

CÁTIA RUTE COUÇO LUCAS

**A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO FAMILIAR NO APARECIMENTO
DE DOR ESPINAL EM CRIANÇAS DO CONCELHO DA MAIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM TERAPIA OCUPACIONAL

2010

**A influência do contexto familiar no aparecimento de
dor espinal nas crianças do concelho da Maia**

Cátia Rute Couço Lucas

Outubro, 2010

Dissertação apresentada no Mestrado em Terapia Ocupacional, Área de Especialidade de Crianças e Jovens da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto do Instituto Politécnico do Porto, orientada pelo Professor Doutor Rui Garganta da Silva (Faculdade de Desporto da Universidade do Porto) e co – orientada pela Mestre Maria João Trigueiro (Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto do Instituto Politécnico do Porto).

Resumo

A dor espinal em crianças e jovens constitui um problema cujas dimensões e prevalência tem vindo aumentar nas últimas décadas. Esta problemática parece ser tanto mais significativa se for tido em consideração que os episódios de dor espinal na idade escolar se perpetuam e estão relacionados com os que acontecem na idade adulta. Desta forma, os investigadores alertam para a necessidade de identificar potenciais factores de risco para o desenvolvimento de dor espinal em crianças e jovens de idade escolar.

Assim, o presente estudo pretende identificar qual a importância assumida pelo contexto familiar na presença de queixas dolorosas espinais nas crianças em idade escolar do concelho da Maia.

A amostra é constituída pelos pais de 1017 crianças do 1º ciclo do Ensino Básico do Concelho da Maia que foram avaliadas relativamente à postura, numa fase anterior do estudo. Desta população constituiu amostra 636 pais que concordaram participar no estudo, tendo obtido resposta de 226, obtendo uma percentagem de adesão de 35,5%. Para a obtenção dos dados qualitativos foi utilizado um método de amostragem estratégica de forma a seleccionar dez pais representativos de todas as categorias possíveis (pais com e sem dor e filhos com e sem dor). Esta amostra foi seleccionada tendo em conta os dados obtidos no questionário *Parental Pain* e *Questionário de Bournemouth*, sendo, posteriormente aplicado uma entrevista não estruturada.

Os principais resultados obtidos permitiram concluir que o contexto tem uma influência determinante na criança com dor. De acordo com os dados extraídos das entrevistas, os comportamentos de manifestação de dor por parte das crianças podem ser um reflexo de comportamentos apreendidos através da observação do comportamento dos adultos e, conseqüentemente mimetizados, opinião esta igualmente expressa por alguns dos pais. Mas nem sempre os pais apontam a mimetização como causa para a dor referida pelos filhos, referindo igualmente o transporte da mochila, as posturas assumidas no dia-a-dia, o mobiliário escolar e as actividades de lazer realizadas pelas crianças.

Palavras-Chave: Dor espinal, factores de risco, mecanismos da aprendizagem, crianças em idade escolar, prevalência.

Abstract

The spinal pain in children and youngsters is a problem whose dimensions and prevalence have been increasing in the last decades. This issue seems to be more significant if we consider that spinal pain episodes in school age perpetuate and are related to the ones that occur in adult age. Therefore, the investigators are alerting to the need of identifying potential risk factors to the development of spinal pain in school age children and youngsters.

Thus, the current study aims at identifying which importance is assumed by the familiar context upon the presence of painful spine complaints in school age children, living in the Council of Maia.

The universe is set up by the parents of 1017 children from the 1st cycle of Basic Education in the Council of Maia, who have been evaluated in what concerns posture, in a former phase of the study. From this universe, were made sample 636 parents who have agreed to take part in the study, having answers been obtained from 226 of them, the percentage of adhesion being 35.5%. To obtain the qualitative figures the method used was the one of strategic sampling, as to select 10 representative parents of all the categories possible (parents with and without pain and children with and without pain). This sample was selected bearing in mind the obtained figures in the *questionnaire Parental Pain e Questionnaire de Bournemouth*, having later been applied a non-structured interview.

The main results obtained led to the conclusion that the context has a determinant influence in the child with pain. According to the data obtained from the interviews, the children's behaviors which are signs of pain, may have a reflex of learned behaviors through the observation of adults' behavior, and consequently, imitated. This is also the opinion expressed by some of the parents. However, the parents don't always consider the imitation as the cause of the pain mentioned by the children, they also refer the carrying of the backpack, the postures taken daily, the school furniture and the leisure activities in which children take part.

Key words: Spinal pain, risk factors, operating learning mechanisms, school age children, prevalence.

Résumé

Les douleurs cervicales chez l'enfant et le jeune constituent un problème dont l'étendue et la prévalence ont augmenté dans les dernières décennies. Cette problématique est d'autant plus significative si on considère que les épisodes de douleurs cervicales durant les années préscolaires se pérennisent et sont liés à ceux qui interviennent à l'âge adulte. Ainsi, les chercheurs soulignent la nécessité d'identifier les facteurs potentiels de risque du développement de douleurs cervicales chez les enfants et les jeunes.

En conséquence, la présente étude a pour objectif d'identifier le rôle du contexte familial dans les plaintes de douleurs cervicales parmi les enfants en âge d'être scolarisés dans la région de Maia.

L'échantillon est constitué des parents de 1017 enfants du 1^{er} cycle de l'« Ensino Básico do Concelho da Maia » chez lesquels la posture a été analysée durant une phase antérieure à celle de l'étude. De cette population, 636 parents ont accepté de participer à l'étude et 226 y ont donné une suite favorable, soit un pourcentage d'adhésion de 35,5%. L'obtention des données qualificatives s'est faite selon une méthode de sélection stratégique visant à retenir 10 parents représentatifs de toutes les catégories possibles (parents souffrant ou non de douleurs et enfants souffrant ou non de douleurs). Cet échantillon a été sélectionné sur la base des données obtenues par le questionnaire *Parental Pain* et *Questionnaire de Bournemouth*. Par la suite, il a été procédé à des entretiens non structurés.

Les principaux résultats obtenus ont permis de conclure à une influence déterminante du contexte sur l'enfant présentant des douleurs. En correspondance avec les données recueillies lors des entretiens, la manifestation de la douleur par les enfants peut être un réflexe de comportements appris au travers de l'observation du comportement des adultes et, par conséquent, mimés ; opinion partagée par certains parents. Les parents ne désignent pas seulement ce mimétisme comme la cause de la douleur ressentie par leurs enfants mais font également référence au transport du cartable, aux postures quotidiennes, au mobilier scolaire et aux activités de loisirs des enfants.

Mots-clefs: Douleurs cervicales, facteurs de risque, mécanismes de l'apprentissage opératif, enfants en âge d'être scolarisé, prévalence.

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos:

Ao Professor Doutor Rui Garganta da Silva pela experiência e pelo conhecimento.

À Dra. Maria João Trigueiro pela orientação e transmissão de conhecimentos, pela disponibilidade e incentivo, que desde o início foram determinantes para a realização do trabalho.

Aos meus pais e irmão pelo apoio e confiança.

Ao Rafael, pelo apoio incondicional, pela disponibilidade e pela presença constante.

À Fátima pelo carinho sempre presente e pelas inúmeras palavras de apoio.

E a todas as pessoas que, directa ou indirectamente, colaboraram na elaboração do estudo.

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento teórico	3
Parte 1 – <i>Dor espinal</i>	4
Parte 2 – <i>Dor espinal: Prevalência nas crianças e jovens</i>	6
Parte 3 – <i>Factores de Risco da Dor espinal</i>	12
Parte 4 – <i>Definição do Objectivo e questões de investigação</i>	24
Capítulo II – Metodologia	26
Parte 1 – <i>Natureza do estudo</i>	27
Parte 2 – <i>Caracterização da amostra</i>	28
Parte 3 – <i>Instrumentos utilizados</i>	29
Parte 4 – <i>Procedimentos</i>	31
Capítulo III – Apresentação e Discussão dos Resultados	35
Parte 1 – <i>Análise Estatística Descritiva</i>	36
Parte 2 – <i>Análise Interpretativa</i>	36
Conclusão	66
Referências Bibliográficas	67

Introdução

Entre a população adulta, acredita-se que 70 a 85% experiente pelo menos um episódio de dor espinal durante a vida (Andersson, 1999; Johanning, 2000). A dor espinal inespecífica, definida como dor sem causa identificável, é responsável por aproximadamente 85% dos casos.

Perante a actual situação na idade adulta, os investigadores alertam para a necessidade de uma prevenção precoce deste problema. Por outro lado, alguns estudos epidemiológicos apontam para uma alta prevalência de história de dor espinal em crianças de idade escolar (Steel et al. 2003; Negrini et al. 2002; Grimmer et al. 1999) e ainda se aponta que 88% daqueles com experiência de dor espinal nesta idade tem dor espinal em anos posteriores (Cakmak et al. 2004).

Desta forma, o interesse na epidemiologia dos problemas de dor espinal em crianças e jovens tem vindo a aumentar ao longo dos anos. Durante muitos anos, olhou-se para este problema como uma condição grave, que tinha na sua origem uma causa orgânica (Sponseller et al., 1996). Esta perspectiva tem vindo a alterar-se, e, Combs e Caskey (1997) verificaram que 57% das crianças e jovens que referiam dor espinal, esta apresentava causa inespecífica. Perante este facto a procura de potenciais factores de risco para o desenvolvimento de dor espinal em crianças e jovens de idade escolar parece assumir relevância.

Alguns estudos epidemiológicos apontam como principais factores de risco, o peso das mochilas (Steele et al. 2003; Negrini et al. 2002) e o mobiliário escolar inadaptado (Murphy et al., 2004). Outros estudos associam a dor espinal a factores psicossociais, estes incluem factores psicológicos (atitudes, crenças, estados de ansiedade e depressão), e factores sociais, tais como o apoio social e familiar, destacando a influência do contexto familiar no aparecimento de dor espinal (Murphy et al., 2007; El-Metwally et al. 2004).

Tendo em consideração esta problemática, o presente trabalho tem como objectivo identificar até que ponto o contexto familiar influencia a presença de queixas dolorosas, a nível espinal, nas crianças em idade escolar.

O trabalho encontra-se estruturado em três partes: enquadramento teórico, metodologia e apresentação/discussão dos resultados. No enquadramento teórico são inicialmente revistos aspectos teóricos e conceptuais que servem de suporte à obtenção do nosso objectivo. Desta forma, julgámos ser importante abordar: o

conceito de dor espinal, a epidemiologia da dor espinal, a prevalência da dor espinal nas crianças e jovens e os factores de risco, destacando aspectos relacionados com o contexto familiar da criança, tais como, a presença de queixas dolorosas nos membros das famílias, o estrato socioeconómico, o nível de escolaridade, o absentismo laboral ou escolar, a história familiar de depressão ou queixas psicossomáticas.

A segunda parte, dedicada à metodologia, clarifica a metodologia utilizada no presente trabalho, contendo a natureza do estudo, a caracterização da amostra, instrumentos e procedimentos utilizados na recolha dos dados.

Na terceira parte, são apresentados e analisados os resultados obtidos, de forma concisa, evidenciando-se os factos mais relevantes para a compreensão do estudo. Os resultados obtidos neste estudo foram confrontados e comparados com os dados obtidos noutras investigações.

Capítulo I - Enquadramento teórico

Capítulo I - Enquadramento teórico

A dor é uma qualidade sensorial complexa, puramente subjectiva e, frequentemente, difícil de ser descrita ou interpretada. Segundo a *Associação Internacional para o Estudo da Dor*, dor é definida como sendo uma resposta desagradável a estímulos associados a um real ou potencial dano tecidual (Verhaak et al., 1998). A dor é ainda extensivamente influenciada pela ansiedade, depressão e outras variáveis psicológicas, apresentando um entrelaçamento entre as características físicas dos estímulos e as funções motivacionais afectivas e cognitivas do indivíduo, desempenhando um papel de alerta, no sentido de que algo está errado. Além disso, provoca um acentuado stress e incapacidade, sendo actualmente a maior causa de absentismo no trabalho (Bruno, 2001). Segundo Corrêa (1999) a dor é, essencialmente, uma manifestação subjectiva, variando a sua apreciação de indivíduo para indivíduo e que pode ser classificada de aguda ou crónica em função da sua duração.

Existem alguns tipos de dor que, pela sua especificidade quer em termos de etiologia quer na localização, são tratadas como entidades clínicas separadas da dor no geral. Este é o caso da dor espinal.

Parte 1 - Dor espinal

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997), 85% da população mundial sofre de dor espinal. Segundo Plowman (1992), a dor espinal é um dos problemas de saúde mais comuns da vida moderna e um dos problemas de dor mais sérios que a população enfrenta, pelo seu carácter complexo e âmbito multidisciplinar que assume, estabelecendo-se como um desafio contínuo em todas as áreas ligadas, directa ou indirectamente, à saúde. O mesmo autor refere que a incidência de problemas relacionados com a coluna é tao frequente, que deveria ser estudada como uma desordem epidémica e social (Plowman, 1992).

A literatura apresenta dois sistemas de classificação para melhor caracterizar a dor espinal, baseando-se em dois aspectos principais: quanto ao tempo de duração, descrevendo-a como aguda, sub-aguda ou crónica; e quanto à etiologia, caracterizando-a como específica ou inespecífica. De realçar que apesar de enunciados separadamente, os dois sistemas de classificação estão geralmente associados, e deles convergem uma série de variantes da dor espinal.

Assim, em relação à duração da dor espinal, esta pode ser descrita como:

- Aguda – episódio doloroso cujos sintomas duram até 6 semanas.
- Sub-aguda – episódios dolorosos cujos sintomas tem uma duração entre as 6 semanas e 3 meses;

Crónica – episódio doloroso de instalação progressiva, cujos sintomas duram mais de 3 meses (Balague et al., 2007).

Um estudo recente mostrou 14 dias como a presumível transição entre a dor espinal aguda e a dor espinal sub-aguda (Kovacs et al., 2005), enquanto outros propõem 90 dias como o ponto de partida para a dor espinal crónica (Negrini et al., 2006). Segundo Plowman (1992), a dor espinal é um problema crónico para 1 a 5% da população, com recorrência em 30 a 70% dos casos e afecta ambos os sexos.

A etiologia da dor espinal é múltipla e diferenciada. As causas específicas da dor espinal estão relacionadas com condições nosológicas, como doenças congénitas, degenerativas, traumáticas, inflamatórias, infecciosas, neoplásticas, viscerais, doenças reumáticas e dores psicogénicas (Krismer, Van Tulder, 2007; Nelson, 2007). A dor espinal sem causa específica ou inespecífica, é definida como dor sem patologia subjacente conhecida ou aquela cujas causas não são identificáveis (Krismer, Van Tulder, 2007). Na literatura, é unânime que a dor espinal inespecífica é a mais comum (Masiero et al., 2008). Krismer e Van Tulder (2007) afirmam que a maior parte dos casos são “não específicos”, e que só em 5 a 10% dos casos é identificada uma causa específica.

Dos vários estudos epidemiológicos existentes (Salminen, 1984; Frairbank et al., 1984; Balagué et al., 1988, 1994 e 1999; Mierau et al., 1989; Olsen et al., 1992; Troussier et al., 1994; Ebrall, 1994; Burton et al., 1996; Taimela et al., 1997; Feldman et al.), é possível constatar que podemos vir a sofrer de dor espinal em qualquer altura da vida, numa intensidade suficiente que interfira com a nossa funcionalidade e o envolvimento em actividades significativas. A sua elevada prevalência é conhecida em vários países, havendo mesmo estudos que demonstram uma tendência para aumentar (Palmer et al, 2000). No Reino Unido, a prevalência da dor espinal é de 59%, com um predomínio no grupo etário com idade compreendida entre os 45-59 anos, sendo a principal causa do absentismo laboral (Frank, 1993). Na Suíça, a prevalência da dor espinal foi estimada em 20,2% a 28,5% nos homens e entre 31,1% e 38,5% nas mulheres (Santos-Eggimann et al, 2000). Nos Estados Unidos e Canadá foi estimado que cerca de 80% da população irá vivenciar situações de dor espinal na vida adulta (Mirtz & Greene, 2005). Em Portugal, 7 em cada 10 indivíduos sofre de dor espinal, ou seja, 72,4 por cento da população portuguesa (Sociedade Portuguesa de Patologia da Coluna, 2010). A dor em geral e a dor espinal em particular representa a principal causa de absentismo laboral no nosso país. São cerca de 1.400.000 dias de

trabalho que se perdem por ano. O mesmo especialista afirma que 150 mil portugueses sofrem de dor espinal (Delgado, 2008). No entanto, em Portugal, à semelhança do resto da Europa, subsiste a tendência para subvalorizar a dor como um sintoma menor (Delgado, 2008).

A dor espinal é, assim, um problema que atinge cada vez mais uma parte significativa da população. Os estudos epidemiológicos sobre a dor espinal têm permitido compreender melhor a etiologia do problema, os factores de risco associados, bem como o impacto que a dor espinal tem na sociedade. Por outro lado, as manifestações deste problema não são um exclusivo da população adulta, havendo igualmente estudos epidemiológicos que apontam para uma alta prevalência de história de dor espinal também em crianças de idade escolar (Steele et al. 2003; Negrini et al. 2002; Grimmer et al. 1999).

Parte 2 - Dor espinal: prevalência nas crianças/jovens

Durante a década de 80, vários foram os investigadores que se debruçaram sobre a incidência e a prevalência da dor espinal em crianças e jovens. Balagué et al. (1988) sugeriram que o estudo da dor espinal nas crianças e jovens podia ser uma ajuda preciosa para melhor compreender a origem das queixas nos adultos. Oliveira (1999) refere que os jovens apresentam um padrão de ocorrência de lombalgia comparável ao dos adultos.

Vários estudos epidemiológicos foram realizados com o intuito de determinar a prevalência da dor espinal e o papel dos factores etiológicos no seu aparecimento em populações juvenis (Salminen, 1984; Frairbank et al., 1984; Balagué et al., 1988, 1994 e 1999; Mierau et al., 1989; Olsen et al., 1992; Troussier et al., 1994; Ebrall, 1994; Burton et al., 1996; Taimela et al., 1997; Feldman et al., 2001; Walker, 2000; Ebbehøj et al., 2002; Watson et al., 2002; Jones et al., 2003 e 2004; Sjolie, 2004).

Segundo Balagué et al (1999), a prevalência da dor espinal nas crianças e jovens parece estar aumentar, apresentado um valor entre os 30 a 50%, cuja origem é maioritariamente não específica. Essa prevalência, no entanto, não é uniforme nas diferentes faixas etárias, apontando uma maior prevalência entre as crianças mais velhas. Os dados variam de 1% na faixa etária dos 7 anos para 18% de 14 – 16 anos (Taimela et al, 1997; Kristjansdottir, 1996) e, apresentam valores mais elevados nas raparigas que nos rapazes (Waddell, 1998).

Já Mierau et al (1989) realizaram um estudo com 267 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos e cerca de 135 adolescentes com idades entre

os 14 e os 18 anos, encontrando uma prevalência de dor espinal de 23% e 33%, respectivamente.

Olsen et al. (1992), num estudo longitudinal com 1242 jovens entre os 11 e 17 anos de idade, revelaram que cerca de 30,4% dos jovens já tinham sentido dor espinal, pelo menos uma vez na vida. Cerca de 22% dos jovens referiram que sentiram dor espinal no ano anterior, da qual resultou uma restrição da actividade em 1/3 dos casos e necessidade de observação e tratamento em 7,3% dos casos. Um dado relevante apontava para que 8,8% das ocorrências eram suficientemente graves, levando a absentismo escolar e/ou de todas as actividades desportivas e físicas. Os autores concluíram que a dor espinal nos adolescentes constituía um problema de saúde pública comum e semelhante ao que acontecia nos adultos.

Na Austrália, Ebrall (1994) identifica a ocorrência de episódios de dor espinal crónica com duração de vários dias e diversas vezes por mês em 57% de rapazes de uma população com idade compreendida entre os 12 e os 19 anos. Por outro lado, Balagué et al. (1995) encontrou uma prevalência da lombalgia, num ano, de 26% em adolescentes com idade entre os 12 e os 17 anos.

Burton et al (1996), num estudo longitudinal ao longo de 5 anos que pretendia determinar a ocorrência de dor espinal durante a adolescência, em 211 jovens que contavam 11 anos de idade no início do estudo, obtiveram valores de prevalência da lombalgia entre 11,8% (11 anos de idade) e 50,4% (15 ou mais anos). Os autores concluíram que a dor espinal era um facto comum e a sua prevalência aumentava com a idade. Para além disso, tinha tendência a tornar-se recorrente com o tempo, mas sem um agravamento significativo.

Um estudo suíço (Gunzburg et al., 1999) concluiu que 36% das 392 crianças com nove anos de idade examinadas tinham experimentado pelo menos um episódio de dor espinal ao longo das suas vidas. Já um estudo Dinamarquês com 1389 crianças entre os 13-16 anos, aponta a prevalência de dor espinal na ordem dos 51% (Harreby et al., 1999). Ainda na Dinamarca, um estudo de prevalência mensal de dores espinal, desenvolvido por Wedderkopp et al. (2001), mostrou que de 806 participantes, 10% queixavam-se de dor espinal.

Watson et al (2002), verificaram que a prevalência da lombalgia durante um mês foi de 24% em crianças com idades compreendidas entre os 11 e 14 anos. Quanto as características da dor, 42% dos alunos registaram que os sintomas permaneciam por um ou dois dias, enquanto que em 15% os sintomas permaneceram por mais de sete dias.

Jones et al. (2004), elaboraram um estudo transversal envolvendo 500 rapazes e raparigas entre os 10 e os 16 anos. Os autores concluíram que a prevalência de dor

espinal era de 40,2%. Este estudo enfatiza que a prevalência da dor espinal, na maioria dos casos, apresentava episódios agudos com poucas consequências de saúde aparentes, apesar de algumas crianças experimentarem dor periódica que pode conduzir a consequências incapacitantes.

