

Luis Rogério Cosme Silva Santos^I

Ada Ávila Assunção^{II}

Eduardo de Paula Lima^{III}

Dor nas costas em adultos residentes em territórios quilombolas, Bahia

Back pain in adults living in quilombola territories of Bahia, Northeastern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os fatores associados à dor nas costas em adultos residentes em territórios quilombolas.

MÉTODOS: Inquérito de base populacional foi realizado em 2011 em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, estado da Bahia, Brasil. A amostra (n = 750) foi estabelecida por meio de sorteio de domicílios. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas para investigar características sociodemográficas e de emprego, hábitos de vida e estado de saúde. O desfecho foi analisado como variável dicotômica (regressão de Poisson).

RESULTADOS: A prevalência de dor nas costas foi 39,3%. Idade \geq 30 anos e ser fumante foram associados ao desfecho. A situação de emprego não se associou à dor nas costas.

CONCLUSÕES: O inquérito identificou alta prevalência de dor nas costas em adultos. Sugere-se apoiar a (re)estruturação dos serviços públicos locais, a fim de delinear programas e acesso dos adultos quilombolas às práticas saudáveis, à assistência, ao diagnóstico e ao tratamento dos problemas da coluna vertebral.

DESCRIPTORIOS: Dor nas Costas, epidemiologia. Fatores de Risco. População Rural. Inquéritos Epidemiológicos.

^I Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Núcleo de Estudos em Saúde e Trabalho. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Luis Rogério Cosme Silva Santos
Universidade Federal da Bahia
Campus Anísio Teixeira
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Rua Rio de Contas, 58 Quadra 17 Gabinete
05 Candeias
45029-094 Vitória da Conquista, BA, Brasil
E-mail: luisrogerio.ufba@gmail.com

Recebido: 9/1/2014
Aprovado: 8/4/2014

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the factors associated with back pain in adults who live in quilombola territories.

METHODS: A population-based survey was performed on quilombola communities of Vitória da Conquista, state of Bahia, Northeastern Brazil. The sample (n = 750) was established via a raffle of residences. Semi-structured interviews were conducted to investigate sociodemographics and employment characteristics, lifestyle, and health conditions. The outcome was analyzed as a dichotomous variable (Poisson regression).

RESULTS: The prevalence of back pain was of 39.3%. Age \geq 30 years and being a smoker were associated with the outcome. The employment status was not related to back pain.

CONCLUSIONS: The survey identified a high prevalence of back pain in adults. It is suggested to support the restructuring of the local public service in order to outline programs and access to healthy practices, assistance, diagnosis, and treatment of spine problems.

DESCRIPTORS: Back Pain, epidemiology. Risk Factors. Rural Population. Health Surveys.

INTRODUÇÃO

Dor nas costas (DC) é um distúrbio musculoesquelético que afeta a coluna vertebral em suas principais regiões (cervical, dorsal e lombar) e se constitui problema para a saúde pública.¹¹ De 70,0% a 85,0% da população mundial são suscetíveis aos quadros agudos ou subagudos de DC ao longo da vida, com repercussões sobre a rotina dos indivíduos acometidos, incluindo a incapacidade temporária ou permanente para o trabalho.⁷ Desse modo, torna-se uma das principais causas de absenteísmo laboral e dos custos sociais, previdenciários e de saúde.^{11,14}

A DC é fenômeno multicausal. Características sociodemográficas, ocupacionais e os hábitos de vida são fatores frequentemente associados ao distúrbio. Estão bem descritos os prejuízos à qualidade de vida.⁵ Contudo, não há definição única nem métodos padronizados que facilitem as devidas comparações dos resultados obtidos em pesquisas.⁷

A dor é sentida de modo peculiar e sua expressão está relacionada à experiência subjetiva, que envolve aspectos sensoriais, cognitivos e socioculturais,¹² interferindo na maneira de as pessoas perceberem, reagirem e se comunicarem, externalizando ou não o processo

álgico. Características étnicas e comportamentais também modulam as expressões individuais da sensação dolorosa na região das costas.⁶

Embora a maioria dos estudos tenha focalizado apenas a região lombar, não é o caso da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD)^a e de outros inquéritos nacionais.^{7,b} O consenso *Delphi*, realizado em 2006 e que envolveu 28 especialistas no tema oriundos de 12 países, apoia tais posições que incorporam mais regiões da coluna na definição de DC.⁴ Em seu documento final assume *low back pain* (dor lombar) como sinônimo de DC, salientando a pertinência de incluir as dores lombar, cervical e na região dorsal, conforme adotam os inquéritos específicos. Apoiando-se em tais antecedentes, adotou-se a definição mais ampla de DC, que considera toda a estrutura da coluna vertebral.

