizados para produzir material de natureza científica (trabalho de conclusão de curso e artigos), garantindo que seu nome não será divulgado nas publicações vindas da pesquisa. Logo, os resultados desse estudo serão publicados com o suporte do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB). Se solicitado e/ ou indicado, você e/ou seu médico (a) responsável terão acesso aos resultados obtidos com o teste e a pesquisa.

Este documento foi elaborado em duas vias, no qual você receberá uma via deste termo, contendo o telefone e o endereço do pesquisador principal desta pesquisa, para qualquer dúvida ou esclarecimento que venha a ter sobre o projeto de pesquisa, sua participação, agora ou depois. Além disso, também são informados o

endereço e os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da UNDB, para qualquer reclamação, dúvida ou esclarecimento. Caso ainda tenha dúvidas a respeito não assine este termo Consentimento Livre e Esclarecido. Após estas explicações, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Pedimos que preencha, por favor, os itens que seguem:

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome do Pesquisador

PESQUISADOR PRINCIPAL:

Nome: Geovana Cristhine de Jesus Silva

Endereço: Via local 312, Quadra 313, Casa nº 3, Bairro Parque Vitória.

Contato: (98) 98117- 3547

E-mail: 002-020811@aluno.undb.edu.br

ORIENTADOR:

E-mail: Jacqueline.lima@undb.edu.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNDB

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Central, Andar Térreo, Sala CEP, Bairro Renascença.

Telefone: (98) 4009- 7070

E-mail: cep@undb.edu.br

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome do Pesquisador

**APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PARA
DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE DE QUERVAIN NO PERÍODO GESTACIONAL**

DATA ____/____/____ TELEFONE: _____

ANAMNESE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Idade: ____ Data de nascimento: ____/____/____ Peso: ____ Altura: ____

Profissão: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Queixa principal: _____

HDA: _____

Doenças Progressas: () Diabetes () HAS () Cardiopatias () Câncer _____ ()

Desordens Psicológicas: _____ () LER () DORT Outros

Cirurgias prévias: () Não () Sim: _____

Implante metálico: () Não () Sim: _____

Antecedentes familiares: _____

MEDICAMENTOS EM USO: _____

HISTÓRIA GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICA

G: ____ Parto: ____ N: ____ Fórceps: ____ Peso do RN maior ____Kg Episiotomia:()

Não () Sim Laceração perineal: () Não () Sim Menarca: _____ Menopausa: ()

Não () Sim Tempo de menopausa: _____ Cirurgia ginecológicas: () Não ()

Sim Qual: _____ Faz uso de TRH: () Não () Sim

Faz uso de anticoncepcional: () Não () Sim Tem a sensação de bola (prolapso) na vagina: () Não () Sim

TESTES: Teste de Finkelstein

Punho direito () positivo () negativo Punho esquerdo () positivo () negativo

APÊNDICE C – PANFLETO INFORMATIVO

DOR NO PUNHO? DORMÊNCIA E FORMIGAMENTO NOS DEDOS? SENSAÇÃO DE PERCA DE FORÇA NAS MÃOS?



@C.GEOVANA_

ESTES SÃO ALGUNS SINTOMAS DA TENDINITE DE QUERVAIN, TAMBÉM CHAMADA DE TENDINITE DAS MÃES, POR SER MUITO COMUM DURANTE A GRAVIDEZ.

ATINGE 1 A CADA 4 MULHERES GRÁVIDAS.

SE VOCÊ SENTE ALGUM DESSES SINTOMAS NÃO DEIXE DE RELATAR AO SEU FISIOTERAPUTA OU MÉDICO OBSTETRA.

COMO PREVENIR? EVITANDO A RETENÇÃO DE LÍQUIDOS. ENTÃO REDUZA O CONSUMO DE SAL, BEBA ÁGUA, EVITE ROUPAS MUITO APERTADAS E TENHA UMA BOA ALIMENTAÇÃO



APÊNCIDE D – ARTIGO

ANÁLISE DE INCIDÊNCIA DA SÍNDROME DE DE QUERVAIN EM GESTANTES EM UMA MATERNIDADE EM SÃO LUÍS: pesquisa de campo ¹

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF DE QUERVAIN SYNDROME IN PREGNANT WOMEN IN A MATERNITY HOSPITAL IN SÃO LUÍS: field research

Geovana Cristhine de Jesus Silva ²

Jacqueline Maria Maranhão Pinto Lima ³

Áurea Luiza da Paixão Soares ⁴

RESUMO

Durante o período gestacional diversas alterações, fisiológicas e intrínsecas do ciclo gravídico, intercorrem no corpo da mulher a fim de que o organismo desta se torne hábil para gerar e conceber um novo indivíduo. Essas mudanças ocasionadas sobretudo por fatores hormonais, implicam em frouxidões ligamentares, inflamações tendíneas, quadros algícos e lesões. Considerando que a Síndrome de De Quervain é uma das mais frequentes tendinites da gestação e que afeta diretamente a qualidade de vida da mulher grávida, objetivou-se analisar a incidência da Síndrome de De Quervain em gestantes em uma maternidade de São Luís- MA. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, aprovada pelo CEP com parecer 6.247.830, realizada com 77 gestantes vinculadas a uma maternidade através da aplicação de uma ficha de avaliação e um teste ortopédico validado e provocativo para o diagnóstico da Síndrome de De Quervain, denominado Teste de Finkelstein. A análise dos dados ocorreu através do *Statistics Data Analysis* (STATA) - versão 16.1, considerando uma significância de 5% ($p < 0,05$). Os resultados encontrados indicaram que 38,96% das participantes desenvolveram a Síndrome de De Quervain durante a gravidez, com predomínio em domésticas, autônomas e em gestantes diagnosticadas com Lesão por Esforço Repetitivo prévio à gestação. Conclui-se que a incidência

¹ Artigo apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB.

² Graduanda do 10º Período do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB. E-mail: geovanacristhine10@gmail.com

³ Professora Mestra. Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB. E-mail: Jacqueline.lima@undb.edu.br

⁴ Fisioterapeuta graduada pelo Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB. E-mail: aurealuiza13@gmail.com

dessa tendinite no período gestacional é significativa, e que mulheres grávidas que possuem diagnóstico de Lesão por Esforço Repetitivo anterior à gravidez têm mais chances de desenvolver a Síndrome de De Quervain na gestação.

Palavras-chave: Doença de De Quervain. Gestação. Incidência. Lesões do Punho.

ABSTRACT

During the gestational period, several changes, physiological and intrinsic to the gravidic cycle, occur in the woman's body so that her organism becomes capable of generating and conceiving a new individual. These changes, mainly caused by hormonal factors result in ligamentous laxity, tendon inflammation, painful conditions, and injuries. Considering that De Quervain's Syndrome is one of the most frequent tendinitis during pregnancy and directly affects the quality of life of pregnant women, the objective was to analyze the incidence of De Quervain's Syndrome in pregnant women at a maternity hospital in São Luís- MA. This is a quantitative research approved by the Research Ethics Committee with opinion 6.247.830, conducted with 77 pregnant women linked to a maternity hospital through the application of an evaluation form and a validated and provocative orthopedic test for the diagnosis of De Quervain's Syndrome, called the Finkelstein Test. Data analysis was performed using Statistics Data Analysis (STATA) - version 16.1, considering a significance level of 5% ($p < 0.05$). The results indicated that 38,96% of the participants developed De Quervain's Syndrome during pregnancy, with a prevalence in domestic workers, self employed individuals, and pregnant women diagnosed with Repetitive Strain Injury prior to pregnancy. It is concluded that the incidence of this tendinitis during the gestational period is significant, and pregnant women with a diagnosis of Repetitive Strain Injury before pregnancy are more likely to develop De Quervain's Syndrome during pregnancy.

Keywords: De Quervain Disease. Pregnancy. Incidence. Wrist injuries.