Em relação à proporção de população escolar que diz sofrer de dor espinal no último ano, Hestbaek et al. (2004) averiguaram que, em 2533 adolescentes e jovens dinamarqueses, 23% tinha queixas. Esta autora observou ainda que, dos que reportavam dor espinal no último ano, 46% registaram dor entre 1-7 dias, 26% entre 8 a 30 dias, 16% mais de 30 dias (mas não diariamente) e 12% registavam dor diariamente. Verificou-se também que 20% dos adolescentes necessitaram de tratamento, 10% recorreram a analgésicos e 24% tinham modificado as suas actividades devido a dor espinal. Por fim, constatou que as situações que mais aumentavam ou iniciavam a dor espinal eram o trabalho manual (70%), estar sentado na escola (48%), actividades físicas de lazer (24%) e a educação física (18%).

Em relação à observação da prevalência tendo como referência os 7 dias precedentes ao estudo, encontramos a investigação de Whittfield. Legg e Hedderley (2005), que analisam as dores espinais na população escolar e que determinam uma prevalência de 35%.

Moheseni-Bandpei et al. (2007), no Norte do Irão, estudaram uma população de 4813 alunos com idades compreendidas entre os 11 e 14 anos e encontraram uma prevalência anual de dor espinal de 17,4%, uma prevalência nos seis meses precedentes ao estudo de 14,4% e no “último mês” de 15%.

Num estudo transversal, Sato et al. (2008) constaram que, dos 34423 alunos inquiridos, 3505 (10,2%) registavam dor espinal no momento do estudo. Além disso, 9906 deles (28,8%) tinham um histórico de dor espinal e uma percentagem de recorrência da dor a situar-se nos 60,5%. Relativamente à duração da dor, 66,7% tiveram-na por menos de uma semana, enquanto 86,1% manifestaram-na por menos durante um mês. Os autores registaram, também, que dos alunos que reportaram dor espinal, 81,9% situavam-se no nível 1 (sem limitação nas actividades habituais) 13,9% no nível 2 (tinha como limitação moderar a participação em desportos e actividades físicas) e 4,2% no nível 3 (que levou ao absentismo escolar).

Também, recentemente, em alunos entre os 15 e os 16 anos, Skoffer e Foldspang (2008) constataram que 64,8% dos 546 adolescentes observados já tinham alguma vez experimentado um ou mais episódios de dor espinal, e 60,3% e 51,3% recordavam dor, respectivamente durante os 12 e 3 meses precedentes. Pellisé et al. (2009), de um total de 1470 adolescentes, assinalaram 39,8% de prevalência de dor espinal.

Apesar de extensos dados epidemiológicos de vários países, como vimos, em Portugal, a investigação sobre esta temática é ainda escassa (Moreira, 2006; Silva, 2005; Coelho, 2005; Oliveira, 1999). Segundo Moreira (2006), a prevalência da dor espinal é de 17,8% em jovens com idades compreendidas entre os 12 e 19 anos, ao passo que Oliveira (1999) constatou uma prevalência de 39,2% em jovens entre os 11 e os 15 anos de idade. Este autor calculou ainda a prevalência absoluta e cumulativa de dor espinal reportada ao tempo total de vida das crianças e adolescentes em 51,2%. Quanto à dor espinal recorrente, 14,1% tornaram-se sofrendores com um agravamento do seu quadro inicial. No entanto, destaca que a dor espinal nas crianças e jovens foi na maioria dos casos “uma situação benigna” que se resolvia espontaneamente em pouco tempo (entre 1 e 2 dias). Apesar disso, encontrou 27% de jovens onde a situação persistiu entre 3 a 30 dias, o que levou estes indivíduos a procurarem a consulta de um profissional de saúde. Quanto à intensidade da dor sentida, pelo menos quatro em cada dez jovens que referiram dor, classificaram-na na metade superior da escala visual análoga e foram esses, também, os que mais procuraram o conselho de um profissional de saúde (10,5%) e os que tiveram uma maior tendência para a recorrência da dor. Da observação das actividades que mais agravam a dor, o mesmo autor concluiu que transportar mochilas/pesos, praticar desporto, estar sentado, levantar-se da cama/chão, correr/saltar e dobrar-se à frente são as mais referidas pelos jovens (Oliveira, 1999).

Já Silva (2005), na sua amostra de conveniência de 100 alunos, com idades compreendidas entre os 11 e 14 anos, encontrou uma prevalência de 51%, uma prevalência pontual de 14% e uma prevalência cumulativa de 69%. A recorrência dos episódios foi relatada por 24% dos jovens. Os estudos realizados por Coelho et al. (2005), com uma amostra constituída por 208 adolescentes, de idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos, revelaram que a prevalência de dor espinal foi de 39,4%. Encontraram relação entre a prevalência de dor espinal e a ausência de actividade física, o tempo gasto em jogos electrónicos, os indivíduos que não realizavam as deslocações casa-escola-casa a pé e o (baixo) nível de auto-conceito. A relação entre as variáveis – anos de prática desportiva e os níveis competitivos e outras actividades sedentárias (dormir, ver televisão) – e a ocorrência de dor espinal parece estar sobretudo relacionada com o nível de auto-conceito.

Para uma maior facilidade de leitura e análise, elaborámos a tabela 1, que procura resumir a prevalência da dor espinal em crianças e jovens, em estudos efectuados por vários autores.

Tabela 1 – Valores de prevalência da dor espinal em crianças e adolescentes.

Autores	Idades	Prevalência
Salminen (1984)	11 a 17	13%
Fairbank et al. (1984)	13 a 17	14%
Balagué et al. (1988)	7 a 17	35%
Burton et al. (1989)	10 a 12	12%
Mireau et al. (1989)	6 e os 13 14 e os 18	23% 33%
Olsen et al. (1992)	11 a 17	36% (15 ou mais anos)
Salminem et al. (1992)	14	8%
Troussier et al. (1994)	6 a 20	41%
Ebrall (1994)	12 a 19	57%
Balagué et al. (1995)	12 a 17	51%
Burton et al. (1996)	11 a 15	11,8% (11 anos de idade) 50,4% (15 ou mais anos)
Gunzburg et al. (1999)	9	36%
Oliveira (1999)	11 a 15	39,2%
Harreby et al. (1999)	13 a 16	51%
Wedderkopp et al. (2001)	8 a 10	10%
Watson et al. (2002)	11 a 14	24%
Jones et al. (2004)	10 a 16	40,2%
Whittfield & Hedderley (2005)	14 a 19	35%
Silva (2005)	11 a 14	51%
Moreia (2006)	12 a 19	17,8%
Moheseni-Bandpei et al. (2007)	11 a 14	17,4 %
Sato et al. (2008)	10 a 15	10,2%
Skoffer & Foldpang (2008)	15 a 16	64,8%
Pellisé et al. (2009)	-	39,8%

Da análise do quadro anterior, constata-se que os estudos epidemiológicos sobre a prevalência da dor espinal nas crianças e jovens foram mostrando, na sua maioria, um incremento na percentagem de ocorrência, desde 1984 (13%) a 2009 (39,8%). Constata-se também que a idade cronológica apresenta uma relação positiva com a ocorrência de dor espinal. Alguns autores concluem que a partir dos 15 anos os valores de prevalência da dor espinal aumentam significativamente, parecendo assim, existir uma relação positiva entre o aumento da idade e a prevalência de dor espinal (Balagué et al., 1988 ; Fairbank et al.,1984 ; Salminen ,1984 ; Salminem et al., 1992 ; Mireau et al., 1989 ; Olsen et al., 1992 ; Burton et al., 1996 ; Watson et al., 2002, Jones et al. ; 2004). Em Portugal, Moreira (2006), observou uma correlação positiva e estatisticamente significativa, entre o aumento da idade e a prevalência da dor espinal, tal como Oliveira (1999) que acrescenta ainda que, com o aumento da idade,

particularmente depois dos 15 anos, o índice de prevalência de dor espinal aumenta significativamente.

Smith & Leggat (2007) especulam sobre os dados dos vários estudos, apontando que este aumento de prevalência pode relacionar-se com a modificação da natureza das actividades das crianças, à medida que evoluem para graus de ensino superiores. Ao passo que se espera que estudantes da escola primária tenham uma elevada componente lúdica na sua vida diária, o que envolve habitualmente uma componente de actividade física, espera-se que os colegas de escola mais velhos (2º e 3º ciclo do ensino básico e secundário) tenham uma exposição proporcionalmente maior a computadores e, logo, uma maior manutenção de posturas estáticas. Também se poderia esperar que os mais velhos tivessem mais livros para transportar do que os mais novos, o que aumentaria o peso das suas mochilas.

Através da análise dos diferentes estudos, podemos ainda constatar que a dor espinal é mais frequente entre o género feminino do que masculino (Balaguè et al., 1995; Grimmer & Williams, 2000; Harreby e tal., 1999; Kovacs et al., 2003; Kujala, Taimela & Vijanen, 1999, Mikkelsen, Salminen & Kautiainen, 1997; Watson et al., 2002, 2003). Em Portugal, Moreira (2006), na análise por género, verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre raparigas e rapazes, comprovando que as raparigas possuem percentagens mais elevadas de prevalência de dor espinal do que os rapazes (21,7% e 13,6%, respectivamente). Também Oliveira (1999) encontrou uma significativa diferença entre os géneros, com raparigas com índices de prevalência mais elevados.

Em geral, face aos resultados das investigações, Sarto et al. (2008), avançam uma explicação para esta maior prevalência feminina que, segundo os autores, se deve provavelmente a: (a) um limiar de dor diferente entre os géneros e a forma diferente como cada género percepção a dor; (b) uma flexibilidade ao nível da coluna superior por parte das raparigas face aos rapazes; (c) o crescimento pubertário, com as modificações induzidas pelas hormonas, podem afectar atitudes ou a percepção da dor. Também Balagué et al. (1995) sugerem como explicação a maturação mais precoce nas raparigas ou o facto de existir uma imagem tradicional do género masculino como o mais forte, o que leva os rapazes a não relatarem as suas dores ou mesmo negar a sua existência e a preocuparem-se menos com os sintomas.

Embora as taxas de prevalência variem de estudo para estudo, elas são constante e significativamente abrangentes para aceitar que a dor espinal é um problema de saúde entre os jovens. Isto sugere uma necessidade forte de prevenção, nomeadamente com a detecção precoce da dor nas crianças e jovens e com a criação

de ambientes encorajadores que os ajudem a cuidar da saúde da coluna vertebral (Stacey e Associates, 2005).

Parte 3 - Factores de Risco da dor espinal

Sabe-se que a dor espinal nas crianças e jovens, está associada a futuros episódios de dor espinal em adultos (Stahl et al. 2004). Após esta constatação, é importante conhecer os factores de risco, que devem ser compreendidos na sua dinâmica de inter-relação e não isolados cada um por si, uma vez que a dor espinal é influenciada por uma multiplicidade de factores que, conjugados entre si, ajudam a explicar a ocorrência e a evolução deste problema de saúde (Stacey e Associates, 2005).

Alguns estudos epidemiológicos apontam como principais factores de risco, o peso das mochilas (Steele et al. 2003; Negrini et al. 2002; Grimmer et al. 1999), os reduzidos níveis de flexibilidade de quadríceps ou ísquio-surais (Feldman et al. 2001) e a exposição a mobiliário escolar inadequado, sendo que as cadeiras baixas conduzem à dor cervical e dorsal superior e os encostos das cadeiras com altura inadequada conduzem à dor dorsal inferior (Murphy et al. 2004). Neste último caso, as sensações dolorosas na zona lombar levam a um desconforto generalizado na posição de sentado, causando uma postura cifótica durante períodos de tempo relativamente longos (Prendeville e Dockrell). Outros estudos associam a dor espinal a factores psicossociais, onde se incluem factores psicológicos (atitudes, crenças, estados de ansiedade e depressão), e factores sociais, tais como o apoio social, familiar e actividade laboral (Murphy et al., 2007; El-Metwally et al. 2004). Isto remete-nos, na realidade, para o campo da psicossomática, essencialmente porque os factores psicológicos interferem na complexa cadeia multidimensional da dor, influenciando a sua percepção e subvertendo o quadro funcional resultante (Murphy et al., 2007).

Em 2003, Jones et al. Realizaram um estudo com crianças entre os 11 e os 15 anos, cujo objectivo era determinar se os factores mecânicos e psicossociais estariam associados à dor espinal. Os resultados evidenciaram que a ocorrência de dor espinal se situou nos 12,5% (12anos) e 24,1% (15 anos); as crianças com elevadas dificuldades a nível psicossocial tendiam a apresentar maior prevalência de dor. Por outro lado, os mesmos autores constataram que os factores mecânicos não tinham uma forte associação com a prevalência da dor espinal. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo realizado por Van et al (2003), cujo objectivo era determinar a ocorrência de dor na região do pescoço, nos ombros e na coluna com uma possível relação entre o peso e tipo de mochila e outros factores psicológicos. Após aplicação

de um questionário, os dados mostraram uma maior ocorrência de dor espinal nas crianças com elevadas dificuldades a nível psicossocial.

A literatura recente tem demonstrado que os factores psicossociais têm, geralmente, mais impacto que os factores biomecânicos na incapacidade associada à dor espinal. Há um conjunto de factores psicossociais que influenciam a forma como o indivíduo no seu contexto social lida com a dor e com os seus efeitos no desempenho funcional. Isto reflecte um modelo biopsicossocial defendido por Waddell (1998) que sugeriu um esquema explicativo para o fenómeno (figura 1).

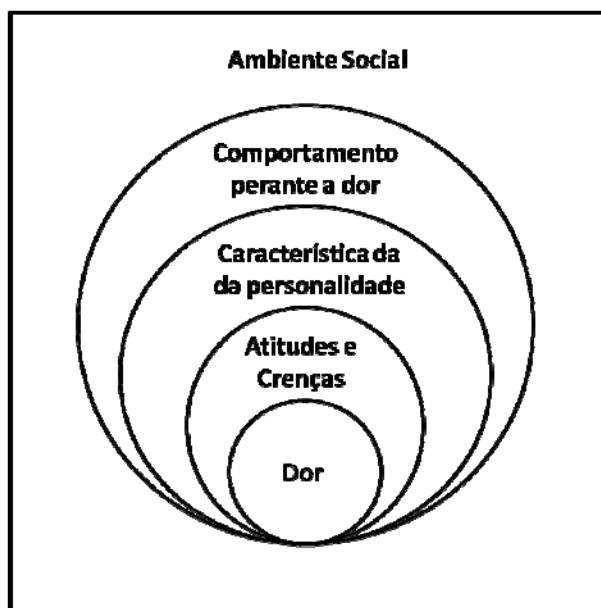


Figura n.º1 – Modelo biopsicossocial referente à dor espinal (Waddell, 1998)

O modelo biopsicossocial é um modelo conceptual que propõe a inclusão dos factores psicológicos e sociais juntamente com as variáveis biológicas, na compreensão da dor. Desta forma, o fenómeno da dor integra-se em domínios mais abrangentes, onde entram igualmente as crenças e as atitudes do indivíduo, as características de personalidade, o comportamento perante a dor e o ambiente social (Waddell, 1998). O ambiente social (o ambiente no qual o indivíduo está inserido e onde se dão os processos desenvolvimentais) tem uma influência determinante na criança e especialmente na criança com dor (Patterson, 1995; Schor, 1995).

Esta influencia do ambiente é explicada segundo o Modelo da Ocupação Humana (Kielhofner, 2008), sendo (o ambiente ou contexto) definido como “os aspectos físicos, sociais, culturais, económicos e políticos específicos dos contextos individuais que têm impacto na motivação, organização e desempenho da ocupação”. É aqui que a criança/ jovem se insere, onde se definem os seus comportamentos e se

dão os processos de desenvolvimento. O mesmo autor, a par com a OMS (2003), considera o contexto, quer humano (familiares, pares, etc.) quer não humano, como facilitador ou inibidor, com impacto significativo na qualidade de vida das crianças/jovens. Aplicando esta visão à compreensão do fenómeno da dor, enquanto facilitador, o contexto possibilita o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis e promove o desenvolvimento de diversas formas de modelar a percepção da dor. Por outro lado, quando actua como inibidor, o ambiente coloca barreiras que limitam a participação e promovem hábitos de vida sedentários.

Segundo Zborowski (1998), o contexto influencia o limiar da dor, a tolerância à dor encorajada – que representa a quantidade de um estímulo doloroso que um indivíduo suporta quando encorajado a tolerar níveis altos de estimulação – e as expressões de dor, influenciando e condicionando os padrões de reacção à dor e o conhecimento das atitudes do indivíduo para com esta, sendo este facto de extrema importância para a compreensão da reacção do indivíduo à dor (Zborowski, 1978). Assim, todo o indivíduo tem conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos aprendidos no seu contexto cultural em relação à dor, porque cada contexto tem uma linguagem de sofrimento única e própria (Quartilho, 2001).

Segundo Batalha (2010), o contexto exerce enorme peso nas respostas da criança à dor. A pesquisa sugere diferentes padrões de resposta entre vários grupos culturais, mas diferenças ainda maiores dentro de cada um desses grupos, o que reforça a convicção de que a dor e as respostas a ela são únicas. Os valores culturais veiculados pela sociedade, como sofrer em silêncio (por exemplo, “os homens não choram”), marcam a resposta à dor. Dor e cultura estão associadas, sobretudo quando as respostas e os comportamentos estão relacionados com regras e tradições de uma sociedade.

Partindo dos pressupostos anteriormente referidos, o contexto, nomeadamente o contexto familiar, assume uma importância fulcral sobre a história de dor espinal em crianças de idade escolar (Schanberg et al. 2007; Kovacs et al. 2002). Phipps (1995) descreve a família como um grupo de indivíduos que se relacionam entre si de tal forma que qualquer alteração que surja num determinado membro, como o caso do aparecimento de dor, implica modificação nos restantes elementos da família.

Segundo Silver et al. (1996), a família tem influência no conceito individual de saúde e doença, dado que é a primeira instância do processo de socialização e é dentro dela mesma que se processam as primeiras noções de saúde, doença, dor e cuidados de saúde. Os mesmos autores referem a importância dos factores relacionados com a estrutura familiar como moderadores dos efeitos da dor na criança. Por exemplo Schanberg et al. (2007), referem que a baixa coesão nas

famílias de crianças com dor conduzem a elevados níveis de ansiedade e depressão e desta forma, podem aumentar ou agravar a dor espinal. Por sua vez, Thompson et al. (1993) concluíram que crianças inseridas em ambientes familiares caracterizados pela união e apoio, apresentam uma melhor adaptação à dor.

Lazarus (1993), assume que as representações sociais, constituídas com base nas crenças, nas atitudes, nos preconceitos e nos valores, que a família desenvolve face à presença da dor, desempenham um papel importante na sua orientação perante uma situação de dor. Isto é, se a família acreditar que pode ter um papel activo na melhoria da saúde dos seus membros, terá um papel mais participativo e confiante, conduzindo a uma adaptação favorável face à situação de dor. Estes resultados sugerem que o ambiente familiar pode influenciar a adaptação e o estado funcional das crianças com dor, nomeadamente, a dor espinal.

A apoiar esta ideia está a teoria de stress familiar que descreve a forma como as famílias se adaptam quando confrontadas com diferentes “stressores”, nomeadamente a dor. Os “stressores”, eventos da vida que afectam um membro da família, levam a mudanças do sistema familiar que podem interferir na dinâmica familiar e manifestar-se ao nível dos papéis, responsabilidades, e regras, entre outros. O modelo que descreve estas relações (ABCX) tem por base um “stressor”, factor “A” (lombalgia crónica), o qual tem impacto na família, podendo ocasionar mudanças no sistema social familiar. O factor “B” representa os recursos da família, a forma como vai responder às exigências do “stressor” e é descrito como a capacidade da família prevenir uma crise ou uma disfunção familiar. O factor “C” refere-se à gravidade que a família atribui ao “stressor” e reflecte os valores familiares e as suas expectativas prévias em lidar com crise e mudança. O factor “X” representa a crise como variável contínua e descreve a quantidade da disfunção, incapacidade no sistema familiar ou desorganização (Burr et al., 1993). A partir do modelo (ABCX) desenvolveu-se o modelo de ajustamento e resposta adaptativa familiar (FAAR), proporcionando um desenvolvimento na compreensão do papel da família no decurso da adaptação à doença crónica ao longo do tempo (McCubbin & Patterson, 1993). Este modelo articula-se em três fases: a fase de ajustamento, em que predomina a homeostasia; a fase de crise, representada pelo período de desorganização e mudanças; e a fase de adaptação, em que procura restaurar o equilíbrio. Perante uma doença crónica num dos elementos da família, como uma situação de lombalgia crónica incapacitante, a família vivencia um período de ajustamento, tentando restabelecer o seu equilíbrio e desenvolvendo novos recursos e competências de coping, com vista à sua adaptação. Quando a adaptação é positiva, a família conseguirá um equilíbrio, a manutenção da unidade familiar e o desempenho dos seus papéis.

A propósito da interacção de factores familiares com o aparecimento de dor espinal, Schanberg et al. (2007) referem ainda que a existência de um padrão familiar de manifestações de queixas dolorosas parece estar associada a um maior número de queixas em crianças de idade escolar. Apesar da relação não estar clara, a associação entre a dor de pais e filhos, no seguimento de alguns estudos, aponta para o facto do comportamento de dor e das reacções face à mesma serem aprendidos, destacando o papel da aprendizagem social através da observação (Bandura, 1969 in Sanders, 1996).

As investigações desenvolvimentais quanto à aprendizagem social revelam que as crianças/jovens podem adquirir atitudes e comportamentos através da observação dos outros, ou seja, podem aprender formas de resposta que anteriormente não se encontravam no seu repertório comportamental. Assim, mecanismos de aprendizagem social encontram-se na base da aquisição de atitudes acerca da saúde e cuidados de saúde, da percepção dos sintomas e dos processos fisiológicos, bem como das respostas apropriadas face ao aparecimento da dor (Sanders, 1996). O modo como as crianças aprendem atitudes resulta da observação da reacção dos pais e do ambiente social envolvente, face aos vários sintomas com que vão contactando no seu dia-a-dia. Parece poder concluir-se que as expectativas e as respostas comportamentais face a estímulos nociceptivos são, pelo menos parcialmente, baseadas nas histórias anteriores de aprendizagem. Este factor constitui-se como um dos que parece contribuir para a marcada variabilidade observada nas respostas, face a graus semelhantes da patologia física.

