

Prevalência e fatores associados de dor lombar em uma comunidade urbana da Nigéria

Prevalence and associated factors of low back pain in an urban Nigerian community

Gbolade Isaac Ogunsanya 

Obafemi Awolowo University Teaching Hospitals Complex (Ile-Ife). Estado de Osun, Nigéria. gbolade_osanya@yahoo.com

RESUMO | INTRODUÇÃO: A Dor Lombar (DL) constitui um problema de saúde pública, já que se espera que quase todo indivíduo experiente lombalgia pelo menos uma vez durante a vida. **OBJETIVO:** Este estudo é feito para determinar a prevalência de LBP e fatores associados em uma comunidade urbana da Nigéria. **MÉTODOS E MATERIAIS:** Esta pesquisa domiciliar transversal selecionou aleatoriamente 741 indivíduos usando uma técnica de amostragem de quatro estágios. Os dados foram obtidos por meio de questionário semiestruturado autoaplicável. A associação entre variáveis categóricas e lombalgia foi analisada por meio do teste Qui-quadrado e modelo de regressão logística múltipla ($\alpha = 0.05$). **RESULTADOS:** A média de idade dos participantes foi $41,32 \pm 15,24$ anos. A prevalência pontual, anual e ao longo da vida de lombalgia foram 31,2%, 61,1% e 70,6%, respectivamente. Idade igual ou superior a 40 anos ($p = 0,006$), ser artesão ($p = 0,005$) ou comerciante ($p = 0,007$) em comparação a ser trabalhador de escritório ($p = 0,071$) e ficar sentado continuamente por mais de 3 - 4 horas ($p < 0,001$) são fatores significativamente associados à DL. Outros são a duração do transporte de / para o trabalho maior ou igual a 30 minutos ($p < 0,001$), uso de computador ($p < 0,001$), história de trauma ($p = 0,045$), nunca compareceu a uma palestra de saúde sobre cuidados nas costas ($p < 0,001$), tabagismo ($p = 0,006$) e prática ocasional ($p = 0,002$) ou nenhuma rotina de exercícios ($p < 0,001$). **CONCLUSÃO:** DL é comum entre os indivíduos na área de estudo com uma prevalência pontual, anual e ao longo da vida de 31,2%, 61,1% e 70,6%, respectivamente. As intervenções na prevenção da DL devem ter como objetivo a correção de fatores associados modificáveis identificados, como postura inadequada, inatividade física e falta de informações sobre lombalgia.

PALAVRAS-CHAVE: Dor lombar. Comunidade. Prevalência pontual. Prevalência anual. Prevalência ao longo da vida.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Low Back Pain (LBP) constitutes a public health problem as almost every individual is expected to experience LBP at least once during their lifetime. **OBJECTIVE:** This study is done to determine the prevalence of LBP and associated factors in an urban Nigerian community. **METHODS AND MATERIALS:** This cross-sectional household survey randomly selected 741 subjects using a 4-stage sampling technique. Data were obtained through a self-administered semi-structured questionnaire. Association between categorical variables and LBP was analyzed using the Chi-square test and multiple logistic regression model ($\alpha=0.05$). **RESULTS:** Mean age of participants was 41.32 ± 15.24 years. The point, annual, and lifetime prevalence of LBP were 31.2%, 61.1%, and 70.6% respectively. Aged 40 years and above ($p=0.006$), being an artisan ($p=0.005$) or trader ($p=0.007$) compared to being an office worker ($p=0.071$), and continuously sitting more than 3 to 4 hours ($p<0.001$) are factors significantly associated with LBP. Others are transport duration to/from work more than or equal to 30 minutes ($p<0.001$), computer use ($p<0.001$), trauma history ($p=0.045$), never attending a health talk on back care ($p<0.001$), tobacco smoking history ($p=0.006$) and having an occasional ($p=0.002$) or no exercise routine ($p<0.001$). **CONCLUSION:** LBP is common among individuals in the study area with a point, annual, and lifetime prevalence of 31.2%, 61.1%, and 70.6% respectively. Interventions on LBP prevention should target correction of identified modifiable associated factors such as poor posture, physical inactivity and lack of information on LBP.

