

Luis Rogério Cosme Silva Santos

DOR NAS COSTAS: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS EM
COMUNIDADES QUILOMBOLAS DA BAHIA

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte – MG
2014

Luis Rogério Cosme Silva Santos

DOR NAS COSTAS: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS EM
COMUNIDADES QUILOMBOLAS DA BAHIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Pública - área de concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Profa. Ada Ávila Assunção

Belo Horizonte – MG
2014

Santos, Luis Rogério Cosme Silva.
S237d Dor nas costas [manuscrito]: prevalência e fatores associados em comunidades Quilombolas da Bahia. / Luis Rogério Cosme Silva Santos.
- - Belo Horizonte: 2014.
117f.: il.
Orientador: Ada Ávila Assunção.
Área de concentração: Saúde Pública.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Dor nas Costas/epidemiologia. 2. Fatores de Risco. 3. Inquéritos Epidemiológicos. 4. População Rural. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Assunção, Ada Ávila. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WE 720



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dor nas costas: prevalência e fatores associados em comunidades quilombolas da Bahia

LUIS ROGERIO COSME SILVA SANTOS

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

Aprovada em 02 de junho de 2014, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Ada Avila Assuncao - Orientador
UFMG

Prof(a). Mark Drew Crosland Guimarães
UFMG

Prof(a). Adriano Marçal Pimenta
UFMG

Prof(a). Marcus Alessandro Alcântara
UFVJM

Prof(a). Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
UFSM

Prof(a). Gilda Aparecida Ferreira
UFMG

Belo Horizonte, 2 de junho de 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Prof^a. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitora de Pesquisa

Prof^a. Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Colegiado

Profa. Ada Ávila Assunção

Profa. Eli Iola Gurgel de Andrade

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Profa Sandhi Maria Barreto

Flávia Soares Peres (Discente Titular)

Laura Monteiro de Castro Moreira (Discente Suplente)

Dedicatória

Às comunidades quilombolas de Vitória da Conquista que aspiram por mais saúde e
qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas pesquisadores do Projeto COMQUISTA pela participação na elaboração do projeto, no planejamento e na supervisão da coleta dos dados.

À CAPES pelo financiamento do Doutorado Interinstitucional (DINTER), por meio do Edital 05/2009, Ação Novas Fronteiras.

À FAPESB pelo financiamento do projeto de pesquisa COMQUISTA, por meio do Edital 020/2010 PPSUS.

À minha orientadora Ada Ávila Assunção pela habilidade, humanismo e compromisso na condução desta tese.

Ao professor Mark Drew Guimarães pela dedicação na coordenação da pesquisa e pelos conselhos em momentos decisivos.

Ao professor Orlando Sílvio Caires pela efetiva contribuição com o DInter e o projeto Comquista.

Ao colega Eduardo de Paula Lima pela cooperação e apoio em etapas importantes.

A minha Juliana (esposa) e minhas filhas, Anna Cecília e Anna Lídia, pela paciência e carinho.

A minha mãe, Maria Amália, pelas preces.

Aos amigos Antonio dos Anjos, Malakaê Canabrava, Irmã Maria, Neuza, Antonio Bispo, Efigênia e Waldemar Boa Vontade pelo incentivo constante.

EPÍGRAFE

“A desigualdade é uma evidência empírica que se torna ostensiva nos conjuntos estatísticos, e para cuja compreensão adequada é preciso desvendar a inequidade que a produz”.

Jaime Breilh.
(in Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade

RESUMO

RESUMO

Introdução: A dor nas costas (DC) destaca-se como um dos principais problemas de saúde no Brasil. Estima-se que de 60% a 80% da população no mundo está susceptível de apresentar quadros agudos ou subagudos de dor nas costas ao longo da vida. Fatores ocupacionais, socioculturais e comportamentais determinam elevadas prevalências de DC em diferentes populações. Ressalta-se que a dor nas costas compromete a rotina diária dos indivíduos acometidos, com potencial de provocar incapacidade temporária ou permanente para as atividades da vida diária e para o trabalho. Constitui-se, desse modo, como uma das principais causas de absenteísmo laboral e eleva o custo previdenciário e dos sistemas de saúde. No tocante aos indivíduos remanescentes de quilombos (quilombolas), as condições gerais de vida, marcadas pela pobreza, baixa escolaridade e as iniquidades no campo da saúde, conformam um cenário de vulnerabilidade socioeconômica que pesa sobre a condição negra e define o perfil de saúde, caracterizado por maiores taxas de mortalidade, violência social, fome, riscos ocupacionais, baixo acesso aos serviços de saúde e prevalência elevada de doenças crônicas, entre as quais, DC. **Objetivos:** Descrever a prevalência e investigar os fatores associados à dor nas costas em adultos residentes em territórios quilombolas do município de Vitória da Conquista (Bahia). **Método:** Trata-se de inquérito de base populacional que utilizou dados do Projeto COMQUISTA, realizado em 2011 em 25 comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, sediadas em cinco distritos escolhidos aleatoriamente, para avaliação de saúde e dos seus condicionantes. O universo amostral foi de 2.935 indivíduos. A amostra (n=750) para o estudo específico de DC foi estabelecida por meio de sorteio de domicílios. Em função da heterogeneidade dos eventos investigados no projeto matricial (COMQUISTA) foi estimada no inquérito uma prevalência de 50%, com 5% de precisão e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Entrevistas semiestruturadas foram realizadas para investigar características sociodemográficas e de emprego, hábitos de vida e estado de saúde: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, cor da pele, renda, situação de emprego, tabagismo, Índice de Massa Corporal (IMC), prática de atividade física. 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 de acordo com a entrada hierarquizada de dados. **Resultados:** A prevalência de DC foi 39,3%. Na análise multivariável, as faixas etárias de 31 a 50 anos (RP 1,47; IC95% 1,12-1,94) e acima de 50 anos (RP 1,80; IC95% 1,38-2,35) foram associadas ao desfecho ($p \leq 0,01$). Observou-se associação significativa entre o hábito de fumar e DC (RP 1,31; IC95% 1,08-1,59) no modelo final ($p \leq 0,01$). A situação de emprego não foi associada ao desfecho. **Conclusões:** O inquérito identificou prevalência de DC em adultos quilombolas em situação de vulnerabilidade social, residentes em área rural. No entanto, os resultados foram sugestivos quanto à possível relação entre fatores individuais (idade) e os hábitos de vida (tabagismo) e DC. São desejáveis estudos para esclarecer as conexões entre situação de emprego dor nas costas autorrelatada. 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. Elegem-se as ações intersetoriais a fim de proporcionar aos adultos quilombolas práticas saudáveis e o acesso à assistência, ao diagnóstico e ao tratamento dos problemas de coluna vertebral.

Palavras-chave: Dor nas Costas. Epidemiologia. Fatores de Risco. População Rural. Inquéritos Epidemiológicos.

ABSTRACT

ABSTRACT

Introduction: Back pain (BP) is viewed as one of the major health problems in Brazil. An estimated 60 to 80 percent of the world population is likely to suffer either from acute or subacute back pain throughout life. Occupational, sociocultural and behavioural factors cause high prevalence of BP in different populations. In addition, back pain adversely affects the routine of such individuals, leading to cause whether temporary or permanent incapability of working and other daily life activities. Thus, it has been viewed as one of the major reasons for labour absenteeism, increasing the social security and health system costs. With regard to remaining *quilombola* individuals, general living conditions, affected by poverty, low education level, as well as inequities in the field of health, represent a scenario of socioeconomic vulnerability. These burden on their condition of being black, and outline a health profile, characterized by higher rates of mortality, social violence, hunger, occupational hazards, low access to health services, and high prevalence of chronic diseases, among which, BP. **Objective:** to describe the prevalence and investigate the factors associated with back pain in adults who live in *quilombola* territories in Vitória da Conquista (Bahia). **Method:** a population-based inquiry with data from COMQUISTA project was conducted in 25 *quilombola* communities from Vitória da Conquista, Bahia, based on 5 randomly selected municipalities, in 2011, so as to evaluate both the health and its determinants. The sampling universe involved 2.935 individuals. The sampling (n=750) was done by selecting homes through sortition. Due to the heterogeneous feature of the events investigated in the matrix project (COMQUISTA), a prevalence of 50 percent (5 percent of precision and confidence interval of 95 percent - IC95%) was estimated in the inquiry. Semi-structured interviews were carried out to investigate socio-demographic and occupational characteristics, life habits, and health conditions: gender, age, marital status, education, colour, income, employment situation, tobaccoism, Body Mass Index (BMI), physical activity. Associations between the explanatory variables and the outcome (Prevalence Ratio - PR) were calculated through Poisson regression, with an estimation of robust variable according to the hierarchical data entry. **Results:** The prevalence of BP was 39,3%. In the multivariable analysis, group ages from 31 to 50 (RP 1,47; IC95% 1,12-1,94) and over 50 (RP 1,80; IC95% 1,38-2,35) were associated with the outcome ($p \leq 0,01$). Significant association between smoking and BP (RP 1,31; IC95% 1,08-1,59) was viewed in the final model ($p \leq 0,01$). The employment relationship was not associated. **Conclusions:** The inquiry indicated high prevalence of BP in socially vulnerable *quilombola* adults from rural area. Due to the cross-sectional design, cause and effect cannot be determined. However, the results were evocative concerning the possible connection between individual factors (age) and life habits (tobaccoism) and BP. Further studies are still required to enlighten the connections between employment, working conditions, and self-report of back pain. Results indicate the necessity for the development of prevention strategies, which aim at controlling and reducing the prevalence of BP in the *quilombola* communities. Intersectoral activities are favored so as to provide *quilombola* adults with healthy habits and also access to care, diagnosis, and treatment of vertebral column problems.

Keywords: Back Pain. Epidemiology. Risk Factors. Rural Population. Health Surveys.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Variação de perguntas para o desfecho (DC) usadas em inquéritos nacionais e internacionais.....	24
Quadro 2. Características sociodemográficas e de emprego, código, descrição e categorias selecionadas como possíveis exposições associadas com a dor nas costas nas comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2011.....	57
Quadro 3. Características dos hábitos de vida e estado de saúde, código, descrição e categorias selecionadas como possíveis exposições associadas com a dor nas costas nas comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2011.....	58
Figura 1. Fundamentação teórica para construção da hipótese.....	42
Figura 2. Formulação hipotética para análise dos dados com base no marco teórico.....	44
Figura 3. Critérios de definição da amostra para estudo de DC.....	50
Figura 4. Fluxo de construção do plano amostral- projeto COMQUISTA, 2011.....	51
Figura 5. Mapa da comunidade Sinzoca gerado por pontos do GPS. Projeto COMQUISTA, 2011.....	54
Figura 6. Elaboração do desfecho dor nas costas com base na definição do IBGE/PNAD para problemas de coluna ou costas.....	55
Figura 7. Modelo de análise proposto para o estudo de prevalência de dor nas costas em comunidades quilombolas.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de prevalência de problemas da coluna ou costas encontrada em estudos com grupos populacionais específicos.....	25
Tabela 2. Distribuição da prevalência de dor nas costas e a cor da pele dos indivíduos.....	37
Tabela 3. Características dos domicílios e da população adulta, Projeto COMQUISTA, Bahia, Brasil, 2011.....	63
Tabela 4. Características sociodemográficas e de situação no emprego de quilombolas. Vitória da Conquista, Bahia, 2011. (N=750).	64
Tabela 5. Características relacionadas com a situação de saúde e estilo de vida de quilombolas. Vitória da Conquista, Bahia, 2011. (N=750).	65
Tabela 6. Prevalência de dor nas costas em quilombolas de acordo com características sociodemográficas e situação de emprego. Vitória da Conquista, Bahia, 2011. (N=750).....	66
Tabela 7. Prevalência de dor nas costas em quilombolas de acordo com a situação de saúde e estilo de vida. Vitória da Conquista, Bahia, 2011. (N=750).....	67
Tabela 8. Prevalência e razão de prevalência de dor nas costas em quilombolas de acordo com características sociodemográficas e situação de emprego. Vitória da Conquista, BA, 2011. (N=750)	68
Tabela 9. Prevalência e razão de prevalência de dor nas costas em quilombolas de acordo com a situação de saúde e estilo de vida. Vitória da Conquista, BA, 2011. (N=750).....	69
Tabela 10. Modelo multivariado final (Regressão de Poisson) para dor nas costas em quilombolas. Vitória da Conquista, BA, 2011. (N=750)	69

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Australian Bureau of Statistics
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BA	Bahia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DC	Dor nas costas
EUA	Estados Unidos
Ex.	Exemplo
GPS	Global Positioning System
IASP	International Association for the Study of Pain
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
Kg	Quilograma
LAESER	Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e Estatísticas das Relações Raciais
m	Metro
N	Número
NCHS	National Center for Health Statistics
NHS	Inquérito Nacional de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRONAF	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
PSF	Programa Saúde da Família
RIDE	Inquérito da Região Integrada do Distrito federal
RP	Razão de Prevalência
RS	Rio Grande do Sul
SP	São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1 DOR NAS COSTAS: RELEVÂNCIA E MAGNITUDE	22
2.2 FATORES DE RISCO.....	25
2.2.1 Dor nas costas e emprego	26
2.2.2 Dor nas costas e hábitos de vida e saúde	31
2.2.3 Dor nas costas e fator biológico.....	32
2.3 A SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA.....	35
3 O PROBLEMA DA PESQUISA.....	42
4 OBJETIVOS.....	47
4.1 OBJETIVO GERAL	47
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
5 METODOLOGIA.....	49
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	49
5.2 POPULAÇÃO	49
5.3 PROCEDIMENTOS	51
5.4 SENSIBILIZAÇÃO E MAPEAMENTO	52
5.5 ANÁLISE DE CONFIABILIDADE	54
5.6 EVENTO PRINCIPAL.....	54
5.7 VARIÁVEIS EXPLICATIVAS	56
5.7.1 Características sociodemográficas e de emprego	56
5.7.2 Características dos hábitos de vida e estado de saúde	57
5.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	58
5.9 ASPECTOS ÉTICOS	60
6 RESULTADOS	62
6.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO (PROJETO COMQUISTA)	62
6.2 ESTUDO DE DOR NAS COSTAS.....	64
6.3 ANÁLISE UNIVARIÁVEL.....	67
6.4 ANÁLISE MULTIVARIÁVEL	69
7 DISCUSSÃO	71
8 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	78
REFERÊNCIAS	81
ANEXOS.....	93
ANEXO A - Plano Amostral do estudo principal (Projeto COMQUISTA) 2011.....	95
ANEXO B - Entrevista semi-estruturada.....	96
ANEXO C - Aprovação do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa COEP da Faculdade São Francisco de Barreiras – FASB	98

ANEXO D - Carta aprovação do Comitê de Ética COEP da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG	100
ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
ANEXO F - Aceite para publicação do artigo pelo periódico “ <i>Revista de Saúde Pública</i> ”, Qualis A2 em Saúde Coletiva.....	105
ANEXO G – Ata da defesa de tese.....	107
ANEXO H – Artigo publicado	109

1 INTRODUÇÃO

Dor nas costas (DC) é um distúrbio musculoesquelético que afeta a coluna vertebral em suas principais regiões (cervical, dorsal e lombar) [IBGE, 2010], e se constitui, atualmente, em um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, nos Estados Unidos e em diversos países do ocidente [Strine; Hootman, 2007; Meziat Filho; Silva, 2011; Biglarian et al., 2012].

O distúrbio doloroso decorre geralmente de lesões de músculos, tendões, estrutura óssea, cartilagens, ligamentos e nervos [Moore; Dalley, 2007; Guedes, 2010]. A etiologia requer avaliação de diversos fatores para identificar a prevalência nas diferentes populações [OMS, 2004; Kwon et al., 2011; Barros et al., 2011].

É considerada uma síndrome dolorosa de diagnóstico eminentemente clínico [Brazil et al. 2004]. Contudo, os autores apontam dificuldades tanto na abordagem quanto nos desenhos investigativos, entre os quais o paradigma biomédico, para a qual o diagnóstico depende da associação concreta entre os achados clínicos, sinais ao exame físico e imagem.

A *International Association for the Study of Pain* (IASP), reconhece a natureza multidimensional da dor, conceituando-a como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” [Valentim, 1999; Souza et al., 2012].

Noutra direção, tem-se a abordagem biopsicossocial que transcende aos aspectos biológicos no diagnóstico e na definição de DC [Araújo et al., 2012]. Tal abordagem é adequada para o estudo de DC em populações vulneráveis, pois considera o caráter multidimensional da dor, incluindo tanto os aspectos individuais (nos quais o fator biológico está presente) quanto os de contexto [Lima et al., 2005; Barata, 2009; Sardá Junior et al., 2012; Dureja et al., 2014].

É bem descrito na literatura que a experiência dolorosa é um fenômeno complexo. Iniciar uma pesquisa sobre esse distúrbio implica em grandes desafios [Berlink, 1999]. Nesse aspecto, o diagnóstico e tratamento não devem prescindir da avaliação de um conjunto de fatores: características da lesão tecidual, substrato emocional, aspectos culturais e ambientais, bem como das características dos indivíduos e de suas queixas algícas (início da dor, duração, padrão de instalação, intensidade, limiar de tolerância) [Pimenta, 1999; Guedes, 2010].

A dor é uma experiência culturalmente apreendida. Sabe-se que a trajetória cultural dos grupos étnicos pode exercer um efeito sobre o limiar de dor dos indivíduos que compartilham das experiências comuns em um mesmo território [Pimenta; Portnoi, 1999; Edward, 2008; Wachholtz; Sambamoorthi, 2011].

A dor é sentida de um modo peculiar e sua expressão está relacionada à experiência subjetiva e individual que envolve aspectos fisiológicos, sensoriais, cognitivos e socioculturais [Pimenta; Portnoi, 1999; Lima et al., 2005; Souza et al., 2012]. Tais fatores interferem na maneira de as pessoas perceberem, reagirem e comunicarem, externalizando ou não o processo algico [Volich, 1999; Sims, 2000]. Em relação à DC, particularmente, sabe-se que as características étnicas e comportamentais também modulam as expressões individuais da sensação dolorosa na região das costas [Edwards, 2005].

O consenso quanto à tipificação da dor nas costas (crônica ou aguda) ainda é um desafio. Embora exista vasta produção literária sobre a prevalência e a incidência de DC, Andersson [1999] salienta que há pouca informação sobre a dor nas costas crônica em face das divergências quanto à sua classificação. Geralmente, a cronicidade tem sido atribuída aos quadros algicos persistentes por mais de seis meses [Barros et al., 2011]. A diversidade de estudos demonstra, porém, que DC não deve ser caracterizada apenas pela natureza aguda ou crônica, uma vez que alterna os seus sintomas ou características ao longo do tempo, com estágios marcados por recorrências e exacerbações [Van Tulder; Koes; Bombardier, 2002].

Diante da controvérsia que permeia a definição e a classificação da dor nas costas, admite-se que o autorrelato de DC seja uma escolha adequada em estudos epidemiológicos, numa amostra de indivíduos adultos com capacidade de compreensão e verbalização do quadro algico. Isso se deve à natureza subjetiva e particular da dor, com reflexos sobre o relato e prevalência de DC em diferentes populações [Pimenta; Portnoi 1999; Guimarães, 1999].

Os estudos se ressentem de uma definição padrão e de métodos padronizados que facilitem as devidas comparações das prevalências de DC obtidas em inquéritos epidemiológicos [Ferreira et al., 2011]. Ainda não existe um padrão quanto a essa definição, tampouco sobre os parâmetros metodológicos para os inquéritos dessa natureza.

Será adotada nesse estudo a definição mais ampla de DC que considera a distribuição da dor em toda a estrutura da coluna vertebral. Embora a maioria dos estudos tenha focalizado apenas a região lombar, não é o caso nem da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios

(PNAD) [IBGE, 2010] e nem de outros inquéritos nacionais [Silva; Fassa; Valle, 2004; Ferreira et al., 2011; Lima-Costa; Turci; Macinko, 2012]. O consenso *Delphi* apoia tais posições [Dionne et al., 2008]. Em seu documento final em *Delphi* os pesquisadores assumem *low back pain* (dor lombar) como sinônimo de dor nas costas. Contudo, salientam a pertinência de incluir definição mais abrangente (dor lombar, dor cervical e dor na região dorsal) conforme adotam os inquéritos específicos.

O foco principal deste estudo é a descrição da prevalência de dor nas costas na população adulta quilombola e a busca de fatores associados com o desfecho (DC). A hipótese está assentada na possível associação dos fatores sociodemográficos e da situação de emprego sobre a prevalência de DC na população investigada. No capítulo de revisão são descritos e discutidos as mais recentes e principais publicações científicas sobre dor nas costas no Brasil e no mundo. A literatura científica no Brasil é escassa quando se trata da abordagem de dor nas costas em populações rurais, e inexistente no tocante às comunidades autodeclaradas quilombolas. Inquéritos nacionais e internacionais identificam elevadas prevalências de DC com discrepâncias em função do método e da pergunta que dá origem ao desfecho.

O objetivo principal foi conhecer a prevalência de dor nas costas (DC) em uma amostra de adultos residentes em comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista, localizado na região Sudoeste da Bahia. Buscou-se examinar diversos fatores, bem como observar se as características de emprego influenciaram o autorrelato de DC. A publicação do artigo intitulado “Dor nas costas em adultos residentes em territórios quilombolas, Bahia”, na Revista de Saúde Pública (ANEXO) faz parte dos critérios estabelecidos pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.

Os dados utilizados foram oriundos do Projeto COMQUISTA [UFBA, 2011]¹, estudo de corte transversal de base populacional, conduzido no período de 16 de setembro a 24 de outubro de 2011. O inquérito buscou descrever a situação de saúde e os seus condicionantes nas comunidades rurais quilombolas do município citado. Considerou-se, nas etapas de estruturação e execução do projeto, as desigualdades da trajetória histórica das comunidades quilombolas, marcadas por relações territoriais e socioculturais específicas, com ênfase na

¹ Disponível em <http://projetcocomquista.wordpress.com/>

presunção de ancestralidade negra, e suas repercussões sobre o perfil epidemiológico da população estudada [Bezerra et al., 2013].