1 INTRODUÇÃO

Baseado em dados históricos, a Síndrome de De Quervain foi identificada primeiramente por um médico-cirurgião chamado Fritz Quervain, na Suíça, ao final do século XIX, no ano 1895. Sendo primitivamente denominado de tendinite de Quervain, Fritz identificou esta patologia ao observar entorses em lavadeiras, em virtude da deterioração sobre os tendões dos músculos abductor longo do polegar e extensor curto do polegar. Logo, esta doença obteve o seu nome, em sua homenagem (Uribe et al., 2010).

À vista disso, conforme preconiza Guimarães (2019), é sabido que a Síndrome de De Quervain é uma tendinopatia caracterizada por dor em queimação, parestesia e tumefação na região dorsal ao longo do processo estilóide do rádio. Afetando os músculos e tendões do abductor longo e extensor curto do quinto dedo, gera comprometimento funcional do polegar.

O diagnóstico clínico é alcançado por meio de uma ficha de anamnese minuciosa com o objetivo de detectar possíveis fatores de risco, e através do exame físico pautado no sintoma de dor pontual referido pelo paciente na região do processo estilóide do rádio, que se exacerba ao realizar movimentação do punho (Medeiros et al., 2016).

O resultado positivo no teste de Finkelstein também é considerado um excelente meio provocativo para o diagnóstico da doença de Quervain, isto por dispor de uma adequada sensibilidade e especificidade. O teste é feito pela flexão do primeiro dedo da mão, envolvendo-o com os outros dígitos, após, move-se o punho realizando um desvio ulnar, que de forma passiva alonga os tendões do polegar sobre o processo estilóide. O exame é positivado quando o paciente relata dor (Medeiros et al., 2016).

Indicando o sexo feminino como fator de risco para essa síndrome, sendo 2.8 casos por 1000 pessoas ao ano para mulheres e 0.6 casos para homens (Wolf, 2009), a incidência dessa patologia dolorosa é maior no meio feminino (quatro a seis vezes mais), possuindo maior recorrência em gestantes e lactantes devido alterações nos hormônios prolactina, estrogênio e progesterona, e associado à artrite reumatoide (Ashurst, 2010 apud Guimarães, 2019). Essas condições implicam em desconfortos algícos, alterações funcionais e, conseqüentemente, diminuição na qualidade de vida da gestante, podendo durar até o puerpério.

Dessarte, o objetivo geral dessa pesquisa é analisar a incidência da Síndrome de De Quervain em mulheres grávidas. Obtendo como objetivos específicos, relacionar as alterações osteomioarticulares e hormonais fisiológicas do período gestacional com a ocorrência da Tendinite de Quervain; associar a manifestação dessa patologia durante o ciclo gravídico com o tipo de ocupação laboral da gestante; correlacionar lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomioarticulares prévios à gestação com a incidência da Síndrome de De Quervain durante o período gestacional.

A realização dessa pesquisa motiva-se pelo questionamento acerca da incidência da Tendinite de Quervain em mulheres grávidas, pois apesar de ser uma condição subdiagnosticada, isto é, espera-se que a gestante vá manifestar tal distúrbio, poucos estudos correlacionam a doença de Quervain com a gestação. Portanto, mostra-se relevante para a comunidade científica e sociedade pesquisas que analisem a taxa de incidência da doença de Quervain em gestantes, e correlacionem os possíveis fatores causais nessa fase específica da vida da mulher. Desse modo, acredita-se que a realização desta pesquisa irá contribuir com a fomentação de novos conhecimentos que auxiliarão profissionais da saúde e pacientes, pois uma vez diagnosticada a tempo poderá recorrer-se a uma conduta adequada a fim de diminuir os impactos.

Trata-se de uma pesquisa de campo de abordagem quantitativa, natureza aplicada, objetivo descritiva-explicativa e procedimento observacional. A pesquisa ocorreu na cidade de São Luís- MA, especificamente na Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA) com uma população de gestantes vinculadas ao local. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação individualizada do teste ortopédico de Finkelstein e de uma ficha de avaliação de elaboração própria contendo os seguintes itens para anamnese: idade, profissão, queixa principal, história clínica, história ginecológica e obstétrica.

O presente trabalho está dividido em seis seções, a partir dos elementos pré-textuais. A primeira seção refere-se à introdução, onde são abordados os aspectos gerais acerca do tema, bem como os objetivos, justificativas e uma síntese da metodologia. A segunda seção é destinada ao referencial teórico, dividido em quatro subseções voltadas ao detalhamento dos principais conceitos do tema, abrangendo informações referentes à gestação, tendinite de Quervain e o teste de Finkelstein. Na terceira seção, expõe-se os objetivos geral e específicos da pesquisa. A quarta seção é destinada à metodologia em que são apresentadas as propriedades metodológicas, descrição dos instrumentos de pesquisa, análise de dados e aspectos éticos. Por fim, a quinta e sexta seção referem-se aos resultados e discussões, e considerações finais da pesquisa, respectivamente.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Alterações osteomioarticulares e fisiopatológicas comuns ao ciclo gravídico

De acordo com Mann et al. (2010), a gravidez não é uma condição patológica, nem um período de inércia para a vida da gestante, mas sim uma fase de diversas modificações, fisiológicas e intrínsecas do ciclo gravídico, em que todos os sistemas corporais, entre eles o conjunto musculoesquelético, intercorrem no corpo da mulher a fim de que o organismo desta se torne hábil para gerar e conceber um novo indivíduo. As alterações na dinâmica do sistema osteomioarticular dão-se por ações hormonais, que aumentam a frouxidão ligamentar, e modificações biomecânicas, gerando mudanças estruturais na estática e mecânica do esqueleto.

Conforme Baracho (2012), as adequações osteoarticulares comuns ao ciclo gravídico são: ampliação da curvatura lombar (Figura 1) e marcha anserina, devido mudança no centro de gravidade corporal em virtude do peso aditivo da gravidez e do crescimento uterino e mamário; compressões radiculares e dor lombar em razão das alterações posturais que modificam o segmento da coluna vertebral; maior mobilidade das articulações da pelve pela influência hormonal gravídica, principalmente as sacrílicas, sacro-coccigenas e pubianas; fadiga muscular, lombalgias e parestesia dos membros superiores (MMSS).

Figura 1- Postura da gestante



Fonte: Baracho (2018).

Segundo Rezende (2005), entre as muitas adequações anatômicas que acontecem durante os nove meses de gestação, a parede abdominal é a primeira a

modificar-se, visto que o útero tem seu eixo vertical e demanda uma sustentação completa, alterando o centro de gravidade da gestante, o que gera uma rotação pélvica e uma gradativa lordose lombar. A modificação postural da mulher grávida é proporcional ao crescimento do volume abdominal, pois com o abdômen aumentado, ela desloca a musculatura glútea posteriormente, desencadeando em dores e desconfortos na área lombar.

Para Chicayban Dias (2010), a cintura pélvica expande e os dois ligamentos da sínfise relaxam. Decorre o crescimento das curvaturas lombar e torácica, mudança no segmento da pelve, distanciamento dos ombros em relação ao corpo, predisposição à hiperextensão de joelhos e depressão dos arcos plantares. As alterações musculoesqueléticas em sua maioria dão-se pelo crescimento das mamas e do útero, que ampliam seu tamanho durante a gestação. O aumento do peso corporal e a retenção hídrica, levam a alterações adaptativas na postura da gestante, a fim de que esta consiga manter o equilíbrio (Kendall et al., 1995).

Em conformidade com o que preconiza Costa et al. (2021), a gravidez corresponde a uma fase de profundas adaptações físicas e emocionais, que podem trazer complicações à saúde da mulher, o que fundamenta a atenção com as mudanças musculoesqueléticas e, por consequência, as modificações posturais compensatórias e queixas de desconforto, características do ciclo gravídico-puerperal. Calcula-se que grande parte das gestantes apresentem algum desconforto musculoesquelético durante o período gestacional, e que 25% delas tenham sintomas temporariamente incapacitantes.