Uma das abordagens comportamentais que explora a aprendizagem social das respostas de dor é a teoria dos “Mecanismos de Aprendizagem Operante”. Segundo a mesma, todos os comportamentos de dor são observáveis e, como tal, encontram-se subordinados aos princípios de aprendizagem, ou seja, o indivíduo aprende/imita comportamentos específicos de dor, quer sejam de evitamento, queixa ou de procura de ajuda quer sejam seguidos por acontecimentos recompensadores ou de punição, que alteram a sua probabilidade de ocorrência (Ribeiro, 1998). Desta forma, o comportamento de dor é parte integrante dos problemas de dor e é subjectivamente influenciado pelas suas consequências. Por exemplo, os comportamentos das crianças/jovens com dor espinal podem ser reforçados positiva e directamente através de respostas de atenção por parte dos familiares, amigos ou dos profissionais de saúde e os comportamentos de dor espinal podem ainda ser mantidos através do evitamento a estímulos nocivos, de comportamentos de descanso e do evitamento de actividades pouco desejadas como a ida à escola. Adicionalmente, os comportamentos saudáveis podem não ser reforçados e, desta forma, as respostas de

dor por parte das crianças podem persistir após a causa inicial ter sido resolvida ou consideravelmente reduzida.

Neste modelo, o ponto fulcral é a função comunicativa do comportamento de dor (Sanders, 1996). Deste modo, alguns autores demonstraram que determinados comportamentos de dor (mais especificamente a inactividade) manifestados pelas crianças podiam ser diminuídos e os comportamentos saudáveis aumentados (hábitos de vida menos sedentários, por exemplo) através de reforço verbal, com ou sem feedback e com o estabelecimento de uma prática gradual de exercício físico em família, por exemplo (Sanders, 1996).

Alguns estudos epidemiológicos encontraram relação entre a existência de um padrão familiar de manifestações de queixas dolorosas e um maior número de queixas dolorosas em crianças. Balagué et al. (1999) concluíram que a existência de história de dor espinal nos pais tem demonstrado estar relacionada com a experiência de dor espinal nas crianças. Os autores verificaram que 14 % das crianças com pais saudáveis manifestavam dor espinal; 21% das crianças cujo pai tinham sofrido dor espinal manifestavam sentir dor; e 24% das crianças em que ambos os pais tinham recebido tratamento para a dor espinal expressaram sentir dor. Esta associação parece restringir-se apenas à manifestação de dor nos pais, uma vez que, embora 29,1% das crianças tenham relatado história de dor espinal entre os seus irmãos, os autores não verificaram uma relação significativa com a história de dor nas crianças.

Evans & Keenan (2007), num estudo cujo objectivo era verificar de que forma o género (mãe, pai) pode influenciar o aparecimento de dor em crianças em idade escolar, estudaram uma população composta por 36 participantes (pais de crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos), divididos por 3 grupos (“mãe com dor”, “pai com dor”, “grupo de controlo”). Os autores concluíram que as crianças aprendem o padrão de dor dos pais, nomeadamente a localização da dor e a forma de exteriorização da mesma, salientando a importância do reforço parental (por exemplo, atenção dos pais; não participação nas tarefas domésticas; faltas à escola) e da modelagem na aquisição dos comportamentos de dor. Os autores sugerem, desta forma, que a dor parental pode ser um factor de risco para o desenvolvimento de dor nas crianças, concluindo que o comportamento de dor da mãe tem uma influência superior ao comportamento de dor do pai, talvez porque as crianças, maioritariamente, passam mais tempo na companhia das mães e estas tem uma tendência superior para expressar a dor.

Waylonis & Heck (2005), relataram que 25% das 554 crianças com dor espinal tinham pais sintomáticos e 12% dos pais tiveram sintomas semelhantes durante a

infância. Desta forma, as famílias podem, directa ou indirectamente, influenciar a forma como cada membro da família reage à dor ou à doença.

Laura et al (2001), realizaram um estudo com crianças em idade escolar e os seus parentes mais próximos, cujo objectivo era determinar a relação entre as queixas de dor nas crianças e a existência de um padrão familiar de manifestação dos mesmos sintomas. Os autores referem que crianças cujos pais manifestaram, periodicamente, queixas dolorosas, estavam sujeitas a um maior risco para manifestar a mesma sintomatologia; mais de 90% dos pais relataram ter pelo menos 1 condição de dor crónica e 90% dos pais relataram um episódio de dor no mês passado. Verificou-se igualmente um número elevado de crianças que tinham outros membros da família com problemas de dor crónica (93%). Os mesmos autores verificaram que as dores lombares recorrentes e crónicas são responsáveis por alteração do estilo de vida do indivíduo com dor e consequentemente de toda a dinâmica familiar.

Coelho (2005), acrescenta que quando a sensação de dor atinge níveis elevados, o indivíduo vai evitar a interacção e a participação em diferentes situações, o que se pode reflectir num estilo de vida sedentário, ou seja, ausência ou baixa frequência na realização de actividades, aumentando, desta forma a probabilidade da ocorrência de uma recidiva.

Este comportamento de inactividade por parte dos familiares tem um papel muito importante na determinação das actividades desenvolvidas pelas crianças/jovens e consequentemente, na promoção de um estilo de vida sedentário por parte dos mesmos. Este aspecto é muito relevante uma vez que, segundo Balagué et al. (1988), os hábitos de vida sedentários parecem estar associados às queixas de dor espinal, com a inactividade a resultar na diminuição da força muscular, na redução do conteúdo mineral ósseo, na redução da flexibilidade e na falta de coordenação.

Burns e Macdonald (1999) referem que os hábitos de vida cada vez mais sedentários são factores determinantes para que a rigidez muscular se instale e permaneça até à idade adulta, tornando-se responsável pela adopção de posturas inadequadas na vida adulta e aumentando a pré disposição para traumatismos.

Apesar dessas evidências, a prevalência de sedentarismo nas crianças/jovens ainda é muito alta. Blair (1992), salienta que as crianças e jovens parecem evidenciar níveis muito baixos de actividade física como consequência da generalização dos meios de transporte e da forte atracção por actividades de ocupação dos tempos livres sedentárias (televisão e computador), conduzindo ao aumento da prevalência da dor espinal.

Skoffer & Foldspang (2008) observaram que a inactividade, como o transporte passivo (de carro) para a escola e o número de horas a ver TV ou vídeo, estavam

positivamente correlacionados com a dor espinal. Estes últimos resultados estão de acordo com os encontrados por Gunzburg et al. (1999) e Sjolie (2004 a). Gunzburg et al. (1999) constataram que as crianças que jogam videojogos mais de duas horas por dia relatam mais dor espinal que as outras crianças, no entanto o mesmo estudo indica que o mesmo não é verdade para o mesmo período de tempo a ter televisão. Já Sjolie (2004^a) destaca que a dor espinal está inversamente associada ao tempo dispendido na actividade física (particularmente o caminhar e o andar de bicicleta). A dor espinal está associada com o uso da televisão ou computador mais de 15 horas por semana, mas não com tempo passado a ler na posição de sentado. Os mesmos autores concluíram que a dor espinal no último ano, está associada com actividade física menos de 3 vezes por semana e cerca de 33% dos que sofrem dor espinal afirmam passar 21 ou mais horas por semana a ver televisão e no computador.

Partindo dos pressupostos anteriormente referidos, podemos então equacionar que os familiares devem incentivar as crianças/jovens à prática de hábitos de vida saudáveis. O papel dos pais, relativamente à adesão e manutenção da prática de um estilo de vida saudável, tem vindo a revelar-se fundamental (Neumark-Sztainer *et al*, 2003; Sallis *et al*, 2000) não só em termos de influência no tipo ou forma da actividade a praticar, mas também, em termos de suporte e facilitação de um ambiente que encoraje a actividade, como o transporte ao ginásio/piscina, dinheiro para equipamento, etc. (Taylor, Baranowski & Sallis, 1994). Welk et al. (2003), através de uma amostra de 994 crianças de três escolas básicas, confirmaram a importância da influência que os pais podem exercer no comportamento activo dos seus filhos, uma vez que os comportamentos de apoio dos pais que consistem em transportar as crianças, observar a sua actividade e encorajá-las, são necessários pois parecem estar associados com os níveis de autoconfiança e motivação da criança, podendo contribuir para a sua persistência na prática de actividade física. A família é, assim, entendida como um agente fulcral de socialização e veiculação de ideias relativas ao estilo de vida “correcto”, o que é suportado pela “teoria social de aprendizagem” referida anteriormente, assumindo uma influência positiva ou negativa na iniciação e manutenção de hábitos de actividade física nestas idades (Greendorfer et al., 2002; Greendorfer et al., 1996).

Segundo Huston et al. (2003), apesar de os pais desempenharem um papel muito importante na determinação das actividades em que as crianças se envolvem e dos recursos que lhes estão disponíveis, essas decisões muitas vezes são influenciadas pelo estatuto socioeconómico (Welk, Wood & Morss, 2003). Assim, o nível socioeconómico constitui uma preocupação de relevo, visto que a disponibilidade de recursos económicos, tanto das famílias como das comunidades, pode afectar as

oportunidades de envolvimento tanto em formas de actividade organizada como espontânea (Brustad, 1996). Num estudo que recorreu à utilização de medidas directas e indirectas, concluiu-se que os adolescentes provenientes de famílias com elevado estatuto socioeconómico parecem ser mais activos (Santos, Esculcas & Mota, 2004).

Sucessivos estudos, com crianças e adolescentes, verificaram que os grupos de baixo estatuto socioeconómico não só têm valores de actividade física mais reduzidos do que os grupos de elevado estatuto socioeconómico (Renaat et al., 2003; McVeigh et al.; Santos et al., 2004), como a actividade física que possam praticar é insuficiente para beneficiar a sua saúde (Droomers et al., 1998).

As influências do estatuto socioeconómico na prática de hábitos de vida saudáveis têm sido alvo de interesse crescente, mas os estudos têm sido incapazes de identificar claramente os mecanismos pelos quais o estatuto socioeconómico influencia os hábitos dos jovens e a maioria apresenta resultados díspares e associações confusas (Mota e Sallis, 2002). Segundo os mesmos autores, numa dada hierarquia, o dinheiro destinado às despesas em actividades de lazer surge depois das despesas de primeira necessidade, como a alimentação, cuidados médicos, vestuário e habitação, fazendo com que as actividades de lazer, enquanto práticas formais de consumo, sejam determinadas, embora não exclusivamente, por possibilidades e hábitos de consumo. Além disso, habitualmente, os indivíduos que apresentam um estatuto socioeconómico mais elevados têm também atitudes mais positivas em relação a comportamento de saúde (Mota e Sallis 2002).

Segundo Estabrooks et al. (2003) a reduzida participação na actividade física por parte dos menos favorecidos economicamente pode também ser explicada pelo facto de, por vezes, existir uma injusta distribuição de instalações recreativas favoráveis às áreas de elevado nível socioeconómico. A informação deste estudo sugere que as áreas de residência de baixo estatuto socioeconómico apresentavam poucos recursos e, dos disponíveis, apenas uma pequena proporção era gratuita. Este tipo de restrição e outras de cariz semelhante podem predispor a criança para aprender e/ou consolidar métodos de inactividade (Taylor et al., 1994) por isso, o apoio social por parte da família está fortemente relacionado com a actividade física regular do adolescente (*Centers for Disease Control and Prevention – CDCP, 1999*).

Segundo Hovell et al. (1999) é possível que as crianças provenientes de famílias com mais recursos financeiros, que podem proporcionar oportunidades para a recreação e AF, frequentem escolas que já lhes oferecem recursos acima da média para essas actividades. Esta possibilidade aumenta a probabilidade das crianças provenientes de famílias menos favorecidas financeiramente poderem estar num maior

risco de declínio dos níveis de actividade física e menos propícias a desenvolverem estilos de vida activos, que promovam a saúde e previnam a doença (Hovell et al., 1999).

Num estudo prévio, Gile-Corti e Donovan (2002) encontraram resultados contrários que sugerem que, à excepção do acesso a campos de golfe e à praia, os habitantes das áreas de baixo nível socioeconómico tinham iguais ou melhores acessos a instalações recreativas quando comparadas com os habitantes das áreas de elevado nível sócioeconomico. No entanto, segundo os mesmos autores, apesar de terem melhores acessos, os habitantes das áreas de baixo nível sócioeconomico utilizam menos as instalações recreativas que envolviam matrículas/custos (ginásios, por exemplo), mesmo depois de realizados ajustes aos rendimentos familiares.

De igual forma, um elevado nível de escolaridade dos pais tem sido associado a um estilo de vida menos sedentário (Oehlschlaeger et al., 2004), havendo igualmente estudos recentes que evidenciam que o nível de escolaridade dos progenitores parece estar inversamente associado ao tempo passado a ver televisão (Kantomaa et al., 2007) e que um rapaz cujo respectivo pai possua um nível de escolaridade superior tende mais a praticar desporto e mais precocemente do que outro, cujo pai possua menos habilitações literárias (Yang, Telama & Laakso, 1996). No entanto, diversos autores referem que a prática desportiva muito precoce poderá representar o mesmo risco que a ausência de prática física ou a celebração de hábitos sedentários danosos a nível músculo-esquelético no desenvolvimento de dor espinal (Balagué et al., 1994; Fairbank et al., 1984; Kujala e Tanner, 1996; Salminen et al., 1993 e 1995).

Ainda em relação ao nível educacional, foi verificado que crianças de mães com nível de escolaridade superior revelavam-se mais activas (McVeigh et al., 2004) e que uma educação avançada dos pais estava associada a baixos níveis de inactividade (Gordon-Larsen et al., 2000). Reforçando perspectivas de outros autores, Tammelin et al. (2003) salienta o facto de progenitores com baixo nível de escolaridade poderem tendencialmente ser inactivos, proporcionando, deste modo, um modelo desfavorável para os seus filhos.

Elevados níveis de escolaridade e de rendimentos financeiros têm sido associados a atitudes positivas relativamente ao valor atribuída à prática de uma vida activa nos tempos de lazer (Zinnecker, 1995), com o nível de escolaridade dos progenitores a aparentar ser um indicador mais poderoso na prática de hábitos de vida activa dos jovens do que o nível de rendimentos financeiros (Kantomaa et al., 2007). Para Cresson (1995) são as famílias com índices de escolarização mais elevados e melhor condição social que exercem um papel mais interventivo na saúde, quer

através das práticas da vida quotidiana, nomeadamente ao nível da alimentação, da higiene, da tentativa de conciliação entre as relações familiares e sociais e os horários de trabalho quer pela forma como recorrem, de forma mais assídua, aos serviços de saúde. Ainda segundo o autor são estas famílias que apresentam mais persistência na adesão às orientações e recomendações dos profissionais de saúde ou às campanhas nacionais ao nível da melhoria dos níveis de saúde e da qualidade de vida.

Para além do estilo de vida inerente ao estatuto socioeconómico e nível de escolarização dos pais, a criança pode deparar-se com comportamentos de absentismo laboral por parte dos familiares, em consequência da dor espinal. Este aspecto é muito relevante se pensarmos na tendência das crianças copiarem o modelo de actuação dos progenitores. Segundo Murphy et al (2004), a existência de um ou mais elementos do agregado familiar com este tipo de comportamento pode levar ao aparecimento de um padrão de comportamento de dor nas crianças, que se traduz em absentismo escolar. Este aspecto reforça a importância da aprendizagem através da observação e pode remeter para uma dimensão psicossomática da dor espinal.

Segundo Devins et al., (1993), o absentismo em consequência da dor espinal, implica uma série de transformações, que pode pôr em risco o bem-estar psicossocial e contribuem para o desenvolvimento ou aumento da sintomatologia psicológica, através da redução de acessibilidade a experiências positivas da vida, bem como comprometer sentimentos de auto-controlo, auto-eficácia, auto-estima, nem que seja por um curto período de tempo. Estes aspectos podem influenciar a forma como o indivíduo percebe a dor (Melzack & Wall, 1982), principalmente por meio da influência que esses conceitos exercem sobre factores emocionais (por exemplo, ansiedade, depressão, significado atribuído à dor) e comportamentais.

Partindo do pressuposto anteriormente referido, a dimensão psicológica parece apresentar uma importante influência em termos de presença, ausência, diminuição ou agravamento da dor. A ansiedade, considerada uma resposta emocional básica frente à dor, influencia a forma como a dor é percebida, verificando-se um aumento da percepção da mesma em virtude da diminuição do limiar de dor. Bond e Hussar (1991) defendem que os estados de ansiedade podem provocar alterações a nível fisiológico e aumento da tensão muscular, o que resulta num aumento da dor percebida.

Estima-se que a depressão seja um distúrbio de humor bastante comum em indivíduos que apresentam dor, embora as estimativas de incidência variem muito. A relação entre depressão e dor parece ser mediada por outros factores, como o desânimo aprendido e a atribuição de causalidade. Ou seja, são os aumentos na gravidade da dor que predizem alterações na vida do indivíduo e uma diminuição do

autocontrolo e que se relacionam também com o aumento dos sintomas de depressão (Turk & Flor, 1999). Brown (1990) aponta a presença de dor espinal como um dos factores que prediz a depressão, sendo a relação inversa pouco frequente. A presença de sintomas depressivos em indivíduos com dor crónica prediz piores resultados físicos, menores benefícios da intervenção, maior frequência na percepção de dor e pior qualidade de sono (Araújo-Soares, McIntyre & Figueiredo, 2002).

Seyed-Mahmoud, Ahmad e Javad (2007) desenvolveram um estudo com 112 indivíduos com dor espinal com o objectivo de avaliar os factores psicossociais associados à dor espinal e concluíram que 46,4% dos indivíduos apresentavam altos níveis de ansiedade e 48,2% apresentavam-se deprimidos. Serpa e Cruz (2005) encontraram uma associação significativa entre depressão, ansiedade e somatização, associadas à dor espinal. Também Strunin e Boden (2004) encontraram índices elevados de depressão e ansiedade nos indivíduos com dor espinal e ainda uma relação entre a qualidade de vida, a depressão e a ansiedade com a ansiedade e a depressão a predizerem pior qualidade de vida.

Mok e Lee (2008) num estudo que pretendia avaliar a relação entre ansiedade, depressão e intensidade da dor em indivíduos com lombalgia verificaram, numa amostra de 102 doentes, que a ansiedade e a depressão se relacionaram positivamente com a intensidade da dor e concluíram que a ansiedade e a depressão não só estavam associadas com a intensidade da dor como também eram predictoras dessa intensidade. Para Cailliet (2001), a avaliação psicológica do indivíduo com dor lombar tornou-se parte integrante da avaliação, diagnóstico e formulação do seu plano de tratamento, já que a dor não é apenas um termo descritivo da nocicepção experimentada, mas um fenómeno multidimensional.

Recentemente, a investigação tem-se preocupado em delinear o papel que o medo e os comportamentos de evitamento desempenham a nível da manutenção da dor. Os artigos inicialmente escritos sobre o tema por Fordyce e Staeger (1979) descreviam como determinados comportamentos associados à dor (evitamento, rosto transtornado, limitações a nível da actividade física) são mantidos por uma larga variedade de reforços negativos (permissão para evitar determinadas responsabilidades indesejáveis). Podem identificar-se vários tipos de evitamento, tais como o evitamento da estimulação, do movimento, da actividade, das interacções sociais e das actividades de lazer (Philips & Hunter, 1981; Anciano, 1986, in Philips, 1987^a; Philips & Jahanshahi, 1986). Em casos de dor espinal crónica, verifica-se que muitos sujeitos passam cerca de 30% do seu tempo activo deitados (Follick *et al.*, 1985, in Philips, 1987^a). Deste modo, o componente de evitamento é o mais proeminente dos comportamentos de dor. Segundo Dadds (1996), os pais ansiosos e

que exibem comportamentos de evitamento na presença dos filhos constituem um modelo de actuação e tendem a concordar com as explicações que suportam as interpretações ansiosas e aceitar os comportamentos de evitamento dos filhos.

A par das crenças de medo/evitamento, a catastrofização da dor tem sido associada ao medo, incapacidade e intensidade da dor, depressão e angústia psicológica (Severeuns et al., 2001). A catastrofização define-se como um pensamento excessivamente centrado na dor, com tendência para o exagero, dando ao indivíduo a percepção de ser incapaz de fazer algo para a diminuir. Geralmente, encontra-se associada a sentimentos como a angústia e a depressão que podem aumentar a dor, reduzindo os níveis de tolerância à mesma (Lamé et al., 2005).

Em 1995, Vlaeyen et al. Elaboraram um modelo, que designaram por modelo de medo/evitamento, e no qual sugerem que o medo do movimento representa uma resposta do indivíduo à dor, influenciada pela catastrofização. Vlaeyen e Combretz (1999) consideram o seu modelo como um esquema descritivo, cujo principal objectivo é o de ajudar a organizar a evidência crescente acerca do impacto dos aspectos cognitivos no desenvolvimento e manutenção da dor. Nesse quadro esquemático, as crenças de medo da dor/evitamento do movimento assumem um papel central e determinante no desenvolvimento da incapacidade.

A forma como as crenças de medo/evitamento e a catastrofização se relacionam e influenciam mutuamente é descrita por Leeuw et al. (2006), ao referir que uma resposta catastrofizadora à dor dá início a um ciclo vicioso, ao qual se segue o desenvolvimento do medo do movimento e evitamento de actividades, com conseqüente aumento da incapacidade funcional.

Parte 4 – Definição do objectivo e questões de investigação

O objectivo a que nos propusemos enumera-se da seguinte forma: identificar até que ponto o contexto familiar influencia a presença de queixas dolorosas, a nível espinal, nas crianças em idade escolar.

Em função do objectivo enunciado, formulamos as seguintes questões de investigação:

- Existirá uma relação entre as queixas de dor espinal nas crianças de idade escolar e a existência de um padrão familiar de manifestação dos mesmos sintomas?
- Poderão o estrato sócio económico e o nível de escolaridade influenciar a prevalência de queixas dolorosas nas crianças?

- Poderá o absentismo ao trabalho de familiares, por queixas dolorosas, influenciar a prevalência de queixas dolorosas nas crianças?