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DOR NAS COSTAS: RELEVÂNCIA E MAGNITUDE

Estima-se que entre 60% a 80% da população mundial esteja susceptível de apresentar quadros agudos ou subagudos de dor nas costas ao longo dos anos [Krismer, 2007]. Ressalta-se que a dor nas costas compromete a rotina diária dos indivíduos acometidos, com potencial de provocar incapacidade temporária ou permanente para as atividades da vida diária e para o trabalho [Ferreira et al., 2011]. Constitui-se, desse modo, como uma das principais causas de absenteísmo laboral e eleva o custo previdenciário e dos sistemas de saúde [Barros; Ângelo; Uchôa, 2011; Kwon et al., 2011, Meziat Filho et al., 2011].

Na Austrália, o Inquérito Nacional de Saúde (NHS), realizado pela *Australian Bureau of Statistics* (ABS), detectou prevalência geral de queixas musculoesqueléticas em 31% da população, sendo mais expressiva no sexo feminino (33%) em relação ao sexo masculino (29%). Na população australiana, 15% relataram especificamente dor nas costas [ABS, 2006].

Nos Estados Unidos (EUA) o Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2010, pelo *National Center for Health Statistics* (NCHS), detectou que 44% da população adulta sofriam de problema de coluna ou costas. Durante os três meses que antecederam ao inquérito, 15,4% dos adultos tinham experimentado dor na região do pescoço, e 28,5% manifestaram lombalgia, com predomínio da dor lombar sobre outros sítios de dor [Schiller et al., 2012].

Não diferente da Austrália, nos EUA os distúrbios musculoesqueléticos foram mais prevalentes no sexo feminino, particularmente nas regiões do pescoço e da coluna lombar. Nesse inquérito, 17,6% das mulheres apresentaram dor no pescoço, contra 13,1% dos homens. Em relação à região lombar, a prevalência foi de 30,4% para as mulheres e 26,4% para os homens [Schiller et al., 2012].

A prevalência de dor nas costas mostra-se distinta em relação à idade. No inquérito americano, na faixa mais jovem, entre 18 a 44 anos, 13,1% dos indivíduos apresentam diagnóstico de dor no pescoço e 25,2% de dor lombar, alternando na faixa etária seguinte (45 a 64 anos) para 20% e 32,4%, respectivamente. Nos mais velhos, na faixa etária de 65 a 74 anos, a prevalência diminui em relação à faixa etária anterior, mas continua mais elevada que

a mais jovem, com 15,5% de indivíduos com dor no pescoço e 30,9% com dor lombar [Schiller et al., 2012].

No aspecto raça/cor, a distribuição de problemas da coluna ou costas difere entre países. Nos EUA a prevalência de distúrbios da coluna (cervical e lombar) é maior nos brancos (45,2%) e índios americanos ou nativos do Alasca (50,6%), com menor prevalência entre negros (40,5%) [Schiller et al., 2012]. Na Austrália, 18% dos índios ou aborígenes, descendentes de imigrantes africanos, relataram algum tipo de distúrbio osteomuscular *versus* 16% de não-índigena ou não-aborígine [ABS, 2006].

Na Colômbia, em 2007, um inquérito nacional detectou que 69,8% dos usuários de serviços ambulatoriais tinham dor nas costas [Rodríguez et al., 2009]. No Canadá, a prevalência de problemas da coluna foi de 14,1% em inquérito realizado em 1996/1997, cujos dados serviram de base para a análise dos impactos das condições crônicas de saúde naquela população [Shultz; Kopec, 2003].

No Brasil, estima-se que a prevalência de DC na população geral varia de 13,5% a 26%. Em torno de 11% dos homens e 15% das mulheres apresentavam lesão em alguma parte da coluna vertebral [Barros et al., 2006; Laeser, 2010]. Em relação à idade, a prevalência na população brasileira assume configuração ascendente até 79 anos, reduzindo a partir dos 80 anos. A faixa mais atingida é de 60 a 79 anos (32% dos homens e 40% das mulheres). As faixas de idade menos afetadas são as situadas abaixo de 40 anos, com prevalência para homens e mulheres de 14% e 17%, respectivamente [Barros et al., 2006].

Entre os autodenominados negros ou indígenas a dor nas costas no Brasil foi referida por 19,3% da população negra e por 21,1% dos índios. A prevalência em pessoas que se autodenominaram brancos foi de 19,8%, muito próxima da registrada nos negros [Barros et al., 2006]. Em indivíduos autodenominados não-brancos, a proporção de doença da coluna foi de 40,8%, mais elevada do que a encontrada nos EUA, em 2010 (5,3%), e na Austrália, em 2005 (30%) [ABS, 2006; Schiller et al., 2012].

Inconsistências são encontradas na literatura no que diz respeito às prevalências observadas em inquéritos. Ressalta-se que tais diferenças resultam da abordagem e do tipo de pergunta contida nos instrumentos em cada estudo. Existem variações, por exemplo, nos inquéritos nacionais e internacionais que podem ser observadas no Quadro 1.

Quadro 1. Variação de perguntas para o desfecho (DC) usadas em inquéritos nacionais e internacionais

Inquérito - Brasil	Ano	Localização	Opção de resposta no instrumento	Autores
Inquérito nacional: PNAD/IBGE	2003 2008	Brasil	<i>Algum médico ou profissional de saúde disse que você tem doença de coluna ou costas?</i>	-Barros et al., 2006 -Laeser, 2010
Inquérito municipal	2005	Pelotas (RS)	<i>No último ano, o sr.(a) já teve alguma dor ou desconforto nas suas costas?</i>	Ferreira et al., 2011
Inquérito municipal	2010	Belo Horizonte (MG)	<i>Algum médico ou profissional de saúde disse que você tem doença de coluna ou costas?</i>	Lima –Costa; Turci et Macinko, 2012
Inquérito- mundo	Ano	Localização	Opção de resposta no instrumento	Autores
Inquérito nacional	2007- 2008	Austrália	<i>-Hérnia de disco ou outro problema de disco -Dor nas costas ou outro problema nas costas</i>	ABS, 2006
Inquérito nacional	2007	Colômbia	<i>Dor nas costas ou no pescoço</i>	Rodriguez et al., 2007
Inquérito nacional	1996- 1997	Canadá	<i>Você tem problemas nas costas, excluindo fibromialgia e artrite?</i>	Shuntz; Kopec, 2003
Inquérito nacional	2010	Estados Unidos	<i>-Durante os últimos três meses você teve dor lombar? -Durante os últimos três meses você teve dor no pescoço?</i>	Schiller et al., 2012

Apesar de vários inquéritos considerarem as características étnico/raciais e a sua relação com a prevalência de DC [Almeida et al., 2008; Lima-costa; Turci; Macinko, 2012; Schiller et al., 2012], no Brasil, estudos específicos sobre as condições de saúde em populações quilombolas ainda são escassos, com lacuna evidente no que diz respeito à DC. Contudo, sabe-se que as prevalências de DC são elevadas em populações rurais [Hoy et al., 2003; Cockell et al., 2005; Mota; Dutra; Barbosa, 2007; Erbay et al., 2006].

Além dos inquéritos nacionais, estudos em grupos ou populações específicas estão sendo desenvolvidos em diversos países como Nigéria, Malásia, China, França, Índia e evidenciam a variação da magnitude que a DC vem apresentando, principalmente entre os trabalhadores (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de prevalência de problemas da coluna ou costas encontrada em estudos com grupos populacionais específicos*

Autores	Prevalência Encontrada**	População estudada
Omokhodion; Umar; Ogunnowo, 2000	46%	Profissionais de saúde da zona rural na Nigéria
Hoy et al., 2003	34,1%	População rural no Tibete
Cockell et al., 2005	58,6%	Trabalhadores rurais de Itabira (MG)
Andrusaitis <i>et al.</i> , 2006.	59%	Condutores de caminhão em São Paulo (SP)
Erbay; Cengiz; Ozmen, 2006	34,9	Trabalhadoras domésticas em Maniza (Turquia)
Mota; Dutra; Barbosa, 2007	90%	Trabalhadores rurais de Vieiras (MG)
Plouvier <i>et al.</i> , 2009	13,5%	Coorte masculina de empresa francesa
Tinibu <i>et al.</i> , 2010	44,1%	Enfermeiros da Nigéria
Samad <i>et al.</i> , 2010	40,4 %	Professores da Malásia
Wong <i>et al.</i> , 2010	56,9%	Trabalhadores hospitalares na Malásia
Ferreira <i>et al.</i> , 2011	63,1%	População de Pelotas (RS)
Murtezani <i>et al.</i> , 2011	61,6%	Operários da Indústria em Kosovo
Barros <i>et al.</i> , 2011	63%	Funcionários da educação em Recife
Lima-Costa, Turci <i>et Macinko</i> , 2012	7,3%	População geral de Belo Horizonte, 2003
Xu <i>et al.</i> , 2012	64,9%	Mineiros de carvão na China
Shah <i>et Dave</i> , 2012	36,8%	Profissionais médicos de Surat (Índia)
Li <i>et al.</i> , 2012	57,9%	Profissionais da indústria de vestuário na China

(*) Prevalência encontrada nos últimos 12 meses considerando a data da coleta de dados.

(**) A média da prevalência dos estudos listados na tabela é 48,9%.

2.2 FATORES DE RISCO

Dor nas costas é multicausal. Diversos fatores estão associados com o seu desencadeamento. As características sociodemográficas e ocupacionais, os hábitos de vida e a situação de saúde são frequentemente estudadas em sua relação com DC, tanto no âmbito dos inquéritos populacionais [Barros et al., 2006; Laeser, 2010; IBGE, 2010; Schiller et al., 2012], quanto dos grupos específicos [Schneider et al., 2005; Matos et al., 2008; Almeida et al., 2008].

Geralmente, as características sociodemográficas que apresentam associação com DC são o gênero, a idade, a escolaridade, a cor (raça) e o estado conjugal. DC tem sido mais prevalente nas mulheres, em pessoas com idade avançada, casados e com baixo grau de escolaridade, variando os resultados no que diz respeito cor (raça) [Schneider et al., 2005; Ferreira et al., 2011; Guterres et al., 2011; Safo, 2012].

2.2.1 Dor nas costas e emprego

Os fatores ocupacionais estão incluídos entre as características que melhor explicam o relato de dor nas costas em populações economicamente ativas. No âmbito internacional, destacam-se estudos sobre DC em trabalhadores da China [Xu et al., 2012], Malásia [Samad et al., 2010; Wong et al., 2010], França [Plouvier et al., 2009], Índia [Shah et al., 2012], Kosovo [Murtezani et al., 2011], Nigéria [Tinibu et al., 2010]. Nos referidos países, as condições de trabalho influenciam o relato de dor nas costas nos diferentes grupos ocupacionais.

Estima-se que, nos EUA, 65% dos casos de DC estejam relacionados com as condições do trabalho. A DC também é apontada pela Organização Panamericana da Saúde como sendo o primeiro dos três principais problemas de saúde relacionados ao trabalho. Estudo divulgado pela Organização Mundial da Saúde estima que 37% dos casos de DC decorram de fatores ergonômicos [Concha-Barrientos, 2004].

É consenso entre os pesquisadores que as tensões biomecânicas decorrentes da exposição às tarefas pesadas causam distúrbios musculoesqueléticos, com lesões principalmente na região das costas, sendo as características do trabalho um fator que interfere no relato de DC [Kaila-Kangas et al., 2006; Fernandes et al., 2009].

Na França, as demandas biomecânicas foram associadas a DC em trabalhadores industriais, sendo que a inserção socioeconômica dos indivíduos influenciou os resultados [Plouvier et al., 2009]. Na China, pesquisadores encontraram elevada prevalência de DC em mineradores (64,9%), sendo que as demandas físicas do trabalho também foram associadas a DC [Xu et al., 2012]. Nesse país, observaram-se associações entre DC e demandas físicas no trabalho nas indústrias de vestuário e de fabricação de máquinas [Li et al., 2012] (Tabela 1).

Na Nigéria, observaram-se 44,1% de prevalência de DC em trabalhadores de enfermagem submetidos a demandas físicas durante a jornada de trabalho [Tinibu et al., 2010]. Na Malásia, encontraram-se 56,9% de prevalência de DC na amostra de trabalhadores de hospitais, sendo que o desfecho foi associado ao modo operatório desenvolvido para executar as tarefas [Wong et al., 2010].

Em trabalhadores da indústria de plásticos no Brasil, encontrou-se associação positiva entre demanda física no trabalho e DC [Fernandes et al., 2009]. No setor de serviços, observou-se

associação positiva entre alta demanda física e distúrbios musculoesqueléticos em profissionais da área de saúde do município de Belo Horizonte. Na amostra analisada, 36,5% dos profissionais de saúde relataram o evento [Barbosa; Assunção; Araújo, 2012].

Ressalta-se que, embora não existam estudos específicos sobre DC em trabalhadores rurais de origem quilombola, pesquisas recentes consideram as características ocupacionais como um dos fatores que explica a DC em trabalhadores brasileiros [Alexandre et al., 2011; Barros et al., 2011; Barbosa; Assunção; Araújo, 2012]. Em motoristas do transporte coletivo de Pelotas, Brasil, demandas físicas de trabalho influenciaram o relato de DC. No referido estudo, 74,7% da amostra referiram aumento da intensidade da dor durante a jornada de trabalho [Guterres et al., 2011]. Correlação significativa foi observada entre atividades laborais e DC em funcionários de uma instituição de ensino superior de Recife. Os autores observaram uma prevalência expressiva de DC entre os indivíduos que trabalham na posição sentada (63%) [Barros et al., 2011].

Nos estudos encontrados sobre a prevalência de DC em trabalhadores rurais no Brasil, o modelo de análise adotado não permitiu verificar a associação entre as características do trabalho e o desfecho. Citam-se os estudos descritivos sobre DC nos colhedores de café do município de Vieiras [Mota; Dutra; Barbosa, 2007] e nos trabalhadores rurais de Itabira [Cockell et al., 2005], ambos no estado de Minas Gerais, com 90% e 58,6% de prevalência, respectivamente.

No âmbito internacional, observaram-se elevadas prevalências de DC em populações rurais. No Tibete, Hoy et al. [2003], identificaram em 499 adultos uma proporção de 34,1% de pessoas com DC, em 19 aldeias situadas na zona rural. Em um hospital situado na zona rural da Nigéria, observou-se uma prevalência entre os funcionários da unidade de saúde de 46%, sendo que 69% dos acometidos foram os trabalhadores da enfermagem [Omokhodion; Umar; Ogunnowo, 2000]. Um estudo de corte transversal, realizado na Turquia envolvendo 302 trabalhadoras domésticas da zona rural de Manisa, demonstrou uma prevalência de 34,9% de DC relacionada com má postura adotada para o levantamento de peso [Erby; Cengiz; Ozmen, 2006].

Além do tipo de ocupação, as características de emprego têm sido constantemente analisadas como preditoras de DC. A situação no emprego tem se mostrado como um importante fator para a explicação de agravos à saúde em grupos submetidos ao vínculo precário de trabalho

[Bartley; Sacker; Clarke, 2004]. Entende-se o trabalho regido por vínculo precário, aquele de natureza temporária, sem proteção social para os trabalhadores [Gonçalves; Barreto; César, 2008]. Caracteriza-se por um tipo de contrato flexível que não garante ao empregado a estabilidade por um período indeterminado e o pleno gozo dos direitos trabalhistas e previdenciários [Guimarães, 2012]. Trata-se de um tipo de trabalho inseguro.

O trabalho precário diz respeito a uma abordagem mais ampla e atual de vulnerabilidade social relacionada ao mundo do trabalho no capitalismo flexível. Essa noção relacionada com o tipo de vínculo no emprego recentemente vem ganhando importância como objeto de investigação em saúde pública [Breilh, 1999; Antunes, 2005; MTE, 2007; Bernardo, 2009].

Na atualidade, a força de trabalho rural, pobre e com baixo grau de escolaridade, tende a inserir-se no mercado de trabalho brasileiro em condições precárias de vínculo. Os indivíduos com esse perfil, incluindo os quilombolas, estariam mais propensos ao trabalho precário, expondo-se à demanda física intensa, a qual, por sua vez, tem sido associada com DC [Fernandes et al., 2009; Plouvier et al., 2012; Wong et al., 2010].

O emprego precário, no contexto das recentes transformações ocorridas na economia mundial (capitalismo flexível), representa um importante fator para o desgaste da saúde física e psíquica dos trabalhadores [Assunção, 2003; Antunes, 2005; Breilh, 2006; Dejours, 2005]. Nesse cenário, a lesão de coluna ou costas requer atenção especial, devido ao seu potencial de provocar a dor crônica, limitações e invalidez temporária ou permanente dos trabalhadores [Wong et al., 2010; Meziat Filho; Silva, 2011].

Os estudos epidemiológicos consideram os fatores de risco relacionados com a organização e o processo de trabalho (fatores ambientais, ergonômicos, psicofísicos) no estudo da exposição aos desfechos de interesse. São exemplos os estudos desenvolvidos por Fernandes et al. [2009] em Salvador; Lima et al. [2005] na Bahia; Barros et al. [2011] em Recife; Matos [2008] em São Leopoldo; Mendes [1988] no Brasil, Hoy et al. [2003] no Tibete; Omokhodion; Umar; Ogunnowo [2000] na Nigéria; Xu et al. [2012] na China; Van Tulder, Koes e Bombardier [2002], no Canadá; Andersson [1999] nos EUA.

Para além da análise das condições de trabalho propriamente ditas, a relação entre situação de emprego e o desfecho é bem investigada. Cabe explicar que as condições de trabalho implicam a coexistência de fatores de risco para a saúde dos trabalhadores que estejam

relacionados ou presentes no processo e na organização do trabalho [Assunção, 2011]. O tipo de vínculo no emprego é um componente das condições reais de trabalho.

Pesquisas recentes realizadas em outros países como Estados Unidos, México, Finlândia, Itália e Espanha, de um modo geral, demonstram que as desigualdades em saúde, e as repercussões de natureza física e psíquica nos trabalhadores, refletem o modo como os indivíduos e os grupos se inserem atualmente no mercado de trabalho [Benavides et al., 2006; Fabiano, et al., 2008; Lahelma, Laaksonen, Aittomaki, 2009; Papadopoulus, et al., 2010; García, 2010].

O relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre o Trabalho Decente, divulgado no Brasil em 2012, apontou um aumento do emprego formal do país associado a uma maior inclusão previdenciária. Segundo o relatório, a taxa de formalidade, que caracteriza o trabalho permanente ou estável, evoluiu de 48,4% em 2004 para 50,6% em 2006. Trata-se de um dado importante, pois, pela primeira vez, mais da metade da população trabalhadora teve acesso a uma colocação formal de trabalho. O documento revela, ainda, que esse crescimento foi contínuo e atingiu um percentual de 54,3% no ano de 2009. Contudo, no tocante a taxa de formalidade entre trabalhadores negros e trabalhadores brancos no Brasil, a desigualdade persiste numa relação de 46,8% e 61,9%, respectivamente. Do ponto de vista do gênero, a taxa de acesso ao emprego formal para mulheres negras é quase 20 vezes inferior que a taxa de formalidade para os homens brancos [OIT, 2012]².

As evidências indicam que mesmo com a taxa geral decrescente da informalidade do trabalho no país, as populações vulneráveis permanecem na expectativa de melhores condições de trabalho e de vida [Guimarães, 2012]. Para esse grupo, o cenário ainda requer políticas públicas que minimizem as desigualdades de acesso ao mercado de trabalho e o impacto do modo de inserção na saúde e qualidade de vida. Chahad e Fernandes ao analisarem o perfil do mercado de trabalho no Brasil, na década de 90, descrevem características que podem valer para os indivíduos oriundos de comunidades socioeconomicamente excluídas: baixos salários, subcontratações com vínculos precários no emprego.

O Brasil aderiu à campanha pelo Trabalho Decente, denotando o quanto ainda precisa ser feito para minimizar o impacto da precariedade dos vínculos empregatícios e da desproteção social sobre a saúde de uma parcela significativa dos trabalhadores situados à margem do

² Disponível em: <<http://www.oit.org.br/node/876>>. Acesso em: 05 ago. 2012.

mercado formal de trabalho (45,7%). Não de outro modo, a OIT compilou um conjunto de indicadores distribuídos em dez áreas temáticas a serem trabalhadas na garantia do Trabalho Decente, entre as quais, oportunidades de emprego, rendimentos adequados, jornada de trabalho decente, conciliação entre trabalho, vida pessoal e familiar, estabilidade e segurança no emprego [Guimarães, 2012]. Este último vem na direção do que este estudo entende por exposição principal (tipo de vínculo no emprego) para a prevalência de dor nas costas em comunidades quilombolas.

Bohle et al. [2004] chamam a atenção para o fato de as transformações no mundo do trabalho, como reflexo do capitalismo flexível, estarem comprometendo não somente a saúde dos trabalhadores ao longo do tempo, mas, também, promovendo alterações dos hábitos de vida, e de um conjunto de atividades que escapam ao tempo no trabalho.

Os grupos sociais em situação de vulnerabilidade no mercado de trabalho, submetidos à precariedade, são aqueles que possuem baixo grau de escolaridade formal, formação e qualificação para o trabalho insuficiente, ausência ou reduzida experiência anterior de trabalho. Incluem-se, ainda, indivíduos com redução da capacidade física causada por doenças crônicas (DC, por exemplo), e aqueles que sofrem discriminação em função do gênero, dos aspectos étnico-raciais, notadamente índios e negros [MTE, 2007].

A relação entre situação no emprego e saúde do trabalhador revela um cenário preocupante no mundo. Na Europa, particularmente, os indivíduos com vínculo precário no emprego suportam as piores condições de trabalho, estando mais susceptíveis aos problemas musculoesqueléticos em função da exposição às posições dolorosas e aos movimentos repetitivos [Papadopoulos et al., 2010].