Quanto às condições de vida e de trabalho no campo, sabe-se das iniquidades quando se analisam os indicadores sociais e de saúde. Destaca-se o predomínio de fatores de risco para as afecções musculoesqueléticas, relacionadas à atividade agrícola específica.¹⁰ Similarmente, nas populações quilombolas rurais, as assimetrias socioeconômicas e raciais influenciam

^a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios, 2008. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Brasília (DF):2010 [citado 2012 ago 12]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/

^b Lima-Costa MF, Turci M, Macinko J. Saúde dos adultos em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento da Fundação Oswaldo Cruz; UFMG; 2012.

sobremaneira as desigualdades em saúde.⁶ Quanto aos quilombolas, ainda são escassos os estudos epidemiológicos para avaliação dos problemas de saúde,³ incluindo a DC.

O termo “quilombola” designa grupos étnico-raciais remanescentes de quilombos, cuja herança cultural e material lhes confere um sentimento de ser e pertencer aos históricos territórios quilombolas, segundo critérios de autoatribuição e presunção de ancestralidade negra.³ No escopo do inquérito de saúde em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, denominada “Projeto COMQUISTA”,³ que norteou o atual estudo, essa teia de relações socioculturais fundamentou as hipóteses sobre as desigualdades sociais em saúde.

O objetivo do presente estudo foi analisar os fatores associados à dor nas costas em adultos residentes em territórios quilombolas.

MÉTODOS

O perfil epidemiológico das comunidades quilombolas foi investigado, em 2011, em inquérito transversal de base populacional com cinco comunidades quilombolas, sediadas em cinco distritos do município de Vitória da Conquista, Bahia. Todas as cinco comunidades são atestadas pela Fundação Palmares, certificadas pelo autorreconhecimento de pertença aos antigos quilombos.³

O universo amostral estimado foi de 2.935 adultos residentes em áreas quilombolas selecionadas. O plano amostral adotou como premissas: a) selecionar aleatoriamente uma comunidade por distrito; b) incluir somente comunidades com pelo menos 50 famílias cadastradas; c) selecionar por sorteio os domicílios a serem visitados; d) convidar todos os adultos (≥ 18 anos) residentes no domicílio sorteado para participar da pesquisa.

Dos domicílios sorteados (422), 393 foram incluídos no estudo (93,1%). Foram entrevistados 797 indivíduos e selecionados 750 adultos, após a exclusão de gestantes (11) e informantes secundários (36). As gestantes foram excluídas devido às alterações musculares transitórias na região da coluna presentes na gravidez. Quanto aos informantes, a natureza do evento autorreferido (DC) é de caráter individual e subjetivo, sendo inadequado considerar a descrição de uma experiência desse tipo por um terceiro.

Para as entrevistas, utilizou-se o questionário semiestruturado Inquérito Região Integrada do Distrito Federal, da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), adaptado para a população quilombola. Formatado em dois módulos específicos (o individual e o domiciliar), o questionário viabilizou coletar dados demográficos, socioeconômicos, ocupacionais, hábitos de vida, estado de saúde e morbidades.

Para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), o peso foi aferido em balança eletrônica portátil marca Marte®, modelo LC200PP, com capacidade até 200 kg e sensibilidade de 50 g. A altura foi obtida por meio de um estadiômetro portátil e transportável da marca CauMaq®, modelo EST-22, com capacidade de 300 mm a 2.000 mm. Na construção da variável “IMC” consideraram-se os valores padronizados nacionalmente para a definição dos índices normal e alterado (sobrepeso/obesidade) que interferem no relato de DC.

A pergunta para obter a variável DC foi: “O(a) sr(a). tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?”, com opções de respostas sim e não.