Assim sendo, no terceiro trimestre gestacional, há um aumento de retenção hídrica, podendo gerar edemas de grau variado nos tornozelos e nos pés em grande parte das mulheres grávidas, reduzindo a extensão da articulação. De modo igual, quando esta intumescência ocorre nos membros superiores, ocasiona pressão nos nervos originando parestesias e fraqueza muscular (Alves, 2012).

À proporção que o organismo da gestante vai se modificando, desconfortos álgicos devido as alterações posturais vão se sucedendo. Esses desconfortos podem perdurar ou acentuar-se no puerpério. Dores e lesões em membros superiores, que também podem acometer a mulher no pós-parto, são ocasionados pela má postura e sobrecarga, que acabam gerando síndromes como a de Quervain. Isto posto, muitas gestantes e puérperas referem dor em MMSS, advindos de movimentos por esforço repetitivo e à sobrecarga com o bebê. Nesse período, é bem frequente a manifestação

de tenossinovites. Essa condição ocorre devido quadro inflamatório na bainha do tendão, evidenciando-se sintomas como algia, edema, crepitação e desconforto para efetivar movimentos na comprometida (Santos et al. 2019).

2.2 Síndrome de De Quervain, período gestacional e características sociodemográficas

Baseado em dados históricos, a Síndrome de De Quervain (SDQ) foi identificada primeiramente por um médico-cirurgião chamado Fritz Quervain, na Suíça, ao final do século XIX, no ano 1895. Sendo primitivamente denominado de tendinite de Quervain, Fritz identificou esta patologia ao observar entorses em lavadeiras, em virtude da deterioração sobre os tendões dos músculos abductor longo do polegar (ALP) e extensor curto do polegar (ECP). Logo, esta doença obteve o seu nome, em sua homenagem (Uribe et al., 2010).

À vista disso, conforme preconiza Guimarães (2019), é sabido que a Síndrome de De Quervain é uma tendinopatia caracterizada por dor em queimação, parestesia e tumefação na região dorsal ao longo do processo estilóide do rádio. Afetando os músculos e tendões do abductor longo e extensor curto do quinto dedo, gera comprometimento funcional do polegar.

A fisiopatologia dá-se com o primeiro compartimento dorsal do punho sendo acometido, onde estão situados os tendões do ALP e do ECP. Nestes tendões nota-se um aumento de resistência no deslizamento, seguido do agravo da condição, manifestação da sintomatologia dolorosa, edema na região da base do primeiro dedo e limitação na mobilidade da mão, gerando uma notável incapacidade funcional na AVD (Seixas, 2020).

Entre os fatores de risco, encontram-se condições relacionadas à Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomioarticulares Relacionados ao Trabalho (DORT). Consoante ao estudo de Le Manac'h et al. (2011), as condições que aumentam a ocorrência da Tendinite de De Quervain, são: esforço manual intenso e postura errada de punho e mão. O movimento abundante sobre a região do punho e primeiro dedo também podem trazer complicações à síndrome, como lavar roupas, digitar, costurar e tocar instrumentos (Nemati et al. 2017).

Indicando o sexo feminino como fator de risco para essa síndrome, sendo 2.8 casos por 1000 pessoas ao ano para mulheres e 0.6 casos para homens (Wolf,

2009), a incidência dessa patologia dolorosa é maior no meio feminino (quatro a seis vezes mais), possuindo maior recorrência em gestantes e lactantes devido alterações nos hormônios prolactina, estrogênio e progesterona, e associado à artrite reumatoide (Guimarães, 2019). No que tange à faixa etária, Uribe et al. (2010) afirma que o acometimento da SDQ é mais recorrente em mulheres na faixa etária entre 30 e 50 anos.

Ashurst et al. (2010) também declara em seu relato de caso que a tenossinovite de De Quervain está regularmente associada à gravidez, perdurando até o período do puerpério, exibindo as gestantes os seguintes sinais e sintomas: diminuição da força de preensão palmar; parestesia e dor bilateral nas mãos ao usar o polegar; queda de objetos devido quadro algico; ou uma combinação desses sintomas.

Wolf et al. (2009), em sua análise através do Defense Medical Epidemiology Database (DMED), obteve os seguintes resultados: 11.332 ocorrências da Síndrome de De Quervain no grupo em risco de 12.117.749 pessoas-ano; o sexo feminino atingiu um índice consideravelmente mais alto, 2.8 casos por 1.000 pessoas-ano, ao se comparar com o sexo masculino, 0.6 por 1.000 pessoas-ano; a faixa etária acima de 40 anos também foi um fator de risco relevante, com este grupo etário exibindo uma taxa de 2.0 por 1.000 pessoas-ano, em analogia com 0.6 por 1.000 na categoria de pessoas abaixo de 20 anos; verificou-se também uma diferença entre raças, com os negros exibindo um índice de 1.3 por 1.000 pessoas-ano, em comparação com os brancos em 0.8.

Na pesquisa prospectiva randomizada realizada por Avci et al. (2002), durante um intervalo de tempo de 3 anos, 19 punhos de 18 mulheres que apresentaram início da doença de De Quervain durante o período gestacional referiram dor nesta região que afetava a realização das atividades da vida diária. Nenhuma delas continha história anterior de sintomas similares ou enfermidades sistêmicas, como diabetes ou patologias do tecido conjuntivo que ocasionam tendinopatia.

2.3 Aspectos anatomofuncionais do punho e polegar

O conhecimento da anatomia do punho é de suma importância e interesse para comunidade científica, visto que é com base em seu entendimento e

funcionalidade que se torna possível compreender as diversas patologias que o acometem (Rosa et al., 2005).

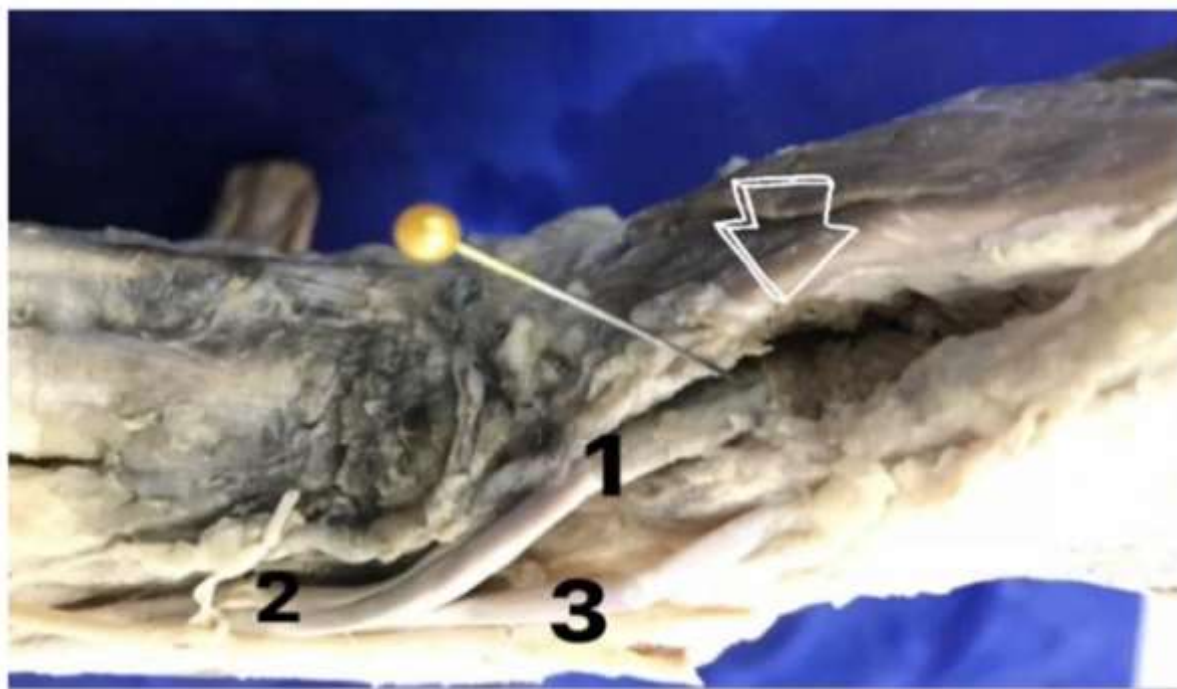
O punho, também denominado como carpo, constitui-se de oito ossos divididos em duas fileiras, proximal e distal, que o concedem flexibilidade. O carpo possui convexidade acentuada na vista posterior, e concavidade na vista anterior. A fim de aumentar a mobilidade articular do punho, as duas fileiras ósseas carpais resvalam uma sobre a outra; ademais, cada osso desliza sobre aqueles limítrofes a ele. Partindo do ponto lateral para o ponto médio, os ossos proximais são: escafoide, semilunar, piramidal e pisiforme. Distalmente, os quatro ossos carpais são: trapézio, trapezoide, capitato e hemato. A fila proximal de ossos carpais e suas faces distais encadeiam-se com os metacarpos, que compõem a estrutura óssea da região palmar, entre o carpo e as falanges. Os metacarpos são constituídos por cinco ossos metacarpais, formados por base, corpo e cabeça. O metacarpal I (primeiro dedo) é o maior em largura, porém o mais pequeno desses ossos. Cada dedo possui três falanges, salvo o polegar, que apresenta duas; contudo, as falanges do polegar são mais resistentes em comparação aos demais dedos (Moore et al. 2014).