A acumulação flexível do capital reflete uma tendência global marcada pela fragilização dos direitos trabalhistas e dos vínculos no emprego, em função de um mercado consumidor em permanente oscilação [Breilh, 1999]. Nesse sentido, as empresas exigem daqueles que vivem do trabalho uma atuação polivalente, disponível às adaptações constantes em face da reestruturação produtiva, e das inovações tecnológicas a ela circunscritas [Papadopoulos et al., 2010]. Tais mudanças não ocorrem sem afetar a autonomia, o tempo, o sentido do trabalho, e, conseqüentemente, a saúde dos trabalhadores [Assunção, 2003; Antunes, 2007; Dejours, 2005; Sennett, 2000].

Não obstante a natureza protetora do trabalho, observa-se, contraditoriamente, o trabalho associado com o crescimento das síndromes depressivas, reflexo de uma organização cada vez mais exigente em relação à capacidade profissional, multifuncionalidade e disponibilidade do trabalhador. Sob vínculo precário no emprego, e em um contexto de extrema vulnerabilidade social no mercado de trabalho, o baixo suporte social e os estados emocionais dos trabalhadores podem desencadear DC, ou no mínimo, agravar as queixas que decorrem de outras causas de natureza iminentemente orgânicas [Brazil et al., 2004; Fernandes et al., 2009].

Porto [2007] ao discorrer sobre riscos, saúde e vulnerabilidades de grupos humanos na perspectiva da Saúde Coletiva, adverte que é apropriado estudar a desigualdade e seus efeitos sobre a saúde pública, analisando os riscos e a saúde dentro do processo de desenvolvimento econômico e tecnológico que gera iniquidades. Da existência das iniquidades surgem as vulnerabilidades sociais com as diferenças de exposição e efeitos entre os grupos “que vivem na periferia social e econômica do desenvolvimento e acabam por arcar com as principais cargas [...] nos ambientes que trabalham e vivem”.

Ao analisarem a relação entre desemprego, trabalho precário e saúde no Brasil, Gonçalves, Comini, Barreto e César [2008] trazem valiosas contribuições a essa discussão. As autoras observaram que no âmbito da economia neoliberal os contratos atípicos ocorrem com maior frequência, geralmente relacionados com péssimas condições de trabalho que reforçam as desigualdades em saúde. Assim, os contratos precários de trabalho apresentam-se como reflexo de uma necessidade humana primária não contemplada (segurança no emprego), por tratar-se de uma situação temporária e sem proteção social [Muniz; Faria, 2007; Guimarães, 2012].

2.2.2 Dor nas costas e hábitos de vida e saúde

A literatura é consistente quanto aos efeitos do tipo de vínculo no emprego sobre os hábitos de vida. Autores advertem que indivíduos que trabalham sob vínculo instável, tendem a ter os hábitos de vida comprometidos, com posterior repercussão sobre a situação de saúde [Bohle et al., 2004].

Em relação aos hábitos de vida, a baixa aptidão para atividade física e o sedentarismo têm sido associados com afecções da coluna vertebral. O efeito protetor da atividade física para dor nas costas é bastante discutido [Toscano; Egypto, 2001; Murtezani et al., 2011; Barros et al., 2011]. Contudo, autores se ressentem da inexistência de estudos sobre os diversos domínios da atividade física conduzidos em áreas rurais. Devido a interação de vários fatores, geralmente as populações rurais apresentam altas prevalências de doenças crônicas não transmissíveis, mesmo sendo elevada a proporção de indivíduos ativos nessas populações [Bicalho et al., 2010].

Dentre os hábitos de vida, o tabagismo é associado à DC em vários estudos transversais, com maior prevalência entre os indivíduos que fumam. Isso ocorre em função dos efeitos dos seus componentes químicos sobre o aparelho musculoesquelético, com destaque para o processo de desidratação dos discos intervertebrais [Deyo, 1989; Silva et al., 2004; Schneider et al., 2005; Shiri et al., 2010^a].

O Índice de Massa Corporal (IMC) e sua relação com DC tem sido objeto de análise tanto na população geral, quanto em populações específicas [Shiri et al., 2010^b]. Indivíduos que apresentam sobrepeso e obesidade tendem a sofrer maior desgaste na estrutura coluna vertebral, comprometendo a sua função e a qualidade de vida dos acometidos [Erbay; Cengiz; Ozmen, 2006]. Geralmente, as alterações do peso estão associadas com a inatividade física (sedentarismo) [Toscano; Egypto, 2001]. Contudo, a associação IMC/DC vem sendo estudada, com resultados nem sempre coincidentes [Schneider et al., 2005; Barros et al., 2011; Ferreira et al., 2011].

2.2.3 Dor nas costas e fator biológico

A fisiopatologia da dor envolve estruturas do sistema nervoso (central e periférico) em um processo bem definido de geração, transmissão e interpretação do impulso doloroso [Pimenta, 1999]. Inicialmente, a lesão tecidual desencadeia a liberação de substâncias químicas que estimulam as terminações nervosas do sistema nervoso periférico. Esse impulso é conduzido até o cordão medular pelas fibras nervosas. Na sequência, vários neurotransmissores atuam na transmissão da informação dolorosa ao sistema nervoso central.

Todo o processo que vai da geração à interpretação dos impulsos dolorosos é mediado pela ação antagônica dos sistemas nociceptivo e supressor de dor. Segundo Pimenta [1999], embora a dor seja o resultado do desequilíbrio entre os dois sistemas, não convêm ser interpretada como um “impulso viajando pelas fibras nervosas”, uma vez que as respostas físicas ou emocionais podem ser atenuadas, acentuadas ou prolongadas pelas características individuais e de contexto.

Em relação à DC, as causas para alterações na estrutura da coluna que provocam dor são classificadas em primárias e secundárias [Brazil et al., 2004; Moore; Dalley, 2007; SBTO, 2010; Guedes, 2010]. As causas primárias de DC estão relacionadas com as alterações mecânico-degenerativas. Nesses casos, ocorrem lesões na unidade funcional espinhal que provocam a dor. São exemplos, as discopatias, osteoartrites e as distensões musculares [Brazil et al., 2004]. As lesões nos discos intervertebrais são as mais prevalentes e podem acarretar abaulamentos e herniações. Isso ocorre porque o disco tem a função protetora de suportar as cargas projetadas sobre a coluna. As osteoartrites comumente provocam as alterações osseocartilaginosas de natureza degenerativa [Guedes, 2010].

As causas secundárias de DC referem-se às alterações de caráter não-mecânico. Citam-se os processos de natureza inflamatória, infecciosa, neoplásica, metabólica, psicogênicas e dores referidas [Krismer et al., 2007]. Dentre as causas inflamatórias destacam-se as espondiloartropatias e a artrite reumatoide. Quanto aos processos infecciosos, citam-se as espondilodiscites que afetam os discos intervertebrais [Guedes, 2010]. Os tumores situados na região das costas decorrem normalmente de metástases. O hipertireoidismo e a osteoporose são doenças sistêmicas (osteometabólicas) que podem causar DC [Brazil et al., 2004].

Convém citar que os fatores genéticos podem estar envolvidos na etiologia de DC. Tais achados indicam a complexidade do tema e a possibilidade de novas hipóteses sobre a fisiopatologia do distúrbio. A predisposição genética para discopatia foi confirmada pela associação entre a dor na região lombar e mutações dos genes codificadores para a formação de proteínas da matriz do disco intervertebral [Araújo et al. 2012]. Em outro estudo, pesquisadores identificaram 74% de influência genética na degenerescência discal em gêmeos, a partir de imagens obtidas com ressonância magnética [Mineiro et al., 2006].

Quanto à evolução, DC pode ser classificada como aguda ou crônica. A dor aguda (de caráter mecânico-degenerativo) tem início súbito após esforço inadequado, sobrecarga de trabalho ou

de atividade física [Brazil et al., 2004; Guedes, 2010]. O tempo de duração da dor é importante para a caracterização do distúrbio. Em geral, DC aguda dura menos de três meses, e a sua forma crônica tende a ultrapassar esse período [Guedes, 2010]. Contudo, não existe consenso sobre esse aspecto. Existem autores que consideram a forma crônica de DC somente após seis meses de duração do quadro álgico [Barros et al., 2011].

Em relação aos fatores biológicos, sabe-se que as características individuais influenciam a saúde e integram um conjunto de fatores que explicam DC em vários grupos ou populações [Barros et al., 2006; Kim et al., 2010; Ferreira et al., 2011; Barros et al., 2011, Barata; Ribeiro; Cassanti, 2011]. Desse modo, uma avaliação clínica detalhada deve considerar as características como idade, sexo, cor (raça), peso corpóreo, entre outras, que influenciam a prevalência de DC.

A idade é um fator biológico geralmente associado com as afecções da coluna vertebral. O desgaste progressivo e natural das estruturas musculoesqueléticas propicia o surgimento de quadros álgicos na região das costas, principalmente as discopatias. Os discos intervertebrais sofrem alterações degenerativas com desidratação do núcleo pulposo, ocorrendo redução ou perda de suas funções mecânicas com o decorrer dos anos [Araújo et al., 2012]. Desse modo, observa-se prevalência mais elevada de DC nas faixa-etárias mais avançadas [Almeida et al., 2008; Plesh; Adams; Gansky, 2001; Biglarian et al., 2012].

Vale destacar que a interação entre a faixa de idade e o tabagismo amplia o risco de DC. O tabagismo está associado a uma maior incidência de degenerescência do disco intervertebral e da hérnia do disco [Mineiro et al., 2006]. Fisiopatologicamente, o fumo provoca vasoconstrição arteriolar e restringe a oxigenação dos tecidos, acelerando o processo degenerativo das estruturas musculoesqueléticas. A ação da nicotina também altera o metabolismo ósseo e das células intradiscais, comprometendo a função da coluna, que já sofre os efeitos da idade [Mineiro et al., 2006].

Outra característica individual a ser considerada é a obesidade, quando resulta de uma predisposição genética. A sobrecarga mecânica que o peso do corpo imprime sobre a região das costas pode ocasionar o desgaste prematuro de componentes específicos da coluna, [Mineiro et al., 2006]. Ao contrário do tabagismo e da obesidade, a atividade física praticada adequadamente, em qualquer faixa de idade, tem contribuído na prevenção de DC pelo

fortalecimento dos componentes osteomioarticulares que o exercício regular proporciona [Toscano; Egypto, 2001; Brazil et al., 2004].

2.3 A SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA

O termo “quilombola” é utilizado para designar os indivíduos remanescentes de quilombos, cuja herança cultural e material lhes confere um sentimento de ser e pertencer a um lugar e a um grupo específico, que resiste a situações de opressão e exclusão social [Brasil, 2003].

Ao contrário da ausência da liberdade que marcou a trajetória histórica dos negros e índios, o sentido da palavra quilombo remete a noção de resistência ante a continuidade da ideologia do embranquecimento e a exclusão das minorias étnicas do projeto republicano de modernização do país [Silva, 2007]. O movimento negro brasileiro recusa a premissa do embranquecimento, por meio da qual a miscigenação daria conta das iniquidades raciais no Brasil com o passar do tempo. Por meio da miscigenação, o “preto” desapareceria, e com ele a sua condição social inferior, “negra”, e o fenômeno da mestiçagem promoveria a cidadania igualitária sem conflitos, como se a questão racial fosse algo do passado, sem reflexos no presente [Paixão; Gomes, 2010].

A existência de comunidades quilombolas certificadas no Brasil evidencia que a luta política contra a desigualdade étnica ainda persiste. O quilombo, como expressão da resistência dos africanos ao modelo escravocrata de produção do período colonial, reaparece nas décadas de 1930 e 1940, com a Frente Negra Brasileira, fortalecendo-se como movimento politicamente organizado nos anos 1970, com o processo de redemocratização do país [Leite, 2000; Leite, 2008].

No Brasil, é emblemática a existência/resistência, por quase dois séculos, do “Quilombo dos Palmares”. Palmares tornou-se referência no estudo das lutas por liberdade e igualdade dos povos afrodescendentes. Atualmente, não se trata de grupos geograficamente isolados ou de uma população homogênea, pois nem sempre foram formados a partir de um referencial histórico comum, construído mediante vivências e valores compartilhados, como explica a Associação Brasileira de Antropologia [ABA, 2012]. Contudo, vivenciam as consequências da trajetória histórica dos negros com rebatimentos sobre a condição de vida e de saúde

[Leite, 2008].

A expressão “quilombo” vem sendo utilizada desde o período colonial. De etimologia *Bantu*³ (*Kilombo*), o quilombo representou contrafaces de uma mesma realidade: de um lado a imposição de atitudes violentas dos senhores brancos e, do outro, a formação dos acampamentos guerreiros nas florestas como reação dos escravos e libertos ao regime de autoridade e de negação de direitos essenciais [Munanga, 1996; Chagas, 1998; Silva, 2007]. A escolha pelo refúgio nas matas explica a predominância das comunidades quilombolas nas áreas rurais.

Na tradição popular brasileira, a palavra quilombo tem vários significados, podendo ser interpretada como um lugar, um povo, um sistema econômico ou mesmo um conflito ou embrião revolucionário em busca de uma mudança social [Leite, 2008]. Na perspectiva de mudança da condição socioeconômica, o acesso aos serviços de saúde constitui bandeira legítima do movimento negro, que atribui à cor da pele um fator principal para a diferença no perfil de morbimortalidade e de oportunidade no atendimento de saúde entre pretos e brancos no Brasil [Laeser, 2010].

Na década de 80 do século passado, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 68, introduz a dimensão dos direitos étnicos e reconhece que a determinação da condição quilombola advém da autoidentificação. A Constituição coloca sob a responsabilidade do Estado a defesa de grupos marcados, não pelo primitivismo excludente, mas pela tradição de serem culturalmente diferenciados [Brasil, 1988].

Mediante a publicação do Decreto Lei nº 4.887, em 20 de novembro de 2003, reafirma-se a condição quilombola e seu território. O instrumento legal visa regulamentar os processos de identificação, reconhecimento e a demarcação de terras pertencentes às comunidades remanescentes de quilombos, revogando a regulamentação anterior (Decreto 3.912/2001) que não reconhecia a premissa da autodefinição.

A denominação “remanescentes de comunidades quilombolas”, de acordo com o artigo 2º do referido decreto, foi elaborada tendo em vista o debate político, referindo-se não só às lutas dos movimentos negros no combate ao racismo, mas também, integrando elementos da

³ Refere-se aos povos de línguas Bantu. O significado no Brasil tem a ver com alguns ramos desses povos que foram retirados da África e escravizados. São oriundos de territórios que se dividem entre Angola e o Zaire, na África [Munanga, 1996].

conceituação antropológica moderna, como a identidade étnica e a territorialidade. Faz-se alusão, portanto, a uma “dívida” que a nação brasileira teria para com os afro-brasileiros em consequência da escravidão, não se tratando exclusivamente de um debate em torno da questão fundiária [Schimitt; Turatti; Carvalho, 2002].

Embora não se tenha estudos no Brasil sobre a prevalência de afecções da coluna vertebral em populações quilombolas, a cor (raça) é uma característica do indivíduo destacada em inquéritos nacionais e municipais de saúde que analisam o desfecho (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da prevalência de dor nas costas e a cor da pele dos indivíduos.

Inquérito	Local	Prevalência	Raça/ cor (%)				Outros	Autores
			Branco	Preto	Pardo	Índio		
Inquérito Nacional de Saúde - 2002	EUA	31%	32,3	26,8	-	-	50,5	Strine; Hootman, 2007
Inquérito PNAD 2003	Brasil	26%	19,8	19,2	18,9	21,2	15,7	Barros <i>et al.</i> , 2006
Pesquisa Nacional de Saúde 2004/2005	Austrália	15%	16,0	-	-	18,0	-	ABS, 2006
Inquérito Municipal	Pelotas	63,1%	63,5	68,1	50,9	-	-	Ferreira, <i>et al.</i> , 2011
Inquérito Municipal 2000	Salvador	14,7%	13,1	16,5	14,7	-	-	Almeida, <i>et al.</i> , 2008
PNAD 2008	Brasil	13,5%	28,0		25,6	-		Laeser, 2010
Inquérito Nacional de Saúde - 2010	EUA	44%	45,2	40,5	-		50,6	Schiller <i>et al.</i> , 2012

Os achados dos inquéritos de saúde nacionais e municipais diferem. Nos inquéritos realizados nos municípios de Pelotas (RS) e Salvador (BA), a prevalência de DC em indivíduos autodenominados “pretos” foi maior do que nos indivíduos de cor branca. Em Pelotas, 68,1% dos indivíduos de cor preta e 63,5% dos brancos afirmaram ter DC. Em Salvador, 16,5% dos pretos e 13% dos brancos referiram a morbidade. Ao contrário, no Brasil, nos Estados Unidos e na Austrália, os indivíduos de cor branca foram os mais acometidos.

Nesse contexto, pesquisas recentes consideram as iniquidades étnico/raciais como fatores determinantes das condições de saúde, emergindo como foco de investigações [Bastos *et al.*, 2010; Schiller *et al.*, 2012]. O enfoque se justifica dada a persistência de disparidades raciais e

as evidências sistemáticas indicam que os pretos têm maior incidência de doenças e morrem mais precocemente em todas as idades [Batista, 2005; Laeser, 2010].

Sugere-se que o estudo das condições de saúde envolvendo as comunidades quilombolas considere a interação de diversos fatores determinantes do processo saúde-doença (distais, intermediários e proximais). A literatura é esclarecedora quanto a opção metodológica de não ignorar as interações entre o biológico e o social nas avaliações dos problemas de saúde. Desse modo, os padrões de saúde e doença são entendidos como expressões biológicas das condições de vida e de trabalho próprios dessas comunidades [Buss; Pellegrini Filho, 2007; Barata, 2009; Barata et al., 2011].

Nesse aspecto, os fatores individuais e de contexto desempenham papel fundamental no perfil epidemiológico das populações socialmente vulneráveis e nas elevadas prevalências das doenças crônicas, com destaque para a DC [Barros et al., 2006; Laeser, 2010]. Barata et al. [2011] concluíram ao estudar a percepção sobre a situação de saúde e vulnerabilidade social na área central de São Paulo que, além das condições materiais de existência e dos aspectos sociodemográficos, o estado de saúde da população também é influenciado pela percepção dos indivíduos sobre a sua situação social.

No tocante às populações afrodescendentes, os quilombolas apresentam perfil de saúde bastante diferenciado, quer pelas barreiras geográficas, quer pelas barreiras sociais, políticas e econômicas. Tais limitações modelam a desigualdade em saúde em comunidades socialmente vulneráveis [Silva, 2007; Volochko, 2009]. Na hierarquização dos determinantes de saúde, com vistas à explicação para os processos mórbidos [Buss; Pellegrini Filho, 2007], é possível identificar controvérsias teóricas que sustentam os modelos de análise em epidemiologia quando se avalia a saúde das minorias étnico/raciais.

Há quem defenda, por exemplo, que a distância social mais notável no Brasil é a que separa e opõe os pobres dos ricos (desigualdade de classe), e soma-se a essa realidade, a discriminação sofrida por indivíduos autodenominados “não-brancos”, sobretudo, os negros [Ribeiro, 2006]. De acordo com essa vertente, as causas para o adoecimento estariam centradas, primordialmente, no diferencial da condição econômica dos indivíduos e dos grupos sociais. A cor (raça) como um constructo social dos quilombolas seria um fator secundário na explicação da desigualdade em saúde.

De outro modo, admite-se que, realizando o controle estatístico dos efeitos das variáveis socioeconômicas em algumas populações, as diferenças nas medidas de risco e precisão permanecem demonstrando o efeito independente do pertencimento a determinado grupo étnico ou racial sobre o pior estado de saúde [Barata, 2009]. A cor (raça) passa a ser relevante na explicação dos agravos que afetam as minorias étnicas, independentemente da situação econômica.

Desse modo, ressalta-se que o perfil de saúde dos remanescentes de quilombos não se restringe a existência de um único determinante, mas, do entrecruzamento de aspectos subjacentes à condição étnica (desigualdade étnica) e social (desigualdade de classe) dos grupos humanos [Ribeiro, 2006; Breilh, 2006; Buss; Pellegrini Filho, 2007; Antunes, 2010; Barata et al., 2011]. Essa vertente torna compreensível a força das desigualdades em saúde, em populações simultaneamente pobres, negras e com modos peculiares de viver.

No Brasil, atualmente, várias têm sido as iniciativas das diversas esferas do governo na proposição de políticas públicas que visam reduzir as desigualdades, combater a vulnerabilidade e iniquidades sociais inerentes à população negra. Destacam-se programas iniciativas específicas: “Programa Brasil Quilombola”; “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”; a promulgação da “Lei 12.888/2010”, que institui o Estatuto da Igualdade Racial; o “Plano de Ação ParticipaSUS”. No âmbito da saúde, o “Projeto 914BRA3002” traz relevante contribuição para a redução da desigualdade na saúde da população negra no país. Contudo, a efetividade das ações ainda não tem sido adequadamente mensurada.

A raça/cor dos indivíduos atua como multiplicador de vulnerabilidades macroestruturais [Schimitt; Turatti; Carvalho, 2002; Lopes, 2004; Paixão; Gomes, 2010]. A DC representaria, portanto, mais um fator de vulnerabilidade social desses grupos humanos, dado o potencial do agravo de limitar a capacidade produtiva dos indivíduos [Noriega-Elío, 2005; Meziat Filho; Silva, 2011].

Independente dos aspectos técnicos e tecnológicos disponíveis no âmbito da saúde no município, as vulnerabilidades presentes na sociedade representam uma ameaça maior à saúde individual e coletiva [Porto, 2007]. A prevalência de DC nas comunidades quilombolas requer, portanto, estudo que possa dar visibilidade ao problema e nortear as políticas locais de saúde para prevenção do agravo.

A invisibilidade do perfil epidemiológico das populações negras é destacada no *Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil*, organizado pelo Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e Estatísticas das Relações Raciais (LAESER). O documento reafirma essa condição, ao cobrar políticas afirmativas para a redução das desigualdades raciais no país, nos âmbitos da educação, do trabalho e da saúde pública, baseadas em pesquisas que evidenciem os problemas e as necessidades sociais de saúde da população afrodescendente [Laeser, 2010].

3 O PROBLEMA DA PESQUISA

Ao investigar a dor nas costas nos indivíduos residentes em comunidades quilombolas considera-se o aspecto sócio-histórico subjacente à organização do trabalho no Brasil [Ribeiro, 2006]. Entende-se que a história do negro está relacionada com a história das relações sociais de trabalho, caracterizada pela escravidão e exposição dos afrodescendentes ao trabalho penoso, com os subsequentes efeitos sobre a saúde musculoesquelética [Woods; Buckle, 2002] (Figura 1).