- Existirá uma relação entre as queixas de dor espinal nas crianças de idade escolar e a existência de uma história familiar de depressão e queixas psicossomáticas?

Capítulo II – Metodología

Capítulo II – Metodologia

Parte 1 – Natureza do Estudo

O presente trabalho trata-se de um quasi misto sequencial.

A metodologia de carácter misto é extremamente recente, surgindo este conceito em meados de 1959, quando Campbell e Fiske usaram múltiplos métodos para estudar a validade de qualidades psicológicas. Depois disso, houve um encorajamento por parte destes autores para que se passasse a usar este método quando, num mesmo estudo, fosse necessária a utilização de múltiplas e diversificadas metodologias de análises de dados. Assim, os estudos mistos foram surgindo posteriormente, com abordagens associadas de métodos de observação e entrevista (dados qualitativos), combinados com métodos tradicionais (dados quantitativos). Reconhecendo que todos os métodos possuem limitações, os investigadores sentiram que os viéses inerentes a cada método, utilizado por si só, poderiam contribuir para neutralizar ou cancelar os viéses do outro método utilizado.

Nos estudos mistos, os procedimentos para a sua realização utilizam dois tipos de desenho de estudo, com recurso simultâneo a uma metodologia qualitativa e quantitativa, com a respectiva definição de objectivos e a recolha e análise de dados de ambos os tipos. Quando se inicia a recolha e análise dos dados quantitativos, seguido de uma recolha de dados qualitativos designam-se mistos sequenciais (Creswell, 2003). Na sequência dos estudos mistos, desenvolveu-se um quasi-misto, nos quais se segue uma metodologia mista na fase de implementação do estudo mas não na análise e interpretação dos resultados (Teddlie & Tashakkori (2009).

A opção por este desenho deveu-se ao facto da não existência de um estudo que tentasse perceber as características pessoais dos indivíduos com queixas dolorosas, tentando de alguma forma fazer um retrato, não só das dificuldades que surgem pela presença da dor, mas principalmente, se a causa do seu aparecimento se deve a factores físicos ou, antes pelo contrário, por factores psicológicos ou sociais. Desta forma, o estudo quantitativo servirá como uma forma de rastreio da amostra necessária para o estudo qualitativo, ou seja, servirá para identificar quais os pais com crianças com dores espinais que apresentam a mesma sintomatologia. O estudo qualitativo pretende caracterizar o contexto, tendo a entrevista sido construída de forma a perceber qual a influência que as variáveis (1) presença de queixas dolorosas nos membros das famílias, (2) estrato socioeconómico, (3) nível de escolaridade, (4) absentismo laboral ou escolar, (5) história familiar de depressão ou queixas

psicossomáticas têm sobre a manifestação de queixas dolorosas espinais nas crianças e perceber se pode ser estabelecida uma relação entre a presença de queixas dolorosas dos pais e o aparecimento de dor espinal nos filhos.

Parte 2 – Caracterização da amostra

O presente estudo insere-se no âmbito de um projecto conjunto da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto e da Câmara Municipal da Maia – Crescimento e Desenvolvimento saudável: Estudo Epidemiológico em Crianças do Concelho da Maia. Para esse efeito, a população para a obtenção da amostra na qual se recolheram os dados quantitativos será constituída pelos pais de 1017 crianças do 1º ciclo do Ensino Básico do Concelho da Maia que foram avaliadas relativamente à postura, numa fase anterior do estudo. Desta população, constituíram amostra 636 pais que concordaram participar no estudo, tendo obtido resposta de 226 pais.

Para a obtenção dos dados qualitativos foi utilizado um método de amostragem estratégica. Pelas suas características, a metodologia qualitativa geralmente, estuda grupos de indivíduos reduzidos. Neste tipo de metodologia não se procura uma representatividade estatística mas sim uma representatividade social (Guerra, 2006). A amostragem estratégica visa seleccionar participantes com características diversas de forma a englobar a diversidade de comportamentos que se pretendem estudar. Desta forma, pretende-se reduzir ao mínimo o número de participantes garantindo a representatividade de todos os comportamentos. Assim, seleccionamos dez pais de forma a integrar os seguintes grupos: Criança com dor/Pai com dor; Criança com dor/Pai sem dor; Criança sem dor/Pai com dor; Criança sem dor/Pai sem dor. Esta amostra foi seleccionada tendo em conta os dados obtidos no questionário *Parental Pain History* (Lester et al., 1994, Schamberg et al., 1998 e Schamberg et al, 2001) e *Questionário de Bournemouth* (Bolton e Breen, 1999) e foi-lhes aplicado uma entrevista não estruturada.

Para uma melhor ilustramos a amostra, iremos recorrer a uma tabela para apresentar os dados sócio-demográficos colhidos.

Tabela 2: Caracterização dos entrevistados (Ent.) segundo o sexo, idade, estado civil, agregado familiar, habilitações literárias, situação laboral e profissão.

Ent.	Grupo	Sexo	Idade	Estado Civil	Agregado Familiar	Habilitações Literárias	Situação Laboral	Profissão
1	Criança com dor/Pai com dor	Fem.	35	Casada	Marido, filha	Ensino Básico	Emprega	Emprega Fabril
2	Criança com dor/Pai com dor	Fem.	29	União de Facto	Marido, sogra, sogro, filha, filha	Ensino Básico	Emprega	Emprega Fabril
3	Criança com dor/Pai sem dor	Fem.	44	Divorciada	Filho, Filha	Ensino Secundário	Empregada	Escriturária
4	Criança sem dor/Pai com dor	Fem.	31	União de Facto	Marido, filha	Ensino Secundário	Empregada	Agente de seguradora
5	Criança com dor/Pai com dor	Fem.	33	Casada	Marido, filha, sogra	Ensino Secundário	Empregada	Empregada de mesa – Café
6	Criança com dor/Pai sem dor	Fem.	42	União de Facto	Marido, filho, filho	Ensino Secundário	Empregada	Secretária
7	Criança sem dor/Pai sem dor	Fem.	35	Casada	Marido, filha	Ensino Superior	Empregada	Educadora Social
8	Criança com dor/Pai sem dor	Fem.	40	Casada	Marido, filho, filha	Ensino Secundário	Empregada	Administrativa (Centro de Saúde)
9	Criança sem dor/Pai com dor	Fem.	46	Casada	Marido, filha e filha	Ensino Secundário	Empregada	Telefonista (PT Comunicações)
10	Criança sem dor/Pai sem dor	Mas.	50	Casado	Marido, filha e filha	Ensino Secundário	Empregado	Contabilista

Parte 3 – Instrumentos utilizados

Os dados quantitativos vão ser obtidos através da aplicação de dois instrumentos: *Parental Pain History* (Lester et al., 1994, Schamberg et al., 1998 e Schamberg et al, 2001) e o *Questionário de Bournemouth* (Bolton e Breen, 1999).

Parental Pain History: este instrumento é composto por duas partes. Na 1ª parte, os pais são solicitados a referir todas as condições de dor crónica que tenham vivenciado e, na 2ª parte, os pais são solicitados a indicar qual o tratamento a que

recorreram mediante as condições de dor. São obtidos dois resultados com base nas respostas ao questionário: o número das condições de dor experienciado pelos participantes e o número das condições de dor a que os participantes recorreram a tratamento.

Bournemouth Questionnaire (BQ): BQ permite-nos uma visão abrangente da dor espinal. O questionário inclui sete dimensões da dor espinal: “Na última semana como é que, em média, classifica o grau de dor que sentiu nas costas?”, “Na última semana, em que medida a sua dor espinal (costas) interferiu com as actividades diárias (limpar a casa, lavar-se, vestir-se, caminhar, subir as escadas, sair/entrar na cama)?”; “Na última semana, em que medida, a sua dor espinal (costas) interferiu com as suas actividades recreativas, sociais e familiares?”; “Na última semana, sentiu-se ansioso (tenso, nervoso, irritado, com dificuldades em se concentrar/relaxar)?”; Na última semana, sentiu-se deprimido (“em baixo”, triste, pessimista, infeliz)?; “Na última semana, sentiu que o seu trabalho (tanto em casa como fora) piorou (ou poderia ter piorado) a sua dor espinal (costas)?”; e “Na última semana, conseguiu controlar (reduzir) a sua dor espinal (costas)?”. Cada dimensão é avaliada numa escala de avaliação de 11 pontos numéricos (1 - sem dor; 11 - a pior dor possível). A fiabilidade é boa (alfa de Cronbach = 0,90, com ICC = 0,95) e tem uma validade de constructo aceitável e longitudinal.

Os dados qualitativos foram obtidos através de uma entrevista não estruturada. A entrevista é um método de recolha de informações cuja função principal, segundo Quivy & Campenhoudt (1998), consiste em revelar determinados aspectos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e, assim, completar as pistas de trabalho sugeridas pela revisão bibliográfica. Segundo Albarello et al. (2005) as entrevistas possibilitam uma compreensão rica e matizada das situações.

Segundo Fortin et al. (2009) a entrevista não estruturada é utilizada quando o entrevistador quer compreender a significação de um acontecimento ou um fenómeno na perspectiva dos participantes. Os temas a abordar são definidos à partida pelo entrevistador, sobre a forma de questões abertas, tendo por base um guião adaptável e orientador, que permitirá ao entrevistador manter o controlo no decurso de todo o processo.

No nosso estudo, os temas a abordar foram definidos pelo entrevistador contudo, verificou-se uma certa flexibilidade na situação da entrevista, que se traduziu na liberdade do entrevistado relativamente à ordem e à maneira como são introduzidas as questões. O entrevistador apenas intervém quando o entrevistado não aborda espontaneamente o que é suposto tratar, evitando grandes dispersões

mas nunca impedindo que as informações surjam livremente (Powney, 1987, cit. in Lessard-Hébert, Goyette & Bountin, 1990). Desta forma, a entrevista não estruturada permite a flexibilidade e a adaptabilidade dando a oportunidade ao entrevistador de explorar ideias e investigar motivos e sentimentos no decorrer da mesma (Lessard-Hébert, Goyette & Bountin, 1990).

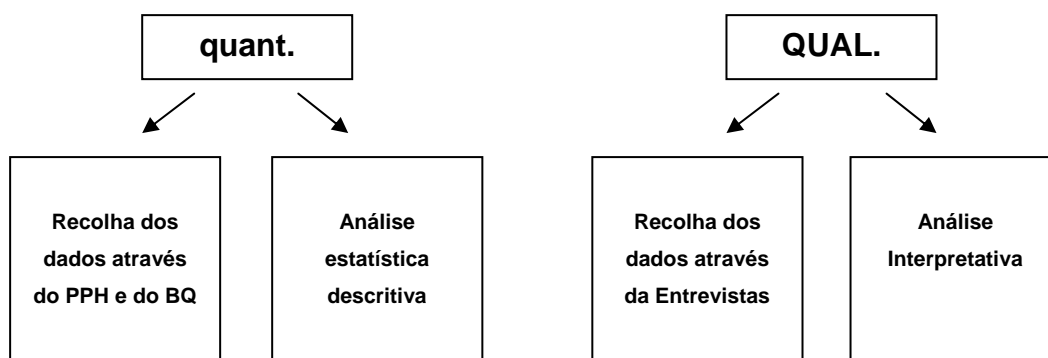
Parte 4 – Procedimentos

Em primeiro lugar, foi realizada uma revisão bibliográfica exaustiva que permitiu uma melhor compreensão do tema, assim como orientar a nossa investigação. Ao mesmo tempo foi iniciado o contacto com a Câmara Municipal da Maia para obter permissão de acesso às escolas que estão envolvidas no projecto, e em seguida contactadas as direcções das escolas para obter autorização da própria escola e dos pais para ser efectuado o estudo.

Para que o estudo em causa fosse colocado em prática, teve-se em consideração uma série de critérios imprescindíveis, no que a questões éticas diz respeito. Assim, para se aceder às escolas do 1º ciclo do Ensino Básico do concelho da Maia, foi enviado à Direcção Regional de Educação do Norte, por carta, um documento contendo os objectivos da investigação a realizar e respectivos procedimentos, com conseqüente pedido de autorização para se prosseguir o estudo. Garantiu-se, nesta redacção documental, o princípio da não-maleficiência, recorrendo-se a métodos e materiais não prejudiciais para a integridade física e psíquica dos indivíduos envolvidos no estudo, bem como o princípio da fidelidade. Outro princípio, também considerado no documento, foi a confidencialidade dos dados, sendo estes utilizados única e exclusivamente para fins do estudo, sendo salvaguardados pela Comissão de Protecção de Dados. Foi elaborado um consentimento informado, devidamente assinado pelos encarregados de educação para que, tomando conhecimento do propósito do trabalho, permitissem a participação do seu educando, respeitando-se o princípio da veracidade, que preconiza que os indivíduos estejam ocorrentes dos procedimentos.

Paralelamente, procedeu-se a tradução do *Parental Pain History e Bournemouth Questionnaire*. A tradução final dos instrumentos foi submetida à revisão por parte de um painel de peritos que avaliou igualmente a validade de conteúdo (componente semântica e funcional - coerência conceptual para o novo contexto de aplicação do instrumento).

Dado tratar-se de um estudo quasi misto, iniciou-se a recolha e análise dos dados quantitativos, seguido da recolha e análise dos dados qualitativos (Creswell, 2003).



As 1017 crianças do 1º ciclo do Ensino Básico do Concelho da Maia que tinham sido avaliadas relativamente à postura numa fase anterior do estudo, foram contactadas (visita à escola). Apenas foram entregues 636 questionários, porque eram as crianças que se encontravam na escola aquando da visita. Foi-lhes pedido para levar os questionários para casa, de forma a serem preenchidos pela mãe e pelo pai, juntamente com uma carta com a explicação do objectivo pretendido, com instruções gerais e recomendações. Uma semana depois, regressamos à escola para ir buscar os questionários, tendo obtido 226 respostas.

Posteriormente, analisou-se o conteúdo dos questionários, procurando um padrão de resposta em cada uma das categorias previamente estabelecidas: “Pais com dor/Crianças com dor”; “Pais com dor/Crianças sem dor”; “Pais sem dor/Crianças com dor”; “Pais sem dor/Crianças sem dor”. Seleccionamos aqueles que apresentam queixas de dor espinal prolongadas e que referiram sentir-se ansiosos e/ou deprimidos em virtude da situação de dor, por outro lado, para integrar o grupo sem dor, seleccionamos aqueles que não tivessem queixas de dor espinal aguda ou crónica e não revelassem comportamentos ansiosos e deprimidos. Desta forma, seleccionamos os participantes a serem entrevistados no estudo qualitativo.

Antes da realização de cada entrevista, em contexto individual, decorreu uma pequena conversa com cada um dos indivíduos entrevistados, no sentido de lhes ser explicado em que consiste o estudo. No decorrer dessa conversa, foi assegurado aos participantes a total confidencialidade das suas respostas às questões colocadas, sendo-lhes pedida autorização para a gravação das entrevistas com um gravador, de

modo a não serem perdidos os dados mais relevantes, garantindo-se-lhes que a posterior transcrição das entrevistas resultaria num documento anónimo.

Todos os participantes no estudo foram contactados pela entrevistadora via telefone, sendo marcadas as entrevistas, num altura conveniente para o participante. O local de realização das entrevistas não foi homogéneo. A maioria das entrevistas foram realizadas na casa dos entrevistados, a pedido dos mesmos, tendo as restantes sido efectuadas em locais públicos. Durante a realização das entrevistas tentou-se manter as mesmas condições, com a presença apenas da entrevistadora e do entrevistado. As entrevistas foram gravadas na totalidade e posteriormente transcritas para papel pela autora do estudo.

A análise de conteúdo (recorrendo os registos transcritos da entrevista) foi feita pela autora e um segundo investigador. As análises foram comparadas a fim de encontrar um consenso relativo às categorias emergentes das respostas e dos repertórios interpretativos. Com a análise de conteúdo, pretendeu-se estabelecer relações entre as categorias identificadas durante as entrevistas.

A técnica de análise dos dados qualitativos foi a análise de conteúdo com categorização *a posteriori*. Esta categorização *a posteriori* significa que o sistema de categorias não é fornecido, antes resultando da classificação analógica e progressiva dos elementos. O título conceptual de cada categoria somente é definido no final da operação. Para a operação de categorização serão seguidas as características que Bardin (2006) refere, tal como a exclusão mútua, homogeneidade, a pertinência, a objectividade e a fidelidade. Bardin, na linha de Berelson define a análise de conteúdo como, uma técnica de investigação que através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do discurso manifesto nas comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações. Desta forma, no decorrer da operação de categorização, identificamos as unidades de significância, seguidamente a unidade de significância condensada e, por fim, definimos a categoria, como demonstrado na tabela seguinte:

Tabela 3- Organização da análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2007)

Unidade de Significância	Unidade de significância condensada	Categoria	Subcategoria
"Porque era relojoeira, foram 15 anos sentada sempre numa cadeira muito confortável, // agora aqui, porque a minha	Anteriormente, tinha uma confortável postura de trabalho	- Antecedentes;	_____

<p><i>empresa fechou, trabalho 8 horas de pé, fixa no mesmo sitio quase e e e isto já a três anos, que me vem dar cabo da minha coluna. Já sofro da coluna então isto é pior.” (Ent. 1)</i></p>	<p>Actualmente, o meu trabalho leva a dores na coluna</p>	<p>- Factores de Risco;</p>	<p>- Factores de Risco Biomecânico</p>
<p><i>“Ela queixa-se de dor de costas, já faz algum tempo... ela e algumas amiguinhas dela...acho que começou a queixar-se em casa, mais ou menos no fim do primeiro período.. em conversa com as mães das amiguinhas dela... e somos todas de acordo que as dores de costas podem dever-se ao grande peso das mochilas.” (Ent. 8)</i></p>	<p>Dor nas costas coincidente com o período de aulas e o transporte da mochila</p>	<p>- Dor do(a) filho(a)</p>	<p>- Percepção da mãe/pai face à dor do(a) filho(a);</p>

Capítulo III – Apresentação e Discussão dos Resultados

Capítulo II – Apresentação e Discussão dos Resultados

Parte 1 – Análise estatística descritiva

Na tabela 4 pode observar-se a distribuição dos indivíduos (pais e filhos), tendo em conta a presença ou ausência de dor espinal.

Tabela 4 – Distribuição dos indivíduos pela presença/ausência de dor espinal

	Com dor		Sem dor	
	N	%	N	%
Pais	87	38,5	139	61,5
Filhos	62	27,4	164	72,6

Na amostra em estudo, 38,4% e 27,4% dos pais e dos filhos, respectivamente, manifestavam queixas dolorosas a nível da coluna vertebral, por sua vez, 61,5% dos pais e 72,6% dos filhos não manifestava dor espinal.

Na tabela 5 pode observar-se a distribuição dos indivíduos (pais e filhos), tendo em conta o grupo integrado: Criança com dor/Pai com dor; Criança com dor/Pai sem dor; Criança sem dor/Pai com dor; Criança sem dor/Pai sem dor.

Tabela 5 – Distribuição dos indivíduos tendo em conta o grupo integrado

	Filhos com Dor		Filhos sem Dor	
	N	%	N	%
Pais com Dor	25	27,9%	62	72,1%
Pais sem Dor	37	26,7%	102	73,3%

Na amostra em estudo, 27,9% dos indivíduos integram o grupo Criança com dor/Pai com dor; 26,7% dos indivíduos integram o grupo Criança com dor/Pai sem dor; 72,1% dos indivíduos integram o grupo Criança sem dor/Pai com dor; e 73,3% dos indivíduos integram o grupo Crianças sem dor/Pais sem dor.

Parte II – Análise Interpretativa

Seguidamente, apresentamos as características das entrevistas realizadas, tendo em vista a obtenção dos dados qualitativos.

Tabela 6 – Caracterização das entrevistas, tendo em conta, o grupo dos participantes, a duração, o número de palavras e as categorias existentes.

Ent.	Tipo	Duração das entrevistas	Número de palavras	Categorias (%)
1	Criança com dor/Pai com dor	1 hora e 30 minutos	3.074	<p>Descrição da dor (8,7%) Antecedentes (3,3) Situação Actual: - Consequências (21,7%) - Atitudes (12%) Factor de Risco - Percepcionado (8,7%) - Biomecânico (10,9%) - Psicológico (5,4%) Situação Familiar - Presença de dor na família (3,2%) - Atitude dos familiares (6,5%) - Ajuda prestada pelos familiares (9,8%) Dor do(a) filho(a) - Percepção da mãe face à dor da filha (5,4%) - Atitude Preventiva (4,3%)</p>
2	Criança com dor/pai com dor	45 Minutos	1.094	<p>Descrição da dor (4,6%) Antecedentes (6,25%) Situação Actual: - Consequências (14,6%) - Atitudes (18,74%) Factor de Risco - Percepcionado (8,3%) - Biomecânico (20,8%) - Psicológico (2,1%) Situação Familiar - Ajuda prestada pelos familiares (8,3%) Dor do(a) filho(a) - Percepção do pai/mãe face à dor da filha (14,6%) - Atitude Preventiva (2,1%)</p>
3	Criança com dor/Pai sem dor	36 Minutos	858	<p>Dor do(a) filho(a): - Percepção da mãe face à dor do filho (50%) - Atitude Preventiva (50%)</p>
4	Criança sem dor/Pai com dor	42 Minutos	932	<p>Descrição da dor (12,2%) Situação Actual: - Consequências (10,2%) - Atitudes (26,5%) Factor de Risco - Percepcionado (6,1%) - Biomecânico (4,1%) - Psicológico (2%) Situação Familiar - Presença de dor na família (10,2%) - Ajuda prestada pelos familiares (8,2%) Dor do(a) filho(a) - Percepção da mãe face à dor da filha (6,1%) - Atitude Preventiva (14,3%)</p>
5	Criança com dor/Pai	50 Minutos	1.306	<p>Descrição da dor (9,4%)</p>

	com dor			<p>Antecedentes (1,9%)</p> <p>Situação Actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consequências (15,1%) - Atitudes (13,2%) <p>Factor de Risco</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepcionado (11,3%) - Biomecânico (7,5%) <p>Situação Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presença de dor na família (7,5%) - Atitude dos familiares (1,9%) - Ajuda prestada pelos familiares (5,7%) <p>Dor do(a) filho(a)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepção da mãe face à dor da filha (24,5%) - Atitude Preventiva (1,9%)
6	Criança com dor/Pai sem dor	15 Minutos	505	<p>Dor do(a) filho(a)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepção da mãe face à dor da filha (63,6%) - Atitude Preventiva (36,4%)
7	Criança sem dor/Pai sem dor	32 Minutos	801	<p>Antecedentes (3,6%)</p> <p>Situação Actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atitude (50%) <p>Factor de Risco</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepcionado (7,1%) - Biomecânico (3,6%) <p>Situação Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presença de dor na família (10,7%) <p>Dor do(a) filho(a)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atitude Preventiva (17,9%)
8	Criança com dor/Pai sem dor	37 Minutos	968	<p>Situação Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presença de dor na família (3,7%) <p>Dor do(a) filho(a)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepção da mãe face à dor da filha (77,8%) - Atitude Preventiva (10,7%)
9	Criança sem dor/Pai com dor	24 Minutos	856	<p>Descrição da dor (6,9%)</p> <p>Antecedentes (10,3%)</p> <p>Situação Actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consequências (17,2%) - Atitude (27,6%) <p>Factor de Risco</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biomecânico (6,9%) <p>Situação Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presença de dor na família (6,9%) <p>Dor do(a) filho(a)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atitude Preventiva (24,1%)
10	Criança sem dor/Pai sem dor	15 Minutos	600	<p>Situação Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presença de dor na família (31,8%) <p>Dor do(a) filho(a)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atitude Preventiva (68,2%)

Foram realizadas 10 entrevistas, cuja duração variou de indivíduo para indivíduo, constata-se que as entrevistas realizadas aos participantes que integram o grupo criança com dor/pai com dor têm um período de duração superior.