As variáveis explicativas consideradas na análise dos dados foram as seguintes: a) característica ocupacional (situação no emprego); b) características individuais (sexo, idade, estado conjugal, escolaridade, cor da pele, renda individual); c) estado de saúde e hábitos de vida (prática de atividade física, IMC e tabagismo).

A variável “situação de emprego” refere-se ao regime contratual do respondente, com oito opções de respostas, categorizadas em três: desempregado, vínculo permanente e vínculo temporário.

A variável “cor da pele” foi autodeclarada com as seguintes opções: branca, preta, parda e outras (índigena, amarela). A definição de cor da pele seguiu o padrão nacional, de acordo com os parâmetros conceituais adotados pela PNAD, relacionando-a com as características físicas autodeclaradas dos entrevistados.

A variável “escolaridade” foi definida pelo grau de instrução do respondente: elementar incompleto; elementar completo; e fundamental e ensino médio. A variável “renda” referiu-se à existência de uma remuneração individual mensal, com opção de resposta sim e não.

“Atividade física” foi construída diante das respostas à pergunta: “Quantos dias por semana o(a) sr(a). costuma praticar exercício físico ou esporte?”. Foram criadas duas categorias: “sim”, para respostas positivas, independentemente do número de dias por semana, e “não”, quando o indivíduo respondeu “nunca” à referida questão, para avaliar de forma geral se pratica ou não pratica atividade física. A variável “tabagismo” foi construída pelo questionamento quanto ao hábito de fumar (atualmente), com opções de resposta sim e não.

Os líderes locais foram procurados para conceder anuência para realização do estudo. A coleta de dados, realizada de setembro a outubro de 2011, foi precedida de mapeamento e sensibilização das comunidades.

⁶ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e Estatísticas das Relações Raciais. Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil 2009-2010. Rio de Janeiro: Garamond Universitária; 2010.

Com auxílio de localizador tipo GPS e registro fotográfico, foi construído mapa para caracterizar o universo dos domicílios. Os dados gerados pelo GPS foram editados com a identificação de cada ponto (*waypoint* – número e coordenadas geográficas) em planilhas eletrônicas específicas, gerando a representação espacial da área e de seus domicílios. Tal representação viabilizou o sorteio aleatório dos domicílios de cada comunidade, pela técnica de sorteio eletrônico de números randômicos, sem repetição, com auxílio da ferramenta *Random Integer Set Generator*.^d

Para adequação do instrumento, além de dois pré-testes (33 entrevistas), realizou-se etapa piloto em comunidade quilombola não selecionada na pesquisa (55 famílias), equivalente a 8,0% da amostra principal. O questionário em papel foi aplicado pelos próprios pesquisadores.

As entrevistas do estudo principal foram realizadas com a participação de 24 acadêmicos da área da saúde treinados e supervisionados pelos coordenadores do campo (pesquisadores). Os dados dos questionários foram adaptados para uso em computadores portáteis (HP *pocket* Rx5710), e transportados e armazenados no programa *Questionnaire Development System* (QDS™; NOVA Research Company, versão 2.6.1).

Para a análise de confiabilidade foram realizadas 42 reentrevistas (4,5% da amostra). Utilizou-se a concordância observada e a estatística kappa para variáveis categóricas, e o coeficiente de correlação de Pearson para variáveis contínuas, obtendo-se índices e coeficientes satisfatórios. As estimativas foram obtidas com os programas EpiInfo, versão 3.5.3, e R, versão 2.11.1.³

Para a análise geral dos dados, utilizou-se o software estatístico Stata 11.0. Inicialmente, realizou-se a análise descritiva, estimando-se as frequências brutas e relativas de acordo com as categorias que compunham as variáveis do estudo. A análise univariável foi utilizada para verificar a presença de associações brutas de DC com as categorias das variáveis explicativas. As associações entre as variáveis explicativas e o desfecho (Razão de Prevalência – RP) foram calculadas por meio da regressão de Poisson, com estimação de variável robusta.

As variáveis explicativas que apresentaram significância estatística ($p \leq 0,20$) foram selecionadas para a análise multivariável intermediária por blocos: sociodemográfico e emprego; saúde e hábitos de vida.