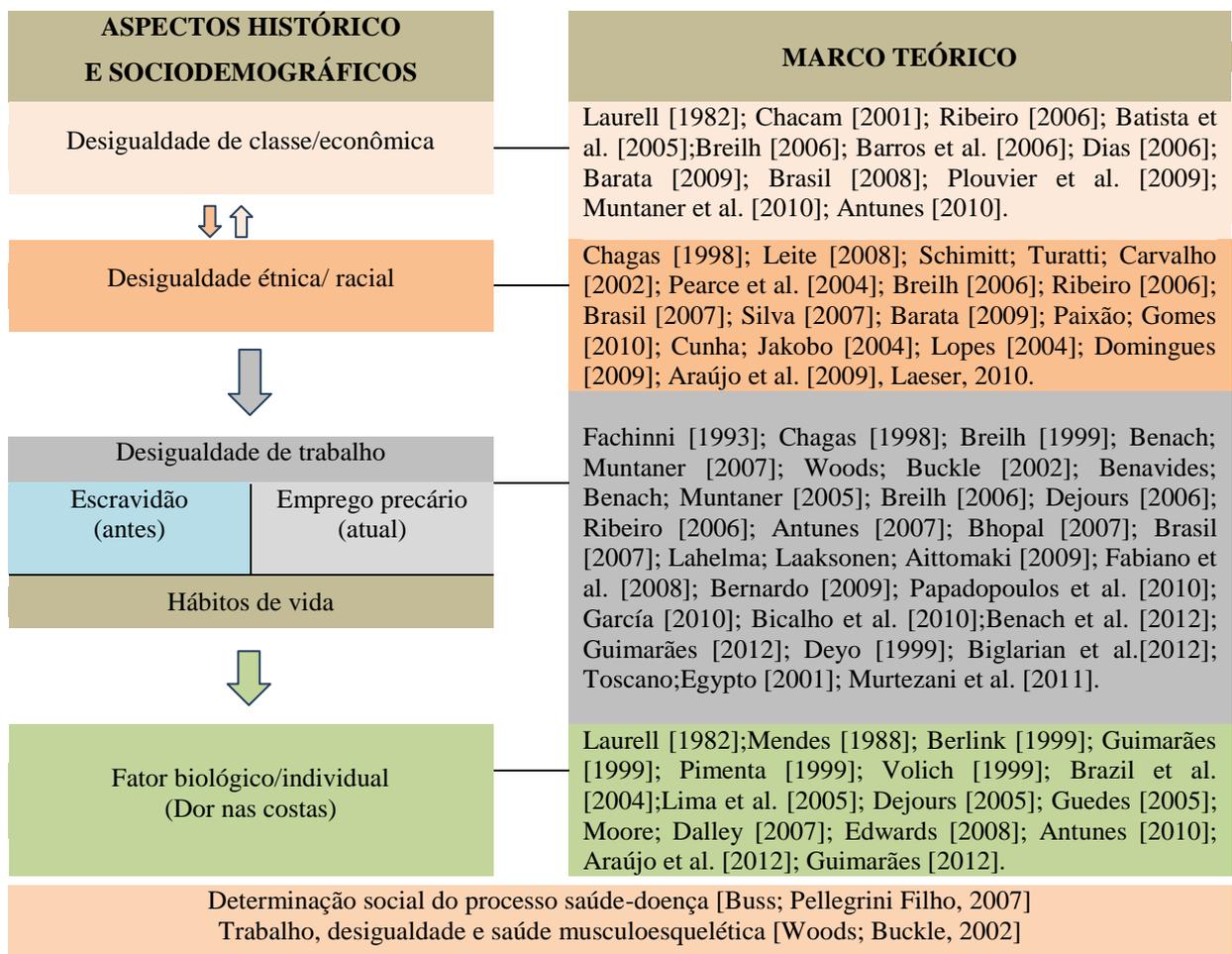


Figura 1. Fundamentação teórica para construção da hipótese.

Conforme ilustra a Figura 1, a desigualdade de classe social gera, amplia e mantém a desigualdade étnica e racial [Ribeiro, 2006; Breilh, 2006]. Por sua vez, em movimento oposto, as assimetrias raciais reforçam a desigualdade socioeconômica. Do mesmo modo, admite-se

que os aspectos socioeconômicos e demográficos como a idade, cor da pele, o baixo nível de renda e da escolaridade, determinam as características do trabalho às quais os moradores dos territórios quilombolas estão submetidos.

A condição experimentada nas relações sociais de trabalho que conformam o emprego precário define às diversas formas de adoecer e morrer, ampliando a desigualdade em saúde nas populações afrodescendentes.

Está reconhecida a influência do fator biológico no desencadeamento e evolução de DC. Nesse aspecto, Laurel [1982] esclarece que embora seja constatada a influência sócio-histórica no processo saúde-doença, dentre as causas da “doença” ocorre sempre o fator biológico numa população, independentemente do conhecimento que se tenha produzido a respeito dela. De outra maneira, Antunes [2010] defende que mecanismos mediadores tendem a converter os fatores socioeconômicos no biológico. Ou seja, “as relações que os indivíduos têm com seus corpos e sintomas são condicionadas pela posição e trajetória social” [Antunes, 2010].

As duas abordagens (determinação social e o paradigma biológico) não se excluem, como explica Laurel [1982]. Assim sendo, as características individuais (idade, sexo, raça entre outras) devem sempre integrar os modelos que buscam explicar a prevalência e a distribuição de DC numa população afrodescendente. A mudança etária, por exemplo, não é uma característica individual cuja magnitude da associação possa ser menosprezada na explicação dos distúrbios musculoesqueléticos. Woods e Buckle [2002] reforçam essa assertiva. De acordo com esses autores, o envelhecimento é fator de risco destacado para os distúrbios musculoesqueléticos, podendo ainda interagir com o tempo de trabalho no desencadeamento de afecções na coluna vertebral.

Dentre os fatores individuais, a cor (raça) é um fator determinante da qualidade de vida e de trabalho dos grupos humanos [Wood; Buckle, 2002]. Nesse contexto, observa-se que os negros (pardos e pretos) tendem a inserir-se de modo desigual (para pior) no mercado de trabalho e relatam piores condições de vida [Laeser, 2010].

Nessa direção, a Pesquisa de Características Étnico-raciais da População (PCERP), realizada pelo IBGE em 2008, considerou a influência da cor (raça) na vida dos indivíduos [Guimarães, 2012]. De acordo com a pesquisa, 63,7% dos entrevistados relataram que a cor (raça) interfere na condição de vida. Quanto às condições em que a cor da pele influencia a vida das pessoas,

destacou-se, em primeiro lugar, a situação de emprego para 71,0% dos respondentes. Na sequência, foram listadas a “relação com justiça/polícia” (68,3%), “convívio social” (65,0%), “escola” (59,3%) e “repartições públicas” (51,3%) [Guimarães, 2012]. Desse modo, é inegável a força das características sociodemográficas e a centralidade da categoria trabalho na determinação dos modos de viver e adoecer dos diferentes grupos étnicos [Woods; Buckle, 2002].

Considera-se que os fatores relacionados aos hábitos de vida (tabagismo, atividade física) e ao estado de saúde (IMC) influenciam o autorrelato de DC (Figura 2). Em algumas situações, o estilo de vida e determinadas condições de saúde (obesidade, por exemplo) interagem com as características do trabalho [Bohle et al., 2004]. A interação de fatores, portanto, é algo a ser considerada no que diz respeito à saúde [Breilh, 2006; Buss; Pellegrini Filho, 2007; Maia; Rodrigues, 2010].

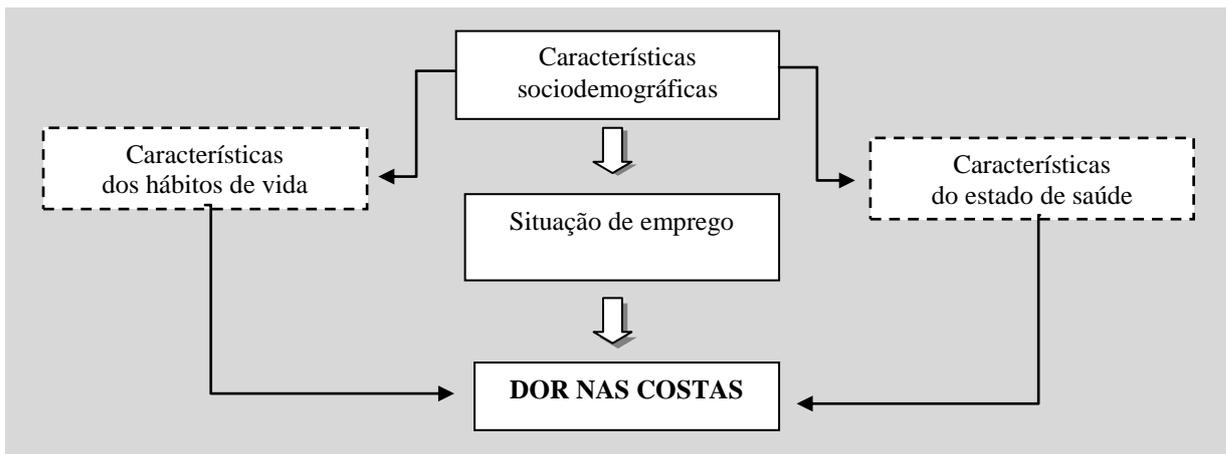


Figura 2. Formulação hipotética para análise dos dados com base no marco teórico.

A inexistência de estudos sobre as condições de vida e de saúde dos moradores dos quilombos impossibilita um melhor direcionamento de ações inclusivas e de recursos públicos. Tal situação compromete a verificação da eficiência e eficácia das intervenções governamentais já adotadas. O projeto COMQUISTA ocupou essa lacuna, ao disponibilizar dados relevantes sobre as condições de vida e de saúde nos quilombos.

A localização das comunidades quilombolas, geralmente em áreas rurais distantes da cidade, amplia a desigualdade de acesso aos serviços de saúde. Apesar da cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) ser de 100% na área rural do município, a atenção básica ofertada pelo PSF não é contínua. As equipes de saúde se deslocam para as comunidades uma vez por

mês, e nem sempre o médico está presente em função da elevada rotatividade desses profissionais. Dificuldades semelhantes foram observadas em comunidades quilombolas do Estado de São Paulo e Pará [Oliveira et al., 2008; Volochko, 2009].

Outro problema diz respeito às informações epidemiológicas das comunidades quilombolas, pois não são desagregadas das demais comunidades rurais do município. A inexistência de um diagnóstico situacional, baseado no perfil de específico morbimortalidade, inviabiliza as intervenções coerentes com as necessidades sociais de saúde dos moradores dos quilombos. Diante disso, Lopes [2004] chama a atenção para a possibilidade de uma inserção social “desqualificada”, caracterizada pela invisibilidade das necessidades reais da população negra em vários lugares do país.

A realidade das comunidades quilombolas de Vitória da Conquista indica um paradoxo da política governamental de inclusão social. Para a população quilombola nem sempre é possível ser acolhida em suas necessidades básicas de saúde e trabalhar onde vive. A cidade se constitui no espaço de referência para o atendimento das necessidades de saúde, educação e emprego, não obstante a implantação do PSF e das políticas de redistribuição de renda, com o propósito de fixação dos quilombolas no espaço rural [UFBA, 2011].

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a prevalência de dor nas costas e os fatores associados em uma amostra de base populacional de adultos residentes em comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista, Bahia.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Estimar a prevalência de dor nas costas nas comunidades quilombolas.
- 2) Avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas, situação de emprego, hábitos de vida e estado de saúde com a dor nas costas.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Com o intuito de identificar o perfil epidemiológico das comunidades quilombolas no âmbito local, foi realizado, em 2011, um inquérito transversal de base populacional, denominado “Projeto COMQUISTA”, que focalizou cinco comunidades quilombolas situadas em cinco distritos do município de Vitória da Conquista, Bahia [UFBA, 2011]. Esse município agrega 25 comunidades quilombolas rurais certificadas pela Fundação Palmares, constituídas, aproximadamente, por 2.935 indivíduos adultos [SMS, 2010; Fundação Palmares, 2010].

5.2 POPULAÇÃO

O presente estudo focalizou comunidades quilombolas cuja trajetória histórica foi marcada pelo enfrentamento das situações de opressão. O grupo populacional se refere aos indivíduos oriundos de grupos étnico-raciais que residem em comunidades que descendem de quilombos, segundo autorreconhecimento de pertença, com presunção de ancestralidade negra [Brasil, 2003].

Com base em dados populacionais da Secretaria Municipal de Saúde, o universo amostral estimado para o Projeto COMQUISTA foi de 2.935 adultos residentes em comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares. O plano amostral foi realizado de acordo com os seguintes critérios: a) selecionar uma comunidade por distrito; b) incluir somente comunidades com pelo menos 50 famílias cadastradas; c) selecionar domicílios; d) convidar todos os adultos (18 ou mais anos) e crianças < 5 anos residentes no domicílio sorteado para participarem da pesquisa (Figura 4).

Do total de domicílios sorteados (422), 393 foram incluídos no estudo (93,1%). Foram entrevistados 797 indivíduos adultos (54,3% mulheres e 45,7% homens), com distribuição

proporcional à observada na população de elegíveis das comunidades pesquisadas (Anexo A). Para o presente estudo, foram selecionados 750 adultos, após a exclusão de gestantes (11) e informantes secundários (36) (Figura 3). As gestantes foram excluídas devido às alterações musculares transitórias na região da coluna que são presentes na gravidez [Santos; Gallo, 2010]. Quanto aos informantes, a natureza do evento autorreferido (dor nas costas) é de caráter individual e subjetivo, sendo inadequado considerar a descrição de uma experiência desse tipo por um terceiro [Pimenta, 1999; Guimarães, 1999].

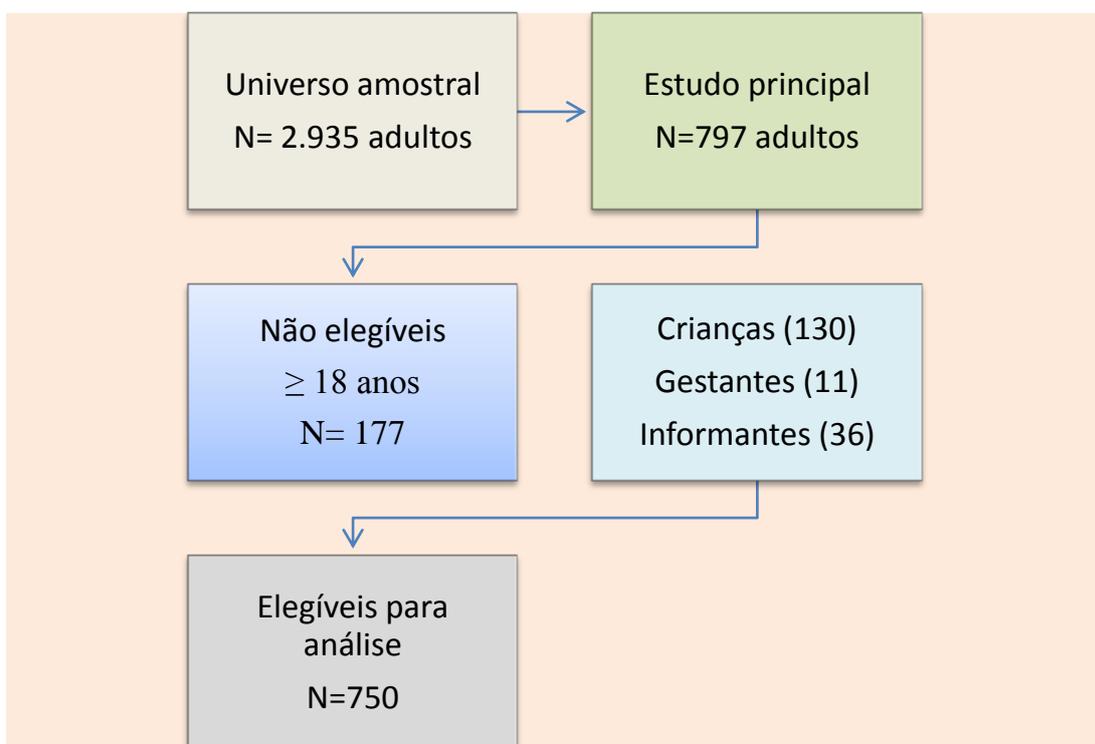


Figura 3. Critérios de definição da amostra para estudo de DC

Em função da heterogeneidade dos eventos investigados no projeto COMQUISTA, foi estimada no inquérito uma prevalência de 50%, com 5% de precisão e intervalo de confiança de 95%, efeito de desenho igual a 2, e 30% de perdas para todos os desfechos, incluindo DC. Ressalta-se que a exclusão dos informantes secundários da amostra foi compensada pelo percentual de perdas abaixo do previsto (15%). A maior parte das perdas (96,5%) teve como motivo a ausência das famílias nos domicílios, após três visitas realizadas pelos entrevistadores.

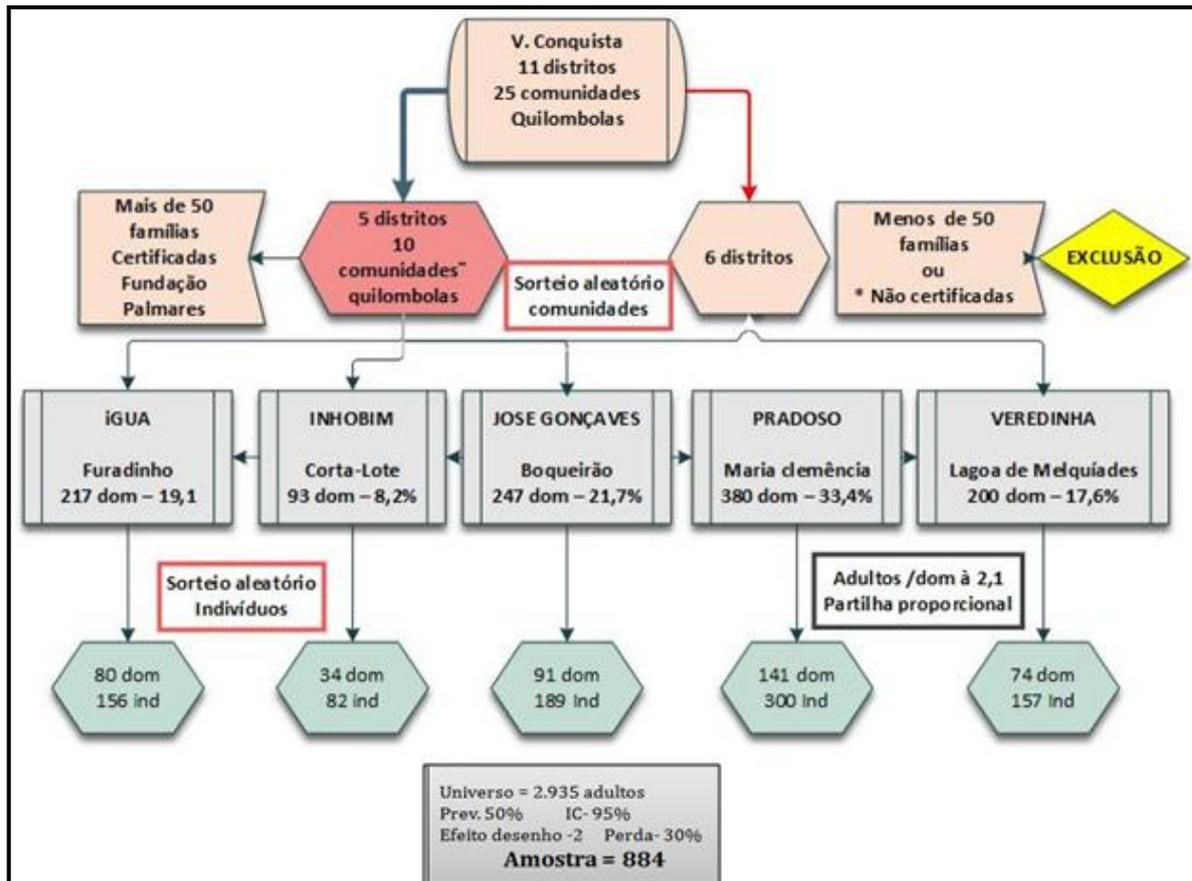


Figura 4. Fluxo de construção do plano amostral- projeto COMQUISTA, 2011.

5.3 PROCEDIMENTOS

Os dados foram coletados no período de 16 de setembro a 24 de outubro de 2011. As entrevistas foram realizadas com a participação de 24 discentes dos diversos cursos do Instituto Multidisciplinar de Saúde, do Campus Anísio Teixeira da Universidade Federal da Bahia, treinados no período de 23 de agosto a 09 de setembro de 2011, e que no campo contaram com a supervisão da equipe de pesquisadores.

O instrumento utilizado para a realização das entrevistas foi o questionário semiestruturado *Inquérito da Região Integrada do Distrito federal (RIDE)* da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), contendo dois módulos específicos: o individual e o domiciliar, que possibilitaram levantar dados sobre os aspectos demográficos, socioeconômicos, ocupacionais, de hábitos de

vida, estado de saúde, morbidades e sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde⁴.

Para a adequação do instrumento final (versão 1.05), foram feitos dois pré-testes (33 entrevistas). Além disso, realizou-se uma etapa piloto em uma comunidade quilombola não selecionada na pesquisa (55 famílias), equivalente a 8% da amostra principal, visando adequações do instrumento à realidade quilombola. A comunidade piloto foi excluída do estudo principal.

Para a pesquisa principal, os questionários físicos foram adaptados para uso de computadores portáteis (HP *pocket* Rx5710), cujos dados colhidos foram transportados e armazenados no programa *Questionnaire Development System* (QDSTM; NOVA *Research Company*), versão 2.6.1.