No grupo criança com dor/pai com dor, destaca-se a subcategoria “consequências” (51,4%); no grupo criança com dor/pai sem dor destaca-se a subcategoria “Percepção da mãe face à dor do(a) filho(a). A subcategoria “atitude preventiva”, com 86,1%, assume destaque no grupo criança sem dor/pai sem dor e, por fim, no grupo criança sem dor/pai com dor, destaca-se a subcategoria “Atitude” (54,1%).

Para uma maior facilidade de leitura, elaboramos a tabela 7, com as categorias e subcategorias definidas.

Tabela 7 – Categorias e subcategorias definidas

Categoria	Subcategoria
Descrição da dor	
Antecedentes	
Situação Actual	Consequências
	Atitude
Factores de Risco	Factor de Risco Percepcionado
	Factor de Risco Biomecânico
	Factor de Risco Psicológico
Situação Familiar	Presença de dor na Família
	Atitude da Família
	Ajuda Prestada pela Família
Dor do(a) filho(a)	Percepção do Adulto face à dor do(a) filho(a)
	Atitude Preventiva

Desta forma, verifica-se que foram definidas 6 categorias e 10 subcategorias. De acordo com as categorias definidas proceder-se-á à interpretação das falas dos entrevistados, de forma a esclarecer as questões orientadoras do nosso trabalho.

Categoria 1 – Descrição da dor

A categoria *descrição da dor* pretende reflectir a forma como os diversos entrevistados relatam a sua experiência e vivência da dor. O termo dor é assumido como o reflexo da combinação de aspectos da experiência subjectiva dos indivíduos, de situações socioculturais e de aspectos biológicos (Gomes, Mendonça, Pontes, 2002). Cada indivíduo tem uma forma de estar e uma relação específica com o meio em que está inserido e, por isso, é importante considerar a variabilidade quer da experiência quer do significado atribuído à dor (Ribeiro, 1998).

Segundo Sterba et al. (2008) o indivíduo desenvolve uma representação da dor, a qual é baseada no conhecimento pessoal, assim como na informação que recebe do médico, família e amigos. Segundo o mesmo autor, aqueles que acreditam que podem controlar a sua dor têm a tendência para encarar sensações desagradáveis de uma forma positiva, ao passo que os que se sentem incapazes de controlar não são capazes de demonstrar este tipo de reacção, conduzindo a um aumento da durabilidade e a intensidade da dor: *“A partir do momento que comecei a ter uma atitude mais optimista em relação à dor, parece que a dor não se torna tão incapacitante e dura menos”* (Ent. 9); *“A dor já faz parte de mim, não há nenhum tratamento que me valha”* (Ent.1). Williams & Wilkins (2000) evidenciaram a relação entre interpretação do significado da dor e dor e concluíram que indivíduos que acreditavam que a dor era uma condição crónica não tinham sucesso na terapia.

No presente estudo, enquanto alguns dos entrevistados descrevem a dor como algo inerente ao seu dia-a-dia: *“O médico diz que eu tenho a coluna completamente torta, diz que não há nada a fazer”*; *“Eu já estou tão habituada à dor...”*; *“É muito raro estar bem, se tiver muito tempo sentada é logo, se tiver muito tempo de pé é logo. Eu quase sempre sinto (dor espinal)”* (Ent. 1); *“mas já tenho dor de costas há tanto tempo”* *“Tive dores de costas muito cedo”* (Ent.2), outros entrevistados descrevem a dor como algo temporário: *“sou capaz de ter dor durante 2 a 3 dias mas depois seguindo as recomendações do médico, fico melhor...”* (Ent. 9) Contudo, na maioria dos casos a dor vai surgindo gradualmente, agravando-se principalmente ao final do dia de trabalho ou durante os picos de produção: *“Ao fim do dia, depois do dia de trabalho. De manhã acordo bem! Bem, há alturas que sim, alturas que não (...) Mas normalmente é ao final do dia”*; *“Outras vezes, no trabalho, como temos prazos a cumprir, é sempre uma correria, o trabalho em si já me traz dores de costas, então quando somos pressionados...”* (Ent. 2).

Os entrevistados consideram que a dor alivia com as pausas do trabalho e no período de férias: *“No fim-de-semana por exemplo, sinto-me bem (...) nas férias... (risos) nas férias, poucas vezes sinto dor de costas, ando mesmo bem”* (Ent. 4); *“A dor só passa mesmo tipo nas férias... porque não faço nadinha... são mesmo para descansar”* (Ent. 5). Contudo, outros têm dificuldades em abstrair-se da dor quer nos fins-de-semana quer em situações de férias: *“No ano passado fui de férias, tive uma semana de cama... todos os dias a correr para o centro de saúde”*; *“Ao sábado é horrível, ao domingo ponho-me melhor”* *“só domingo à noite é que me sinto melhor, ao domingo à noite hummm... eu ao domingo não faço nada.”* (Ent. 1)..

Os entrevistados referem diferentes actividades ou momentos do dia propícios ao aparecimento da dor espinal: *“Lá está, a dor surge quando estou no computador e*

depois piora com a lida doméstica. (Ent. 4); “Mas é sempre assim...trabalho, fico com dor...”(Ent. 2); “Quando tenho de arrumar as grades de sumos, cervejas...em casa, a passar a ferro, o estender a roupa..(sente dor)” (Ent. 5”). A actividade laboral e tarefas domésticas são momentos do dia propícios ao aparecimento da dor espinal, à excepção do entrevistado 1, que refere que a dor surge em qualquer momento do dia, independentemente de actividade que está a desenvolver, seja doméstica, laboral ou lazer: *“Eu tenho alturas que me levanto de gatinhas para ir trabalhar. Depois de começar o andar isto vai ao sítio”; “O ir andar na rua, descer um passeio, por exemplo, se puser mal o pé...acabou fico toda torta, tenho que me ir embora. Acontece-me isso com muita frequência.”; “A dor de costas acaba por influenciar toda a minha vida, mesmo a parte da família”; “Basta sair do carro pa eu ficar toda torta” “ainda no outro dia, estávamos a jogar futebol mas um pequeno gesto, fiquei toda torta não me pode mexer” “outra coisa ainda no outro dia fomos à praia, sentei-me na areia uiii.. então tive de comprar aquelas cadeiras como sabe a areia é altos e baixo não é? Por isso custa me ir para a praia” (Ent. 1)*. Estes aspectos podem remeter-nos para as crenças de auto-eficácia - convicção de que se poderá realizar com sucesso determinados comportamentos necessários numa dada situação -, uma vez que, segundo Bandura (1992), indivíduos com baixos níveis de auto-eficácia têm menor tolerância à dor e todos os movimentos/actividades realizados podem conduzir à dor.

De igual forma, a maioria dos entrevistados consegue identificar actividades com as quais não sente dor espinal: *“ver um bocadinho de televisão” (Ent. 2); “desde que não esteja no computador ou mesmo muito tempo na posição de sentada (não sente dor de costas)” (Ent.4); “Ir ao shopping...passear” (Ent. 5)*. Os entrevistados são unânimes em referir que nas actividades realizadas com os amigos ou familiares não sentem dor espinal: *“ (Em actividades realizadas com os familiares/amigos), consigo abstrair-me da dor” (Ent. 2); “Quando estou com os meus amigos, sinto-me óptima... então quando tou com as minhas filhotas é uma maravilha, não há dor para ninguém”*. Ao contrário dos restantes, o entrevistado 1 revela muita dificuldade em enunciar momentos do dia em que a dor não está presente *“Depende, por exemplo, há alturas que estou bem mas, de um momento para o outro...”* denotando que a preocupação com a dor é uma constante do seu dia-a-dia.

Em suma, a percepção e a expressão da dor face a uma mesma estimulação dolorosa assumem diferentes dimensões de indivíduo para indivíduo, sendo estas dimensões influenciadas pelas crenças que cada indivíduo desenvolve ao longo da vida (Reis, 2005).

Categoria 2: Antecedentes

Os antecedentes de dor espinal constituem uma forte probabilidade de futuros episódios de dor. Os entrevistados destacam as características do trabalho realizado anteriormente como uma das causas para aparecimento ou desenvolvimento da dor espinal: *“Antes estava numa máquina tinha que estar muito tempo todo o dia não é? Em pé e as costas estavam sempre curvadas”* *“Uii.. já algum tempo. Já trabalho noutra fábrica em que fazia mais esforços, trabalhava no corte e na embalagem, era mais pesado era mais duro”* (Ent. 2). Segundo Brandimiller (1999), os indivíduos com trabalhos manuais repetidos e que exijam muitos esforços, como os operários fabris, estão expostos a uma das profissões de maior risco para o desenvolvimento de dor espinal. O entrevistado 2 também refere: *“Tenho um pequeno desvio, derivado ao acidente que tive. Mas já tinha dor de costas antes...desde os 19, 20 anos...depois com os trabalhos pesados foi só piorar”*.

Mas não só a exposição a trabalhos pesados leva ao aparecimento de queixas de dor espinal. Diversos estudos têm revelado o risco crescente de diversas actividades que exigem longos períodos sentados e que determinam uma excessiva pressão sobre a zona intradiscal e é precisamente entre estas profissões que existem um maior tempo de internamento devido à severidade da dor. No nosso estudo, algumas das queixas encontradas vão de encontro a esta perspectiva: *“Porque era relojoeira (de profissão anterior), foram 15 anos sentada sempre numa cadeira”* (Ent. 1).

Para além dos antecedentes relacionados com o trabalho, também os antecedentes familiares são apontados como uma possível predisposição para o aparecimento de dor espinal. Alguns estudos sugerem que parece haver uma certa frequência de dor espinal, numa mesma família (Nyman, 2008). Mudanças nos aspectos genéticos, estruturais e biomecânicos têm sido referidos e poderão constituir poderosos determinantes neste processo. Factores genéticos influenciam também certos problemas da coluna, tais como a escoliose. Contudo, não existe ainda uma comprovação científica sobre se realmente o factor genético tem influência importante ou não, embora existam mais evidências quando se trata da dor espinal não específica (Nyman, 2008). No nosso estudo são referidos alguns casos de antecedentes familiares, nem todos de ascendência directa: *“Na minha família mesmo (...) a minha tia Ana Maria também, de vez em quando, também tem crises como eu...”* (Ent. 1). *“na minha família há muitos casos de dor de costas.. tias, tios, mãe”* (Ent. 9).

Categoria 3: Situação Actual

Esta categoria refere-se ao que é reportado pelas pessoas entrevistadas como sucedendo actualmente na sua vida. Em situação de dor espinal, alguns indivíduos deparam-se com mudanças em todas as áreas de funcionamento pessoal e social, afectando a sua qualidade de vida. A qualidade de vida é uma variável multidisciplinar com um papel de relevo no campo da saúde e da doença (Baker & Smith, 1992). Assim, as consequências da dor fazem-se sentir em diversas áreas da vida e as atitudes que o indivíduo tem face à dor atenuam ou agravam a sua percepção de dor.

Subcategoria 3.1: Consequências

A experiência de dor pode gerar défices no funcionamento cognitivo, sensorial e físico, afectando, desta forma, o quotidiano e conduzindo a uma incapacidade funcional por parte do indivíduo com dor (Melzer & Parahyba, 2004). A incapacidade funcional refere-se a problemas no funcionamento social, no desempenho de actividades da vida diária e de papéis socialmente definidos, dentro de um ambiente particular, social, cultural e físico.

Segundo Jte (1996) e Lamb (1996), a incapacidade funcional, provocado pela dor espinal, conduz a um efeito negativo no bem-estar individual e gera necessidade de assistência, quer formal quer informal: *“Tiveram de chamar a ambulância para me levar para o hospital, porque eu não me conseguia mexer”* (Ent. 1); *“O meu marido teve de me acompanhar ao hospital”* (Ent. 9); *“Felizmente o meu colega de trabalho, já sabe do meu problema e ajuda-me”* (Ent. 5).

Esta incapacidade funcional manifesta-se igualmente no desempenho de actividades que fazem parte das rotinas diárias. Segundo o Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional (EPTO) (2002) as *Actividades de Vida Diária* (AVD's) referem-se a *“actividades orientadas para os cuidados do próprio corpo”*. De acordo com Tarrés, (1999) estas actividades assumem um carácter involuntário, são desempenhadas ao longo do dia e básicas para a independência a nível da função física. No nosso estudo, algumas pessoas referem dificuldades na realização das actividades da vida diária, como é o caso dos entrevistados 1 e 4 (pai com dor/criança com dor; pai com dor criança com dor, respectivamente) que referem dificuldades no desempenho de tarefas de vestir e despir *“Se me der aquelas crises mesmo, que posso nem me mexer, nem vestir me consigo!”* (Ent. 1) *“No vestir, já senti necessidade de me vestir deitada, não me conseguia curvar.. nem quero pensar nisso... era uma altura que levava trabalho pa casa.. passava muito tempo ao computador..”* (Ent 5).

Relativamente aos participantes referidos anteriormente, enquanto o 1, no decorrer da entrevista, se focalizou muito nas consequências da dor no seu dia-a-dia, o 5, focalizou-se nas formas de lidar com a dor tendo em conta as consequências da mesma, mostrando uma atitude muito centrada na dor.

No entanto, a maioria dos entrevistados referiram dificuldades na realização das actividades da vida diária instrumentais (AVDI's) que, segundo o EPTO (2002), são "actividades orientadas para a interacção com o ambiente e que são, geralmente complexas e, habitualmente, de natureza opcional". "*Quando me sinto assim, custa muito realizar as tarefas domésticas, o passar a ferro, aspirar, o fazer a cama.*" (Ent. 4); "*Mais no passar a ferro (interfere na vida)*" (Ent. 2); "*Eu tenho algumas dificuldades numa das coisas que gostava muito de fazer... jardinagem, era para mim um rico passatempo*" (Ent.9). A dor espinal também interfere na realização das actividades de lazer; o lazer reflecte as acções e interesses dos indivíduos e, por isso, quando uma actividade de lazer se encontra ameaçada, também os indivíduos poderão perder uma parte de si (Bundy, 1985): "*é uma das coisas que sinto mais falta... trabalhar no meu jardim*" (Ent. 9).

De acordo com alguns estudos (Lorig et al., 2001; Jett, 1996; Lamb, 1996), a incapacidade de desempenhar actividades da vida diária, conduz à necessidade de alterar os hábitos de vida: "*Sim, estou constantemente a alterar os hábitos...antes fazia a cama sozinha agora para mim é muito complicado, o mudar a cama...*" (Ent. 1); "*Deixei de fazer algumas actividades, todas as coisas de casa que exigiam esforços*"; (Ent. 2); "*Nas limpezas...agora se tá arrumado, melhor, se não tá, paciência*" (Ent. 5); "*Deixei de passar a ferro..nem lhe toco*" (Ent. 9). Em consequência das mudanças impostas pela presença de dor, os indivíduos redefinem os seus papéis, de forma a diminuir o impacto da incapacidade, nomeadamente, no contexto de casa: "*tive de contratar uma senhora para passar a ferro e limpar a casa*" (Ent. 4); "*a minha sogra mudou-se para lá*" (Ent. 5), mudança esta que levou a uma alteração da dinâmica familiar, com um progressivo afastamento do clássico papel de "dona de casa", e a adopção de papéis de maior passividade, centrados na inactividade e numa atitude apelativa que chama a atenção para a manifestação do comportamento de dor. A semelhança do entrevistado 4, o 5, ao longo da entrevista relevou apresentar comportamentos de maior passividade em relação às actividades relacionadas com a gestão doméstica e uma maior necessidade de realizar actividades de lazer.

Nos nossos entrevistados, não se verificou um afastamento do papel laboral, sendo as pausas na actividade laboral devidas a situações de baixa médica, temporária. Assim, neste estudo, o afastamento dos papéis inerentes às actividades remuneratórias foi menos definitivo do que o afastamento dos papéis ligados à rotina

doméstica, o que talvez possa ser explicado pelo nível sócio-económico das pessoas entrevistadas, na sua maioria médio-baixo: *“Tive de baixa durante 2 semanas, mais ou menos, mas já foi algum tempo atrás”* (Ent. 9); *“Sim, mas foi pouco tempo.. não podia deixar de trabalhar, é muito complicado nos dias que correm.”* (Ent. 2).

Segundo Fortes e Neri (2004), nos casos de dor espinal, a incapacidade funcional exige ao indivíduo grande esforço adaptativo e propõe uma alteração à personalidade individual, orientando-a para enfrentar desafios provenientes da dor (sendo o absentismo laboral um exemplo de uma adaptação negativa) e ajustamento psicológico e social: *“depois de tantos anos com dor, sinto-me mais forte... não é esta dor que me leva à ruína”* (Ent. 9). Por sua vez, Loris et al. (2001) destacam a importância da incapacidade funcional como a mais significativa das consequências que advém da situação de dor, tendo as pessoas com dor de enfrentar o desconforto e a incapacidade e ainda proceder a uma reestruturação dos seus papéis, modificar comportamentos para minimizar os resultados indesejáveis, ajustar a vida social e o trabalho às suas limitações funcionais e ainda lidar com as consequências emocionais da dor.

Uma gama de emoções negativas, incluindo o stress, depressão, raiva e ansiedade, é frequentemente experienciada por pessoas que sofrem de dor crónicas. Altos níveis de humor negativo tendem ser associados com dor crónica mais severa (Craig, 1999; Robinson & Riley, 1999): *“As vezes sim, quero fazer as coisas e porque tenho dor não consigo, fico logo stressada”* (Ent. 2); *“Sempre que tenho dor, muita dor, fico stressada... o querer fazer as coisas e não consigo (...) acho que é mesmo a dor que me deixa stressada...”* (Ent.5) Com grande frequência, encontram-se associados à dor espinal estados de tristeza, depressão e ansiedade. Este tipo de queixas foi referido por grande parte das pessoas do nosso estudo: *“A dor de costas ainda me deixa mais triste, a dor acaba por influenciar toda a minha vida, mesmo a parte da família”* *“Se calhar é mesmo a dor de costas que me deixa mesmo ansiosa”* (Ent. 1); *“No inicio pronto, ia-me um bocado abaixo, mas agora já lido bem...”* (Ent. 9); *“Acabo por ficar ansiosa, stressada”* (Ent. 2); *“começo a ficar muito tensa (em momentos de dor)”* (Ent. 4); *“Sempre que tenho dor fico muito stressada”* (Ent. 5). O stress experienciado pelos entrevistados está relacionado, na sua maioria, com o facto de não conseguirem realizar as actividades, nomeadamente no contexto casa, de forma a responder às necessidades da família: *“o querer fazer as coisas e não consigo...mas acho que não são os momentos de stress que me aumentam a dor... acho que é mesmo a dor que me deixa stressada”* (Ent. 5).

Quanto à relação entre ansiedade e dor, alguns estudos (Bonica, 1992; Bond & Hussar, 1991) fazem-nos prever que a antecipação da ocorrência de um estímulo

doloroso aumente o estado de ansiedade (ansiedade antecipatória), ou seja, as cognições relacionadas com o valor enquanto ameaça de determinado acontecimento futuro podem predispor o indivíduo a criar esquemas mentais propensos à dor: *“Parece-me que dá um click...sempre que sei que vou passar por situações mais complicadas que possa levar à dor...pronto..ja sei que vou ficar mais ansiosa...”* (Ent. 1). Este estado de ansiedade aumentado pode exacerbar a percepção da dor. Dickens et al. (2002), indicam que a sintomatologia depressiva é maior em indivíduos que manifestam, de forma excessiva, os comportamentos de dor, relativamente aqueles que, apesar de sentirem dor espinal, não manifestam esses comportamentos.

Subcategoria 3.1: Atitudes

A presente subcategoria traduz as atitudes manifestadas pelos participantes, na sua forma de lidar com a dor. Os indivíduos com dor tem de enfrentar o desconforto e a incapacidade, modificar comportamentos para minimizar os resultados indesejáveis, ajustar a vida social e o trabalho às suas limitações funcionais. Segundo McInteyre & Soares (1999), a forma de lidar com a dor, bem como o seu impacto na vida dos indivíduos, dependem das estratégias de coping apresentadas pela pessoa, ou seja, das formas específicas encontradas por estas para lidar com a situação, se ajustarem a ela e reduzirem ou minimizarem a dor.