Outro aspecto a ser considerado na anatomia do punho, é que este tem seu movimento realizado pela musculatura extrínseca da mão, que são os flexores e extensores dos dedos. Todavia, o punho também possui seus músculos motores, isto é, músculos principais que ativam um movimento específico. Entre eles, no lado radial, estão os tendões dos músculos: abductor longo do polegar, flexor radial do carpo e extensores longo e curto radiais do carpo. O abductor longo do polegar atua no eixo de apoio do primeiro dedo e é ativo no movimento de abdução e flexão do punho. No lado ulnar estão os tendões dos músculos: flexor e extensor ulnar do carpo. Na face ventral, há o tendão do músculo palmar longo. (Leite et al., 2013).

A compreensão acerca da anatomia do músculo ALP também é de extrema relevância à prática clínica, uma vez que alterações em sua estrutura e funcionalidade estão associadas a doenças de De Quervain. O abductor longo do polegar origina-se no ligamento interósseo e na parte medial e posterior do rádio, e insere-se no primeiro metacarpo, osso trapézio ou músculos tênares (Figura 2). O músculo ALP movimenta por tração o primeiro metacarpiano para o eixo radial e anterior. Assim, ele não atua apenas como abductor, mas também como antepulsor, sobretudo quando o carpo está flexionado. Quando o punho não está estabilizado pelos músculos radiais, o ALP é

também atua como flexor carpal. Logo, estando em extensão, o ALP torna-se repulsor do primeiro metacarpo (Reder, 2018).

Figura 2- 1- Tendão ALP; 2- Tendão acessório do ALP; 3- Tendão ELP; Sinal da Seta – Inserção no osso Trapézio



Fonte: Reder (2018).

O tendão do músculo extensor curto do polegar (ECP) transcorre, juntamente com o tendão do músculo abductor longo do polegar, através do mesmo canal osteofibroso, situando-se em uma área mais dorsal em relação ao outro, estruturando os dois, posterior a passagem pelo canal, o limite lateral da tabaqueira anatômica (Cateano et al., 1994).

2.4 Teste de Finkelstein e concepções diagnósticas

Fundamentado em referências históricas, o teste ou sinal de Finkelstein, foi descrito em 1930 pelo cirurgião americano Harry Finkelstein ao estudar vinte e quatro pacientes. O médico observou durante cirurgias que, além do adensamento da bainha tendínea, ocorria um crescimento bulbar dos tendões comprometidos, além de hipertrofia sinovial. Assim sendo, Harry Finkelstein afirmou que ao conduzir o primeiro dedo do paciente e abduzir a mão realizando um desvio ulnar, ocorre dor significativa

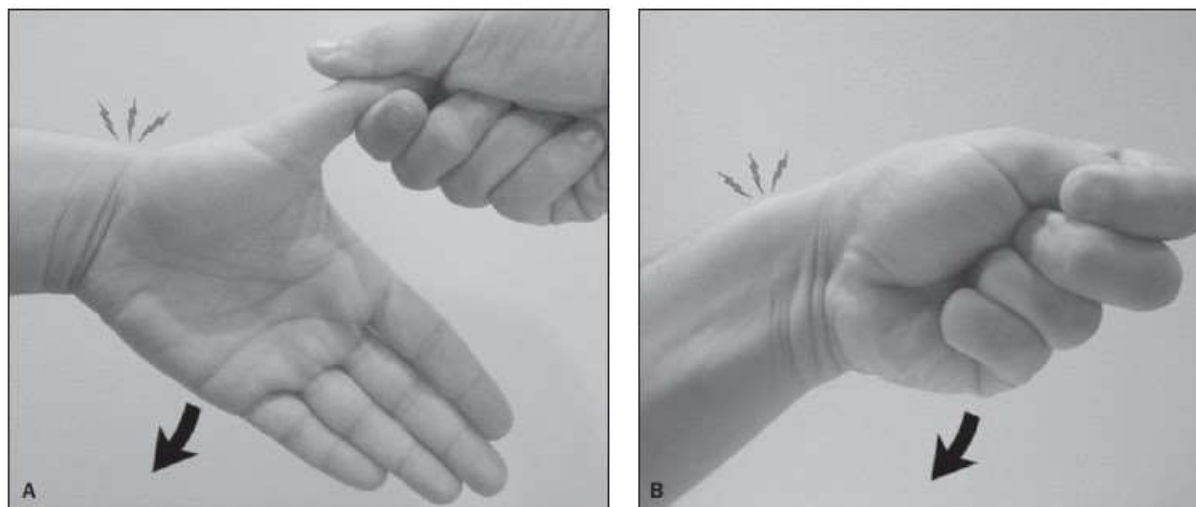
no processo estiloide, sendo este é o sinal característico da Síndrome de De Quervain (Dawson et al., 2010).

Posto isso, o diagnóstico clínico da SDQ é alcançado por meio de uma ficha de anamnese minuciosa com o objetivo de detectar possíveis fatores de risco, e através do exame físico pautado no sintoma de dor pontual referido pelo paciente na região do processo estiloide do rádio, que se exacerba ao realizar movimentação do punho. O resultado positivo no teste de Finkelstein também é considerado um excelente meio provocativo para o diagnóstico da doença de Quervain, isto por ser altamente específico e dispor de uma adequada sensibilidade (Medeiros et al., 2016).

Assim sendo, há três estágios para aplicação do Teste de Finkelstein. Na primeira etapa, o paciente em fase aguda, realiza ativamente um desvio ulnar na articulação do punho. Não havendo relato de dor, o examinador realizará o desvio ulnar na região do carpo, gerando um alongamento passivo no primeiro compartimento dorsal, compreendendo a segunda etapa da aplicação do teste ortopédico. Nas duas etapas o teste é positivado quando o paciente relata dor pontual ao longo do processo estiloide do rádio. O terceiro estágio compreende a versão original do Teste de Finkelstein, em que o examinador estabiliza o primeiro dedo flexionando-o passivamente na região palmar. O teste é positivo quando o paciente sente dor crescente no seguimento estilóide radial. Acredita-se que a realização do teste desta maneira faseada resulte em menos resultados falsos positivos, pois é menos provocativo do que o teste de Eichhoff (Som et al., 2023).

Posto isso, estudos afirmam que o teste de Finkelstein é frequentemente descrito de modo equivocado com o que é de fato o teste de Eichhoff (Figura 3). O teste e/ou variante de Eichhoff, adveio como uma variação do teste de Finkelstein e tem sido constantemente confundido com este. Entretanto, a técnica mais precisa a usar no exame físico da tendinite de Quervain é o teste de Finkelstein, visto que possui maior grau de especificidade e resulta consideravelmente em menos resultados falsos-positivos do que o teste e/ou variante de Eichhoff. Esse fato é justificado devido a circunstância de a variante de Eichhoff gerar um maior grau de desvio ulnar do punho, uma vez que toda a mão do paciente é abduzida ulnarmente, ao invés de somente o primeiro dedo como no teste de Finkelstein (Amorim, 2020).