A coleta das medidas antropométricas foi baseada nas técnicas preconizadas por Jelliffe [1996]. Foram utilizados, pelos entrevistadores, manuais específicos com instruções detalhadas sobre os procedimentos adequados para a coleta de cada medida de acordo com os parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS). O peso foi verificado 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 a 2.000 mm.

Durante a pesquisa, todos os valores de peso e altura foram registrados em um cartão e entregues a cada participante.

5.4 SENSIBILIZAÇÃO E MAPEAMENTO

Os membros do Conselho Regional Quilombola, as lideranças comunitárias, gestores das Secretarias Municipais de Saúde e desenvolvimento social, profissionais das Equipes de Saúde da Família (PSF) e os moradores das cinco comunidades alvos (Corta Lote, Boqueirão, Lagoa de Melquíades e Lagoa de Clemência), incluindo os Agentes Comunitários de Saúde

⁴ <http://projetoconquista.wordpress.com/inquerito/>

(ACS), foram informados sobre os objetivos da pesquisa e suas etapas.

A coleta de dados foi precedida de ações estratégicas de mapeamento e sensibilização das comunidades para reduzir o número de perdas e recusas, e para facilitar a identificação dos domicílios a serem visitados pelos entrevistadores.

O mapeamento consistiu no levantamento de informações para definição dos elegíveis, obtendo-se o número de moradores por domicílio e suas idades. A etapa de mapeamento foi dividida em quatro fases: sensibilização, georreferenciamento do campo por *Global Positioning System* (GPS), tratamento de dados e a elaboração de mapas.

A equipe de campo, composta por três pesquisadores do projeto e um ACS, fez uso de localizador GPS, máquina fotográfica, caderno de anotações e material informativo impresso distribuído com informações sobre o projeto.

Simultaneamente à marcação por GPS, realizou-se a identificação de cada ponto gerado no GPS no caderno de anotações, em ordem numérica, a partir do ponto 1 – início do limite da comunidade (Ex. Ponto 001 – Limite/Vértice, Ponto 002 – Domicílio 1) e também a documentação fotográfica. Cada ponto foi fotografado e anotado no caderno o número da foto e sua correspondência com o ponto gerado pelo GPS, para posterior edição e organização. Tal procedimento visou proporcionar a identificação visual dos domicílios elegíveis na abordagem da equipe de entrevistadores para realização das entrevistas domiciliares, por tratar-se de áreas rurais de difícil acesso.

Os dados gerados pelo GPS foram editados com a identificação de cada ponto (*waypoint* – número e coordenadas geográficas) no *software Microsoft Office Excel*. Desta listagem foi realizado sorteio aleatório dos domicílios de cada comunidade a serem abordados, utilizando-se sorteio eletrônico de números randômicos, sem repetição, usando a ferramenta *Random Integer Set Generator*⁵.

Para confecção do mapa, os dados brutos do GPS foram transferidos para o programa *GPS TrackMaker*, versão 13.8. Foram escolhidos pontos localizados após os domicílios da extremidade que foram considerados como vértices/limites. Desta forma, foi possível traçar linhas para delimitação do território a ser abordado, gerando o mapa de cada comunidade, como pode ser observado na Figura 5.

⁵ Disponível em: <http://www.random.org/integer-sets/>

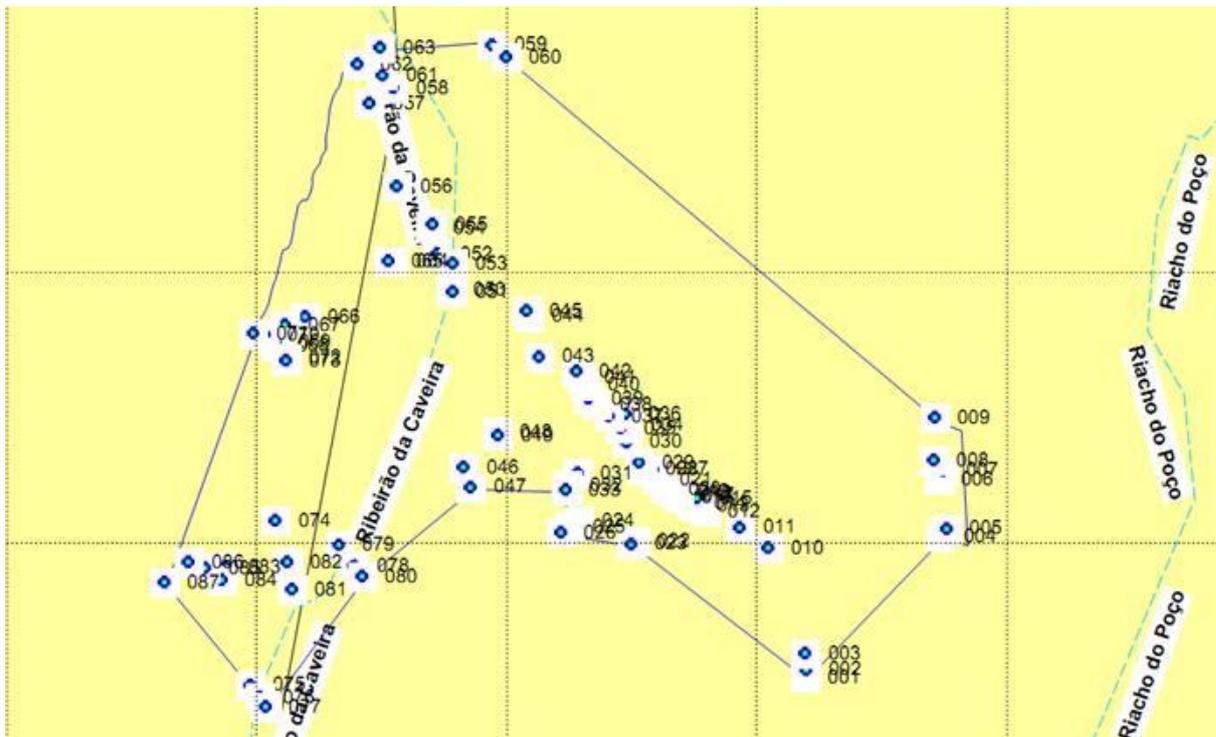


Figura 5. Mapa da comunidade Sinzoca gerado por pontos do GPS. Projeto COMQUISTA, 2011.

5.5 ANÁLISE DE CONFIABILIDADE

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 Epi Info, versão 3.5.3, e R, versão 2.11.1 [Bezerra et al., 2013].

5.6 EVENTO PRINCIPAL

O evento principal é a dor nas costas autorreferida pela população de estudo. A escolha desse evento se deu na perspectiva de comparar os achados sobre a prevalência de dor nas costas

nas comunidades quilombolas e os resultados encontrados em outras populações, de acordo com o padrão mínimo conceitual adotado nos distintos estudos.

No presente projeto, o desfecho dor nas costas refere-se às afecções da coluna ou costas, considerando o aspecto estrutural e a funcionalidade, de acordo com a definição proposta pelo IBGE [2010], como evidenciado na Figura 6.

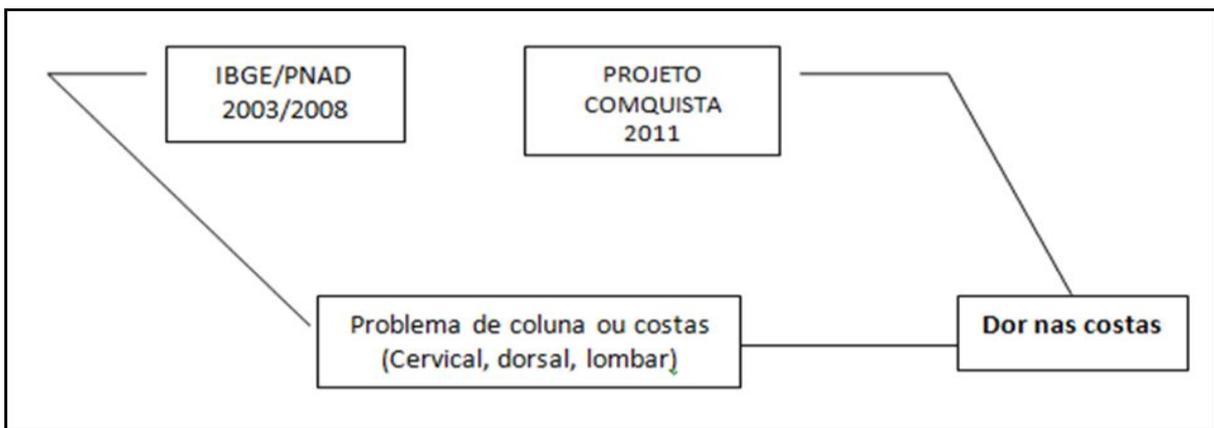


Figura 6. Elaboração do desfecho dor nas costas com base na definição do IBGE/PNAD para problemas de coluna ou costas.

A pergunta que originou o evento principal 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.

Apesar da existência de termos médicos na estrutura da pergunta, 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. Considerando a dificuldade de acesso aos serviços pelas comunidades quilombolas rurais e socialmente vulneráveis, a não necessidade de um diagnóstico médico prévio para o relato de DC garante maior possibilidade do evento ser autorreferido. Essa é uma característica da estrutura da pergunta em nosso instrumento que difere daquele utilizado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) [IBGE, 2010].

5.7 VARIÁVEIS EXPLICATIVAS

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

5.7.1 Características sociodemográficas e de emprego

As características sociodemográficas dos indivíduos moradores dos territórios quilombolas foram analisadas visando caracterizar a amostra e identificar possíveis associações com o evento principal (dor nas costas). São elas: sexo, idade, estado conjugal, grau de instrução, cor (raça) e renda individual (Quadro 2).

A variável que diz respeito à situação de emprego era composta por oito opções de respostas, e teve por finalidade caracterizar a amostra em relação ao regime de trabalho. Leva-se em conta o tipo de vínculo no emprego (segmento ocupado) e o grupo excluído do mercado de trabalho, sendo assim categorizada: desempregado, vínculo temporário, vínculo permanente.

A variável “cor/raça” foi construída diante da resposta dos indivíduos à questão: “Qual é a sua cor (raça)?”, com as seguintes opções de resposta: branca, preta, parda e outras (indígena, amarela). A definição de cor (raça) segue o padrão nacional, de acordo com os parâmetros conceituais adotados pela PNAD, relacionando-a com as características físicas autodeclaradas dos indivíduos entrevistados [IBGE, 2010]. Outros autores adotam definição semelhante [Dein, 2006; Meteos, 2007; Barata, 2011].

A variável “escolaridade” foi definida a partir do grau de instrução do respondente: 1) elementar incompleto; 2) elementar completo; e 3) fundamental e ensino médio. A variável “renda” refere-se à existência de uma remuneração individual mensal, com opção de resposta sim e não.

Quadro 2. Características sociodemográficas e de emprego, código, descrição e categorias selecionadas como possíveis exposições associadas com a dor nas costas nas comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2011.

Variável	Código*	Descrição da variável	Categorias de análise
Sexo	A1	Sexo do entrevistado	0- Masculino 1- Feminino
Idade	A2	Anos completos de vida do entrevistado	18 a 30 anos 31 a 50 anos >50 anos
Estado conjugal	A3	Estado conjugal do entrevistado	0- Casado(a) 1- Solteiro 2- Separado(a) ou viúvo(a)
Grau de instrução	A5	Grau de instrução do entrevistado	0- Elementar (incompleto) 1- Elementar (completo) 2- Fundamental/médio
Cor (raça)	A6	Cor da pele (raça) autorreferida	0- Branca 1- Parda 2- Preta 3- Outros
Renda	A17	Rendimento individual do entrevistado	0- Tem rendimento 1- Não tem rendimento
Situação no emprego	A11	Qual é ou era a situação no trabalho	0-Desempregado 1- Temporário 2- Permanente

(*) Código da variável no questionário do módulo individual do projeto COMQUISTA, 2011.

5.7.2 Características dos hábitos de vida e estado de saúde

As características relacionadas com os hábitos de vida e o estado de saúde dos entrevistados foram agrupadas visando caracterizar o comportamento dos indivíduos e situação de saúde que podem ter associação com DC. Estão assim listadas: atividade física, tabagismo e Índice de Massa Corporal (IMC) (Quadro 3).

A variável “atividade física” foi construída diante das respostas à pergunta: “Quantos dias por semana o(a) sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?”, categorizada conforme a escala: nunca, 1 a 3 dias, 4 a 6 dias e 7 dias.

As relações entre atividade física e saúde são investigadas por meio de diferentes parâmetros. Destacamos os seguintes: 1) intensidade (ou vigor); 2) frequência (dias/semana); 3) número de horas/semana e 4) combinação entre as três modalidades anteriores [Clarke; Janssen, 2013; Malta et al., 2009]. Pontos de corte e/ou categorias de análise para tais parâmetros podem variar em função da amostra [Brown et al., 2013] ou desfecho estudado [WHO, 2004].

Quadro 3. Características dos hábitos de vida e estado de saúde, código, descrição e categorias selecionadas como possíveis exposições associadas com a dor nas costas nas comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2011.

Variável	Código*	Descrição da variável	Categorias de análise
Prática de atividade física	C32	Frequência de atividade física (dias da semana)	0- Prática 1- Não pratica
IMC**	IMC	Índice de Massa Corporal do entrevistado	0- Normal 1- Sobrepeso/obesidade
Tabagismo	C49	Identificar se o entrevistado fuma atualmente	0- Não fuma 1- Fuma

(*) Código da variável no questionário do módulo individual do projeto COMQUISTA, 2011.

(**) Valores encontrados a partir do cálculo $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$, tomando por base as variáveis m1 e m2 do banco de dados do projeto COMQUISTA.

Desse modo, ressaltam-se dois aspectos metodológicos utilizados para a categorização da variável “atividade física” no presente estudo: a raridade de estudos sobre a prática de atividade física em grupos quilombolas e a ausência de consenso para a abordagem desse comportamento em inquéritos [Brown, et al., 2013]. Diante de tais limites, optou-se por elaborar critérios próximos ao de outros estudos [Malta et al., 2009], levando-se em conta a relação não linear entre frequência semanal de atividade física e dor nas costas que foi verificada nas primeiras etapas das análises.

A variável “tabagismo” foi construída mediante a pergunta quanto ao hábito de fumar (atualmente), com opções de resposta sim e não.

Na construção da variável “IMC” considerou-se os valores padronizados nacionalmente para a definição dos índices normal e alterado (sobrepeso/obesidade) que interferem no relato de DC.

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, utilizou-se o *software* estatístico Stata 11.0. Inicialmente, realizou-se a análise descritiva, estimando-se as frequências absolutas e relativas de acordo com as categorias que compõem 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 [Barros; Hirakata, 2003], com estimação de variável robusta de acordo com a entrada ordenada por blocos.

As variáveis explicativas que apresentaram significância estatística ($p \leq 0,20$) foram selecionadas para a análise multivariável intermediária por blocos: 1) sociodemográfico e emprego; 2) saúde e hábitos de vida.

A entrada hierárquica de dados utilizada considerou o teste de hipótese e o agrupamento das variáveis explicativas em dois níveis, na seguinte ordem: a) no nível 1, as variáveis sociodemográficas e de emprego (sexo, idade, estado conjugal, escolaridade, cor (raça), renda individual e situação de emprego); b) no nível 2, as variáveis relacionadas com estado de saúde e hábitos de vida (IMC, tabagismo, frequência de atividade física) (Figura 5).

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



Figura 7. Modelo de análise proposto para o estudo de prevalência de dor nas costas em comunidades quilombolas.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Faculdade São Francisco de Barreiras (CAAE 0118.0.066.000-10) e da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0118.0.066.203-10) e todos os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para responderem às entrevistas, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996), para devida apreciação e autorização formal para a realização da pesquisa (Anexos C, D e E).

Como os sujeitos da pesquisa pertencem a uma comunidade culturalmente diferenciada, foi realizado um contato com os líderes comunitários, a fim de obter a anuência antecipada das comunidades, em respeito ao item E do artigo IV.3 da Resolução CNS 196/96.

Para a coleta de dados os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e sigilo dos dados. Caso concordassem em participar da pesquisa, foi solicitada a assinatura do TCLE, em duas vias. Garantiu-se a confidencialidade das informações sobre os questionários e medidas antropométricas aferidas, sendo que somente os dados consolidados serão divulgados.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO (PROJETO COMQUISTA)

Os dados obtidos no projeto COMQUISTA, que serviu de matriz para a pesquisa sobre DC, possibilitam descrever a população quilombola, nos cinco distritos, a partir das características individuais e domiciliares. Trata-se de população pobre, com baixo grau de escolaridade, e cujo acesso aos serviços de saúde é marcado por baixa cobertura do Programa Saúde da Família (PSF).

Entre os adultos entrevistados no projeto matricial (797 indivíduos), mais da metade eram mulheres, 41,5% apresentavam de 35 a 59 anos, e a maioria não trabalhava no momento da realização da pesquisa (Tabela 3). Dentre os indivíduos ocupados, 59,2% estavam no setor agropecuário, 16,2% nos serviços domésticos, e os demais estavam distribuídos em outros setores. Quanto aos anos de estudo, possuíam baixa escolaridade (72,3% dos entrevistados não concluíram quatro anos de estudo).

A maioria era casada e referiu ter cor parda (44,7%) e preta (39,1%). Observou-se, quanto à renda familiar *per capita*, que 58,4% recebiam até ¼ do salário mínimo. Quanto às condições de moradia, do total de domicílios investigados, 2,3% possuíam rede geral de abastecimento de água e 9,7% utilizavam rede geral de esgoto ou fossa séptica. Com relação ao destino dos resíduos sólidos, 93,4 dos entrevistados queimavam ou enterravam o lixo domiciliar. Quanto ao acesso ao serviço básico de saúde, 25,8% relataram nunca haver recebido visitas do agente comunitário de saúde, e 12,4% receberam visita de 1 a 4 vezes no ano.

Tabela 3. Características dos domicílios e da população quilombola adulta. Projeto COMQUISTA, Bahia, Brasil, 2011. (N=797)

Variáveis	N	%
Características dos domicílios		
Abastecimento de água		
Rede geral de abastecimento	9	2,3
Poço ou nascente	93	23,7
Cisterna	107	27,2
Tanque/Açude/Aguada	156	39,7
Outra	28	7,1
Esgotamento sanitário		
Rede geral de esgoto ou fossa séptica	38	9,7
Fossa rudimentar	161	41,1
Outras formas	193	49,2
Destino do lixo		
Queimado ou enterrado	367	93,4
Jogado no rio, terreno ou outro	26	6,6
Forma de iluminação		
Elétrica	372	94,6
Outras	21	5,3
Frequência de visitas do ACS		
Mensal	196	50,5
Bimestral	44	11,3
1 a 4 vezes por ano	48	12,4
Nunca	100	25,8
Renda familiar per capita		
Até ¼ do salário mínimo	209	58,4
> ¼ salário mínimo	149	41,6
Características dos Adultos		
Sexo		
Masculino	364	45,7
Feminino	433	54,3
Trabalho		
Trabalha atualmente	389	48,8
Não trabalha	408	51,2
Ocupação/Setor		
Trabalhadores agropecuários	413	59,2
Trabalhadores de serviços domésticos	113	16,2
Trabalhadores da construção civil	39	5,6
Trabalhadores da prestação de serviços	34	4,9
Outros setores	99	14,1

6.2 ESTUDO DE DOR NAS COSTAS

Quanto às características sociodemográficas, entre os 750 indivíduos selecionados para o estudo de DC, observou-se uma proporção maior de mulheres (53,5%). A maioria dos entrevistados era casada (63,7%) e apresentavam baixa escolaridade (somente 11,3% haviam cursado o ensino fundamental e médio). Aqueles que se autodeclararam pretos e pardos representaram 39,5% e 44,6% da amostra, respectivamente (Tabela 4).

Quanto à renda individual, 28,3% dos indivíduos maiores de 18 anos informaram não possuir nenhuma fonte de rendimento. No que diz respeito à situação de emprego, 46,7% estavam desempregados e 40% estavam empregados precariamente (sem proteção social).

Tabela 4. Características sociodemográficas e de situação no emprego de quilombolas. Vitória da Conquista, Bahia, 2011. (N=750).

Variáveis	Categorias	N	%	IC 95%
Sexo	Masculino	349	46,5	(42,9-50,1)
	Feminino	401	53,5	(49,9-57,0)
Idade (anos)	18 a 30	199	26,5	(23,4-29,7)
	31 a 50	294	39,2	(35,7-42,7)
	> 50	257	34,3	(30,9-37,7)
Situação conjugal	Casado	478	63,7	(60,3-67,2)
	Solteiro	164	21,9	(18,8-24,8)
	Separado/Viúvo	108	14,4	(11,9-16,9)
Escolaridade	Elementar (incompleto)	504	67,3	(63,9-70,6)
	Elementar (completo)	160	21,4	(18,4-24,3)
	Fundamental / médio	85	11,3	(9,1-13,6)
Cor (raça)	Parda	330	44,6	(41,0-48,2)
	Preta	292	39,5	(35,9-43,0)
	Branca	93	12,6	(10,2-15,0)
	Outras	25	3,4	(2,1-4,6)
Renda	Sim	528	71,7	(68,5-75,0)
	Não	208	28,3	(25,0-31,5)
Situação de emprego	Vínculo temporário	299	40,0	(36,4-43,5)
	Desempregado	349	46,7	(43,1-50,2)
	Vínculo permanente	100	13,3	(11,0-15,8)

Quanto aos hábitos de vida, a proporção de fumantes foi de 19,7%. Observou-se, quanto ao IMC, que 42,5% dos indivíduos apresentaram sobrepeso ou obesidade. A proporção dos indivíduos entrevistados que praticavam atividade física foi de 24,1% (Tabela 5).

Tabela 5. Características relacionadas com a situação de saúde e estilo de vida de quilombolas. Vitória da Conquista, Bahia, 2011. (N=750).

Variáveis	Categorias	N	%	IC 95%
Tabagismo	Não fumante	602	80,3	(77,4-83,1)
	Fumante	148	19,7	(17,0-22,6)
IMC	Normal	425	57,5	(53,9-61,1)
	Sobrepeso	314	42,5	(39,0-46,1)
	Obesidade			
Atividade física	Não pratica	568	75,9	(72,9-79,0)
	Pratica	180	24,1	(21,0-27,1)

A prevalência de DC na amostra foi de 39,3%, sendo que 39,7% do sexo feminino e 39% do sexo masculino referiram DC (Tabela 6). A faixa-etária com menor prevalência de dor nas costas foi a mais jovem, entre 18 e 30 anos (26,5%), com prevalência mais elevada na faixa acima de 50 anos (48,6%).