KEYWORDS: Low back pain. Community. Point prevalence. Annual prevalence. Lifetime prevalence.

Introdução

Em todo o mundo, a dor nas costas é um problema de saúde muito comum e também uma das principais causas de incapacidade. O Estudo Global de Carga de Doenças de 2010 classifica a Dor Lombar (DL) entre as 10 principais lesões e doenças que respondem pelo maior número de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALYs) globalmente¹. Essa é uma causa global de preocupação quanto à percepção da dor na região lombar ser o motivo mais comum, após doenças respiratórias, para os pacientes serem encaminhados ao médico². O aumento da frequência de ocorrência de DL na população é preocupante, assim como seu efeito adverso na vida diária ativa. Em geral, estima-se que 50-80% da população mundial em um ponto ou outro terá DL pelo menos uma vez durante a vida^{3,4}. Prevê-se que o maior aumento na prevalência de DL ocorra em países em desenvolvimento, onde a lombalgia seria um fardo econômico para o paciente, cuidador, sistema de saúde e governo, já que é global^{5,6}.

Estudos anteriores da Nigéria, embora em subpopulações selecionadas, relataram a prevalência anual de DL de 72,4% e 89,3% entre agricultores⁷ e motoristas ocupacionais⁸, respectivamente. Birabi et al.⁹ relataram prevalência pontual de 67,1% entre agricultores. A maioria dos estudos disponíveis sobre lombalgia tem sido em populações trabalhadoras^{10,11} ou são baseados em hospitais^{12,13} levando a conclusões não representativas. Há uma escassez de dados epidemiológicos sobre DL de indivíduos no setor informal ou desempregados, especialmente em países de baixa renda¹⁴. Os dados de pesquisas comunitárias sobre DL são necessários para fornecer dados que incluam os diferentes subgrupos da população.

A Nigéria é a nação negra mais populosa e, de acordo com o Banco Mundial, cerca de 50 milhões de pessoas estão na faixa etária da força de trabalho, onde se espera que DL seja mais comum do que outros segmentos etários da população. O inconveniente associado à DL é enorme e tem implicações no Produto Interno Bruto (PIB) e nos recursos humanos de qualquer nação. As pesquisas sobre os problemas populacionais contemporâneos frequentemente negligenciam a DL, pois mais ênfase é dada às doenças transmissíveis que devastam o continente africano¹⁵.

Portanto, neste estudo, identificamos fatores associados à DL em uma comunidade urbana na Nigéria, África Subsaariana.

Este estudo determinou a prevalência pontual, anual e ao longo da vida da dor lombar usando uma amostra da comunidade e também avaliou os fatores que predispoem os residentes de um país típico de renda média baixa a sofrer de DL, independentemente de sua situação profissional e / ou condição socioeconômica. Espera-se que a prevalência pontual, anual e ao longo da vida encontrada neste estudo possa ajudar a descartar qualquer visão anedótica defeituosa, especialmente quando se discute o quão disseminada é a DL. Além disso, os fatores associados seriam identificados e estratégias preventivas seriam planejadas e instituídas.

Método

Este estudo foi uma pesquisa transversal de base comunitária realizada entre residentes do Governo Local do Sudoeste de Ibadan, que é um assentamento urbano na Nigéria. A Nigéria é um país em desenvolvimento da África Subsaariana com um PIB de US \$ 444,916 bilhões (2019) e classificado pelo Banco Mundial na categoria de renda média baixa. Ibadan está localizada na parte sudoeste da Nigéria. Encontra-se dentro da latitude 7 ° 19 '08" e 7 ° 29 '25" do equador e longitude 3 ° 47 '50" e 4 ° 0 '22". É a capital do estado de Oyo e é composta por onze áreas de governo local, incluindo a área de governo local do sudoeste de Ibadan. A Prefeitura do Sudoeste de Ibadan tem uma área de 40km² e uma população de 282.585 habitantes, de acordo com o censo de 2006 realizado pela Comissão Nacional de Populações. É uma área urbana onde residem principalmente funcionários públicos e empresários privados.