Optou-se pela entrada hierarquizada de variáveis, considerando o teste de hipótese e a existência de dois níveis, na seguinte ordem: no nível 1, as variáveis sociodemográficas e emprego (sexo, idade, estado conjugal, escolaridade, cor da pele, renda individual e situação de emprego); no nível 2, as variáveis relacionadas com

estado de saúde e hábitos de vida (IMC, tabagismo, frequência de atividade física).

Na definição do modelo final, entraram as variáveis com significância estatística ($p \leq 0,05$) encontradas nos níveis 1 e 2.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade São Francisco de Barreiras (CAAE 0118.0.066.000-10) e pelo Comitê da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0118.0.066.203-10).

RESULTADOS

A prevalência de DC foi de 39,3%, sem diferenças significativas entre homens e mulheres. Na faixa etária mais jovem (de 18 a 30 anos), observou-se menor prevalência de DC (26,1%). A maioria dos residentes nos quilombos era casada (63,7%). Maior prevalência de DC foi encontrada nos indivíduos que se declararam separados ou viúvos (49,1%), e menor nos indivíduos solteiros (30,5%). Quanto à escolaridade, 67,3% dos entrevistados informaram nível elementar incompleto. A prevalência foi maior nestes, quando comparada àqueles com maior nível de escolaridade (Tabela 1).

A maioria era de cor parda (44,6%). Observou-se prevalência mais elevada de DC no grupo de indivíduos de cor branca, quando comparados com os respondentes que se declararam de cor preta.

O hábito de fumar foi relatado por 19,7% e a prevalência de DC foi mais expressiva entre os fumantes quando comparados aos não fumantes (Tabela 2).

Dos entrevistados, 24,1% praticavam atividade física pelo menos uma vez por semana. A prevalência de DC foi menor (35,0%) nesse segmento quando comparada ao segmento que não praticava atividades físicas (40,5%).

Quanto à situação de emprego, 40,0% dos trabalhadores relataram vínculo temporário. Nesse grupo, a prevalência de DC (36,8%) foi menor quando comparada ao grupo de desempregados e ao grupo que relatava ter vínculo permanente no emprego. Contudo, tais diferenças não foram significativas nas análises univariáveis ($p > 0,20$).

Nas análises multivariáveis intermediárias, observou-se que, no grupo do nível 1 (sociodemográficas e emprego), apenas idade foi associada a DC. Entre as variáveis do nível 2 (estado de saúde e hábitos de vida), IMC, tabagismo e atividade física permaneceram no modelo.

Na análise multivariável final, o desfecho DC foi explicado por dois fatores: idade e tabagismo. Quanto às faixas de idade, encontrou-se uma relação linear e estatisticamente associada com DC (Tabela 3).

^d Haahr M. Random Integer Set Generator. School of Computer Science and Statistics. Dublin: Trinity College; 1998 [citado 2013 ago 15]. Disponível em: <http://www.random.org/integer-sets/>

Tabela 1. Frequência relativa de características sociodemográficas, situação de saúde, estilo de vida e variáveis ocupacionais de quilombolas. Vitória da Conquista, BA, 2011. (N = 750)

Variável	%
Sexo	
Masculino	46,5
Feminino	53,5
Idade (anos)	
18 a 30	26,5
31 a 50	39,2
> 50	34,3
Situação conjugal	
Solteiro	21,9
Casado	63,7
Separado/Viúvo	14,4
Escolaridade	
Fundamental/Médio	11,3
Elementar (completo)	21,4
Elementar (incompleto)	67,3
Cor da pele	
Preta	39,5
Branca	12,6
Parda	44,6
Outras	3,4
Renda	
Sim	71,7
Não	28,3
Situação de emprego	
Vínculo temporário	40,0
Desempregado	46,7
Vínculo permanente	13,3
Tabagismo	
Não fumante	80,3
Fumante	19,7
Índice de massa corporal	
Normal	57,5
Sobrepeso/Obesidade	42,5
Atividade física	
Prática	24,1
Não prática	75,9