Com relação ao estado conjugal, a maioria era casada (63,7%) e os 14,4% separados/viúvos apresentaram maior prevalência de dor nas costas (49,1%). Quanto à escolaridade, 67,3% dos entrevistados não tinham o grau de instrução elementar. A prevalência de DC autorreferida mostrou-se mais elevada nesse segmento (42,5%) em relação aos indivíduos com o ensino fundamental ou médio completo (28,2%).

Quanto à cor da pele, indivíduos autodenominados pretos e pardos representaram na amostra 39,4 e 44,6%, respectivamente. O percentual de brancos na amostra foi de 12,6%. O grupo étnico com maior prevalência de DC foi o pardo (41,5%), quando comparado com pretos (36,3%) e brancos (39,8%).

Quanto à renda individual, 28,3% não tinham rendimento mensal. A prevalência de DC foi mais elevada entres os indivíduos desse segmento (40,9%) em relação aos que relataram possuir algum rendimento (39%).

Em relação à situação de emprego, 46,7% estavam desempregados nos últimos três meses em relação à data da entrevista. Nesse segmento, a prevalência de DC foi menor (39,8%) em comparação com os indivíduos empregados. Entre os trabalhadores empregados (53,3%), os indivíduos que relataram estabilidade no emprego apresentaram prevalência mais elevada de

DC (45%), quando comparados com o segmento que trabalha com vínculo precário ou temporário (36,8%).

Tabela 6. Prevalência de dor nas costas em quilombolas de acordo com características sociodemográficas e situação de emprego. Vitória da Conquista, Bahia, 2011. (N=750)

Variável	Categorias	Dor nas costas			
		SIM		NÃO	
		N	%	N	%
Sexo	Masculino	136	39,0	213	61,0
	Feminino	159	39,7	242	60,3
Idade (anos)	18 a 30	52	26,1	147	73,9
	31 a 50	118	40,1	176	59,9
	> 50	125	48,6	132	51,4
Situação conjugal	Casado	192	49,2	286	59,8
	Solteiro	50	30,5	114	69,5
	Separado/Viúvo	53	49,1	55	50,9
Escolaridade	Elementar (incompleto)	214	42,5	290	57,5
	Elementar (completo)	57	35,6	103	64,4
	Fundamental médio	24	28,2	61	71,8
Cor (raça)	Parda	137	41,5	193	58,5
	Preta	106	36,3	186	63,7
	Branca	37	39,8	56	60,2
	Outras	12	48,0	13	52,0
Renda	Sim	206	39,0	322	61,0
	Não	85	40,9	123	59,1
Situação de emprego	Vínculo temporário	110	36,8	189	63,2
	Desempregado	139	39,8	210	60,2
	Vínculo permanente	45	45,0	55	55,0

Em relação aos hábitos de vida e estado de saúde dos quilombolas, observou-se que no segmento que relatou fumar, a prevalência de DC foi mais elevada (50,7%) em comparação com os indivíduos que não fumavam atualmente (36,5%). Quanto à atividade física, maior prevalência de DC foi observada no segmento que não praticava atividade física (40,5%).

Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), 42,5% dos indivíduos foram classificados na faixa sobrepeso/obesidade (IMC alterado). O grupo com IMC alterado (>25 kg/m²)

apresentou prevalência mais elevada de 43,3% de DC, em relação ao grupo com IMC normal ($\leq 25 \text{ kg/m}^2$), cuja prevalência de DC foi 36,7%.

Tabela 7. Prevalência de dor nas costas em quilombolas de acordo com a situação de saúde e estilo de vida. Vitória da Conquista, Bahia, 2011. (N=750)

Variável	Categorias	Dor nas costas			
		SIM		NÃO	
		N	%	N	%
Tabagismo	Não fumante	220	36,5	382	63,5
	Fumante	75	50,7	73	49,3
IMC	Normal	156	36,7	269	63,3
	Sobrepeso/Obesidade	136	43,3	178	56,7
Atividade física	Pratica	63	35	117	65%
	Não pratica	230	40,5	338	59,5

6.3 ANÁLISE UNIVARIÁVEL

Na análise univariável foram identificadas as variáveis explicativas que estavam associadas ao desfecho, com valor de $p \leq 0,05$. Apresentaram associação estatística com DC as seguintes variáveis do nível 1: idade, situação conjugal e escolaridade (Tabela 8). Das variáveis do nível 2, somente tabagismo foi associada com o desfecho ($p \leq 0,05$) (Tabela 9). Quanto as variáveis cor da pele, atividade física e IMC, observou-se associação ao nível de $p \leq 0,20$, sendo agrupadas para a análise subsequente.

Tabela 8. Prevalência e razão de prevalência de dor nas costas em quilombolas de acordo com características sociodemográficas e situação de emprego. Vitória da Conquista, BA, 2011. (N=750)

Variável (Nível 1)	DC (%)	RP¹	(IC 95%)
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)**
> 50	48,6	1,86	(1,43-2,43)**
Situação conjugal			
Solteiro	50		1,0
Casado	192	1,32	(1,02-1,70)**
Separado/Viúvo	53	1,61	(1,19-2,17)**
Escolaridade			
Fundamental / médio	28,2		1,0
Elementar (completo)	35,6	1,26	(0,85-1,88)
Elementar (incompleto)	42,5	1,50	(1,06-2,14)**
Cor (raça)			
Preta	36,3		1,0
Branca	39,8	1,09	(0,82-1,47)
Parda	41,5	1,14	(0,94-1,39)*
Outras	48,0	1,42	(0,86-2,04)
Renda			
Sim	39,0		1,0
Não	40,9	1,05	(0,86-1,27)
Situação de emprego			
Vínculo temporário	36,8		1,0
Desempregado	39,8	1,08	0,89-1,32
Vínculo permanente	45,0	1,22	(0,94-1,59)

¹RP: Razão de Prevalência. IC 95%: Intervalo de Confiança a 5%.

* p≤0,20. **p≤0,05.

Tabela 9. Prevalência e razão de prevalência de dor nas costas em quilombolas de acordo com a situação de saúde e estilo de vida. Vitória da Conquista, BA, 2011. (N=750)

Variável (Nível 2)	DC (%)	RP ¹	(IC95%)
Tabagismo			
Não fumante	36,5		1,0
Fumante	50,7	1,39	(1,15-1,68)**
IMC			
Normal	36,7%		1,0
Sobrepeso/Obesidade	43,3%	1,18	(0,99-1,41)*
Atividade física			
Pratica	35,0%		1,0
Não pratica	40,49	1,16	(0,93-1,45)*

¹RP: Razão de Prevalência. IC 95%: Intervalo de Confiança a 5%.

* p≤0,20. **p≤0,05.

6.4 ANÁLISE MULTIVARIÁVEL

Na análise multivariável duas variáveis permaneceram no modelo final: idade e hábito de fumar. Quanto a idade, encontrou-se associação significativa nas faixas de 31 a 50 anos (RP= 1,47; IC: 1,12-1,94) e > 50 anos (RP= 1,80; IC: 1,38-2,35) comparadas à categoria de referência (faixa etária mais jovem). Em relação ao tabagismo, a prevalência de DC foi 30% maior entre fumantes em relação aos indivíduos que não fumavam (RP=1,31; IC: 1,08-1,59).

Tabela 10. Modelo multivariado final (Regressão de Poisson) para dor nas costas em quilombolas. Vitória da Conquista, BA, 2011. (N=750)

Variáveis	RP ¹ (95% IC)
Idade (anos)	
18 a 30	1,0
31 a 50	1,47 (1,12-1,94)*
> 50	1,80 (1,38-2,35)*
Tabagismo	
Não fumante	1,0
Fumante	1,31 (1,08-1,59)*

¹RP: Razão de Prevalência. IC 95%: Intervalo de Confiança a 5%.

*p≤0,01.

7 DISCUSSÃO

A prevalência de DC encontrada foi de 39,3%, sendo inferior à registrada no inquérito de Pelotas (63, 1%) [Ferreira et al., 2011], e superior à encontrada em inquérito nacional (13,5%) [Laeser, 2010]. Regionalmente, foram encontradas prevalências mais baixas em Salvador (14,7%) [Almeida, 2008] e em Belo Horizonte (7,3%) [Lima-costa; Turci; Macinko, 2012]. Mundialmente, também foram encontradas prevalências mais baixas no Canadá (14,1%), Austrália (15%), Japão (25,2%) e Estados Unidos (31%) [Shultz; Kopec, 2003; ABS, 2006; Yamada, 2011; Strine; Hootman, 2007].

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 [Urwin et al., 1998; Ferreira, 2011]. Ressalta-se a inexistência de um consenso quanto à abordagem de DC em estudos epidemiológicos, com prejuízo para comparação dos dados [Dionne et al., 2008].

Entre os fatores individuais, no modelo final, apenas a idade foi associada a DC. Observou-se prevalência mais elevada de DC e associação positiva nas faixas etárias mais avançadas, sendo esse achado consistente [Plesh; Adams; Gansky, 2011; Barros et al., 2011; Guterres et al., 2011; Kim, 2010]. Algumas afecções da coluna vertebral são esperadas a partir dos 40 anos de idade, pois têm como causa primária alterações mecânico-degenerativas, metabólicas ou sistêmicas que se distribuem de acordo com a faixa etária [SBOT, 2010; Guedes, 2010].

Em relação aos hábitos de vida, observou-se associação positiva entre a prática de atividade física e dor nas costas entre os quilombolas. Esse achado não é consistente, considerando o efeito protetor que o exercício físico adequado proporciona à estrutura musculoesquelética da coluna vertebral [Toscano; Egypto, 2001; Murtezani et al., 2011; Barros et al., 2011]. Sabe-se, por exemplo, que apesar de levarem uma vida ativa, as populações rurais convivem com elevadas prevalências de dor nas costas [Hoy et al., 2003; Cockell et al., 2005; Mota; Dutra; Barbosa, 2007; Erbay et al., 2006] . Nesse aspecto, faz-se necessário avaliar não apenas a frequência da atividade física, mas, a qualidade e o modo como essa atividade vem sendo praticada nas áreas rurais [Bicalho et al., 2010].

Prática de atividade física não foi associada a DC. Esse achado não é consistente, considerando o efeito protetor que o exercício físico adequado proporciona à estrutura musculoesquelética da coluna vertebral [Toscano; Egypto, 2001; Schneider et al., 2005; Murtezani et al., 2011; Barros et al., 2011]. Sabe-se, por exemplo, que o treinamento e a qualidade dos exercícios físicos têm relação com os ganhos esperados no tocante ao melhor desempenho musculoesquelético, conforme estudos realizados nas áreas urbana e rural [Bicalho et al., 2010; Barros et al., 2011].

De forma consistente, o hábito de fumar foi associado à dor nas costas no presente estudo. São bastante conhecidos os efeitos danosos do tabagismo sobre as estruturas musculoesqueléticas, com destaque para as lesões de discos intervertebrais [Deyo, 1989; Silva et al., 2004; Schneider et al., 2005; Shiri et al., 2010].

Inesperadamente, nenhum efeito do tipo de vínculo no emprego para dor nas costas foi encontrado na população quilombola. Observou-se no segmento com vínculo permanente no emprego, maior prevalência de DC, porém, a associação não foi estatisticamente significativa. Esse resultado não é consistente. Sabe-se que o emprego instável guarda relação com piores condições laborais e de saúde quando comparados aos trabalhadores com vínculos estáveis ou inseguros [Lahelma; Laaksonen; Aittomaki, 2008; Papadopoulos et al., 2010].

A instabilidade no emprego autorrelatada é definida por Benach e Muntaner [2007] como a discrepância entre o nível de estabilidade no emprego que um indivíduo experimenta e o nível de segurança que ele pode preferir. As evidências atuais sugerem que os novos tipos de contratos de trabalho podem ser tão danosos para a saúde psicofísica dos trabalhadores quanto o desemprego, dado o potencial estressor que as relações flexíveis ou inseguras de trabalho podem exercer sobre os trabalhadores [Assunção, 2003; Brasil, 2007; Giatti; Barreto; César, 2008; Benach et al., 2012].

Apesar desse resultado, Benach e Muntaner [2007] asseveram que os efeitos do emprego instável sobre a saúde dos trabalhadores não estão completamente esclarecidos. A literatura é esclarecedora quanto à função protetora que alguns fatores exercem para a saúde do trabalhador, sendo exemplos o controle e a autonomia dos trabalhadores para a realização de tarefas no processo de produção no qual estão inseridos [Woods; Buckle, 2002; Breilh, 2006; Dejours, 2005]. Tais fatores podem estar presentes no contexto quilombola.

Por exemplo, as exigências de produção e as demandas físicas intensas no setor industrial são bem descritas na literatura como fatores associados à DC [Fernandes et al., 2010; Plouvier et al., 2009; Kwon et al., 2011; Nassif et al., 2011; Murtezani et al., 2011; Xu et al., 2012; Li et al., 2012]. Contudo, mais da metade da força de trabalho da amostra estudada está no setor agropecuário, caracterizado pela agricultura e pecuária de subsistência, cujas características da organização e processo de trabalho diferem do setor agroindustrial. Ressalta-se que algumas vezes o autorrelato de vínculo empregatício pode não ser capaz, isoladamente, de capturar o efeito de determinantes estruturais do ambiente de trabalho sobre a saúde [Benach; Muntaner, 2007].

Ademais, se a ausência de associação entre emprego e DC pode ser atribuída à particularidade do trabalho realizado pelos quilombolas, é possível ainda que fatores culturais interfiram no modo como a dor é percebida pelos trabalhadores. Sabe-se que a maioria deles vive e trabalha em setores (ou ambientes) com os quais culturalmente e etnicamente se identificam. A literatura é consistente quanto aos mecanismos de enfrentamento da dor acionados por atributos socioculturais [Edwards; Fillingim; Keefe, 2001; Pimenta, 1999; Lima et al., 2005].

Reforça essa assertiva, as discussões feitas por Woods e Buckle [2002] ao estudarem a relação entre o trabalho, desigualdade e condição musculoesquelética, tendo por parâmetro o modelo clássico de determinação social do processo saúde-doença. Os autores concluíram que são raros os estudos que consideram os diversos fatores do modelo e a força que os impelem na determinação dos eventos musculoesqueléticos.

No que diz respeito à cor da pele, geralmente esta característica está associada aos relatos de piores condições de vida e de saúde [Barata, 2009; Laeser, 2010]. Surpreendentemente, a cor (raça) não foi associada a DC em nenhuma das etapas da análise. Tais resultados não são consistentes [Carey et al., 2009; Edwards, 2008]. Contudo, inquéritos de base populacional identificaram relação entre prevalência de DC e cor (raça) dos indivíduos, sem associações positivas significativas [Barros et al., 2006; Laeser, 2010; Schiller et al., 2012; Silva; Fassa; Valle, 2004; Almeida et al., 2008; Studnek, 2010].

Embora a variável cor (raça) seja para alguns autores um constructo social, a ambiguidade ainda persiste quando o tema é a saúde dos grupos, o que pode acarretar variação nos resultados de pesquisas [Pearce et al., 2004; Araújo et al., 2009]. Carey et al. asseveram que as análises em estudos epidemiológicos podem ser prejudicadas pelas diferenças nas

definições de raça e de dor nas costas. Nessa abordagem, o desfecho dor nas costas seria apenas a parte primeira de uma investigação bastante complexa que envolve definições, e, por consequência, padrões de comparabilidade de resultados [Carey et al., 2009; Edwards, 2008].

Admite-se, portanto, a complexidade da característica cor (raça) na explicação de DC em comunidades quilombolas. Vários estudos concluíram que a contribuição da raça para o evento é mediada por diversos fatores individuais genéticos, predisposição, padrões culturais de crença e de comportamento, pela situação socioeconômica e situações de trabalho [Woods; Buckle, 2002; Plouvier et al., 2009; Safo, 2012].

Primeiramente, não é simples a denominação de raça em comunidades miscigenadas, dificultando acordos conceituais, pois não existiria uma definição *a priori* de raça [Pearce et al., 2004; Dein, 2006]. A maioria dos estudos que investigam a associação entre raça e dor musculoesquelética, publicados entre 1983 e 1999, apresentaram variações em seus resultados, demonstrando a necessidade de definições mais claras de raça para estudos epidemiológicos [Woods; Buckle, 2002].

É possível também que as diferenças nas experiências de adoecimento decorram do racismo, e não essencialmente da cor da pele dos indivíduos [Bhopal, 2007]. Nessa perspectiva, destacam-se estudos recentes que mostram associação entre discriminação percebida por grupos raciais e dor nas costas nos Estados Unidos [Edwards, 2008; Burgess et al., 2009], ainda que o presente estudo não tenha força para examinar tal atributo.

No Brasil, são escassos os estudos de prevalência de DC em trabalhadores rurais. Entre aqueles que foram encontrados, não foi evidenciada associação com as variáveis ocupacionais. Citam-se a prevalência de DC nos colhedores de café do município de Vieiras [Mota; Dutra; Barbosa, 2007] e nos trabalhadores rurais de Itabira [Cockell et al., 2005], ambos no estado de Minas Gerais, com 90% e 15,1%, respectivamente.

É possível que, no perímetro rural, os trabalhadores empregados estejam mais vulneráveis a riscos de DC [Cockell, et al., 2005; Costa et al., 2011; Mota; Dutra; Barbosa, 2007]. De modo geral, Maia e Rodrigues [2010], ao analisarem as diferenças no estado de saúde entre e dentro de grupos ocupados (agrícolas e não agrícolas) observaram prevalência mais baixa de indivíduos saudáveis no setor agrícola, situado, predominantemente, nas áreas rurais do Brasil.

No Tibete, registrou-se prevalência de 34,1% de DC na amostra de 499 adultos residentes em áreas rurais [Hoy et al., 2003]. Na Nigéria, foi estimada prevalência de 46% de dor nas costas entre trabalhadores de hospitais localizados nas áreas rurais [Omokhodion et al., 2000]. Na Turquia, foi encontrada prevalência de 34,9% entre empregadas domésticas em áreas rurais, sendo positiva a associação com demandas físicas ocupacionais [Erbay; Cengiz; Ozmen, 2006].

Entre os fatores individuais, no modelo final, apenas a idade foi associada a DC. Observou-se prevalência mais elevada de DC e associação positiva nas faixas etárias mais avançadas, sendo esse achado plausível [Silva; Fassa; Valle, 2004; Barros et al., 2006; Plesh; Adams; Bansky, 2011; Barros et al., 2011; Guterres et al., 2011; Kim, 2010]. Algumas afecções da coluna vertebral são esperadas a partir dos 40 anos de idade, tendo como causa primária as alterações mecânico-degenerativas, metabólicas ou sistêmicas que se distribuem de acordo com a faixa etária [SBOT, 2010; Guedes, 2010].

Gênero e escolaridade não foram significativamente associados a DC, confirmando resultados obtidos em população de Salvador (Brasil), cidade vizinha [Almeida et al., 2008]. Tais resultados, contudo, não são consistentes. Na Alemanha e na China, observou-se associação entre sexo, grau de instrução e DC [Schneider et al., 2005; Liao; Chou, 2013].

Dor nas costas foi mais prevalente entre os separados ou viúvos e entre aqueles que viviam em união estável, porém a situação conjugal não permaneceu na etapa final da análise. Sabe-se que, 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 americano [Schiller, 2012], quanto no brasileiro [Almeida et al., 2008].

Não foi observada diferença expressiva de prevalência de DC em relação à renda. Em comunidades excluídas, é possível que as condições de trabalho sejam um fator de risco para DC sem associação com a remuneração. Essa assertiva não é incomum. Por exemplo, foram identificados mecanismos de ajuda mútua com efeitos de proteção sobre a saúde em comunidades pobres e rurais de Moçambique, relacionados ao trabalho pautado na troca de favores e mercadorias, ou seja, não remunerado, obedecendo a uma rede solidária culturalmente estabelecida [Dava; Low; Matusse, 1998; Nhatsave, 2011].

De modo geral, embora seja conhecida a relação positiva entre a renda e saúde, sabe-se que o efeito isolado do rendimento sobre o estado de saúde de indivíduos que trabalham em atividades agrícolas, por exemplo, é baixo. Existem ainda outras condições (de trabalho, acesso à saúde, expectativas de vida e saúde entre os coupados) as quais a renda não tem força para captar [Maia; Rodrigues, 2010]. Destaca-se ainda, que a homogeneidade da condição socioeconômica observada nas comunidades quilombolas [Bezerra et al., 2013] pode ter influenciado o relato de DC.

Entre os moradores dos quilombos, DC foi mais prevalente no grupo de fumantes, sendo observada associação positiva entre hábito de fumar e o desfecho, perdendo em significância quando os fatores foram analisados simultaneamente. O efeito do tabagismo sobre o aparelho musculoesquelético é bastante conhecido e, na literatura, o hábito de fumar está associado, de forma consistente, a DC [Deyo; Bass, 1989; Biglarian et al., 2012].

8 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

8 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A prevalência de DC identificada no presente estudo merece abordagem sistemática da referida população, predominantemente rural, pobre, pouco escolarizada, subempregada e socialmente desprotegida. Os resultados foram sugestivos quanto à possível relação entre fatores individuais (idade) e os hábitos de vida (tabagismo) e DC.

Ressalta-se que a metodologia utilizada foi adequada para alcançar os objetivos estabelecidos. A realização do projeto piloto, o treinamento apropriado dos entrevistadores para a coleta de dados por meio de *pockets*, precedida da sensibilização de lideranças locais, e do mapeamento dos territórios para a localização correta dos domicílios, são pontos positivos. A análise de confiabilidade demonstrou 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 da pergunta, 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.