O coping manifesta-se através de actos empregues espontânea e intencionalmente, podendo ser avaliado em termos de comportamentos abertos ou encobertos. Nas estratégias de coping observáveis abertamente, inclui-se o descanso, a medicação e o recurso ao relaxamento, enquanto que as estratégias de coping encobertas incluem várias formas de distração, de pensamentos positivos acerca da certeza da diminuição da dor, de procura de informação e de resolução de problemas. Acredita-se que as estratégias de coping actuem quer pela alteração da percepção da intensidade da dor quer pela capacidade de lidar ou tolerar a dor, permitindo a continuação da realização das actividades do dia-a-dia (Woby et al., 2007). No presente trabalho, os entrevistados recorrem a diferentes estratégias de coping, entre as quais, o tratamento farmacológico: *“Tomo os analgésicos e pronto, vai se andando. Por exemplo quando eu vejo que estou a chegar mesmo aquele ponto que já não me consigo mexer, tomo os medicamentos SOS...”* (Ent. 1); *“passo uma pomada receitada pelo médico”* (Ent. 2); *“eu costumo usar o voltaren gel”* (Ent. 4). Este recurso aos medicamentos dá-se, segundo Figueiras et al. (2007) pelo facto da população em geral ter crenças de senso comum acerca da eficácia dos medicamentos, independentemente da experiência directa com a dor, influenciado desta forma, o

comportamento de dor dos indivíduos: *“sinto-me logo outra depois de tomar a medicação”* (Ent. 9).

Segundo Waddell (1998), o tratamento farmacológico relativo às dores espinais, após afastadas as causas específicas, deve ser centrado no controlo sintomático da dor para propiciar a recuperação funcional o mais rapidamente possível. Associado a este tratamento, normalmente é recomendado o repouso, que não deve ser muito prolongado, devido aos problemas sobre o aparelho locomotor que advém da inactividade (Bromeen et al., 1999;). Também no nosso estudo os entrevistados destacam a importância do repouso, aquando do aparecimento de dor espinal: *“Fico um pouco melhor depois do descanso, agora estou um pouco melhor porque descansei”* (Ent. 1); *“A dor alivia após período de descanso”* (Ent. 2); *“Normalmente, a dor alivia bastante após descansar”* (Ent. 4). Contudo, apontam igualmente algumas dificuldades em descansar, em consequência da sua vida profissional: *“O médico quer que eu descanse, quando ele me dá a medicação ele diz - oh rosa, não te adiantas tares a trabalhar e estares a tomar a medicação, mas eu não posso estar a faltar ao trabalho.”* (Ent. 1), *“os dias de folga que deviam ser para descansar, o descansar acaba por ser pouco porque tenho de fazer as coisas em casa”* (Ent. 5). No nosso estudo, os entrevistados que recorrem ao tratamento farmacológico, recorrem, simultaneamente, a pausas para descanso, destacando a importância deste, para a diminuição das queixas dolorosas.

Os nossos entrevistados, nomeadamente aqueles com dor, tendem a ter comportamentos de evitamento tais como o evitamento dos movimentos no geral, das actividades e, conseqüentemente, das interacções sociais e das actividades de lazer: *“As vezes evito, porque não consigo! Para além disso, tenho medo...não quero piorar a minha situação”* (Ent. 1); *“Algumas tarefas eu evito, porque não quero piorar (...) também não quero abusar porque fico pior..”* (Ent. 4). *“Em algumas situações até evito tar com ela ao colo (filha), tenho medo de sentir ou piorar a dor, então à noite (...) outras vezes só me dói um pouco e com medo que aumente, também evito fazer”* (Ent. 2). Estas situações parecem assim ir de encontro aos estudos efectuados por Wall (1987) onde o autor concluiu que, sob o efeito da dor, um indivíduo tende a evitar o movimento, reduzindo a participação nas actividades e conduzindo a alterações de comportamento. Parece, pois, que o comportamento de evitamento parece ser um dos mais proeminentes dos comportamentos de dor.

No entanto, esta não é uma posição universalmente partilhada pelas pessoas com dor. Com efeito, o nosso entrevistado 9 assume uma postura crítica em relação às pessoas que mostram comportamentos de evitamento face à dor espinal: *“Evitar fazer as coisas não resolve, só aumenta a dor porque começamos a ficar muito*

nervosos e ansiosos; temos de tentar desligar e fazer actividades em que nos sintamos bem...é este o meu lema". Este participante revela um enorme sentido de auto-eficácia, ou seja, acredita ser capaz de lidar com a sua dor. A investigação tem vindo a demonstrar que os indivíduos podem adquirir um melhor ajustamento à dor se, em vez de terem comportamentos de evitamento, passarem a aceitar a sua existência e direccionarem os esforços para objectivos atingíveis (Crombez, Eccleston, De Vlieger, Van Damme & De Clercq, in press; Kollman, Brown & Barlow, 2008; McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2005; McCracken, Vowles & Eccleston, 2004; McCracken & Yang, 2006; Viane, Crombez, Eccleston, Poppe, Devulder, Van Houdenhove & De Corte, 2003).

A comprovar esta associação entre aceitação da situação de dor e maior participação social e qualidade de vida, têm sido crescentes as evidências de que os comportamentos de evitamento da dor, como por exemplo a restrição de actividades, podem originar dor mais persistente (Turk & Okifuji, 2002). Nestas situações, o tema da dor torna-se central na vida da pessoa que tende a focar-se na dor, nos aspectos negativos da sua situação e a fixar padrões recorrentes e desadaptativos, como forma de tentar controlar esta situação: *"e a nossa vida anda muito à volta disso (da dor espinal) "* (Ent.1). O medo e a preocupação em relação à dor experienciada, vêm acompanhados de uma sensação de perda de controlo, aumento de sentimentos de culpa, frustração, irritabilidade e raiva: *"fico furiosa com esta situação. Porque a mim?"* (Ent. 1). Por outro lado, quando persiste uma atitude centrada na melhoria, existe uma visão positiva face à dor sentida: *"Eu sou uma pessoa extremamente positiva, não é esta dorzinha que me leva a baixo (...) quando sinto dor não vou ficar em casa a pensar nisso, vou tomar um cafezito com os amigos, as minhas filhotas e marido...."* (Ent. 9).

Segundo Batalha, as actividades de lazer, como estar com os amigos ou passear, podem facilitar a distração desviando os pensamentos dos eventos stressores e das estratégias de evitamento: *"Normalmente, consigo abstrair-me (actividades com os amigos)"* (Ent. 1); *"mas pronto, quando tou com os amigos (...) tamos um pouco á conversa... sempre dá pa desligar um pouco da dor.. mas ela continua lá..."* (Ent. 5). O mesmo autor refere que a aceitação da dor tem implícitos aspectos relacionados com a disponibilidade do indivíduo para a experiência da dor, que consegue realizar actividades apesar da presença do sintoma. A realização de actividades tem implícito um processo mental que passa por um funcionamento diário positivo e funcional.

Outra atitude positiva, igualmente presente nas pessoas com dor, tem a ver com uma busca activa de informação sobre dor espinal, de forma a encontrar as

melhores estratégias de diminuição ou término da dor: *“Eu leio bastante à cerca desta situação, pa ver se consigo acabar com ela ou então diminuir a sua frequência”* (Ent. 9); *“Tenho lido algumas coisas...agora fala-se muito de dor de costas”* (Ent. 8). Segundo Araújo-Soares et al. (2001), os indivíduos que conseguem procurar mais informação acerca das diversas estratégias de coping, são aqueles que acreditam serem capazes de lidar com a sua dor (auto-eficácia) e são aqueles que toleram mais experiências e comportamentos negativos. Este pressuposto vai de encontro ao comportamento do participante 9, como se tem vindo a verificar, apesar de manifestar queixas dolorosas nível espinal tem uma atitude positiva e preventiva.

Igualmente positiva é a atitude de adopção de um estilo de vida saudável, como forma de combater a dor ou tendo em vista a sua prevenção. Muitas vezes, estas atitudes surgem por aconselhamento médico e são aspectos isolados, não traduzindo uma completa adopção de um estilo de vida diferente do tido até então: *“Assim, muito de vez em quando vou dar uma caminhadas.. porque o medico disse que ate fazia bem.. mas vahhh.. nem sempre... poucas vezes...”* (Ent. 5); *“Claro... faço ginástica... quando saio do trabalho vou pa ginástica , depois do jantar vou fazer uma caminhada...”* (Ent. 7); *“Como não posso mudar de emprego, senti necessidade de realizar outro tipo de actividades, neste momento vou à piscina com a minha filha, aprendi a realizar alguns exercícios, aqueles que vi na internet que, segundo o médico, podem melhorar o movimento da coluna.”* (Ent. 4). A procura de actividades dentro de água é referida como benéfica por alguns dos nossos entrevistados, o que é comprovado por alguns estudos. Blair e Brodney (1999), acreditam que existem fortes evidências de que a actividade aquática traz benefícios para a saúde no que diz respeito à prevenção da dor espinal contribuindo assim para a diminuição da morbidade: *“Mas a hidroginástica é uma coisa que vou ter de voltar porque na altura que andei lá, sentia-me um bocadinho melhor, o exercício na água ajuda”* (Ent. 1).

Segundo Turk (1996), ainda não há evidências quanto ao valor diferencial das diversas estratégias de coping, não se sabendo qual a mais eficaz, contudo, parece mais provável que diferentes estratégias de coping sejam mais eficazes para diferentes indivíduos, em circunstâncias específicas, não possuindo todas necessariamente o mesmo valor para todos os indivíduos, na mesma fase. O indivíduo com dor tende a avaliar as suas experiências e a assumir essas avaliações como verdadeiras. Actua de forma a controlar/ evitar essas experiências dolorosas, procurando continuamente múltiplos tratamentos/novas soluções apesar dos efeitos negativos que esse comportamento acarreta, como imprevisibilidade das soluções. No nosso estudo, os participantes referem diversas formas de lidar com a dor, destacando-se o descanso e o repouso. Para McCracken (1998), a forma de lidar com

a dor passa pela disponibilidade do indivíduo para aprender a observar experiências internas, sem as tentar evitar, modificar ou controlar e para actuar eficazmente, em conformidade com os valores e objectivos de vida por si estabelecidos (Bach & Moran, 2008; Baer, 2006; Blackledge & Hayes, 2001; Hayes, 2004).

Categoria 4: Factores de Risco

Nesta categoria incluem-se os relatos dos participantes relativamente ao que consideram estar na causa da sua dor espinal. Alguns destes relatos baseiam-se em factos ocorridos, enquanto outros são meras percepções acerca de situações da vida diária. Um factor de risco é qualquer situação, hábito, condição ambiental ou fisiológica ou outra variável que aumente a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo, quanto à doença, lesão ou a um estado não saudável. A presença de factores de risco não significa que se desenvolverá necessariamente um estado de doença ou lesão, mas aumentam a vulnerabilidade do indivíduo a estas (Potter et al, 1998). Entende-se por isso como factor de risco a probabilidade de ocorrência de um efeito adverso, durante um certo período de tempo, como resultado de uma determinada exposição. No nosso estudo, salientaram-se factores de risco que podem contribuir para o aparecimento de dor espinal variados que foram agrupados em factores biomecânicos, factores percebidos e factores psicológicos.

Subcategoria 4.1: Factor de Risco Percebido

Nesta subcategoria incluem-se os acontecimentos de vida do dia-a-dia do indivíduo que foram percebidos como aqueles que influenciam no aparecimento da dor. Os diversos eventos ocorridos durante o dia das pessoas interferem com o equilíbrio humano e cada situação é percebida pelo indivíduo como mais ou menos ameaçadora, a partir da avaliação que faz dela, em função do significado que esta tem para si (Lazarus e Folkman 1984). Um acontecimento é considerado ameaçador ou stressor se for percebido como causador de prejuízo ou perda, levando o indivíduo a tentar fazer algo para controlar a situação ou as reacções emocionais à mesma (Evans, 1998). Perante o confronto com os acontecimentos de vida avaliados como perturbadores, o organismo reage de forma a gerir e a ajustar-se a eles (Bishop, 1994).

No nosso estudo, a percepção da ocorrência ou aumento de dor em resposta ao desempenho de determinadas actividades do dia-a-dia, é referida por vários participantes: *“daqui a bocado, se começar a aspirar (a casa) fico logo.. ai .. não*

posso.” *“varrer com a vassouro é outro problema grande meu. Por acaso para mim é muito complicado.”* (Ent.1); *“costumo trabalhar no meu jardim, gosto muito, mas passado algum tempo fico logo com dor”* *“Outras vezes também tenho alguma dor quando ajudo os avos da Rita na higiene”* *“Quando ando arrumar, baixar para apanhar isto, baixar para apanhar aquilo, limpar o pó”* (Ent. 2); *“Em casa, o passar a ferro, o estender a roupa... o estendal é muito alto... também me fica a dor.. não quero utilizar banco porque tinha de subir e descer assim estico-me toda pra estender a roupa..”* (Ent. 5).

Subcategoria 4.2: Factor de Risco Biomecânico

Nesta subcategoria incluem-se os acontecimentos relatados pelos entrevistados e que, à luz da literatura, foram possíveis identificar como agentes causais no aparecimento da dor. Na maioria dos casos, os entrevistados referem o excesso de cargas e a manutenção de posturas desadequadas como principal factor do aparecimento de dor espinal: *“acho que as dores de costas estão relacionadas com a minha actividades profissional actual. (...) trabalho 8 horas de pé, fixa no mesmo sitio”* *“serviço muito pesado, são cabos de automóveis e são cabos de metro e meio e muitas vezes tenho de pegar em 10 e 12 (...) depois é sempre o mesmo movimento”* (Ent. 1). Segundo Viikari-Juntura (2003), os principais factores de risco biomecânicos são a elevada repetição de um dado padrão de movimentos; a utilização de força manual ou a utilização prolongada das mãos; a elevação manual de cargas, puxar, empurrar ou transportar objectos pesados; a manutenção prolongada de posturas incorrectas (entende-se por postura correcta para desempenhar uma dada tarefa, aquela para a qual o esforço muscular é mínimo); o trabalho com exposição a vibrações; o número baixo ou a inexistência de períodos de descanso. Para além destes, outros aspectos são referidos pelos participantes como causa para o aparecimento da dor espinal: *“ou porque o sítio é um bocado mais baixo, porque eu sou muito alta ou é muito alto para mim”* (Ent. 1). A suportar estas queixas, o estudo de Marziale e Robazi (2000) demonstrou que grande parte das agressões à coluna vertebral está relacionada com a inadequação do mobiliário de trabalho. Outro estudo, realizado por Murofuse e Marziale (2005) vem, mais tarde, reforçar a necessidade de intervir através da disponibilização de mobiliário e equipamentos ergonomicamente concebidos.

Subcategoria 4.3: Factor de Risco Psicológico

Nesta subcategoria incluem-se as formas de lidar com a dor assumidas e referidas pelos indivíduos. A dimensão psicológica parece apresentar uma importante influência em termos de presença, ausência, diminuição ou agravamento da dor espinal. Diversos estudos relacionam a experiência anterior, a intensidade depressiva e/ou o nível de ansiedade com o comportamento da dor (Harma et al., 2002; Linton, 2000; Pincus et al., 2002): *“Eu não falho, quando me sinto ansiosa sabe... mesmo ansiosa.. já sei que vou ter dores de costas... e cabeça também.. as enxaquecas..”* (Ent. 9). Este facto vai de encontro aos resultados obtidos por Carrol et al. (2004), que mostram uma forte evidência que a ansiedade e também a depressão são factores de risco importantes e independentes no aparecimento de dor espinal.

Outros estudos sugerem que a depressão e ansiedade podem, potencialmente, reduzir o limiar da dor e aumentar os prejuízos funcionais com ela relacionados (Strine et al., 2005): *“às vezes, quando estou mais...no trabalho, quando estou mais irritada, parece que aquele stress acumula tudo nas costas, fica ali fixado”* (Ent.1) *“Outras vezes, no trabalho, como temos prazos pra cumprir, é sempre uma correria, o trabalho em si já me traz dor de costas, então quando somos pressionados... aí também sou obrigada a fazer as coisas mais rápido. Acabo por ficar com muitas dores de costas.”* (Ent. 2).

No presente trabalho, verificou-se que parece existir uma interacção entre os diversos factores de risco. Quando um determinado factor despoleta uma situação de stress ou descontentamento, interfere com o comportamento do indivíduo e pode influenciar a manifestação dos outros factores. Assim, verificamos que todos os factores podem exercer uma acção como despoletadores de uma situação de dor, separada ou combinadamente. Para além disso, o risco é maior quando se verifica a exposição a vários factores de risco em simultâneo, como por exemplo, a necessidade de efectuar movimentos manuais repetidos tendo que, simultaneamente, não se sente satisfeito com o trabalho realizado.

Categoria 5: Situação Familiar

Esta categoria inclui a descrição da história familiar de ocorrência de dor, a atitude da família face ao comportamento de dor de um dos seus membros, bem como a ajuda que lhe prestam em função disso. Tal como refere Rolland (1994), a dor espinal, nomeadamente a dor espinal crónica, tem se ser encarada como algo que

acontece à e na família e não só ao indivíduo com dor, uma vez a pessoa, o funcionamento familiar e cada um dos seus elementos.

Segundo Wall & Melzack (1996), o papel da família também é muito importante na relação entre as experiências de dor e as reacções a estímulos dolorosos. A atitude da família perante uma vivência de dor, condiciona a percepção da sensação dolorosa no indivíduo nomeadamente ao nível da percepção das situações que provocam dor; das circunstâncias que podem provocar a dor e que devem, por isso, ser evitadas; dos métodos para aliviar ou evitar a dor; qual o comportamento certo e errado perante uma experiência de dor, quais as possíveis consequências da dor, como por ex. sentir a atenção do outro, quais as atitudes face à dor alheia, como por ex. atenção aos outros. Assim, verificamos que todo o indivíduo tem conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos aprendidos no seu contexto cultural, em relação à dor (Quartilho, 2001). Estas atitudes são muito diferentes de pessoa para pessoa porque cada cultura, grupo social ou família, tem uma linguagem de sofrimento única e própria, constituída por um conjunto complexo de termos através do qual fazem com que as outras pessoas se tornem cientes de seu sofrimento (Helman, 2003).

Subcategoria 5.1: Presença de dor na família

Nesta subcategoria encontram-se as afirmações relativas à presença de história de dor na família. Alguns dos participantes referem que outros elementos da família manifestam queixas dolorosas ao nível da coluna vertebral e apresentam como principal razão para isso a evolução natural que se manifesta com a aumento da idade da pessoa: *“tenho a minha tia Ana Maria também, de vez em quando também tem umas crises como eu... Do lado do meu marido tenho a minha sogra que sofre muito, também deixa mesmo de andar”* (Ent.1); *“a minha sogra sente (dor espinal)”* (Ent. 5); *“Obvio que a minha avó tem uma idade bastante avançada, de vez em quando refere – ai, dói-me as cruces – mas faz parte da idade* (Ent.7). Segundo Beissner et al. (2000), a dor espinal é a segunda causa mais frequente da incapacidade dos idosos, resultantes das transformações físicas inerentes ao envelhecimento. Segundo o mesmo autor, verificam-se alterações da fisionomia da coluna vertebral; desgaste das vértebras e degenerescência da cartilagem, pelo que é visível uma diminuição na estatura, na força muscular, na agilidade e na mobilidade das articulações”.

Os factores de risco biomecânicos são igualmente referidos como causa para a presença de dor espinal nos outros elementos pertencentes ao agregado familiar, nomeadamente pela actividade profissional que exercem: *“O meu marido é mecânico, se pegar em pesos é que sente dor”* (Ent. 1). *“O meu marido queixa-se muito (...).*

Passa muito tempo sentado a conduzir” “motorista de longas viagens” (Ent. 5). A profissão de motorista favorece o desenvolvimento de dor espinal associada à permanência na posição de sentado, às constantes inclinações, rotações do tronco, vibrações, bem como à contracção permanente de determinados grupos musculares (Marras, 2000). Confirmando estes dados, Bovenzi e Zadini (1992) encontraram 40% de incidência de dor espinal em motoristas profissionais finlandeses, 57% em holandeses, 61% em alemães e de 30,5% a 57,4% em italianos. Em Portugal, Saraiva (2002) avaliou 260 motoristas verificando que 95% tinham lombalgia aguda e a maioria tinha limitação funcional.

Segundo De Vitta (1996), a permanência na postura de sentada por mais de 4 horas diárias é um dos factores agravantes para o aparecimento de dor espinal. *“Ah, o meu marido (...) queixa-se de dores de costas... mas ele também passa muito tempo sentado ao computador.. é engenheiro informático...” (Ent. 7).* *” mas queixa-se muito raramente... a verdade é que ele também não é homem de se queixar, só quando esta com muita dor... (...) já lhe disse, para levar uma almofada para colocar na cadeira do trabalho mas ele refere que isso são coisas de meninas... mas pronto.. Homens!!!!!! (Ent. 7).* Os valores culturais veiculados pela sociedade, como o sofrer em silêncio (“Os homens não choram”), marcam as respostas à dor. Dor e cultura estão muito associadas, sobretudo quando as respostas e o comportamento estão relacionados com regras e tradições de uma sociedade (Batalha, 2010). Segundo Quartilho (2001). todo o indivíduo tem conhecimentos, crenças, atitudes comportamentos aprendidos no seu contexto cultural, em relação à dor porque, cada cultura ou grupo social e, às vezes, tem uma linguagem de sofrimento única e própria, que é um conjunto complexo de termos próprios por meio do qual os indivíduos com dor, por exemplo, fazem com que as outras pessoas se tornem cientes de seu sofrimento (Helman, 2003)

Subcategoria 5.2: Atitude da família

Nesta subcategoria encontram-se as atitudes da família para com o indivíduo com dor espinal. Segundo Pinctus (2006), a família influencia e é influenciada pelo estado de saúde dos seus membros e há estudos que demonstram que a família tem uma influência poderosa no estado de saúde dos mesmos, podendo minimizar ou reforçar o efeito da dor: *“o meu marido é que esta sempre a dizer para ter cuidado com as costas”; “ela (a filha) já sabe – oh mãe olha as costas, ela própria diz já muitas vezes” (Ent. 1).* Os membros da família acabam por valorizar a dor e todas as opções de vida se centram na dor experienciada por um dos elementos da família: *“gostava de*

ter tido outro bebe (...) mas é o que o meu marido diz: - andar com uma criança ao colo, dar de mamar, um bebe durante um ano, ano e meio precisa de colo, não consegues da coluna” (Ent. 1).