DISCUSSÃO

A prevalência de DC encontrada foi de 39,3%, inferior à registrada no inquérito de Pelotas, Rio Grande do Sul (63,1%),⁷ e superior à encontrada em inquérito nacional (13,5%).^c Regionalmente, registram-se prevalências mais baixas em Salvador, Bahia (14,7%)¹ e em Belo Horizonte, Minas Gerais (7,3%).^b Mundialmente, de acordo com a literatura, prevalências mais baixas foram descritas no Japão e Estados Unidos, respectivamente 25,2% e 31,0%.^{15,17}

Contudo, a interpretação de tais comparações merece cautela porque as inconsistências na expressão e na magnitude das prevalências de DC podem ser devidas à dimensão investigada e ao tipo de pergunta que

originou a variável desfecho em cada estudo.⁷ Apesar do esforço dos pesquisadores para padronizar uma definição de DC pelo método Delphi, ainda existem deficiências quanto ao consenso necessário para a devida comparação dos dados.⁴

De forma consistente,¹⁶ observou-se prevalência mais elevada de DC e associação positiva nas faixas etárias mais avançadas. Afecções da coluna vertebral são esperadas e se distribuem de acordo com a faixa etária devido às alterações mecânico-degenerativas, metabólicas ou sistêmicas do aparelho musculoesquelético.⁷

Entre os moradores dos quilombos, DC foi mais prevalente no grupo de fumantes. O efeito do tabagismo é explicado pelas alterações que a nicotina provoca no tecido dos discos intervertebrais.¹⁴

Prática de atividade física não foi associada a DC. O achado não é consistente com a literatura. Geralmente, observa-se associação negativa entre atividade física adequada e DC.^{2,14}

Surpreendentemente, não foi observada associação entre situação de emprego e DC. Esperava-se que os trabalhadores empregados seriam mais vulneráveis devido a maior chance de exposição a demandas físicas do trabalho, caracterizadas por posturas anômalas ou carregamento de peso.⁸ Contudo, o desemprego também favorece a exposição a fatores de risco para o aparelho musculoesquelético.¹⁴

A ausência de associação com emprego pode ser atribuída aos modos de vida destinados à subsistência na área rural. Sabe-se que as condições de vida e de saúde dos grupos rurais não são estruturadas exclusivamente pelo emprego,¹⁰ podendo interferir no relato de DC.

A cor da pele não foi associada a DC em nenhuma das etapas da análise, ainda que tal característica esteja associada aos relatos de piores condições de vida e saúde.¹⁰ Resultado semelhante foi anteriormente observado por Almeida et al.¹

As diferenças nas experiências de adoecimento podem decorrer do racismo, e não essencialmente da cor da pele dos indivíduos. Nessa perspectiva, estudos recentes mostram associação entre discriminação percebida e DC,⁶ porém nosso estudo não tem força para examinar tal atributo.

Gênero e escolaridade não foram significativamente associados a DC, confirmando resultados obtidos em população de Salvador, cidade vizinha.¹ Tais resultados, contudo, não são consistentes. Na Alemanha¹⁴ e na China,⁹ observou-se associação entre sexo, grau de instrução e DC.

O grupo dos indivíduos separados ou viúvos e aqueles que viviam em união estável apresentaram maior

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência de dor nas costas em quilombolas de acordo com características sociodemográficas, situação de saúde, estilo de vida e variáveis ocupacionais. Vitória da Conquista, BA, 2011. (N = 750)

Variável	Prevalência DC (%)	RP	IC95%
Sexo			
Masculino	39,0	1,0	
Feminino	39,7	1,02	0,85;1,22
Idade (anos)			
18 a 30	26,1	1,0	
31 a 50	40,1	1,54	1,17;2,02 ^a
> 50	48,6	1,86	1,43;2,43 ^a
Situação conjugal			
Solteiro	30,5	1,0	
Casado	49,2	1,32	1,02;1,70 ^a
Separado/Viúvo	49,1	1,61	1,19;2,17 ^b
Escolaridade			
Fundamental/Médio	28,3	1,0	
Elementar (completo)	35,6	1,26	0,85;1,88 ^b
Elementar (incompleto)	42,5	1,50	1,06;2,14 ^a
Cor da pele			
Preta	36,3	1,0	
Branca	39,8	1,09	0,82;1,47 ^b
Parda	41,5	1,14	0,94;1,39
Outras	48,0	1,32	0,86;2,04
Renda			
Sim	39,0	1,0	
Não	40,1	1,05	0,86;1,27
Situação de emprego			
Vínculo temporário	36,8	1,0	
Desempregado	39,8	1,08	0,88;1,32
Vínculo permanente	45,0	1,22	0,94;1,59
Tabagismo			
Não fumante	36,5	1,0	
Fumante	50,7	1,39	1,15;1,68 ^a
Índice de massa corporal			
Normal	36,7	1,0	
Sobrepeso/Obesidade	43,3	1,18	0,99;1,41 ^b
Atividade física			
Prática	35,0	1,0	
Não prática	40,5	1,16	0,93;1,45 ^b