Alguns limites merecem destaque. Devido ao delineamento transversal, a relação de causalidade não pode ser estabelecida a partir da correlação entre as variáveis explicativas e o desfecho. Apesar da pergunta que deu origem ao desfecho ser formulada no tempo presente, a ausência de referência à periodicidade da dor nas costas é um limite para as devidas comparações. O instrumento utilizado na coleta de dados é bem adaptado à realidade urbana. Mesmo passando por adequações para atender à realidade da população rural quilombola, não se ignora a necessidade de elaboração e validação de instrumentos capazes de captar, com maior profundidade, as diferenças socioeconômicas e culturais dessa população e seus reflexos sobre a saúde.

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 da situação de emprego não tenha sido potente para explicar DC na população alvo. Contudo, para o futuro,

seriam apropriados estudos com força para diferenciar as exposições relacionadas especificamente à vida, condições de trabalho e emprego.

O fato de a maioria dos quilombolas trabalharem em ambientes com os quais etnicamente e culturalmente se identificam, constitui uma particularidade que pode ter influenciado o resultado. Mais da metade da força de trabalho quilombola está inserida no setor agrícola (agricultura familiar) que apresenta características ocupacionais bem distintas daquelas observadas no setor agroindustrial. É possível, no contexto quilombola, que prevaleçam os fatores protetores da saúde do trabalhador, como a autonomia e o controle sobre organização e o processo de trabalho. A direção da associação (negativa) entre o vínculo precário e DC, mesmo não sendo significativa, é um dado que respalda essa hipótese.

Os nossos resultados convocam estratégias de prevenção visando ao controle e à redução da prevalência de DC nas comunidades quilombolas investigadas, cujo perfil socioeconômico suscita o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, abrangentes e inclusivas, que considerem a situação de saúde da população quilombola de Vitória da Conquista.

No que se refere à associação significativa observada entre o hábito de fumar e DC é recomendável ações de prevenção e controle do tabagismo a serem realizadas pela atenção básica e rede de referência especializada. Hábitos saudáveis, como a prática adequada de atividade física, devem ser estimulados pelas equipes multiprofissionais do PSF e do Núcleo de Apoio ao Programa Saúde da Família (NASF), visando um adequado condicionamento musculoesquelético para a prevenção de DC nas comunidades.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, P. C.; DA SILVA, I. C.; DE SOUZA, L. M.; DE MAGALHAES, V.; PALÁCIOS, M.; MEYER, A. Musculoskeletal disorders among Brazilian dentists. **Archives of Environmental Occupational Health**, v. 66, n. 4, p. 231-5, 2011.
- ALMEIDA, I. C. G. B.; SÁ, K. N.; SILVA, M.; BAPTISTA, A.; MATOS, M. A.; LESSA, I. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 43, n. 3, p. 96-102, 2008.
- ANDERSSON, G. B. Epidemiological features of chronic low-back pain. **Lancet. Aug.**; v. 14:354, n. 9178, p. 581-5. 1999.
- ANDRUSAITIS, S. F.; OLIVEIRA, R. P.; BARROS FILHO, T. E. P. Study of the prevalence and risk factors for low back pain in truck drivers in the state of São Paulo, Brazil. **Clinics**, v. 61, n. 6, p. 503-10, 2006.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 12. ed. Campinas: Cortez/ Ed. da UNICAMP, 2007.
- _____. Classes sociais e a desigualdade na saúde. **Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do ISCTE, CIES e-WORKING PAPER N°85**, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/1610/1/CIES-WP85%20Antunes.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2014.
- ARAÚJO, E. M.; COSTA, M. C. N.; HOGAN, V. K.; ARAÚJO, T. M.; DIAS, A. B.; OLIVEIRA, L. O. The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 383-94, out./dez., 2009.
- ARAÚJO, J. O. Lombalgia e depressão. In: FRÁGUAS JUNIOR; FIGUEIRÓ, J. A. B.; SANTOS, D. de M. (Orgs.). **Depressão e dor**. São Paulo: Atheneu, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA (ABA). **Grupo de trabalho quilombos**. 2012 15 de abril; [cerca de 08 p.]. Disponível em: <www.abant.org.br/file?id=548>. Acesso em: 1 jan. 2013.
- ASSUNÇÃO, A. Á. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Revista Ciência e Saúde**, v. 8, n. 4, p. 1005-1018, 2003.
- _____. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In: GOMES, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENNA, P. G. L. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, p. 453-478.
- AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS (ABS). **Musculoskeletal conditions in Australia: a snapshot**. 2006. Disponível em: <[Http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4823.0.55.001](http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4823.0.55.001)>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARATA, R. B.; RIBEIRO, M. C. S. A.; CASSANTI, A. C. Social vulnerability and health status: a household survey in the central area of a Brazilian metropolis. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, Suppl2, p. 164-75, 2011.

BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. Á.; ARAUJO, T. M. de. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 28, n. 8, p. 1569-1580, 2012.

BARROS, A.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: An empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, v. 3, n.1, p. 1-13, 2003.

BARROS, M. B. de A.; CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L. TORRE, G. D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006.

BARROS, S. S.; ÂNGELO, R. C. O.; UCHÔA, P. B. L. Lombalgia ocupacional e a postura sentada. **Revista Dor**, v. 12, n. 3, p. 226-230, 2011.

BARTLEY, M.; SACKER, P.; CLARKE, P. Employment status, employment conditions and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 58, p. 501-506, 2004.

BASTOS, J. L. et al. Racial discrimination and health: a systematic review of scales with a focus on their psychometric properties. **Science & Medicine**, v. 70, p. 1091-1099, 2010.

BATISTA, L. E. et al. Mortalidade da população negra adulta no Brasil. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: FUNASA, 2005. 446 p.

BENACH, J.; PUIG-BARRACHINA, V.; VIVES, A.; TARAFÁ, G.; MUNTANER, C. The challenge of monitoring employment-related health inequalities. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 66, n. 12, 1085-1087, 2012.

BENACH, J.; MUNTANER, C. Precarious employment and health: developing a research agenda. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 61, n. 4, p. 276-277, 2007.

BENAVIDES, F. G.; BENACH, J.; MUNTANER, et al. Associations between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms? **Occupational and Environmental Medicine**, v. 63, p. 416-421, 2006.

BERLINK, M. T. **A dor**. São Paulo: Escuta, 1999.

BERNARDO, M. H. **Trabalho duro, discurso flexível: uma análise das contradições do toyotismo a partir da vivência de trabalhadores**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

BEZERRA, V. M.; MEDEIROS, D. S.; GOMES, K. O.; SOUZAS, R.; GIATTI, R.; GUIMARÃES, M. D. C. **Inquérito de saúde em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva**.

Ciência e Saúde Coletiva. 2013. [cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=12327>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BHOPAL, R. S. Racism in health and health care in Europe: reality or mirage? **European Journal of Public Health**, v. 17, p. 238-41, 2007.

BICALHO, P. G. et al. Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 884-893, 2010.

BIGLARIAN, A.; SEIFI, B.; BAKHSHI, E.; MOHAMMAD, K.; RAHGOZAR, M.; KARIMLOU, M.; SERAHATI, S. Low Back Pain Prevalence and Associated Factors in Iranian Population: Findings from the National Health Survey. **Pain Research and Treatment**, v. 653060, p. 1-5, 2012.

BOHLE, P.; QUILAN, M.; KENNEDY, D.; WILLIAMSON, A. Working hours, work-life conflict and health in precarious and “permanent” employment. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, supl, p. 19-25, 2004.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Artigo 68, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, DF, 1988.

_____. Presidência da República. **Decreto Nº 4.887** de 20 de novembro de 2003.

_____. DIEESE. Ministério do Trabalho e Emprego. **Projeto de qualificação social para atuação de sujeitos ou grupos sociais na negociação coletiva e na gestão de políticas públicas**. Aspectos conceituais da vulnerabilidade social. Brasília: MTE, 2007. Disponível em: http://www.mte.gov.br/observatorio/sumario_2009_TEXTOV1.pdf. Acesso em: 10 ago. 2012

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRAZIL, A. V.; XIMENES, A. C.; RADU, A. S. Diagnóstico e Tratamento das lombalgias e lombociatalgias. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 44, n. 6, p 419-425, nov./dez. 2004.

BREILH, J. Eficacia del poder, retroceso del derecho y degradacion del trabajo el escenario regresivo de la salud laboral em América Latina. In: **Conferencia de apertura del encuentro nacional de salud del trabajador em Brasil**. Brasília, 1999.

_____. **Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BROWN, R. E.; RIDDELL, M.C.; MACPHERSON, A. K.; CANNING, K. L.; KUK, J. L. The association between frequency of physical activity and mortality risk across the adult age span. **Journal of Aging and Health**, v. 25, n. 5, p. 803-14, 2013.

BURGESS, D. J.; GRILL, J.; NOORBALOOCHI, S.; GRIFFIN, J. M.; RICARDS, J.; RYN, M. V.; PARTIN, M. R. The Effect of Perceived Racial Discrimination on Bodily Pain among Older African American Men. **Pain Medicine**, v. 10, n. 8, p. 1341-52, nov. 2009.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS**:

Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAREY, T. S.; FREBURGER, J. K.; HOLMES, M. G.; JACKMAN, A.; KNAUER, S.; WALLACE, A.; DARTER, J. Race, care seeking, and utilization for chronic back and neck pain: population perspectives. **The Journal of Pain**, v. 11, n. 4, p. 343-350, Apr. 2010.

CHACHAM, A. S. Condicionantes socioeconômicos, etários e raciais. **Jornal da Rede Saúde**, v. 23, p. 44-47, 2001.

CHAGAS, M. F. C. A política do reconhecimento dos remanescentes das comunidades dos quilombos. **Revista Horizontes Antropológicos**, v. 4, n. 8, p. 182-198, 1998.

CHAHAD, J. P. Z.; FERNANDES, R. **O mercado de trabalho no Brasil: políticas, resultados e desafios**. São Paulo: TEM-FIPE. Departamento de Economia FEA/USP, 2002.

CLARKE, J.; JANSSEN, I. Is the frequency of weekly moderate-to-vigorous physical activity associated with the metabolic syndrome in Canadian adults? **Applied Physiology, Nutrition & Metabolism**, v. 38, p. 773-778, 2013.

COCKELL, F. F.; PERTICARRARI, D.; VIGIL, G. V. M.; ALVES, F. J. C. **Condições de trabalho e saúde no meio rural da região da chapada no município de Itabira – MG**. 2005. Disponível em: <<http://www.sober.org.br/palestra/2/739.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

COIMBRA, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

CONCHA-BARRIENTOS, M. Comparative Quantification of Health Risks. Selected occupational risk factors. **World Health Organization**, v. 2, 2004. Disponível em: <www.who.int/publications/cra/chapters/volume2/1651-1802.pdf> - 1494k>. Acesso em: 12 abr. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução 196**, dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. CNS, 1996.

COSTA, C. K. L. da et al. Avaliação ergonômica do trabalhador rural: enfoque nos riscos laborais associados à carga física. **GEPROS - Gestão da Produção, Operações e Sistemas**, 2012. ISSN 1984-2430 2.

CUNHA, E. M. G. P.; JAKOBO, A. A. E. Diferenciais raciais nos perfis e estimativas de mortalidade infantil para o Brasil. In: LOPES, F. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** Brasília: FUNASA/MS, 2004. (Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002).

DAVA, G.; LOW, J.; MATUSSE, C. **Mecanismos de ajuda mútua e redes informais de protecção social: estudo de caso das províncias de Gaza e Nampula e a cidade de Maputo. Pobreza e bem estar em moçambique: 2a avaliação nacional**. Maputo: Ministério da Planificação e Desenvolvimento (MPD), 1998.

DEIN, S. Race, culture and ethnicity in minority research: a critical discussion. **Journal of Cultural Diversity**, Summer, v. 13, n. 2, p. 68-75, 2006.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5.ed. São Paulo. Cortez, 2005.

_____. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006

DEYO, R. A.; BASS, J. E. Lifestyle and low Back pain: the influence of smoking and obesity. **Spine**, v. 14, n. 5, p. 501-506, 1989.

DIAS, E. C. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. In: PINHEIRO, T. M. M. (Org.). **Saúde do trabalhador rural**. RENAST, 2006.

DIONNE, C. E.; DUNN, K. M.; CROFT, P. R.; NACHEMSON, A. L.; BUCHBINDER, R.; WALKER, B. F. et al. A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. **Spine**, v. 33, n. 1, p. 95-103, 2008.

DOMINGUES, P. Entre Dandaras e Luizias Mahins: mulheres negras e anti-racismo no Brasil. In: PEREIRA, A. M.; SILVA, J. (Orgs.). **O movimento negro brasileiro**: escritos sobre os sentidos de democracia e justiça social no Brasil. Belo Horizonte: Nandiala, 2009.

DUREJA, G. P.; JAIN, P. N.; SHETTY, N.; MANDAL, S. P.; PRABHOO, R.; JOSHI, M.; GOSWAMI, S.; NATARAJAN, K. B.; IYER, R.; TANNA, D. D.; GHOSH, P.; SAXENA, A.; KADHE, G.; PHANSALKAR, A. A. Prevalence of Chronic Pain, Impact on Daily Life, and Treatment Practices in India. **Pain Practice**, v. 14, E51–E62, 2014.
doi: 10.1111/papr.12132.

EDWARDS, R. R.; MORIC, M.; HUSFELDT, B.; BUVANENDRAN, A.; IVANKOVICH, O. Ethnic similarities and differences in the chronic pain experience: A comparison of African American, Hispanic, and whitepatients. **Pain**, v. 6, p. 88-98, 2005.

EDWARDS, R. R. The association of perceived discrimination with low back pain. **J of Behavioral Medicine**., v. 31, n. 5, p. 379-89, Oct. 2008.

EDWARDS, C. L.; FILLINGIM, R. B.; KEEFE, F.. Race, ethnicity and pain. **Pain**, v. 94, n. 2, p. 133-137, 2001.

ERBAY, D. P.; CENGIZ, O. B.; OZMEN, D. The prevalence of low back pain and its relationship with household jobs and other factors in a group of women in a rural area in Manisa. **Agri**., v. 18, n. 4, p.51-6, Oct. 2006.

FABIANO, B. et al. A statistical study on temporary work and occupational accidents: specific risk factors and risk management strategies. **Safety Science**, v. 46, n. 3, p. 535-544, 2008.

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; RIGOTTO, R. M.; ROCHA, L. E. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.

FERNANDES, R. de C. P.; ASSUNÇÃO, A. Á.; SILVANY NETO, A. M.; CARVALHO, F. M. Musculoskeletal disorders among workers in plastic manufacturing plants. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 1, p. 11-20, 2010. ISSN 1415-790X.

FERNANDES, R. D. C. P.; CARVALHO, F. M.; ASSUNÇÃO, A. Á.; SILVANY Neto, A. M.

Interactions between physical and psychosocial demands of work associated to low back pain. **Revista de Saúde Pública**, n. 43, p. 326-34, 2009.

FERREIRA, G. D.; SILVA, M. C.; ROMBALDI, A. J.; WREGE, E. D.; SIQUEIRA, F. V.; HALLAL, P. C. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Revista Brasileira Fisioterapia**, v. 5, n. 1, p. 31-36, 2011.

FUNDAÇÃO PALMARES. Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia. 2010; [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/quilombola/?estado=BA>. Acesso em: 23 ago. 2010.

GARCÍA, A. F. ¿Cómo el Ingreso Afecta la Salud?: La Perspectiva de la Epidemiología Social. **Revista Ciencia e Trabajo**, ano 12, n. 3, Jan/Mar. 2010.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M.; CÉSAR, C. C. O trabalho informal, desemprego e saúde em regiões metropolitanas brasileiras, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2396-2406, 2008.

GONÇALVES, L.; BARRETO, S. M.; CÉSAR, C. C. Trabalho com proteção social, desemprego e saúde em Regiões Metropolitanas Brasileiras, 1998 e 2003. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n.10, p. 2396-2406, 2008.

GUEDES, L. K. N. Cervicalgia e lombalgia. In: SHINJO, SK. (Org.). **Reumatologia**. São Paulo: Atheneu, 2010.

GUIMARÃES, S. S. Introdução ao estudo da dor. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.

GUIMARÃES, J. R. S. **Perfil do trabalho decente no Brasil: um olhar sobre as Unidades da Federação**. Brasília: OIT, 2012. 376 p.

GUTERRES, D. A. et al. Prevalência e fatores associados à dor nas costas em motoristas e cobradores da cidade de Pelotas-RS. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 240-5, 2011.

HOY D, T. M. J.; MORGAN, D.; MORGAN, C. Low back pain in rural Tibet. **Lancet.**, v. 361, p 225-226, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios, 2003: acesso e utilização de serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalho_e_rendimento/pnad2003/saude/default.sht>. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. **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**, 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

JELLIFFE, D. B. **The assessment of nutritional status of the community**. Geneva: WHO, 1966. 201 p.

KAILA-KANGAS, L.; KESKIMÄKI, I.; NOTKOLA, V.; MUTANEN, P.; RIIHIMÄKI,

- H.; LEINO-ARJAS, P. How consistently distributed are the socioeconomic differences in severe back morbidity by age and gender? A population based study of hospitalisation among Finnish employees. **Occupational Environmental Medicine**, v. 63, n. 4, p. 278-82, Apr. 2006.
- KIM, K. H.; KIM, K. S.; KIM, D. S.; JANG, S. J.; HONG, K. H.; YOO, S. W. Characteristics of Work-related Musculoskeletal Disorders in Korea and Their Work-relatedness Evaluation. **Journal of Korean Medical Science**, v. 25, Suppl, p. S77-S86, 2010.
- KRISMER, M. Low back pain (non-especific). **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 21, n. 1, p. 77-91, 2007.
- KWON, B. K.; ROFFEY, D. M.; BISPO, P. B.; DAGENAIS, S.; WAI, E. K. Systematic review: occupational physical activity and low back pain. **Occupational Medicine**, London, v. 61, n. 8, p. 541-8, 2011.
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES ECONÔMICAS, HISTÓRICAS, SOCIAIS E ESTATÍSTICAS DAS RELAÇÕES RACIAIS (LAESER). **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil 2009-2010**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- LAHELMA, E.; LAAKSONEN, M.; AITTOMAKI, A. Occupational class inequalities in health across employment sectors: the contribution of working conditions. **International Archives of Environmental Occupational Health**, v. 82, p. 185-190, 2009.
- LAURELL, A. C. Saúde-doença como processo social. Tradução E. D. NUNES. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982.
- LEITE, I. B. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. **Revista de Estudos Feministas**, v. 16, n. 3, p. 424, 2008.
- LEITE, I. B. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. *Etnográfica*, Lisboa, v. 4, n. 2, p. 333-354, 2000.
- LI, J. Y.; WANG, S.; HE, L. H.; WU, S. S.; YANG, L.; YU, S. F.; LI, L. P. WANG J.X; HUANG Y.D. Risk factors of low back pain among the Chinese occupational population: a case-control study. **Biomedical Environmental Sciences: BES.**, v. 25, n. 4, p. 421-9, Aug. 2012.
- LIAO, C. C.; CHOU, Y. C. Low back pain associated with sociodemographic factors, lifestyle and osteoporosis: a population-based study. **Osteoporos Int**. v. 24, Suppl 4, p. S539–S647, 2013.
- LIMA, M. A.; NEVES, R.; SÁ, S.; PIMENTA, C. A. M. Atitude frente à dor em trabalhadores de atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo-comportamental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 163-73, 2005.
- LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M.; MACINKO, J. **Saúde dos adultos em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE) da Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população Negra no Brasil. Projeto 914BRA3002. **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília, 2004.

MAIA, A. G.; RODRIGUES, C. G. Saúde e mercado de trabalho no Brasil: diferenciais entre ocupados agrícolas e não agrícolas. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 48, n. 4, p. 737-765, 2010.

MALTA, D. C.; MOURA, E. C.; CASTRO, A. M.; CRUZ, D. K. A.; MORAIS NETO, O. L.; MONTEIRO, C. A. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**; v. 18, n. 1, p. 7-16, 2009.

MATOS, M. G.; HENNINGTON, E. A.; HOEFEL, A. L.; DIAS-DA-COSTA, J. S. Dor lombar em usuários de um plano de saúde: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**. V.24, supl.9, p. 2115-2122, 2008.

MENDES, René. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 311-326, 1988.

METEOS, P. A review of name-based ethnicity classification methods and their potential in population studies. **Population Space Place.**, v. 13, p. 243-63, 2007.

MEZIAT FILHO, N.; SILVA, G. A. Pensão de invalidez de dor nas costas entre os beneficiários da segurança social, o Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 494-502, 2011.

MINAYO, M. C. de S. **De ferro e flexíveis: marcas do estado empresário e da privatização na subjetividade operária**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

MINEIRO, J.; CANAS, J.; BARROSO, L.; FERNANDES, P. A Dor Discogénica na Lombalgia - Parte I. Etiopatogenia e Clínica. **Dor**, v. 14, n. 6, p. 13-16, 2006. Disponível em: <http://www.apir.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0113396001295293043-969.PDF>. Acesso em: 15 abr. 2014.

MOORE, K. L.; DALLEY, A. F. **Anatomia orientada para a clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MOTA, R.; DUTRA, D. S. G.; BARBOSA, F. S. Estudo da prevalência de algias na coluna vertebral em colhedores de café do município de Vieiras-MG. **Revista Ponto de Vista**, v. 5, p.100, 2007.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (MTE). Projeto de Qualificação Social para Atuação de Sujeitos ou Grupos Sociais na Negociação Coletiva e na Gestão de Políticas Públicas. **Aspectos conceituais da vulnerabilidade social**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/observatorio/sumario_2009_TEXTOV1.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012

MUNANGA, K. Origem e histórico do quilombo na África. **Revista USP**, n. 28, 1996.

MUNIZ, A. J. O.; FARIA, H. A. **Teoria geral da administração: noções básicas**. São Paulo: Atlas, 2007.