Figura 3- Teste de Finkelstein (A) e Teste de Eichhoff (B)



Fonte: A Revista de Cirurgia Óssea e Articular- JBJS (1930).

3 METODOLOGIA

O presente estudo é uma pesquisa de campo de abordagem quantitativa, natureza aplicada, de objetivo descritiva-explicativa e procedimento observacional.

Relativo aos procedimentos técnicos, foi realizado uma pesquisa de campo, que segundo Gonsalves (2001), refere-se a um tipo de pesquisa que tem por objetivo coletar a informação diretamente com a população investigada, exigindo do pesquisador um contato mais direto, isto é, o pesquisador necessita deslocar-se ao local onde o fato acontece ou aconteceu, e agrupar as informações a serem documentadas.

No que concerne às etapas da pesquisa de campo, faz-se necessário, primeiramente, a efetuação de uma análise e busca na literatura a respeito do assunto a ser estudado. À face do exposto, para o referencial teórico do vigente trabalho foi realizado um levantamento bibliográfico em livros, artigos, dissertações e teses disponíveis nas bases de dados Google Acadêmico, Public Medline – Medical Literature Analysis and Retrieval System (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Physiotherapy Evidence Database (PEDro) e repositórios institucionais, com delineamento temporal de vinte e nove anos (1994-2023), através dos descritores: Síndrome de De Quervain; anatomia do punho; gestação; alterações no ciclo gravídico, na língua portuguesa, e os mesmo descritores na língua inglesa, sendo

estes: De Quervain Syndrome; anatomy of the wrist; gestation e changes in the pregnancy cycle.

A pesquisa foi realizada, no mês de setembro de 2023, na Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA), cujo endereço é, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde-CNES, Avenida Jerônimo de Albuquerque- Cohab Anil I, São Luís- MA, 65051-210. A MACMA foi inaugurada em 1974, na cidade de São Luís, situada no estado do Maranhão. Atualmente, é considerada referência estadual em atendimento a gestação de risco. Possui mil funcionários (diretos e indiretos) e atendimentos que incluem pediatria clínica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica, neonatal e adulta.

A população estudada foi definida por meio de amostragem não probabilística, do tipo intencional, obtendo como critérios de inclusão: mulheres grávidas a partir do primeiro trimestre gestacional e que apresentassem queixas relacionadas aos sinais e sintomas da Síndrome de De Quervain somente durante a gestação; e como critério de exclusão: gestantes menores de dezoito anos e que possuísem alguma deficiência física incapacitante para a realização do teste ortopédico de Finkelstein.

A coleta de dados foi realizada durante o mês de setembro, de acordo com o horário de funcionamento da instituição. Na ocasião, as gestantes foram abordadas enquanto aguardavam atendimento na maternidade, fosse para consultas ou exames. Também foram informadas quanto à pesquisa, incluindo seus objetivos e critérios de inclusão. Em seguida, mediante o consentimento da participante, realizava-se a assinatura do TCLE (Apêndice A) e início da pesquisa. Foram abordadas 80 mulheres grávidas; 2 recusaram-se a participar devido quadro de desconforto e fadiga; 1 teve sua participação interrompida para realização de exames. Por fim, totalizou-se uma amostra de 77 gestantes.

Objetivando evitar problemas com a coleta dos dados, teve-se total cautela no manuseio das informações, não havendo utilização e compartilhamento de dados pessoais, feito uso do computador pessoal da pesquisadora para análise dos dados obtidos.

Os dados foram coletados através da aplicação de dois instrumentos. O primeiro, trata-se de uma ficha de avaliação elaborada pela própria autora (Apêndice B) composta por: identificação; história clínica; história ginecológica e obstétrica; testes. Em cada uma das seções da ficha de avaliação foram utilizados somente

dados relevantes para os objetivos da pesquisa. Assim sendo, na seção Identificação foram usadas informações referentes à idade e profissão; na História Clínica, utilizou-se dados relativos às queixas principais em MMSS e doenças pregressas; no que tange a História Ginecológica e Obstétrica usou-se as respostas alusivas à semana gestacional e número de gestações; na seção Testes foram anotados os resultados positivo ou negativo na realização do Teste de Finkelstein.

O segundo instrumento utilizado referiu-se à aplicação do teste ortopédico, validado e provocativo para o diagnóstico da Síndrome de De Quervain, denominado Teste de Finkelstein. O teste foi executado com a flexão do primeiro dedo da mão, envolvendo-o com os outros dígitos, após, moveu-se o punho, inicialmente, de forma ativa, e posteriormente de modo passivo pela examinadora, realizando um desvio ulnar e alongando os tendões do polegar sobre o processo estilóide. Conforme Sant'Anna et al. (2018) o exame é considerado positivo quando o paciente relata dor ao executar o movimento. Portanto, as gestantes que referiram algia ao realizar a ação citada, tiveram seus resultados positivados anotados na ficha de avaliação.

Os dados adquiridos durante a coleta foram armazenados em um banco de dados no Excel. As variáveis qualitativas estão descritas em tabelas contendo frequências absolutas e relativas. As quantitativas estão expressas em média, desvio padrão e amplitude. A normalidade foi verificada com o teste Shapiro-Wilk, a associação do resultado do teste de Finkelstein com as variáveis quantitativas foi avaliada pelo Teste – T para amostras independentes, para as variáveis qualitativas utilizou-se os testes Exato de Fisher ou Qui-quadrado. Todas as análises consideraram o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e o software utilizado foi o Statistics Data Analysis (STATA) 16.1.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Dom Bosco - UNDB, com número de parecer 6.247.830 (Anexo A).

Visando a preservação dos direitos dos participantes, a atual pesquisa obedeceu todos os princípios éticos para o estudo envolvendo seres humanos contemplados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), dispondo do consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa, garantindo a segurança, privacidade, preservação da identidade e a não estereotipagem, assegurando o manuseio dos dados obtidos somente para fins acadêmicos, além de

certificar o direito de finalizar sua participação sem qualquer tipo de penalização por parte do pesquisador, ou da instituição de origem (Brasil, 2012).

As gestantes adentraram no estudo exclusivamente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assegurados confidência e a utilidade de todos os dados coletados; a proteção da identidade; a explicação sobre os procedimentos, seus direitos, os possíveis riscos e os benefícios da pesquisa; além da garantia do tempo suficiente que a participante necessitar para ler e entender os termos, sendo permitido, se necessário, consultar familiares e outras pessoas no auxílio para melhor tomada de decisão (Novoa, 2014). Ademais, as gestantes receberam, virtualmente, um panfleto informativo (Apêndice C) acerca dos desconfortos sentidos e das mudanças físicas durante a gestação, gerando conhecimento e percepção corporal para as mesmas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram abordadas 80 gestantes que aguardavam atendimento no local estudado. Duas recusaram-se a participar devido quadro de desconforto e fadiga, e uma teve sua participação interrompida para realização de exames. Por fim, totalizou-se uma amostra de 77 gestantes. A incidência da Síndrome de De Quervain nas integrantes do estudo foi considerável, havendo correlação significativa entre LER, profissão doméstica e a ocorrência da tendinite de Quervain durante o período gestacional.