A população do estudo consistia em adultos com pelo menos 18 anos e residentes na Área de Governo Local Sudoeste de Ibadan. Foram excluídos indivíduos com condição médica residual, como deformidade congênita ou que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos nas costas no último ano. Além disso, indivíduos com dores nas costas de origens não mecânicas (tumores, doenças inflamatórias, como espondiloartrite

e infecções) ou provenientes de órgãos internos (doença da vesícula biliar, cálculos renais, infecções renais e aneurisma da aorta, entre outros) diagnosticados por um médico qualificado durante visita de rotina ao hospital no último um ano foi excluído do estudo. Usando a fórmula do tamanho da amostra para estimar proporções simples, o tamanho mínimo da amostra calculado foi de 732. A aprovação ética para este estudo foi concedida pelo Comitê de Revisão de Ética do Estado de Oyo. Cada participante não apenas deu consentimento verbal, mas também assinou ou imprimiu com o polegar o formulário de consentimento informado que foi escrito em inglês e iorubá. Os participantes interessados elegíveis foram orientados por assistentes de pesquisa adequadamente treinados. Todos os questionários devolvidos foram verificados quanto à precisão no momento da coleta.

Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado autoaplicável. Os 741 participantes foram selecionados usando uma técnica de amostragem em vários estágios de 4 estágios. A partir da lista de Áreas de Enumeração (AEs) fornecida pelo Censo Nacional de População do governo local do Sudoeste de Ibadan, cinco AEs foram selecionados aleatoriamente usando Amostragem Aleatória Sistemática. Além disso, foi realizada uma amostragem por conglomerado das cinco áreas de enumeração. Um mínimo de 147 adultos elegíveis com consentimento foram selecionados de cada AE. De cada AE, uma família foi selecionada aleatoriamente por votação. Este domicílio selecionado aleatoriamente serviu como ponto de partida e as casas subsequentes foram visitadas em números ímpares usando o método de caminhada aleatória e amostragem por cota. Cada indivíduo elegível com consentimento em domicílios consecutivos em cada um dos agrupamentos foi entrevistado para a pesquisa até que a cota pré-determinada fosse atingida.

O instrumento utilizado foi semiestruturado com base no referencial conceitual sobre aspectos sociodemográficos, postura, estilo de vida e outras variáveis como história prévia de trauma e exposição às informações. A validade de face e de conteúdo foi adotada para testar a validade do questionário, enquanto a validade foi testada pelo método teste-reteste ($r = 0,85$). Um rascunho do questionário foi testado em um piloto entre 54 indivíduos selecionados aleatoriamente na área de estudo.

Esses indivíduos foram excluídos do estudo principal. Para garantir a uniformidade, os entrevistados foram apresentados a um diagrama no qual a região entre as margens inferiores da 12a costela e as pregas glúteas era destacada e solicitada a indicar se havia dor naquela região anatômica. Para determinar a prevalência pontual, anual e ao longo da vida de lombalgia, os entrevistados responderam às seguintes perguntas, respectivamente: "Você sente dor lombar atualmente ou nos últimos 30 dias?", "Você teve dor lombar nos últimos 12 meses?", e "Você já sentiu dor lombar?". Para determinar a duração da experiência de dor lombar, os entrevistados foram questionados: "Há quanto tempo você sente dor lombar?" com "Agudo; Menos de 2 semanas", "Subaguda; entre 2 semanas e 3 meses", e "Crônico; Mais de 3 meses", como opções.

Para determinar a intensidade da dor, foi utilizada uma Escala Visual Analógica. Em uma escala de um (1) a dez (10), considerando 1 representando a menor dor e 10 a pior dor, os participantes com dor nos últimos 30 dias foram solicitados a indicar seu nível de dor. Pontuações de 1-3, 4-6 e 7-10 foram categorizadas como leve, moderada e grave, respectivamente. A fim de investigar o absenteísmo, os entrevistados que já experimentaram lombalgia foram questionados se haviam se ausentado do trabalho devido à dor. Eles foram ainda solicitados a indicar o número de dias em que estiveram ausentes do trabalho nos últimos 12 meses devido a DL. Para determinar as práticas de busca de cuidados dos entrevistados que já experimentaram DL, os entrevistados responderam às perguntas: "Qual ajuda médica você procurou devido à sua dor lombar?" e "O que você costuma fazer quando começa a sentir dor lombar?"