- MUNTANER, C.; BORRELL, C.; VANROELEN, C.; CHUNG, H.; BENACH, J.; KIM, H.; NG, E. Employment relations, social class and health: a review and analysis of conceptual and measurement alternatives, **Social Science and Medicine**, v. 71, n. 12, p. 2130-40, 2010.
- MURTEZANI, A.; IBRAIMI, Z.; SLLAMNIKU, S.; OSMANI, T.; SHERIFI, S. Prevalence and risk factors for low back pain in industrial workers. **Folia Med (Plovdiv)**, v. 3, n. 3, p. 68-74, 2011.
- NASSIF, H.; BROSSET, N.; GUILLAUME, M.; DELORE-MILLES, E.; TAFFLET, M.; BUCHHOLZ, F.; TOUSSAINT, J. Evaluation of a randomized controlled trial in the management of chronic lower back pain in a French automotive industry: an observational study. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 92, n. 12, p. 927-1936. e4, Dec. 2011.
- NHATSAVE, N. A. **Mecanismos informais de protecção social em Moçambique: o caso do xitique**. Tese (Doutorado) - Universidade Eduardo Mondlane, 2011. 59 p.
- NORIEGA-ELÍO, M. et al. La polémica sobre las lumbalgias y su relación con el trabajo: estudio retrospectivo en trabajadores con invalidez. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 887-897, 2005.
- OLIVEIRA e SILVA, D. et al. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163,Pará, Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 21, Suplemento, p. 83-97, 2008.
- OMOKHODION, F. O.; UMAR, U. S.; OGUNNOWO, B. E. Prevalence of low back pain among staff in a rural hospital in Nigeria. **Occupational Medicine** London, v. 50, p. 2, p. 107-10, Feb. 2000.
- ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD (OMS). **Prevención de trastornos musculoesqueléticos em el lugar de trabajo**: información sobre factores de riesgo y medidas preventivas para empresários, delegados y formadores em La salud. Francia: OMS, 2004.
- PAIXÃO, M.; GOMES, F. Razões afirmativas: pós-emancipação, pensamento social e a construção das assimetrias raciais no Brasil. In: MANDARINO, A. C. de S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Racismo: olhares plurais**. Salvador: EDUFBA, 2010.
- PAPADOPOULOS, G.; GEORGIADOU, P.; PAPAZOGLU, C.; MICHALIUO, K.; Occupational and public health and safety in a changing work environment: An integrated approach for risk assessment and prevention. **Safety Science**, v. 48, p. 943-949, 2010.
- PEARCE, N.; FOLIAKI, S.; SPORLE, A. Cunningham C. Genetics, race, ethnicity and health. **BMJ**, v. 328, p. 1070-2, 2004.
- PIMENTA, C. A. M.; PORTNOI, G. A. Dor e cultura. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.
- PIMENTA, C. A. M. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.

PLESH, O.; ADAMS, S. H.; GANSKY, S. A. Racial/ethnic and gender prevalences in reported common pains in a national sample. **Journal Oroface Pain.**, v. 25, n. 1, p. 25-31, 2011.

PLOUVIER, S.; LECLERC, A.; CHASTANG, J-F.; BONENFANT, S.; GOLDBERG, M. Socioeconomic position and low-back pain – the role of biomechanical strains and psychosocial work factors in the GAZEL cohort. **Scandinavian Journal Work Environment & Health**, v. 35, n. 6, p. 429-436, 2009.

PORTO, M. F. de S. **Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

RODRÍGUEZ, J.; RUIZ, F.; PEÑALOZA, E.; ESLAVA, J.; GÓMEZ, L. C.; SÁNCHEZ, H.; AMAYA, J. L.; ARENAS, R.; BOTIVA, Y. **Encuesta Nacional de Salud 2007: Resultados nacionales.** Bogotá: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas –JAVEGRAF, 2009. Disponível em: <<http://www.minsalud.gov.co/salud/documents/Valle%20del%20Cauca.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

SAFO, A. Socioeconomic and ethnic disparities in low back pain and physical function. **The Journal of Pain**, v. 13, Issue 4, Supplement, p. S15, Apr. 2012.

SAMAD, N. I. A.; ABDULLAH, H.; MOIN, S.; TAMRIN, S. B. M.; HASHIM, Z. Prevalence of low back pain and its risk factors among school teachers. **American Journal Applied Sciences**, n. 7, p. 634-639, 2010.

SANTOS, M. M.; GALLO, A. P. Lombalgia gestacional: prevalência e características de um programa pré-natal. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 35, n. 3, p. 174-9, 2010.

SARDÁ JÚNIOR, J. J.; NICHOLAS, M. K.; PIMENTA, C. A. de M.; ASGHARI, A. Psychosocial predictors of pain, incapacity and depression in Brazilian chronic pain patients. **Revista Dor**. v. 1, n. 2, p.111-118, jun 2012.

SCHILLER, J. S.; LUCAS, J. W.; WARD, B. W.; PEREGOY, J. A. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2010. National Center for Health Statistics. **Vital Health Stat.**, v. 10, n. 252, 2012.

SCHMITT, A.; TURATTI, M. C. M.; CARVALHO, M. C. P. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. **Revista Ambiente & Sociedade**, v. 5, n. 10, p. 129-136, 2002.

SCHNEIDER, S.; SCHILTENWOLF, M.; ZOLLER S. M.; SCHMITT, H. The association between social factors, employment status and self-reported back pain-a representative prevalence study on the German general population. **Journal Public Health.**, v. 13, p. 30-39, 2005.

SCHULTZ, S. E.; KOPEC, J. A. Impact of chronic conditions. **Health Reports**, v. 14, n. 4, p. 41-53, Aug. 2003. (Statistics Canada, catalogue n. 82-003).

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SHAH, S.; DAVE, B. Prevalence of Low Back Pain and Its Associated Risk Factors among Doctors in Surat. **International Journal of Health Sciences & Research**, v. 2, Issue 1, p. 91-102, Apr. 2012.

SHIRI, R.; KARPPINEN, J.; LEINO-ARJAS P.; SOLOVIEVA, S.; VIKARI-JUNTURA E. The Association between Smoking and Low Back Pain: A Meta-analysis. **The American Journal of Medicine**, v. 123, n. 1, p. 7-87, 2010a.

SHIRI, R. et al. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. **American journal of epidemiology**, v. 171, n. 2, p. 135-154, 2010b.

SCHULTZ, S. E.; KOPEC, J. A. "Impact of chronic conditions." **Health Reports**, v. 14, n. 4, p. 41-53, Aug. 2003. (Statistics Canada, catalogue n. 82-003).

SILVA, J. A. N. Condições sanitárias e de saúde em caiana dos crioulos, uma comunidade quilombola do estado da Paraíba. **Revista Saúde e Sociedade**, v.16, n. 2, p.111-124, 2007.

SILVA, M. C.; FASSA, A. C. G.; VALLE, N. C. J. Dor lombar crônica em uma população adulta no Sul do Brasil: prevalência de fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 377-385, 2004.

SIMS, A. A psicopatologia da dor. In: SIMS, A. **Sintomas da mente**: introdução à psicopatologia descritiva. London: Ballière-Tindall; 2000. p. 239-245.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). **Informações sobre a Gestão do Sistema de Atenção Básica e composição das Equipes de Saúde da Família 2010**. Vitória da Conquista, Bahia. [dados não publicados].

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (SBOT). **Manual básico de ortopedia**. 2010. [cerca de 85 p.]. Disponível em: www.sbot.org.br>. Acesso em: 16 out. 2012.

SOUZA, B. P. F.; FRÁGUAS JUNIOR, R.; FIGUEIRÓ, J. A. B. F.; SANTOS, D. M. **Depressão e dor**. São Paulo: Atheneu, 2012.

STRINE, T. W.; HOOTMAN, J. M. US national prevalence and correlates of low back and neck pain among adults. **Arthritis Rheum**, v. 57, n. 4, p. 656-665, 2007.

STUDNEK, J. R. "Evaluation of Back Problems among Emergency Medical Services Professionals." Electronic Thesis or Dissertation. Ohio State University; 2008.

TINUBU, B. M. S. et al. Work-related musculoskeletal disorders among nurses in igeri, south-west igeria: a cross-sectional survey. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 11, n. 12, p. 1471-2474, Jan. 2010.

TOSCANO, J. J. de O.; EGYPTO, E. P. A influência do sedentarismo na prevalência de lombalgia. **Rev. Brasileira de Medicina Esportiva**, v. 7, n. 4, jul./ago. 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). **Relatório técnico do Projeto**

COMQUISTA - Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista: Avaliação de Saúde e seus Condicionantes. Vitória da Conquista: UFBA, 2011. [cerca de 41 p.]. Disponível em: <<http://projetoconquista.wordpress.com>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

URWIN, M.; SYMMONS, D.; ALLISON, T.; BRAMMAH, T.; BUSBY, H.; ROXBY, M.; SIMMONS, A.; WILLIAMS, G. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and relation to social deprivation. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 57, p. 649-655, 1998.

VALENTIM, J. H. A dor no hospital geral. In: BERLINK, M. T. (Org.). **Dor**. São Paulo: Escuta, 1999.

VAN TULDER, M.; KOES, B.; BOMBARDIER, C. Low back pain. **Best Pract Res Clin Rheumatol**, v. 16, n. 5. p. 761-75, Dec. 2002.

VOLICH, R. M. De uma dor que não pode ser duas. In: BERLINK, M. T. (Org.). **Dor**. São Paulo: Escuta, 1999.

VOLOCHKO, A. Quilombos e saúde no estado de São Paulo. In: VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. (Orgs.). **Saúde nos quilombos: temas em saúde coletiva 9**. São Paulo: GTAE – SESSP, 2009.

WACHHOLTZ, A.; SAMBAMOORTHY, U. National Trends in Prayer Use as a Coping Mechanism for Health Concerns Psychology of religion and spirituality Wachholtz. **Amy yr**, v.3, n 2, p. 67-77, 2011.

WONG, T. S. T. N.; KYAW, M. O. Prevalence and risk factors associated with low back pain among health care providers in a district hospital. **Malaysian Orthopaedic Journal**, v. 4, n. 2, p. 23-28, 2010.

WOODS, V.; BUCKLE, P. **Work Inequality and Musculoskeletal Health**. Suffolk: HSE Books, 2002, CRR 421/2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: WHO; 2004.

XU, G. et al. Prevalence of low back pain and associated occupational factors among chinese coal miners. **BMC Public Health**, v. 12, n. 149, p. 1471-2458, Mar. 2012.

YAMADA K. et al. The prevalence and characteristics of low back pain as the most disabling pain in Japan. **European Spine J.**, v. 20, Suppl 4, p. S502–S547, 2011.

ANEXO A - Plano Amostral do estudo principal (Projeto COMQUISTA) 2011

COMUNIDADE	Familia	População	%	Distrito	População por distrito	%	Amostra Individuo	Amostra Familias **
Furadinho	131	472	0,105	Iguá	799	0,177	156	74
Quatis dos Fernandes	86	327	0,072	Iguá				
Corta Lote	93	418	0,093	Inhobim	418	0,093	82	39
Boqueirão	136	600	0,133	José Gonçalves	964	0,213	189	90
Lagoa dos Patos	56	152	0,034	José Gonçalves				
Sinzoca	55	212	0,047	José Gonçalves				
Poço de Aninha, Caldeirão, Oiteiro e M. Antônio	146	612	0,136	Maria Clemência	1535	0,34	300	143
Riacho de Teófilo	97	416	0,092	Maria Clemência				
Baixão	137	507	0,112	Maria Clemência				
Lagoa de Melquiades	200	800	0,177	Veredinha	800	0,177	157	75
TOTAIS	1137	4516	1		4516	100	884	346
		2935					30% perdas	
							884	

Considerando: 65% da população como adulta = 2935 indivíduos adultos

Serão entrevistadas todas as crianças <= 5 anos do domicílio

Número médio de moradores domicílio - zona rural = 3,7

**Número médio de adultos no domicílio - zona rural = 2,1

Comunidades sorteadas.

* Considerando como unidade amostral o indivíduo.

Universo amostral - 2935 IC - 95% Efeito de desenho - 2 Freq. Hipotetizada - 50% Perda estimada - 30% 680 + 30% = 884
--



PROJETO COMQUISTA
Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia:
Avaliação de saúde e seus condicionantes



ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
 (Adaptado de PNS: <http://www.pns.icict.fiocruz.br>)

INQUÉRITO INDIVIDUAL VERSÃO 1.04
JULHO DE 2011

Disponível em: <http://projctocomquista.wordpress.com/inquerito/>

EXECUÇÃO:
 Instituto Multidisciplinar de Saúde / Campus Anísio Teixeira
 / Universidade Federal da Bahia

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública /
 Universidade Federal de Minas Gerais

APOIO FINANCEIRO:
EDITAL 20/2010 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM
SAÚDE
PPSUS - BA MS / CNPq / FAPESB / SESAB

ANEXO C - Aprovação do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa COEP da Faculdade São Francisco de Barreiras – FASB



MANTENEDORA
 FACULDADE SÃO FRANCISCO DE BARREIRAS – FASB
 INSTITUTO AVANÇADO DE ENSINO SUPERIOR DE BARREIRAS –IAESB
 CNPJ N.º 42.752.675/0001-37 – Inscrição Estadual Isento

Barreiras, 05 de outubro de 2010.

CAAE:0118.0.066.000-10

Do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP FASB

Para: Raquel Souza (pesquisadora responsável)

Ana Paula Steffens, Claudio Lima Souza, Cláudia Nicolaeвна Koochering, Daniela Arruda Soares, Danielle Souto de Medeiros, Karine de Oliveira Gomes, Luis Rogério Cosme Silva Santos, Luiz Gustavo Vieira Cardoso, Poliana Cardoso Martins e Vanessa Moraes Bezerra

Assunto: Encaminhamento do Parecer CEP TCD 110/10 V2

Prezados Pesquisadores,

Informamos que o CAAE 0118.0.066.000-10 TCD 110/10 V2 referente ao projeto: “**Projeto Comquistar – Com unidades Quilombolas de Vitoria da Conquisata: Avaliação de Condicionantes da Saúde**”, atendeu a todas as solicitações apontadas; está **Aprovado** por este Comitê de Ética em Pesquisa e está em condições de ser iniciado.

Ressaltamos a necessidade de atenção aos Incisos IX.1 e IX.2 da Resolução 196/96 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto.

Após o seu encerramento, solicitamos o envio do relatório, conforme anexo, até 22 de novembro de 2010.

Cordialmente,


 Comitê de Ética em Pesquisa-FASB
 Flávia C. Pena Dias
 Coordenadora

Flávia Carvalho Pena Dias

Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa – FASB

**ANEXO D - Carta aprovação do Comitê de Ética COEP da Universidade Federal de
Minas Gerais – UFMG**

ANEXO D - Carta aprovação do Comitê de Ética COEP da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Projeto: CAAE - 0118.0.066.203-10

**Interessado(a): Prof. Mark Drew Crosland Guimarães
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 13 de julho de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"PROJETO CONQUISTAR – Comunidade quilombolas de Vitória da Conquista: avaliação de condicionantes de saúde"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal da Bahia - UFBA
Instituto Multidisciplinar em Saúde/Campus Anísio Teixeira – IMS/CAT
Avaliação das condições de saúde da população quilombola Vitória da Conquista -
BA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTRODUÇÃO:

Estamos convidando você para participar de um estudo que será realizado entre os moradores de comunidades remanescentes de quilombos em Vitória da Conquista – Bahia. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista, em colaboração com a Universidade Federal de Minas Gerais e as Secretarias Municipais de Saúde e Desenvolvimento Social de Vitória da Conquista. Este estudo é importante para que se possa conhecer a situação de saúde da comunidade e os serviços de saúde que ela utiliza.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA:

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. Os entrevistadores conversarão com você sobre o estudo e esclarecerão qualquer dúvida que tenha. Após você ter entendido o estudo, e caso resolva participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento. Você receberá também uma cópia para guardar. Você pode desistir de participar do estudo a qualquer momento, basta avisar que não quer mais participar. A sua desistência não acarreta nenhum prejuízo nem para você e nem para sua família.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Avaliar a situação de saúde e utilização de serviços de saúde pela população quilombola do município de Vitória da Conquista – Bahia, para conhecimento da situação de saúde destas pessoas e utilização dos serviços de saúde frequentados. Os resultados serão importantes para caracterizar a assistência prestada pelos serviços de saúde do município, conhecer a situação de saúde da população quilombola e poderá contribuir para formulação de políticas que visem à integralidade da atenção à saúde das pessoas.

PROCEDIMENTOS:

1. Realizaremos uma entrevista, durante a qual perguntaremos coisas sobre a sua vida e das pessoas que moram na mesma casa. Esta entrevista não deve demorar mais do que uma hora. Tudo que você responder será mantido em segredo, em nenhum momento do estudo seu nome será divulgado e tudo que você disser será utilizado somente para este estudo. Caso você não possa responder ao questionário neste momento, poderemos combinar outra hora que seja mais conveniente para você.
2. Após a entrevista faremos as medidas de peso e altura para crianças, adolescentes, gestantes e idosos. Para adultos faremos as medidas de peso, altura, circunferência da cintura e a verificação da pressão arterial será aferida em adultos e idosos.

POSSÍVEIS RISCOS:

Você pode ficar sem graça com algumas perguntas como, por exemplo: atividades sexuais, uso de drogas e situações de violência.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS:

Os benefícios incluem uma melhor compreensão de como está a saúde das pessoas que vivem em comunidades quilombolas, saber a opinião sobre os serviços de saúde que são oferecidos e com isso, colaborar para modificação dos mesmos. O conhecimento das medidas de peso, altura e circunferência da cintura serão usados para saber se as pessoas estão com o peso normal e no caso das crianças e adolescentes, se estão crescendo como deveria. A verificação da pressão arterial ajuda a saber como estão os níveis de sua pressão arterial.

CUSTOS:

Não há nenhum custo para você em participar do estudo.

OUTRAS INFORMAÇÕES:

1. Você poderá participar de todas as etapas ou apenas de partes da pesquisa.

- Participarei da entrevista ()
- Participarei das medidas de peso, altura e circunferência da cintura ()
- Participarei da verificação da pressão arterial ()

2. Você pode procurar a Professora Doutora Raquel Souza, do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia – Vitória da Conquista, Coordenadora do Estudo, pelo telefone 77- 88081022 para esclarecer dúvidas, comunicar qualquer problema com relação ao estudo ou retirar seu consentimento, podendo telefonar a cobrar.



Universidade Federal da Bahia - UFBA
Instituto Multidisciplinar em Saúde/Campus Anísio Teixeira – IMS/CAT
Avaliação das condições de saúde da população quilombola Vitória da Conquista -
BA

CONSENTIMENTO

Eu conheço o conteúdo deste consentimento e me foram dadas oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária. No caso de não querer mais participar, posso desistir em qualquer momento, sem que isso traga qualquer prejuízo para mim.

Vitória da Conquista, _____ de _____ de _____

 Nome do responsável

 Assinatura do responsável

Polegar Direito

**ANEXO F - Aceite para publicação do artigo pelo periódico “*Revista de Saúde Pública*”,
Qualis A2 em Saúde Coletiva.**

ANEXO F - Aceite para publicação do artigo pelo periódico "Revista de Saúde Pública", Qualis A2 em Saúde Coletiva.

Avaliações e Comentários do editor

Utilize esta tela para consultar os artigos avaliados e os comentários do editor.

Comentário do Editor:

Data do comentário: 08/04/2014

Manuscrito nº 5317

Prezado Colaborador LUIS ROGERIO COSME SILVA SANTOS

Temos a satisfação de comunicar-lhe, em nome da Editoria Científica, que ao término da etapa do processo de avaliação por pares externos, seu manuscrito intitulado 'Dor nas costas em adultos residentes em territórios quilombolas da Bahia', em sua versão final, foi aprovado quanto ao mérito.

Na seqüência, seu manuscrito será encaminhado para a Equipe de Redação para ser preparado para publicação. Nessa etapa, a RSP se reserva o direito de fazer alterações e sugestões na redação científica, incluindo revisão gramatical e de estilo, visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O manuscrito, com as alterações introduzidas, será encaminhado para sua revisão, assim como a versão em inglês para divulgação na Internet.

Para ser efetivada a publicação do artigo, será imprescindível o envio do documento de Transferência de Direitos Autorais assinado por todos os autores e escaneado, por e-mail, para rspline@fsp.usp.br.

Solicitamos que aguarde nosso próximo contato na fase de preparo do manuscrito para publicação.

Agradecemos pela sua valiosa contribuição a esta Revista e esperamos continuar contando com outras contribuições de sua autoria.

Cordialmente,
Maria Teresinha Dias de Andrade
Executiva

Editora

PS Lembramos que a partir de 2012, por motivos já divulgados em nosso site, passamos a cobrar uma taxa para publicação de cada manuscrito aprovado. Assim sendo, tendo havido sua prévia concordância, informamos que será encaminhada em seu nome, pela Secretaria da RSP, fatura proforma no valor estipulado por artigo.

Data:08/04/2014

Nenhuma avaliação foi efetuada.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

ATA DA DEFESA DE TESE DO ALUNO LUIS ROGERIO COSME SILVA SANTOS

Realizou-se, no dia 02 de junho de 2014, às 13:00 horas, sala 029 Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *Dor nas costas: prevalência e fatores associados em comunidades quilombolas da Bahia*, apresentada por LUIS ROGERIO COSME SILVA SANTOS, número de registro 2010719640, graduado no curso de ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Ada Avila Assuncao - Orientador (UFMG), Prof(a). Mark Drew Crosland Guimarães (UFMG), Prof(a). Adriano Marçal Pimenta (UFMG), Prof(a). Marcus Alessandro Alcântara (UFVJM), Prof(a). Tânia Solange Bosi de Souza Magnago (UFSM), Prof(a). Gilda Aparecida Ferreira (UFMG).

A Comissão considerou a tese:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 02 de junho de 2014.

Prof(a). Ada Avila Assuncao (Doutora)

Prof(a). Mark Drew Crosland Guimarães (Doutor)

Prof(a). Adriano Marçal Pimenta (Doutor)

Prof(a). Marcus Alessandro Alcântara (Doutor)

Prof(a). Tânia Solange Bosi de Souza Magnago (Doutora)

Prof(a). Gilda Aparecida Ferreira (Doutora)

Link para artigo completo: http://www.rsp.fsp.usp.br/mensagem/pub/edicao_atual.tpl.php

Rev Saúde Pública 2014;48(5):750-757

Artigos Originais

DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005317

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.

DESCRITORES: 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.ulba@gmail.com

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

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