DC: dor nas costas

^a p ≤ 0,05^b p ≤ 0,20**Tabela 3.** Modelo multivariado final (regressão de Poisson) para dor nas costas em quilombolas. Vitória da Conquista, BA, 2011. (N = 750)

Variável	RP	IC95%
Idade (anos)		
18 a 30	1,0	
31 a 50	1,47	1,12;1,94 ^a
> 50	1,80	1,38;2,35 ^a
Tabagismo		
Não fumante	1,0	
Fumante	1,31	1,08;1,59 ^a

^a p ≤ 0,01

prevalência de DC, porém a situação conjugal não permaneceu na etapa final da análise. Em geral, os indivíduos solteiros são mais jovens, sendo a menor idade um fator de proteção nesse segmento, em comparação com os demais grupos. Resultado equivalente ao estudo atual foi encontrado tanto no inquérito americano¹³ quanto no brasileiro.¹

Este estudo mostra a prevalência geral de DC em uma população predominantemente rural, pobre, pouco escolarizada, subempregada e socialmente desprotegida. Devido ao delineamento transversal, causa e efeito não podem ser estabelecidos. No entanto, os resultados

reforçam a relação entre fatores individuais (idade) e os hábitos de vida (tabagismo) e DC.

A metodologia utilizada foi adequada para alcançar os objetivos. A adaptação parcial do questionário da PNS à realidade quilombola garantiu representatividade para comparações em relação ao objeto estudado. Podem-se considerar adequados: realização do projeto piloto, treinamento dos entrevistadores para a coleta de dados por meio de *pockets*, precedida da sensibilização de lideranças locais, e mapeamento dos territórios para a localização correta dos domicílios. A análise de confiabilidade mostrou a congruência das estratégias adotadas no estudo.

A questão que deu origem ao desfecho, formulada no tempo presente, evitou a possibilidade do viés de memória e, por conseguinte, a subestimação da prevalência de DC. Apesar da existência de termos médicos na estrutura das perguntas, parece não ter havido problemas de interpretação, pois a confiabilidade das respostas (índice kappa) foi igual a 1, ou seja, 100% de concordância nas reentrevistas. Contudo, a ausência de referência à periodicidade da DC é um limite para as devidas comparações.

São desejáveis aprofundamentos visando esclarecer a ausência de conexões entre situação de emprego e expressões algícas na coluna. Considerando a homogeneidade

da população quilombola no tocante às condições gerais de vida, é provável que o efeito das condições de trabalho não tenha sido potente para explicar DC. Contudo, para o futuro, seriam apropriados estudos para diferenciar as exposições relacionadas especificamente à vida, trabalho e emprego.

Os resultados indicam a necessidade de elaboração de estratégias de prevenção visando ao controle e à redução da prevalência de DC nas comunidades quilombolas investigadas. Seminários locais, em 2014, permitiram a divulgação dos resultados para os membros do Sistema Único de Saúde, dos movimentos sociais e da universidade. Vislumbra-se fortalecer o debate institucional para apoiar a (re)estruturação dos serviços públicos locais, a fim de delinear programas e acesso dos adultos quilombolas às práticas saudáveis, à assistência, ao diagnóstico e ao tratamento dos problemas da coluna vertebral.

AGRADECIMENTOS

Aos pesquisadores do Projeto COMQUISTA, pelo planejamento e supervisão da coleta dos dados. Ao Professor Mark Drew Guimarães (UFMG), pela coordenação da pesquisa. Ao Professor Orlando Sílvio Caires Neves (IMS/CAT/UFBA), na condução do DINTER e no projeto COMQUISTA.