Os dados foram analisados por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Associação entre variáveis categóricas com base na estrutura conceitual (como idade, estado civil, ocupação, nível de educação, religião, postura frequentemente assumida, meio de transporte frequentemente utilizado, período passado sentado continuamente, duração do transporte, uso de computador, histórico de trauma, exposição back care talk, tabagismo e rotina de exercícios) e DL foi analisada usando o teste Qui-quadrado e modelo de regressão logística múltipla. Um nível de probabilidade de $p < 0,05$ foi aceito como sendo de significância estatística.

Resultados

Características sócio-demográficas

Houve 741 entrevistados, 345 homens (46,6%) e 396 mulheres (53,4%). Os entrevistados tinham idades entre 18 e 82 anos, com média de 41,3 (DP = 15,2) anos. Mais da metade (58,2%) dos entrevistados eram casados. A maioria dos respondentes (590, 79,7%) possui pelo menos o ensino médio. As características da população do estudo são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

Características	Categorias	n (%)
Gênero	Masculino	345 (46,6)
	Fêmea	396 (53,4)
Era (Anos)	18 – 29	191 (25,8)
	30 – 39	179 (24,2)
	40 – 49	143 (19,3)
	50 – 59	122 (16,5)
	60 e acima	106 (14,3)
Estado civil	Solteira	250 (33,7)
	Casada	431 (58,2)
	Separado/Divorciado/Viúvo	60 (8,1)
Ocupação	Trabalhador de escritório Artesã	171 (23,1)
	Comerciante	208 (28,1)
	Professor	212 (28,6)
	Desempregado	83 (11,2) 67 (9,0)
Mais alto nível de educação alcançado	Sem educação formal	44 (5,9)
	Primário	107 (14,4)
	Secundário	315 (42,5)
	Superior	275 (37,2)
Religião praticada	Cristão	451 (60,9)
	Muçulmano	290 (39,9)
Tabagismo atual	Sim	70 (9,4)
	Não	671(90,6)
Tabagismo ao longo da vida	Sim	197 (26,6)
	Não	544 (73,4)

Prevalência de dor lombar

No momento da pesquisa, 231 entrevistados relataram ter DL, portanto, a prevalência de pontos foi de 31,2% e 453 tiveram dor lombar nos últimos 12 meses, representando uma prevalência anual de 61,1%. A prevalência ao longo da vida foi de 70,6%.

Dos 523 entrevistados que já experimentaram DL, 238 (45,5%) eram do sexo masculino e 285 (54,5%) do sexo feminino. A prevalência foi de 69,0% no sexo masculino e 72,0% no sexo feminino (Tabela 2). Não houve associação significativa entre sexo e DL ($p=0,374$). Foi encontrada uma prevalência significativamente maior de dor lombar entre os entrevistados com 40 anos ou mais (92,7%) em comparação com aqueles entre 18 – 39 anos, com uma prevalência de 48,4% ($p < 0,001$). Houve diferença significativa ($p < 0,001$) na prevalência de dor lombar com base no estado civil. Os entrevistados solteiros têm uma prevalência de 45,6%, os entrevistados casados têm uma prevalência de 82,1%, enquanto os entrevistados que são separados, divorciados ou viúvos têm uma prevalência de 91,7%.