Com relação ao perfil sociodemográfico, a idade das participantes do estudo manteve-se entre 18 a 50 anos, com média de $29,75 \pm 6,63$, sendo a faixa etária de 30 a 40 anos a mais frequente. A profissão doméstica também foi a variável mais constante, com porcentagem de 36,36% (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas das gestantes. São Luís - MA, 2023 (n=77)

VARIÁVEIS	n	(%)
Idade (anos)		
Entre 18 e 20 anos	8,00	10,39
De 21 a 30anos	33,00	42,86
De 31 a 40 anos	33,00	42,83
De 41 a 50 anos	3,00	3,90
Amplitude (Maior valor – menor valor)	(44,00 – 18,00)	

Média ± Desvio Padrão	29,75 ± 6,63	
Profissão		
Autônoma	18,00	23,38
Auxiliar administrativo	7,00	9,09
Doméstica	28,00	36,36
Estudante	8,00	10,39
Outra	4,00	5,19
Profissional da educação	5,00	6,49
Profissional da saúde	7,00	9,09
Idade gestacional		
Primeiro trimestre (0 – 13 semanas)	1,00	1,30
Segundo trimestres (14 a 26 semanas)	19,00	24,68
Terceiro trimestre (27 a 41 semanas)	57,00	74,03
Amplitude (Maior valor – menor valor)	(40,00 – 12,00)	
Média ± Desvio Padrão	29,88 ± 6,84	
Número de gestações		
Uma	21,00	27,27
Duas	28,00	63,64
Três	14,00	18,18
Quatro	6,00	7,79
Cinco ou mais	8,00	10,39
Amplitude (Maior valor – menor valor)	(9,00 – 1,00)	
Média ± Desvio Padrão	2,48 ± 1,55	
Diabetes Mellitus		
Ausente	66,00	85,71
Presente	11,00	14,29
Hipertensão arterial		
Ausente	56,00	72,76
Presente	21,00	27,27
Outra morbidade		
Ausente	72,00	93,51
Cardiopatia	1,00	1,30
HIV	1,00	1,30
Câncer	3,00	3,90
Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho		
Ausente	69,00	89,61
Presente	8,00	10,39
Lesão por Esforço Repetitivo		
Ausente	60,00	77,92
Presente	17,00	22,08

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Similarmente a este trabalho, o estudo de Uribe et al. (2010) verificou a faixa etária de mulheres com sinais e sintomas da Síndrome de De Quervain assistidas em um Ambulatório de Cirurgia da Mão, e observou o maior percentual em pacientes do sexo feminino com idade entre 30 e 50 anos, e média de 45 anos. Wolf et al. (2009), em sua análise através do Defense Medical Epidemiology Database

(DMED) também obteve como resultado a faixa etária acima de 40 anos como um fator de risco relevante para a SDQ, com este grupo etário exibindo uma taxa de 2.0 por 1.000 pessoas-ano, em analogia com 0.6 por 1.000 na categoria de pessoas abaixo de 20 anos.

Com relação ao perfil obstétrico e clínico descrito na tabela 1, percebeu-se uma idade gestacional média de $29,88 \pm 6,84$ semanas, com prevalência de secundigestas (63,64%). A maioria das gestantes (85,71%) afirmaram não ter Diabetes Mellitus, como também relataram não possuir Hipertensão Arterial (72,76%). Relativo a outras morbidades, das mulheres grávidas abordadas 1,30% referiu Cardiopatia, 1,30% afirmou ser soropositivo para HIV e 3,90% relataram histórico de Câncer. Ademais, 93,51% das gestantes afirmaram não possuir nenhuma comorbidade.

Concomitante a este estudo, a pesquisa de Avci et al. (2002) verificou que mulheres que apresentaram início da doença de De Quervain durante o período gestacional não continham história anterior de sintomas similares ou enfermidades sistêmicas, como diabetes, hipertensão ou patologias do tecido conjuntivo que ocasionam tendinopatia.

O diagnóstico da Síndrome de De Quervain nas gestantes foi obtido através das queixas relacionadas a essa patologia e do sinal positivo no Teste de Finkelstein, demonstrado na tabela 2.

Tabela 2. Descrição dos resultados do teste de Finkelstein e queixas relacionadas aos sinais e sintomas da Síndrome de Quervain em gestantes. São Luís -MA, 2023 (n=77)

VARIÁVEIS	n	(%)
Teste de Finkelstein		
Negativo	47,00	61,04
Positivo	30,00	38,96
Local acometido/Teste de Finkelstein		
Não se aplica	47,00	61,04
Ambos os punhos	13,00	16,88
Punho direito	12,00	15,58
Punho esquerdo	5,00	6,49
Parestesia relacionada a Síndrome de Quervain		
Ausente	50,00	64,94
Presente	27,00	35,06
Algia relacionada a Síndrome de Quervain		
Ausente	61,00	79,22
Presente	16,00	20,78
Fadiga relacionada a Síndrome de Quervain		

Ausente	66,00	85,71
Presente	11,00	14,29
Local acometido/ Síndrome de Quervain		
Nenhum	38,00	49,35
Ambas as mãos	19,00	24,68
Mão direita	7,00	9,09
Ambos os punhos	6,00	7,79
Dedos	4,00	5,19
Mão esquerda	2	2,60
Punho esquerdo	1	1,30

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Das integrantes do estudo, 38,96% testaram positivo no Teste de Finkelstein. Destas, 16,88% positivaram em ambos os punhos. Referente aos sinais e sintomas da tendinite de Quervain, as gestantes relataram sentir parestesia (35,06%), algia (20,78%) e fadiga (14,29%) em MMSS. No que tange ao local de acometimento das queixas sintomatológicas, as participantes mencionaram maior desconforto em ambas as mãos (24,68%), seguido de mão direita (9,09%), ambos os punhos (7,79%), dedos (5,19%), mão esquerda (2,60%) e punho esquerdo (1,30%).

Igualmente ao estudo de Ashurst et al. (2010), este também declara em seu relato de caso que a tenossinovite de De Quervain está regularmente associada à gravidez, perdurando até o período do puerpério. Segundo o autor, as gestantes exibem os seguintes sinais e sintomas: diminuição da força de preensão palmar; parestesia e dor bilateral nas mãos ao usar o polegar; queda de objetos devido quadro álgico; ou uma combinação desses sintomas. Já o estudo de Uribe et al. (2010) observou que das 40 pacientes com SDQ, 34 participantes (85%) exibiam a tenossinovite na mão dominante, e 6 (15%) na mão não dominante.

A tabela 3 apresenta uma associação entre as características sociodemográficas e clínicas das gestantes com o resultado no Teste de Finkelstein, considerando $p < 0,05$. Ao avaliar o resultado no Teste de Finkelstein e as características clínicas, observamos associação estatística para Lesão por Esforço Repetitivo. Nenhuma das variáveis obstétricas e sociodemográficas demonstrou associação estatística significativa com o resultado no teste ortopédico aplicado.

Tabela 3 - Associação das características sociodemográfica e clínicas com o resultado do teste de Finkelstein em gestantes. São Luís -MA, 2023 (n=77)

VARIÁVEIS	Teste de Finkelstein		P-valor
	Negativo (n=47)	Positivo (n=30)	

	n	(%)	n	(%)	
Idade (anos)					
Média ± Desvio Padrão	29,61 ± 6,86		29,96 ± 6,36		0,823 ^T
Profissão					
Autônoma	11,00	23,40	7,00	23,33	
Auxiliar administrativo	3,00	6,38	4,00	13,33	
Doméstica	21,00	44,68	7,00	23,33	
Estudante	4,00	8,51	4,00	13,33	0,411 ^e
Outra	3,00	6,38	1,00	3,33	
Profissional da educação	2,00	4,26	3,00	10,00	
Profissional da saúde	3,00	6,38	4,00	13,33	
Idade gestacional					
Média ± Desvio Padrão	30,65 ± 6,72		28,66 ± 6,97		0,215 ^T
Número de gestações					
Média ± Desvio Padrão	2,46 ± 1,36		2,50 ± 1,83		0,930 ^T
Diabetes Mellitus					
Ausente	40,00	85,11	26,00	86,67	0,535 ^Q
Presente	7,00	14,89	4	13,33	
Hipertensão arterial					
Ausente	33,00	70,21	23	76,67	0,535 ^Q
Presente	14	29,79	7	23,33	
Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho					
Ausente	44	93,62	25	83,33	0,250 ^e
Presente	3	6,38	5	16,67	
Lesão por Esforço Repetitivo					
Ausente	43,00	91,49	17	56,67	<0,001 ^e
Presente	4,00	8,51	13	43,33	

T - Test T par amostras independentes; Q - Qui-quadrado; e - Exato de Fisher
 Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Com relação à Lesão por Esforço Repetitivo, 43,33% das gestantes que afirmaram possuir diagnóstico clínico para essa condição testaram positivo no teste de Finkelstein. Consoante ao estudo de Le Manac'h et al. (2011), as condições que aumentam a ocorrência da Tendinite de De Quervain, são: esforço manual intenso e postura inadequada de punho e mão. O movimento abundante sobre a região do punho e primeiro dedo também podem trazer complicações à síndrome, como lavar roupas, digitar, costurar e tocar instrumentos (Nemati et al., 2017).