Subcategoria 5.3: Ajuda prestada pelos familiares

Nesta subcategoria aborda-se a ajuda prestada pelos elementos da família ao indivíduo com dor espinal. Segundo Pinctus (2006), a presença de dor num elemento da família acarreta mudanças que afectam a família como um todo, seja na preocupação com o indivíduo com dor ou na resolução de problemas de ordem prática, como na realização das tarefas do dia-a-dia, por exemplo. De uma forma geral, quanto mais próximo o grau de parentesco, maior será o impacto e a tendência dos familiares modificarem a sua vida em função das necessidades do indivíduo com dor. A ajuda prestada pelos familiares mais próximos é vista como muito importante pelas pessoas com dor, reforçando assim o papel de cuidador assumido pelo familiar: *“O meu marido e filha ajudam-me”; “o meu marido é que vai buscar umas sandes ou qualquer coisa” “nas compras quando vamos ao modelo ou continente é ele que tem de andar com o carrinho.” (Ent. 1). Outros salientam o facto de terem tido necessidade de alterar a dinâmica familiar, relativamente à necessidade de divisão das tarefas domésticas: “O meu marido é que me ajuda muito..hum..até a Rita me ajuda...” “neste momento o meu marido ajuda mais nas tarefas de casa, a minha filha ajuda com a mais pequena (filha mais nova).. mas, tipo, naquelas actividades que exigem mais esforços.” (Ent. 2). “Senti a necessidade de dividir algumas tarefas com o meu marido”.(Ent.4)*

O entrevistado 5 sentiu necessidade de aumentar o agregado familiar de forma a dar resposta às necessidades referentes do dia-a-dia: *“... a minha sogra mudou-se pa lá...” “a minha sorte é que a minha sogra ajuda nas coisas da casa, mas também tem um idade grande...são 73 anos não é pêra doce....”*

Categoria 6: Dor do(a) Filho(a)

Nesta categoria incluem-se as percepções do progenitor face à dor referida pelo seu filho e as atitudes que desenvolvem como resposta a essas queixas. Existe uma evidência crescente de que nas crianças, as dores espinais de causa não específica estão a tornar-se cada vez mais frequentes (Szpalski *et al.*, 2002)

Subcategoria 6.1: Percepção do pai/mãe face à dor do filho(a)

Quando questionados acerca da presença de um padrão de manifestação de queixas dolorosas, nomeadamente de dor espinal, nos seus filhos, alguns participantes referem desconhecer a situação, apesar das crianças terem referido sentir dor espinal nos questionários inicialmente preenchidos: *“Não, ela nunca disse nada disso (presença de dor espinal)”* (Ent. 2); *“Não, não pode ser, ele nunca teve dor de costas pelo menos nunca disse (...) é como lhe digo, nunca ouvi tal coisa.”* (Ent. 3). Segundo Sampaio (1996), verifica-se uma grande distância na comunicação entre pais e filhos, o que pode ter repercussões a longo prazo, na sua saúde física e mental. Os factores que as crianças indicam como sendo os focos de suas preocupações nem sempre são sentidos pelos pais, nomeadamente queixas de dores contantes ao nível da coluna vertebral, problemas para dormir, dores de cabeça e complicações estomacais. Segundo o mesmo autor, as crianças portuguesas passam cada vez menos tempo com os pais, uma vez que, os pais, actualmente, estão demasiado ocupados e não têm *“tempo”* para dar atenção aos filhos, esquecendo que a escola necessita da colaboração e participação da família para ajudar as crianças a ultrapassar os seus problemas e a crescer saudavelmente.

Outros pais, apesar de terem conhecimento da presença de dor espinal nos seus filhos, não valorizam a situação: *“eu nem tenho valorizado muito; se calhar para a próxima vou tar mais atenta”* (Ent. 5); *“Ele as vezes queixa-se, mas também anda sempre ao tombo”* (Ent. 6); *“É assim, ela de vez em quando - ai dói me as costas - mas como hei-de dizer... ela é muito nova não é?”* (Ent. 1). Apenas a Entrevistada 8 parece valorizar a situação: *“Ela queixa-se de dor de costas, já faz algum tempo”* *“tenho tido algum cuidado...desde falar com as outras mães, professora, para estarem alerta”* (Ent.8).

Alguns dos entrevistados consideram que as crianças manifestam dor espinal tendo em vista provocar comportamentos específicos por parte dos adultos ou na tentativa de evitar actividades pouco desejadas: *“as vezes quando lhe peço para me passar creme nas costas, ela diz que também quer porque tem dor”* (Ent. 5); *“Sim, quando alguma coisa não gosta sente dor, acho que é mais mania que outra coisa”* *“Ela continua a fazer o mesmo, mas sempre que vai fazer algo que não gosta muito, diz que tem dor de costas.”* (Ent. 1); *“ah...quando eu tive em casa de baixa, ela dizia que tinha dor de costas, mas acho que era para não ir à escola e ficar-me a fazer companhia...eu acho que ela inventou isso, porque passou-lhe rapidamente...mal eu regresssei ao trabalho”* (Ent. 5); *“então ouve os amigos e lembra-se de dizer que tem dor de costas, nem que seja para chamar atenção”* (Ent. 6). Segundo Batalha (2010),

a possibilidade de obter ganhos secundários (não ir à escola, brinquedos, mais atenção e outros) pode aumentar a intensidade da dor percebida ou a manutenção de comportamentos dolorosos, mesmo depois da sua diminuição. No entanto, estes comportamentos são aprendidos e surgem após a criança ter confirmado a obtenção de ganhos após a utilização de queixas similares, ou seja, o comportamento de dor das crianças é subjectivamente influenciado pelas suas consequências (Silver et al., 1996).

Por outro lado, estes comportamentos de manifestação de dor por parte das crianças pode ser um reflexo de comportamentos apreendidos através da observação do comportamento dos adultos e, conseqüentemente, mimetizados: *“Mas eu também queixo-me tanto que não sei se ela diz que tem dores por me ver assim...até tento não me queixar à frente dela...”* (Ent. 5); *“E como eu me tou sempre a queixar das dores de coluna, ela vive, ela todos os dias me ouve dizer – aiii dói-me aqui, aiii dói-me ali – (...) como falo muito nisso, e a nossa vida anda muito à volta disso, a minha filha diz - doi-me a coluna, dói-me as costas”* *“Quando era pequena, imitava-me muito – ai as minhas colunas (...)andava assim torta, fazia como eu”* (Ent. 1). Estes aspectos destacam o papel da aprendizagem social através da observação (Bandura, 1969 in Sanders, 1996). Assim, as crianças podem aprender formas de resposta que anteriormente não se encontrava no seu repertório comportamental, por sua vez, este ponto de vista operante refere que os comportamentos de dor nas crianças podem também ocorrer sob o controlo de contingências externas (reforço) (Patterson, 1995).

Mas nem sempre os pais apontam a mimetização de comportamentos aprendidos como causa para a dor referida pelos filhos. Outros apontam diversas razões, fundamentalmente os esforços físicos, que podem influenciar o aparecimento de dor espinal nas crianças: *“Eu acho mesmo que a dor de costas é por causa dos esforços que faz”* (Ent.6); *ainda hoje cheguei para ir busca-la, ela andava com eles (outras crianças) ao colo, é o que eu digo, ela ainda é muito novinha para andar com eles ao colo”* (Ent. 1); *“as dores de costas podem dever-se ao grande peso das mochilas...é um exagero...ainda para mais ela é tão magrinha”* (Ent.8). O peso da mochila escolar como razão do aparecimento da dor espinal é reforçada por outros entrevistados: *“acredito que também com o peso das mochilas possa haver outro dia, que a pessoa esteja mais frágil e lhe custe mais levar a mochila”* (Ent.3). Segundo alguns autores (Gent et al., 2003; Steele et al. 2003; Negrini et al., 2002; Grimmer et al., 1999), a dor espinal nas crianças parece estar associada ao transporte de mochilas pesadas. Quando cargas excessivas são transportadas por longos períodos de tempo, a criança vai apresentar sinais de fadiga muscular e desgaste das

articulações da coluna e caixa torácica (Triano, 2000) o que, a curto ou a longo-prazo, irá produzir sintomas, como dor e/ou alterações posturais.

Grimmer et al. (2002) mostraram que o transporte da mochila provoca um deslocamento posterior do centro de gravidade do corpo. Este desequilíbrio é compensado com a projecção do corpo para a frente, o que pode provocar o desvio da coluna e, conseqüentemente, o aparecimento de dor espinal: “Ao andar, como já disse, houve uma altura que andava curvada” (Ent. 8); “A minha Inês, quando anda com mochila nas costas, tem tendência a curvar as costas para a frente mas quando anda com aquelas mochilas a tiracolo parece que fica torta pa um dos lados... um dia mais tarde também pode provocar-lhe dor, ou não??” (Ent. 9). Grimmer et al. (2002) também verificaram que as jovens que transportam bolsas apenas num dos ombros apresentam desvios nos ombros e pescoço, pelo que o uso das mochilas de forma assimétrica parece estar associado a um aumento da intensidade da dor lombar. Negrini et al. (2002), numa amostra de 115 crianças, defendiam existir associação indirecta entre o peso da mochila e as dores nas costas, eventualmente através do tempo prolongado de transporte da mochila e da fadiga e condição física do adolescente (Merati et al., 2001).

As posturas assumidas pelas crianças ao longo do dia são também apontadas pelos entrevistados como possível causa para o aparecimento de dor espinal nos seus filhos: “Ele tem umas posições muito estranhas, veja, ele é capaz de passar a noite de cócoras; compreendo perfeitamente que, quando acorda, acorde com dores de costas..” (Ent. 3); “Todo torto (posição de sentado) ” (Ent. 6); “Completamente deitada (posição de sentada) (...) ta a fazer os trabalhos de casa toda curva” (Ent.5); “Ahhh... as vezes quando faz alguma posição mais, quando se baixa (Ent. 1). As más posturas corporais, adoptadas no quotidiano, durante as actividades da vida diária, têm sido referidas como uma das principais causas da dor lombar (Feldman et al., 2001). Murphy et al. (2004) descreveram uma associação significativa entre a maior duração de uma aula (onde a criança permanece todo o tempo sentada) e a dor espinal, agravada quando a criança permanece em posturas estáticas. “A minha filha apesar de não ter dor, não me estranharia que viesse a ganhar... passam tanto tempo sentados na sala de aula... por isso.. a própria escola conduz à dor...”.(Ent 10)

O facto de poder ser a própria escola que conduz à dor remete para outra preocupação referida pelos pais, o tipo de “mobiliário escolar”. Segundo os mesmos, o mobiliário escolar está inadequado, tendo as mesas e as cadeiras escolares um padrão único, não atendendo ao crescimento das crianças, sendo indistintamente utilizadas do ensino básico ao superior: “a minha filha, em relação aos seus coleguinhas, é bastante mais alta... sendo assim.. se dá pa uns não pode dar pa

outros ou não devia dar pa outros....” (Ent. 9); *“A minha filha ta na mesma sala desde o primeiro ano.. ta na quarta classe.. como pode ela tar bem.. ela cresceu....opah.. também pa uma escola não é fácil gerir tudo isto, mas.. os miúdos não tem culpa...”* (Ent. 10). Segundo Paiva et al. (2009), o mobiliário inadequado não oferece o conforto necessário para o tempo de actividade exigido, levando o estudante a adoptar uma postura incorrecta, à qual as estruturas vertebrais se vão adaptando, conduzindo ao aparecimento de dor espinal. Kendall et al. (1995) apresentam com uma das causas para o aparecimento de dor espinal a inclinação antero-posterior dos assentos das cadeiras, mantendo a superfície das mesas em plano horizontal. Para este autor, quando os estudantes se inclinam sobre a mesa para encurtarem a distância entre os olhos e os livros, existe uma compressão das vértebras lombares que é mantida durante todo o tempo que a criança permanece em actividade. Murphy et al. (2004) verificaram que o suporte lombar fornecido pela cadeira era raramente usado por qualquer uma das crianças, uma vez que isso implicava que se encostasse atrás, aumentando a distância entre os olhos e a superfície de trabalho para níveis que tornavam impossível a realização da actividade.

Outros pais referem-se às actividades de lazer realizadas pelas crianças como causas para explicar o padrão de queixas dolorosas. Porém, enquanto uns se referem ao excesso de sedentarismo apresentado pelas crianças, outros apontam o tipo de actividade física realizada: *“E também anda sempre a fazer aquelas coisas...pino, a roda, cambalhotas”* (Ent. 2). Este tipo de actividade, normalmente assumida como normal nas crianças, não está relacionado, na literatura, com qualquer tipo de queixa de dor. Contudo, o estilo de vida das crianças e jovens incluem essencialmente a prática desportiva extremada, a qual tem assumido como factor de especial importância, dada a sua perniciosidade para os sistemas músculo-esqueléticos e psicológico (Balagué et al., 1994). Diversos autores referem que a prática desportiva precoce e/ou elevadamente intensa poderá representar o mesmo risco de desenvolvimento de dor espinal que a ausência de prática física ou a celebração de hábitos sedentários danosos a nível músculo-esquelético (Balagué et al., 1994; Fairbank et al., 1984; Kujala e Tanner, 1996; Salminen et al., 1993 e 1995).

No entanto, o sedentarismo parece contribuir potencialmente para o aparecimento da dor espinal nas crianças. *“Televisão, sábado e domingo vê o dia todo”* (Ent. 3); *“Passa muito tempo o computador, impressionante, como a juventude gosta dessas coisas..”* (Ent. 9). Segundo Chartered Society of Physiotherapy (2002) nos dias que correm as crianças ocupam os seus tempos livres de uma forma cada vez mais sedentária ou com actividades que implicam posturas mantidas e incorrectas. Harris e Straker (2000), sugerem que existe uma forte relação entre o número de

horas de uso do computador e televisão e o aparecimento de dor espinal nas crianças. A utilização excessiva destas tecnologias de informação, em situações de lazer, por várias horas durante o dia, tem determinado dores músculo-esqueléticas localizadas ou difusas. Além disso, segundo Puccini e Bresolin (2003), essa situação afasta a criança de outras actividades físicas que promovem o seu desenvolvimento saudável.

Subcategoria 6.2: Atitude preventiva

A presente subcategoria traduz a atitude dos participantes em relação à dor espinal manifestada pelas crianças, de forma a diminuir as manifestações de queixas dolorosas ou na tentativa de prevenir um possível aparecimento de dor espinal.

Todos os entrevistados, mesmo aqueles que referem não ter conhecimento da dor espinal dos filhos, mostram ter uma atitude preventiva: *“Agora fala-se tanto em dor de costas, que nenhum pai deve estar indiferente”* (Ent. 10); *“Como eu tive dor de costas muito cedo, não quero que as minhas filhas, as duas...claro, tenham dor de costas”* (Ent.2); *“Esta atitude preventiva tento transmiti-la aos restantes elementos da família, filha, marido”* (Ent. 7) *“Uma pessoa é tanto mais saudável, quanto mais saudáveis forem os hábitos de vida..com tanta publicidade não acredito que as pessoas estejam desinteressadas”* (Ent. 9). Desta forma, o estilo de vida activo, *“a não utilização de computador, playstation durante longas horas”* (Ent. 3) é considerado fundamental na promoção da saúde, e juntamente com mudanças comportamentais, pode prevenir e controlar a dor espinal: *“Incentivo a realizar actividades saudáveis, por exemplo, o computador ela não passa horas e horas a jogar como já tinha dito”* (Ent. 3); *“Sem dúvida, desde o tempo que passa no computador...quase nenhum...”* (Ent. 4); *“é obrigatório ter uma atitude preventiva”* (Ent. 9).

A atitude preventiva dos pais do nosso estudo focaliza-se em duas vertentes principais: o aumento dos níveis da actividade física e a manutenção de uma correcta postura corporal na realização das diversas actividades do dia-a-dia, nomeadamente, *“durante as refeições, quando faz os trabalhos de casa, ao ver televisão e jogar computador”* (Ent. 4).

A actividade física é um factor de prevenção de uma série de doenças e desconfortos associados à inactividade física, nomeadamente a dor espinal. Segundo Salminen et al. (1995), a inactividade física ou os hábitos de vida sedentária podem estar associados às queixas de dor na coluna vertebral, por diminuição da força muscular e consequente redução do conteúdo mineral ósseo, redução da flexibilidade e falta de coordenação. A importância da actividade física na gestão da dor espinal é, em geral, aceite e o aumento do nível da actividade física tem sido referido como uma

parte importante nas recomendações para a prevenção da dor espinal. Valorizando a consciência dos benefícios da actividade física, os entrevistados procuram promover hábitos de vida saudáveis: *“mas eu convenci-o a ir para a piscina porque li que faz muito bem e mesmo um médico amigo meu aconselhou-me a inscreve-lo na piscina; mas foi uma luta..”* (Ent. 6); *“A mais velha (filha) inscrevi-a na piscina...disseram que a piscina é muito boa para aliviar as dores de costas...por causa das posturas e tal...então para melhorar a postura dela inscrevi-a na piscina”* (Ent. 2); *“Depois da escola, fazer tipo uma caminhada, andar de bicicleta...”* (Ent. 3); *“Desde o ir à piscina”* (Ent. 4). São vários os benefícios das actividades realizadas em meio aquático: promoção do relaxamento muscular, relaxamento dos órgãos de sustentação (coluna vertebral), facilitação do movimento articular, aumento da força e resistência muscular e melhoria da postura. E acima de tudo, segundo Blair e Brodney (1999), é uma actividade muito apreciada pelas crianças e o facto de estas, normalmente serem acompanhadas pelos pais promove uma maior interacção entre ambos: *“Neste momento, vou à piscina com a minha filha (...) é engraçado que isto para além de ser bom para as costas, faz com que passe mais tempo com a minha filha”* (Ent. 4).

A par da promoção da prática de actividade física, os pais referem o facto de estarem constantemente a corrigir a postura dos filhos: *“Estou sempre a tentar corrigir a postura dele”* (Ent.3); *Também tenho muito cuidado com a posição de sentada dela, também tem a mania de se debruçar, deitar sobre a mesa... às refeições eu controlo isso, mesmo quando vemos um filme, quando faz os trabalhos de casa* (Ent. 4); *“tenho de tar sempre a chama-la atenção por causa disso.. ela não tem emenda...”*(Ent. 5). Esta atitude preventiva é apoiada por estudos vários. Segundo Paiva et al. (2009), a saúde e o bem-estar do ser humano têm correlação com a postura corporal, especialmente em crianças e adolescentes, cuja postura assumida poderá seguir para a vida adulta. Desta forma, é necessário sensibilizar as crianças na manutenção de posturas correctas. Na concepção de Pinto e Lópes (2001), manter uma postura corporal correcta é, sobretudo, manter um estado constante de equilíbrio músculo-esquelético, de forma a proteger as estruturas de suporte contra lesões ou deformidades em qualquer posição.

Contudo, nem sempre é fácil inculcar este conhecimento nas crianças e, acima de tudo, fazê-las integrá-lo nos seu dia-a-dia, durante o desempenho de actividades: *“uma coisa que ainda não consegui, é que acho que a minha filha ainda passa muito tempo a ver televisão...durante a semana pronto, tenho mais dificuldade em controlar isso”* *“depois também vê a mãe a fazer (jogar computador)... como posso exigir-lhe algo que eu também não consigo fazer... não é???”* (Ent. 4).

O presente estudo procura identificar até que ponto o contexto familiar influencia a presença de queixas dolorosas, a nível espinal, nas crianças em idade escolar. Em função do objectivo enunciado, formulamos as seguintes questões de investigação: (1) Existirá uma relação entre as queixas de dor espinal nas crianças de idade escolar e a existência de um padrão familiar de manifestação dos mesmos sintomas? (2) Poderão o estrato sócio económico e o nível de escolaridade influenciar a prevalência de queixas dolorosas nas crianças? (3) Poderá o absentismo ao trabalho de familiares, por queixas dolorosas, influenciar a prevalência de queixas dolorosas nas crianças? (4) Existirá uma relação entre as queixas de dor espinal nas crianças de idade escolar e a existência de uma história familiar de depressão e queixas psicossomáticas?

Pelas categorias emergentes foi notória a importância atribuída às modificações que a presença de dor espinal introduziu na dinâmica familiar, contrastando visivelmente com o que sucede nas famílias onde não se verifica a presença de história de dor espinal. A forma como o indivíduo responde à presença de dor espinal condiciona as atitudes da família e as escolhas que faz na sua vida, levando assim a uma influência, directa ou indirecta, no aparecimento de manifestações de dor na criança.

Relativamente à nossa primeira questão, consideramos que os nossos resultados reforçam as conclusões de investigações prévias (Schanberg et al., 2007), uma vez que os nossos pais que apresentavam comportamentos de dor, consideram que a manifestação de dor por parte das crianças pode ser um reflexo de apreendizagem através da observação do comportamento dos adultos e, conseqüentemente, mimetizada. Por outro lado, o comportamento de dor das crianças é subjectivamente influenciado pelas suas conseqüências (Silver et al., 1996). A criança imita comportamentos específicos de dor, quer sejam de evitamento, de queixa ou de procura de ajuda quer sejam seguidos por acontecimentos recompensadores (entre os quais a atenção ou o carinho). No nosso estudo, os pais com dor consideram que as crianças manifestam dor espinal tendo em vista obter comportamentos específicos por parte dos adultos ou na tentativa de evitar actividades pouco desejadas. Este comportamento das crianças é semelhante ao dos pais, com tendência ao evitamento de determinadas situações, tais como o evitamento dos movimentos no geral, das actividades e, conseqüentemente, das interacções sociais e das actividades de lazer. Este aspecto mostra a importância que a aprendizagem através da observação representa.