REFERÊNCIAS

- Almeida ICGB, Sá KN, Silva M, Baptista A, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Rev Bras Ortop.* 2008;43(3):96-102. DOI:10.1590/S0102-36162008000200002
- Barros SS, Ângelo RCO, Uchôa PBL. Lombalgia ocupacional e a postura sentada. *Rev Dor.* 2011;12(3):226-30. DOI:10.1590/S1806-00132011000300006
- Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti R, Guimarães MDC. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Cienc Saude Coletiva.* 2013 [citado 2013 ago 15]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=12327
- Dionne CE, Dunn KM, Croft PR, Nachemson AL, Buchbinder R, Walker BF, et al. A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. *Spine (Phila Pa 1976).* 2008;33(1):95-103. DOI:10.1097/BRS.0b013e31815e3a10
- Dureja GP, Jain PN, Shetty N, Mandal SP, Prabhoo R, Joshi M, et al. Prevalence of Chronic Pain, Impact on Daily Life, and Treatment Practices in India. *Pain Pract.* 2014;14(2):E51-62. DOI:10.1111/papr.12132
- Edwards RR. The association of perceived discrimination with low back pain. *J Behav Med.* 2008;31(5):379-89. DOI:10.1007/s10865-008-9160-9
- Ferreira GD, Silva MC, Rombaldi AJ, Wrege ED, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev Bras Fisioter.* 2011;5(1):31-6. DOI:10.1590/S1413-35552011005000001
- Kwon BK, Roffey DM, Bispo PB, Dagenais S, Wai EK. Systematic review: occupational physical activity and low back pain. *Occup Med (London).* 2011;61(8):541-8. DOI:<http://dx.doi.org/10.1093/ocmed/kqr092>
- Liao CC, Chou YC. Low back pain associated with sociodemographic factors, lifestyle and osteoporosis: a population-based study. *Osteoporos Int.* 2013;24(Suppl 4):539-647. DOI:10.1007/s00198-013-2537-9
- Maia AC, Rodrigues, CG. Saúde e mercado de trabalho no Brasil: diferenciais entre ocupados agrícolas e não agrícolas. *Rev Econ Sociol Rural.* 2010;48(4):737-65. DOI:10.1590/S0103-20032010000400010
- Meziat Filho N, Silva GA. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2011;45(3):494-502. DOI:10.1590/S0034-89102011000300007
- Sardá Jr JJ, Nicholas MK, Pimenta CAdeM, Asghari A. Psychosocial predictors of pain, incapacity and depression in Brazilian chronic pain patients. *Rev Dor.* 2012 [citado 2014 mar 12];13(2):111-8. DOI:10.1590/S1806-00132012000200003

13. Schiller JS, Lucas JW, Ward BW, Peregoy JA. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2010. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat.* 2012;(252):1-207.
14. Schneider S, Schiltewolf M, Zoller SM, Schmitt H. The association between social factors, employment status and self-reported back pain—a representative prevalence study on the German general population. *J Public Health.* 2005;13(1):30-9. DOI:10.1007/s10389-004-0085-7
15. Strine TW, Hootman JM. US National Prevalence and Correlates of Low Back and Neck Pain Among Adults. *Arthritis Rheum.* 2007;57(4):656-65. DOI:10.1002/art.22684
16. Xu G, Pang D, Liu F, Pei D, Wang S, Li L. Prevalence of low back pain and associated occupational factors among chinese coal miners. *BMC Public Health.* 2012;12:149. DOI:10.1186/1471-244X-12-149
17. Yamada K, Matsudaira K, Hara N, Nakamura K, Takeshita K. The prevalence and characteristics of low back pain as the most disabling pain in Japan. *Eur Spine J.* 2011;20(Suppl 4):S502-47.

Artigo baseado na tese de doutorado de Santos LRCS, intitulada: “Dor nas costas: prevalência e fatores associados em comunidades quilombolas da Bahia”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em 2014.

Trabalho apresentado no I Encontro sobre saúde da população quilombola de Vitória da Conquista, BA, em 2013.

Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Processo 020/2010 PPSUS) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES – Edital 05/2009 – Doutorado Interinstitucional – DINTER, Ação Novas Fronteiras).

Os autores declaram não haver conflito de interesses.