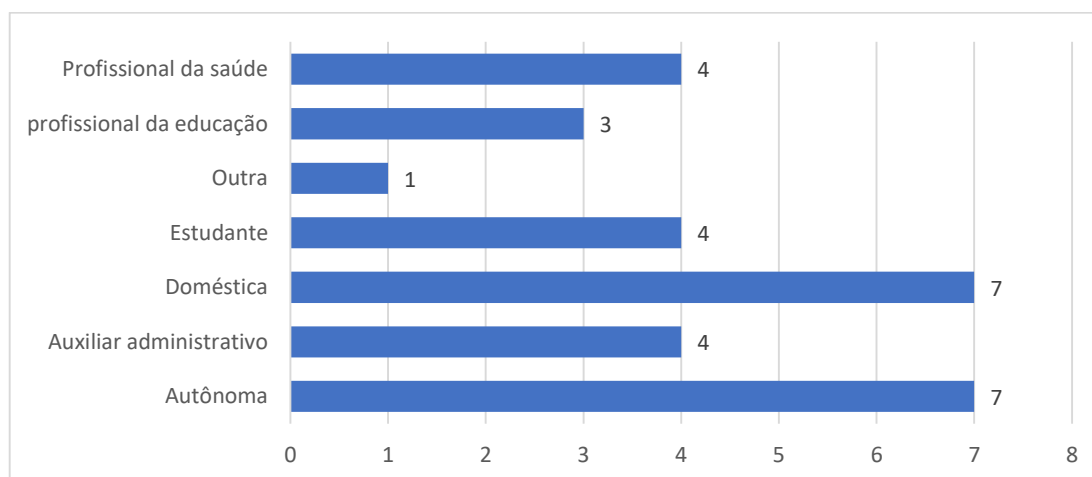
No que tange os Distúrbios Osteomioarticulares Relacionado ao Trabalho, Barbosa (2002) considera a SDQ como uma forma crônica de apresentação da DORT. No presente estudo, de acordo com a tabela 3, 16,67% das mulheres grávidas que relataram ter diagnóstico médico de DORT exibiram resultado confirmatório no Teste de Finkelstein.

Vários estudos indicam a SDQ como uma doença musculoesquelética associada ao trabalho em virtude da sobrecarga. Todavia, algumas pesquisas apontam relatos da Tenossinovite de Quervain séculos atrás, com recorrência hegemônica no meio feminino, em um período que não havia predominância de mulheres no mercado de trabalho, sugerindo a hipótese de outras causas ligadas à concepção de tal patologia, como fator genético, variantes anatômicas e alterações hormonais do ciclo gravídico (Medeiros et al., 2016).

No que concerne à ação hormonal, sobretudo à relaxina, há uma frouxidão ligamentar progressiva, além de um amolecimento cartilaginoso e elevação da quantidade de sinóvia dentro do espaço articular. O resultado é uma mobilidade aumentada e articulações mais instáveis, predispondo as gestantes às lesões (Mann et al., 2008).

O gráfico 1 faz associação entre o tipo de ocupação laboral das gestantes estudadas com o resultado positivo no teste ortopédico de Finkelstein, exibindo as profissões doméstica e autônoma maior quantidade de resultados positivos.

Gráfico 1 - Profissão das gestantes que positivaram no teste de Finkelstein. São Luís - MA, 2023 (n=30)



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Ferreira et al., (2020) constatou em seu estudo que os problemas osteomioarticulares associados ao serviço doméstico é dado considerando que a doméstica permanece nas atividades apesar do processo de adoecimento, sobretudo entre aquelas com vinculações laborais frágeis e com carecimento de sustento familiar. No que se refere às autônomas, infere-se que estas por disporem de maior

liberdade em suas atividades laborais expõe-se a dupla jornada de trabalho, sendo não apenas trabalhadoras como também donas de casa, o que sugere um distúrbio osteomioarticular relacionada não somente à atividade laboral, mas conjuntamente à atividade doméstica. Isto posto, Amaral (2012) afirma que o acúmulo de atividades profissionais e domésticas pode deteriorar a saúde física e emocional das mulheres.

Dentre as limitações encontradas para realização desta pesquisa encontram-se poucos estudos que correlacionam a doença de Quervain com a gestação e curto período para realização da coleta de dados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesta pesquisa permitiram identificar que a incidência da Síndrome de De Quervain durante a gestação é significativa, sobretudo em mulheres grávidas autônomas e donas de casa. Além disso, observou-se uma associação estatística para a variável Lesão por Esforço Repetitivo prévio à gestação.

Nota-se que poucos estudos correlacionam a doença de Quervain com o período gestacional. Portanto, mostra-se relevante para a comunidade científica, acadêmica e sociedade, mais pesquisas que associem os possíveis fatores causais nessa fase específica da vida da mulher com a tendinite de Quervain.

Desse modo, acredita-se que a realização deste trabalho irá levar conhecimento sobre a patologia para a comunidade leiga, além de contribuir com a fomentação de novos conhecimentos que auxiliarão profissionais da saúde e pacientes, pois uma vez diagnosticada a tempo poderá recorrer-se a uma conduta adequada a fim de diminuir os impactos da doença.

REFERÊNCIAS

Alves, Tânia Silene Gomes. **Efeitos da Fisioterapia na Qualidade de Vida da mulher durante o Período Gestacional**: revisão Sistemática. 2012. 111 p. Orientador: Liliana Silva Costa. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, Cidade da Praia, 2012. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/38682754.pdf>. Acesso em: 21 set. 2023.

Amaral, Grazielle Alves. Os Desafios da Inserção da Mulher no Mercado de Trabalho. **Itinerarius Reflectionis**, Goiânia, v. 8, n. 2, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufj.edu.br/rir/article/view/22336>. Acesso em: 8 nov. 2023.

Amorim, Daniel da Silva. **Tenossinovite de De Quervain**: Papel da Ecografia e Opções Terapêuticas. 2020. 50 p. Orientador: Miguel Castelo-Branco Sousa. Tese de Doutorado (Mestrado em Medicina) - Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2020. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/10702/1/7495_15945.pdf. Acesso em: 5 set. 2023.

Ashurst, John V. et al. Tenosynovitis Caused by Texting: an Emerging Disease. **Journal of Osteopathic Medicine**, [S.l.], 2010, v.110, n.5, p.294-296, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.7556/jaoa.2010.110.5.294>. Acesso em: 11 jun. 2023.

Avci, Sinan et al. Comparison of nonsurgical treatment measures for de Quervain's disease of pregnancy and lactation. **The Journal of Hand Surgery**, Ankara, 2002, v.27, n.2, p.322-324, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/jhsu.2002.32084>. Acesso em: 25 set. 2023.

Baracho, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 5°. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 464 p.

Baracho, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6°. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 753 p.

Barbosa, Luís Guilherme. **Fisioterapia Preventiva no Distúrbios Osteomúsculares Relacionados ao Trabalho – DORT's**: A fisioterapia do Trabalho Aplicada. 1°. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002. 160 p.

Brasil. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 1 out 2023.

Caetano, Edie Benedito et al. Variações anatômicas do músculo extensor curto do polegar. **Rev. bras. ortop**, São Paulo, 1994, v. 29, n. 4, p. 189-92, 1994. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbo.org.br/pdf/29-abr/ab940189.pdf>. Acesso em: 15 set 2023.