No nosso estudo, e contrariamente aos anteriores, os pais sem dor apontam como principais factores para o aparecimento de dor espinal nas crianças em idade

escolar os esforços físicos, determinadas actividades por elas realizadas e o transporte da mochila. Assim, podemos considerar que a resposta à nossa questão acerca da existência de uma relação entre as queixas de dor espinal nas crianças de idade escolar e a existência de um padrão familiar de manifestação dos mesmos sintomas é afirmativa, e que nas famílias sem história de dor, a possível existência de dor nas crianças é justificada por causas objectivas e pontuais.

A segunda questão que relaciona o estatuto sócio económico e o nível de escolaridade com a prevalência de queixas dolorosas nas crianças, pode remeter-nos para a influência do contexto familiar nas actividades desenvolvidas pelas crianças. Segundo Mota & Silva (1999), a família parece ter um papel importante no que toca à definição do estilo de vida das crianças, podendo facilitar o acesso às estruturas necessárias para a prática de actividade física, bem como encorajar a participação em actividades diversas (Mota & Silva, 1999). Porém, estudos apontam para o facto de diversas formas de desigualdade social afectarem o estilo de vida das crianças, podendo dificultar o processo de se tornarem activos, nomeadamente para aqueles pertencentes a classes sociais mais baixas, já que parecem ter de enfrentar barreiras adicionais, tais como baixos rendimentos e falta de estruturas locais (Woodfield et al., 2002). Na literatura, o estatuto socioeconómico, determinado pelo nível ocupacional, anos de escolaridade e rendimento dos progenitores, surge correlacionado com a actividade física das crianças (Sallis et al., 2002). Os resultados do nosso estudo parecem consistentes com os outros estudos, já que indicam poder haver uma relação entre o estatuto socioeconómico e estilo de vida activo (Rennat et al., 2003), porque as crianças cujos os pais apresentavam um estatuto socioeconómico mais elevado eram incentivadas a participar em actividades físicas, nomeadamente actividades aquáticas, como forma de diminuir a dor espinal ou evitar o seu aparecimento. Em concordância com Santos et al. (2004), no presente estudo foi observada uma tendência para progenitores com baixo nível socioeconómico serem mais propensos a ter crianças sedentárias e pouco activas.

Por outro lado, os progenitores com baixo nível educacional podem, também, ser menos activos e proporcionar um modelo desfavorável para os seus filhos (Tammelin et al., 2003). Os pais mais bem instruídos podem ter acesso a mais e melhor informação acerca dos benefícios da actividade física para a saúde dos seus filhos, apoiando-os na sua prática (Trost et al., 2003). Os resultados do nossos estudos apoiam estas informações, uma vez que, também aqui, os pais com um nível de escolaridade superior incentivavam os filhos a uma prática de um estilo de vida saudável. Para além disto, os participantes que revelam preocupação em procurar informação, centram-se mais numa atitude preventiva do que nas consequências da

dor, e promovem hábitos de vida saudáveis. Contudo, a maior parte dos participantes revelam uma atitude preventiva embora esta esteja sobretudo relacionada com a manutenção de uma postura correcta por parte das crianças, nas diferentes actividades do dia-a-dia. Assim, relativamente à segunda questão, apesar de não termos questionado directamente a família acerca da influência do estatuto socioeconómico e o nível de escolaridade, parece-nos relevante a informação obtida indirectamente acerca do impacto que eles podem assumir na determinação do estilo de vida das crianças, já que famílias com baixos rendimentos podem estar dispostas a investir menos ao nível da educação e dos cuidados de saúde, enquanto que, por sua vez, as famílias com índices de escolaridade mais elevados exercem um papel mais interventivo na saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

Relativamente à terceira questão, que pretendia perceber se o absentismo ao trabalho de familiares por queixas dolorosas, influenciava a prevalência de queixas dolorosas nas crianças, não nos foi possível tirar quaisquer conclusões, uma vez que apenas encontramos um caso de absentismo laboral em consequência da dor espinal. Contudo, neste caso, verificámos o absentismo laboral por parte dos familiares, em consequência da dor espinal, conduz a comportamentos de absentismo escolar. Este aspecto reforça a importância da aprendizagem através da observação. Nesta perspectiva, parece-nos que a família pode e deve assumir um papel importante, criando estratégias que conduzam à vivência de experiências positivas, mesmo em caso de situações de absentismo. Segundo Sallis et al. (1996), é relevante que a família dê uma especial atenção a este aspecto, contribuindo para a valorização da prática da actividade física e proporcionando-lhes actividades físicas do seu interesse, podendo assim constituir uma importante fonte de encorajamento e motivação para a criança.

Relativamente à última questão, onde tentámos perceber se a existência de uma história familiar de depressão e queixas psicossomáticas poderia levar ao aparecimento ou agravamento de dor espinal nas crianças, verificámos que as crianças cujos pais manifestavam dor espinal e centravam a sua vida nas consequências e nas atitudes tendo em vista a diminuição da dor, acabavam por valorizar muito a dor dos pais e, em muitos casos, reproduziam as suas queixas. Para além disso, a própria dinâmica familiar onde estas crianças se inseriam girava à volta das situações de dor, nomeadamente, no planeamento e realização das actividades domésticas e de lazer. Assim, todas as actividades destas famílias se centravam à volta do elemento com queixas de dor, dependentes do seu estado de saúde e das queixas por ele apresentadas. O assumir de papéis de gestão doméstica por parte da criança, conseqüente à demissão desse papel por parte da mãe, leva à alteração de

toda a dinâmica da família. Por outro lado, a inclusão de pessoas estranhas ao núcleo familiar principal, como a vinda de uma avó para casa, de forma a assumir o papel de gestão doméstica que foi rejeitado pela mãe, introduz igualmente alterações na dinâmica. Esta forma de actuação coaduna-se com estratégias de coping das adaptativas que poderão influenciar o futuro comportamento da criança e condicionar a sua forma de sentir e lidar com situações de dor. Segundo Schanberg (1997), o contexto familiar influencia, directa ou indirectamente, a forma como as crianças lidam com a dor, ou seja, a família tem um papel fundamental no desenvolvimento das competências de coping e na adaptação psicossocial das crianças com dor.

Assim, parece-nos que a resposta à nossa quarta questão é igualmente afirmativa e que um ambiente familiar onde existe uma valorização de queixas psicossomáticas ou de comportamentos depressivos pode condicionar o aparecimento de queixas por parte da criança.

Conclusão

Embora as taxas de prevalência variem de estudo para estudo, elas são constantes e suficientemente abrangentes para aceitar que a dor espinal é um problema de saúde entre crianças e jovens. Este facto sugere a necessidade forte de prevenção deste problema de saúde, se sinalizarmos as crianças e jovens atempadamente e criarmos ambientes facilitadores que os ajudem a cuidar da saúde da sua coluna vertebral (Stacey & Associates, 2005). Desta forma, o nosso estudo é pertinente, na medida em que pode contribuir para a prevenção da dor espinal nas crianças e jovens, uma vez que, procurou identificar qual a influência do contexto familiar no aparecimento de dor espinal em crianças com idade escolar.

Através da nossa investigação, face ao enquadramento teórico efectuado e à metodologia utilizada, foi possível concluir que, os comportamentos de manifestação de dor por parte das crianças, bem como a forma de lidar com a dor, podem ser um reflexo de comportamentos apreendidos através da observação do comportamento dos adultos e, conseqüentemente mimetizados, opinião esta igualmente expressa por alguns dos pais. Mas nem sempre os pais apontam a mimetização como causa para a dor referida pelos filhos, referindo igualmente o transporte da mochila, as posturas assumidas no dia-a-dia, o mobiliário escolar e as actividades de lazer realizadas pelas crianças.

Uma das críticas que não podemos deixar de fazer a este estudo, é o facto de não ter sido um estudo misto, pelo que não se relacionaram os dados quantitativos e qualitativos. Com efeito um estudo que fizesse esse tipo de relação teria as características de uma metodologia mista e, como tal, mais rica ao nível das conclusões. Assim, como proposta de futuros estudos, consideramos importante a realização de um estudo misto ou, alternativamente, um estudo quantitativo longitudinal, onde se procedesse à medição das características psicológicas relacionadas com a dor.

A nível pessoal, a realização deste estudo, foi importante na medida em que contribuiu para a aquisição de novas aprendizagens, numa área pela qual desenvolvi um grande interesse. O estudo, as pesquisas, a preocupação de fazer ainda melhor e ser melhor como pessoa e profissional, vão continuar.

Referências Bibliográficas

- Almeida, I. G. B., Katia, N., & Silva, M. (2008). Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 43, (3), 96-102.
- Anderson, E. (1993). The Hospital Anxiety and Depression Scale, Homogeneity of the subscales. *Social Behaviour and Personality*, 21, 197-204.
- Anderson, G. B. J. (1999). Factors in the genesis and prevention of occupational back pain and disability. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutic*, 15 (1), 43-46.
- Anderson, G.B.J. (1995). Epidemiological Features of Chronic Low Back Pain. *Lancet*, 354, 581-585.
- Araújo-Soares V., McIntyre T., & Figueiredo M. (2002). Intervenção psicológica: possibilidades de colaboração entre distintos campos científicos na dor crônica. *Dor*, 10, 10-19.
- Bair, M.J., Damush, T.M., Sutherland, J.M., & Kroenke, K. (2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 70 (8), 890-897.
- Baker, G., & Smith, D. (1992). What patients think, feel, and do, and how this relates to clinical trials. *Medical Meeting Series*, 1, 34-40.
- Balagué, F., Dutoit, G., & Waldburger, M.(1988). Low back pain in schoolchildren. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 20(4), 175-179.
- Balagué, F., Mannion, A., Pellisé, F.,& Cedraschi, C. (2007). Clinical update: Low back pain. *Lancet*, 369 (9563), 726-728.
- Balagué, F., Troussier, B., Salmine, J. (1999). Non-specific low back pain in children and adolescents: risk factors. *Eur Spine J*, 8: 429-438.
- Balagué, F., Dudler, J. Nordin, M. (2003). Low back pain in children. *The Lancet*, 361, 1403-1404.
- Berber, J.S., Kupek, E., & Berber, S.C. (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45 (2), 56-66.
- Bergner, M. (1989). Quality of life, health status, and clinical research. *Medical Care*, 127, 148-156.
- Boothby, J. L., Thorn, B. E., Stroud, M. W., & Jensen, M.P. (1999). Coping with pain. In R.J. Gatchel, & D.C. Turk, (Eds.), *Psychosocial Factors in Pain, Critical Perspectives*, 343–359. New York: Guilford.

- Burton, A.K., Clarke, R.D., McClune, T.D., Tillotson, K.M. (1996). The natural history of low back pain in adolescents. *Spine*, 21, 2323–2328.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Burton, A.K., Clarke, R.D., McClune, T.D., Tillotson, K.M. (1996) The natural history of low back pain in adolescents. *Spine*, 21, pp 2323–2328.
- Brenes, G.A., Penninx, B.W., Judd, P.H., Rockwell, E., Sewell, D.D., & Wetherell, J.L. (2008). Anxiety, Depression and Disability Across the Lifespan. *Aging & Mental Health*, 12(1), 158-163.
- Carroll, L., Cassidy, J., & Côte, P. (2003). Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain*, 134-139.
- Craig, K.D. (1999). Emotions and Psychology. In P.D., Wall & R. Melzack, (Ed). *Textbook of Pain* (132-1449), London, Churchill Livingstone.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. California: Sage Publications.
- Dickens, C. Jayson, M. & Creed, F. (2002). Psychological Correlates of Pain Behavior in Patients. *Psychosomatics*, 43(1), 42-48.
- Diepenmaat, A., Van der Wal, M., Vet, A., & Hirasing, R. (2007). Neck/Shoulder, Low Back, and Arm Pain in Relation to Computer Use, Physical Activity, Stress, and Depression Among Dutch Adolescents. *Pediatrics*, pp. 117, 412-416.
- Eggimann, B., Wietlisbach, V., Ri- Ckenbach M., Paccaud F., & Gutzwiller F. (2000). One year prevalence of low back pain in two Swiss Regions, estimates from the population participating in the 1992-1993: Monica projects. *Spine*, 25(19), 2473-2479.
- Elkayam, O., Ben Itzhak, S., Avrahami, E., Meidan, Y., Doron, N., Eldar, I., Keidar, I., Liram, N., & Yaron, M. (1996). Multidisciplinary Approach to Chronic Back Pain, Prognostic Elements of the Outcome. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 14(3), 281-288.
- El-Metwally, A., Mikkelsen, M., Stahl, M., Macfarlane, G., Jones, G., Pulkkinen, L., et al. (2008). Genetic and environmental influences on non-specific low back pain in children: a twin study. *European Spine Journal*.
- Evans, S., & Keenan, T. (2007). Parents with chronic pain: are children equally affected by fathers as mothers in pain? A pilot study. *Journal of Child Health Care*, 11(2), 143-157.
- Feldman, D., Shrier, I., Rossignol, M., Abenhaim, L. (2001). Risk Factors for the Development of Low Back Pain in Adolescence. *Am J Epidemiol*, 154, 1, 30-36.
- Fillingim, R.B. (2003). Sex-related influences on pain, a Review of Mechanisms and clinical implications. *Rehabilitation Psychology*, 48, 165-1674.

- Flor, H., & Turk, D.C. (1998). Chronic back pain and rheumatoid arthritis, predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 251-265.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Saint Louis, The Cv. Mosby Company.
- Fordyce, W. E. (1997). On the nature of illness and disability, an editorial. *Clinical Orthopedics*, 336, 47–51.
- Foster, A.B., Elaine T., Chris. M., Rob, H., John, W., & Elaine, H. (2008). Illness perceptions of low back pain patients in primary care, what are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain*, 136, 177–187.
- Frank, A. (1993). Low back pain. *BMJ*, 306(6882):901-9.
- Grimmer, K., & Williams, M. (2000). Gender-age environmental associates of adolescents low back pain. *Applied Ergonomics*, 31(4), 343.
- Gunzburg, R., Balagué, F., Nordin, M., Szplzki, M., Duyck, D., Bull, D., Melot, C. (1999). Low back pain in population of school children. *European Spine Journal*, 8(6), 439-443.
- Harma A. Kaltiala-Heino R. Rimpela M. & Rantanen P. (2002). Are adolescents with frequent pain symptoms more depressed? . *Scand J Prim Health Care* , pp. 92-96.
- Harrebey, M., Nygaard, B., Jessen, T., Larsen, E., Storr-Paulsen, A., Lindahl, A., Fisker, I., Laegaard, E. (1999). Risks factors for low back pain in cohort of 1389 Danish school children: an epidemiologic study. *European Spine Journal*, 8:444-450.
- Hestbaeck, L., Leboeuf-Yde, C., Kyvik, K., Vach, W., Russell, M., Skadhauge, L., et al. (2004). Co morbidity with low back pain: a cross-sectional population-based survey of 12-to 22-years-olds. *Spine*, 29(13), 1483.
- Jensen, M. P., Turner, J.A., Romano, J.M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47(3), 249-83.
- Jones, G., Silman, A., Macfarlane, G. (2004). Parental pain is not associated with pain the child: a population based study. *Annals of the Rheumatic Diseases* , 63, 1152-1154.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: theory and application* (4^a ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kovacs, M., Gestoso, M., Gil del Real, T., López, J., Mufraggi, N., Ignacio Méndez, J. (2003b). Risks factors for non-specific low back pain in schoolchildren and their parents: a population based study. *Pain*, 103: 259-268.

- Lame, I.E., Peters, M.L., Vlaeyen, J.W., Kleef, M., & Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 9(1), 15-24.
- Lamers, L., Meerding, W.J., Severens, J., & Brouwer, W. (2005). The relationship between productivity and health-related quality of life: an empirical exploration in persons with low back pain. *Quality of Life Research*, 14, (3), 805-813.
- Lau, B.W. (1995). Psychosocial context of stress in health and illness. *Journal of the Royal Society of Health*, 115, (4), 220-224.
- Lazarus, R. (1993). Coping with the stress of illness. In A. Kaplun (Eds.). *Health promotion and chronic illness, discovering a new quality of health*, (pp. 11-29). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Masiero, S., Carraro, E., Celia, A., Sarto, D., & Ermani, M., (2008). Prevalence of nonspecific low back pain in schoolchildren aged between 13 and 15 years. *Acta Paediatrica*, 97(2), 212-216.
- Mierau, D., Cassidy, D., Yong-Hing, K. (1989). Low back pain and straight leg raising in children and adolescents. In: *Spine* 14:526-528.
- Mirtz, T. & Greene, L. (2005). Is a obesity a risk factor for low back pain? An example of using the evidence to answer a clinical question. *Chiropractic & Osteopathy*, 13:2.
- Moheseni-Bandpei, A., Bagheri-Nasami M. & Shayesteh-Azar, M. (2007). Nonspecific Low Back Pain in 5000 Iranian school-age children. *Journal of Pediatric Orthopedics*, 27(2), 126-129.
- Moreira, C. (2006). Prevalência da lombalgia. Relação com a idade, a obesidade e nível de actividade física: Estudo na população escolar adolescente. Dissertação de Mestrado em Desporto de Recreação e Lazer apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Murphy S, Buckle P. (2004). Back and neck pain amongst schoolchildren and associated risk factors. *Proceedings Premus 2004*, Fifth International Scientific Conference on Prevention of Work-Related Musculoskeletal Disorders, July 11-15, Zurich Switzerland, pp131-2.
- Negrini, S., and Carabalona, R. (2002). Backpacks on! Schoolchildren's perceptions of load, associations with back pain and factors determining load. *Spine*, 27, pp 187-195.
- Negrini, S., Frusco, C., Salvatore, A., Romano, M., Zaina, F. (2008). Low back pain: state of art. *European Journal of Pain*, 2, 52-56
- Nelson, A. (2007). Evaluation and treatment of patients with low back pain. *Journal of the American Academy of Physicians Assistant*, 20(4), 22-26

- Kovacs, F., Gestoso M., Real M., Lópes, J., Mufraggi N., & Méndz J. (2002). Risk factors for non-specific low back pain in schoolchildren and their parents: a population based study. *Pain*, 103 (2003), 259-268.
- Krismer, M., & Van Tulder, M. (2007). Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Low back pain(non-specific). *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21(1), 77-91.
- Oliveira, A. (1999). A lombalgia nas crianças e adolescentes: Estudo Epidemiológico na região da Grande Lisboa. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Olsen, T.L., Anderson, R.L., Dearwater, S.R., Kriska, A.M., Cauley, J.A., Aaron, D.J., et al. (1992). The epidemiology of low back pain in an adolescent population. *Am J Public Health*, 82, pp 606–8.
- Plowman SA (1992). Physical activity, physical fitness and low back pain. In J. O. Holloszy (ed.), *Exercise and Sport Sciences Review*, 20:221-242.
- Pellisé, R., Balagué, F., Rajmil, L., Cedraschi, C., Aguirre, M., Fontecha, C. (2009). Prevalence of low back pain and its effect on health-related quality of life in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescents Medicine*, 163(1), 65-71.
- Sallis, J., Olsen, N. (1999). *Physical activity & behavioral medicine*. London: Sages Publications, Inc.
- Santos-Eggimann, B., Wietlisbach, V., Paccaud, F., Gutzwiller, F., (2000). One year prevalence of low back pain in two Swiss Regions: estimates from the population participating in the 1992-1993 MONICA project. In: *Spine*, 25(19):2473-9.
- Sato, T. Ito, T., Hirano, T., Morita, O., Kikuchi, R., Endo, N. (2008). Low back pain in childhood and adolescence: a cross-sectional study in Niigata City. *European Spine Journal*, 17(11), 141-1447.
- Schanberg, L.E., Keefe, F.J., Lefebvre, J.C., Kredich, D.W., Gil, K.M. (1998). Social context of pain in children with juvenile primary fibromyalgia syndrome: parental pain history and family environment. *Clin J Pain*, 4, pp 107–115.
- Silva, L. (2005). Influência de factores biomorfológicos e psicossociais sobre a prevalência de lombalgia em adolescentes da Ilha de São Jorge – Açores. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Dissertação de Mestrado em Ciências da Fisioterapia apresentada à Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana.
- Sjolie, N. (2004). Low Back pain in adolescent is associated with poor hip mobility and high body mass index. In: *Scan J. Med Sports*, 3:168-175
- Skoffer, B. & Fodspang, A. (2008). Physical activity and low back pain in schoolchildren. *European Spine Journal*, 17(3), 373-379.

- Smith H, Hopton H, Chambers W. (1999). Chronic pain in primary care, *Family Practice*; Vol (16): 475-482.
- Stahl, M., Mikkelsson, M., Kautiainen, H., Haäkkinen, A., Ylinen, J., Salminen, J., (2004). Neck pain in adolescence. A 4-year follow-up of pain-free preadolescents. *Pain*, 110, pp 427–431.
- Steele, E., Bialocerkowski, A., Grimmer, K. (2003). The postural effects of load carriage on young people – a systematic Review. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 4, pp 12.
- Strong J. (1996). *Chronic pain: The Occupational Therapist's Perspective*. Churchill Livingstone.
- Taimela, S., Kujala, U.M., Salminen, J.J., Viljanen, T. (1997). The prevalence of low back pain among children and adolescents: A nationwide, cohort-based questionnaire survey in Finland. *Spine*, 22, pp 1132-1136.
- Troussier, B., Davoine, P., De Gaudemaris, R., Fauconnier, J., Pjélip, X. (1994) Back Pain in school children: a study 1178 pupils. *Scan J. REhabil. Med* 26, 143-146.
- Verhaak M., Kerssens J, Dekker J, Sorbi J, Bensing M, (1998) Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of literature, International Association for Study of Pain, *Pain*; Vol (77): 231-239.
- Waddell, G., Feder, G., & Lewis, M. (1997). Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *British Journal General Practice*, 47, 647-52.
- Watson, K., Papageorgiou, C., Jones, T. (2000). Low back pain in schoolchildren: occurrence and characteristics. *Pain*, 97: 87-92.
- Wedderkopp, N., Leboeu-Yde, C., Andersen, B., Froberg, K., Hansen, H. (2001). Back pain reporting pattern in a Danish population-based sample of children and adolescents. *Spine*, 26(17), 1879-1883.
- Whittfield, J., Legg, J., Hedderley, D. (2005). Schoolbag weight and musculoskeletal symptoms in New Zealand secondary schools. *Applied Ergonomics*, 36(2), 193-198.