Chicayban, Luciano Matos et al. Análise da função pulmonar em gestantes e não gestantes. **Perspectivas online**. Macaé, 2010, v.4, n.15, p. 144-150, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Geovana%20Cristhine/Downloads/452-Texto%20do%20artigo-1277-1-10-20140704.pdf>. Acesso em: 10 set. 2023.

Costa, Gabrielly da Silva et al. Aplicação da fisioterapia nas alterações músculoesqueléticas durante o período gestacional. Revisão Sistemática. **Revista Cathedral**, Caçari, 2021, v.3, n.4, p.108-115, 26 dez. 2021. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/399/130>. Acesso em: 31 ago. 2023.

Dawson, Courtney et al. Staged Description of the Finkelstein Test. **The Journal of Hand Surgery, Boston**, 2010, v.35, n.9, p. 1513- 1515, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2010.05.022>. Acesso em: 19 set. 2023.

Ferreira, Carolina Nardi Lopes et al. Perceptions of domestic workers on labor rights and impacts on their working and health conditions. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.I], 2020, v. 29, p. e20180375, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NHLfc6NhhSJgBG4DtVdYYtL#>. Acesso em: 5 nov. 2023.

Finkelstein, Harry. Stenosing tendovaginitis at the radial styloid process. **JBJS**, Nova Iorque, 1930, v. 12, n. 3, p. 509-540, 1930. Disponível em: https://journals.lww.com/jbjsjournal/abstract/1930/12030/stenosing_tendovaginitis_at_the_radial_styloid.1.aspx. Acesso em: 24 set. 2023.

Gonsalves, Elisa Pereira. **Iniciação à pesquisa científica**. 4º ed. Campinas, SP: Alínea, 2001. 80 p.

Guimarães, Morisa Garcia. **Tratamentos fisioterapêuticos abordados na síndrome de de Quervain**: revisão da literatura. 2019. 22 p. Orientador: Lilian Ramiro Felício. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/25719>. Acesso em: 23 maio 2023.

Leite, Nelson Mattioli et al. Propedêutica da mão e do punho. In: LEITE, Nelson Mattioli et al. **Propedêutica Ortopédica e Traumatológica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 102-155. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=f703AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA102&dq=anatomia+do+punho&ots=3sZsEpOAWA&sig=v_zEsC7FX31TSZ7byoWn2dvlv7l#v=onepage&q=anatomia%20do%20punho&f=false. Acesso em: 10 set. 2023.

Le Manac'h, Audrey Petit et al. Risk factors for de Quervain's disease in a French working population. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, [S.l.], 2011, v.37, n.5, p. 394-401, 2011. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/23064900>. Acesso em: 11 set. 2023.

Mann, Luana et al. Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. **Motriz: Revista De Educação Física**, Rio Claro, 2010, v.16, n.3, p.730–741, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n3p730>. Acesso em: 30 ago. 2023.

Mann, Luana et al. Dor lombo-pélvica e exercício físico durante a gestação. **Fisioter mov**, Rio Grande do Sul, 2008, v. 21, n. 2, p. 99-105, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Joao-Pinto-E-Silva/publication/41809872_Brainsparing_effect_Comparison_of_diagnostic_indices/inks/0fcfd50c6a9ffe849e000000/Brain-sparing-effect-Comparison-of-diagnostic-indices.pdf. Acesso em 5 nov. 2023.

Medeiros, Maisa da Silva Dulci et al. Tenossinovite de Quervain: aspectos diagnósticos. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, 2016, v. 5, n. 2, p. 307-312, 2016. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6898> . Acesso em: 16 abr. 2023.

Moore, Keith L. et al. Membro Superior. In: MOORE, Keith L. et al. **Moore anatomia orientada para a clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 800-980. Disponível em: <http://www.ava->

edu.net/biblioteca/wpcontent/uploads/2021/03/Anatomia-Orientada-Para-a-CI%C3%ADnica-Moore7%C2%AA-ed.-PT-BR.pdf. Acesso em: 12 set. 2023.

Nemati, Zahra et al. The effect of new dynamic splint in pinch strength in De Quervain syndrome: a comparative study. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, Londres, 2017, v. 12, n. 5, p. 457-461, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/17483107.2016.1139635>. Acesso em: 14 set. 2023.

Novoa, Patricia Correia Rodrigues. O que muda na ética em pesquisa no Brasil: Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, 2014, v. 12, p. 7-19, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082014ED3077>. Acesso em: 1 out 2023.

Reder, Vitor Rodrigues. **Estudo anatômico das variações da inserção do músculo abductor longo do polegar**. 2018. 29 p. Orientador: Luiz Carlos Angelini. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica) – Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, 2028. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1281823>. Acesso em: 20 set. 2023.

Rezende, Jorge de. **Obstetrícia Fundamental**. 10°. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 689 p.

Rosa, Marcelo et al. Comparação entre estudos por imagem na identificação das estruturas anatômicas do punho. **Rev Bras Ortop**, São Paulo, 2005, v. 40, n. 11/12, p. 655-662, 2005. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/rbo.org.br/pdf/40-10/04_nov_dez_2005.pdf. Acesso em: 28 set. 2023.

Sant'anna, Fernando Mendes et al. Tratamento da Tenossinovite de Quervain por Acupuntura: relato de Caso. **VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 130–136, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/vittalle.v30i1.7460>. Acesso em: 19 jul. 2023.

Santos, Karoline de Oliveira Rodrigues et al. **Atuação da Fisioterapia nas algias em membros superiores que acometem as mulheres no pós-parto como consequência das alterações posturais e sobrecarga**. 2019. 10 p. Orientador: Carla Komatsu Machado. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Araçatuba, São Paulo, 2019. Disponível em:

<https://fisiosale.com.br/wp/wpcontent/uploads/2019/02/Atua%C3%A7%C3%A3o-da-Fisioterapia-nas-algias-em-membros-superiores-que-acometem-as-mulheres-no-p%C3%B3s-parto-como-consequ%C3%Aancia-das-altera%C3%A7%C3%B5es-posturais-e-sobrecarga.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2023.

Seixas, João Carlos Gregório de. **Técnicas Terapêuticas da Medicina Física e de Reabilitação no Tratamento da Tenossinovite de Quervain**: Revisão Sistemática. 2020. 67 p. Orientador: Miguel Castelo-Branco Craveiro Sousa. Tese de Doutorado (Mestrado em Medicina) - Universidade da Beira Interior, Portugal, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/10733>. Acesso em: 6 set. 2023.

Som, Aniruddh et al. Finkelstein Sign. [Atualizado em 31 de julho de 2023]. In: **StatPearls** [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls; 2023 janeiro- . Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539768/>. Acesso em: 12 set 2023.

Uribe, William Albeiro Jimenez et al. Tenossinovites De Quervain: uma nova proposta no tratamento cirúrgico. **Revista Brasileira De Cirurgia Plástica**, São Paulo, 2010, v. 25, n. 3, p. 465–469, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752010000300011>. Acesso em: 5 maio 2023.

Wolf, Jennifer Moriatis et al. Incidence of de Quervain's Tenosynovitis in a Young, Active Population. **The Journal of Hand Surgery**, Chicago, 2009, v. 34, n. 1, p. 112-115, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2008.08.020>. Acesso em: 15 jul. 2023.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB



Continuação do Parecer: 6.247.630

Outros	carta_anuencia.pdf	20/07/2023 16:34:22	Lima	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_correto.pdf	20/07/2023 16:16:29	Jacqueline Maria Maranhão Pinto Lima	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_GEOVANA.pdf	20/07/2023 16:13:08	Jacqueline Maria Maranhão Pinto Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 18 de Agosto de 2023

Assinado por:
Johnny Ramos do Nascimento
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Norte, Térreo, Sala CEP
Bairro: Renascença **CEP:** 65.075-441
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)4009-7074 **E-mail:** cep@undb.edu.br