Tabela 2. Distribuição de dor lombar por idade e sexo

Era (Anos)	Masculino		Feminino		Total	
	N	n (%DL)	N	n (%DL)	N	n (%DL)
18 - 29	90	43 (47,8)	101	48 (47,5)	191	91 (47,6)
30 - 39	89	43 (47,8)	90	45 (50,0)	179	88 (49,2)
40 - 49	70	61 (87,1)	73	65 (89,0)	143	126 (88,1)
50 - 59	51	47 (92,2)	71	68 (95,8)	122	115 (94,3)
60 e acima	45	44 (97,8)	61	59 (96,7)	106	103 (97,2)
Total	345	238 (69,0)	396	285 (72,0)	741	523 (70,6)

N= Número total, n= número com dor lombar

Com base na escolaridade, a prevalência de dor lombar é mais alta entre os entrevistados sem educação formal ou aqueles com ensino fundamental (96,0%), mais baixa entre aqueles com ensino médio (63,2%) e aqueles com ensino superior tem uma prevalência de 65,1%. Essa relação é estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a prevalência de dor lombar ao longo da vida e a ocupação, visto que os respondentes com trabalho de escritório têm a menor prevalência de 64,3% e a maior prevalência foi entre os comerciantes (74,7%) ($p = 0,019$) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da dor lombar (DL) entre os grupos ocupacionais estratificados por sexo

Ocupação	Masculino		Feminino		Total	
	N	n (%DL)	N	n (%DL)	N	n (%DL)
Trabalhador de escritório	77	56 (72,7)	94	54 (57,4)	171	110 (64,3)
Artesã	123	77 (62,6)	85	61 (71,8)	208	138 (66,4)
Comerciante	71	54 (76,1)	141	112 (79,4)	212	161 (78,3)
Professor	41	28 (68,3)	42	34 (81,0)	83	62 (74,7)
Desempregado	33	23 (69,7)	34	24 (70,6)	67	47 (70,2)
Total	345	238 (69,0)	396	285 (72,0)	741	523 (70,6)

N= Número total, n= número com dor lombar

Uma relação estatisticamente significativa foi encontrada na associação entre fumantes atuais e experiência de dor lombar ($p < 0,001$). Uma alta proporção (92,9%) dos fumantes atuais experimentou alguma vez na vida DL, contra 68,3% dos não fumantes. A história anterior de tabagismo também teve uma relação estatisticamente significativa com a experiência de DL ($p < 0,001$). Entre os entrevistados que já fumaram, 94,4% tiveram DL contra 61,9% dos entrevistados que nunca fumaram.

Fatores associados à dor lombar

A análise multivariada foi realizada com variáveis que foram significativas na análise bivariada. As variáveis aí sustentadas como fatores associados significativos incluíram ter 40 anos ou mais, ocupação como artesão, ocupação como comerciante, assumir postura variada e sentar-se continuamente por mais de 3 - 4 horas. Outros fatores de risco estatisticamente significativos incluem tempo de transporte para o trabalho superior a 30 minutos, uso de computador, história prévia de trauma, nunca ter comparecido a uma palestra de saúde sobre cuidados com as costas, nunca ter fumado e não ter uma cultura de exercício regular (Tabela 4).

Tabela 4. Regressão Logística Univariada e Multivariada. Características associadas ao relato de LBP já experimentado

Variável	Categoria	Bruto OR (IC95%) p	Ajustado OR (IC95%) p
Idade	18 -39 (Ref)	1	1
	40 e acima	13,74 (8,837 – 21,373) <0,001	3,63 (1,433 – 9,114) 0,006
Estado civil	Solteiro (Ref)	1	1
	Casado	5,40 (3,807 – 7,657) <0,001	1,66 (0,740 – 3,728) 0,218
	Outros ^a	13,12 (5,082 – 33,889) <0,001	0,69 (0,119 – 4,040) 0,683
Ocupação	Trabalhador de escritório (Ref)	1	1
	Artesão	1,07 (0,700 – 1,636) 0,753	5,40 (1,652 – 17,640) 0,005
	Comerciante	2,00 (1,273 – 3,146) 0,003	4,03 (1,475 – 11,000) 0,007
	Professor	1,64 (0,912 – 2,940) 0,099	4,16 (0,885 – 19,564) 0,071
Nível Educacional	Superior (Ref)	1	1
	Nenhum ^b / Primário	13,17 (5,611 – 30,910) <0,001	1,60 (0,338 – 7,533) 0,555
	Secundário	0,94 (0,667 – 1,310) 0,695	1,04 (0,427 – 2,513) 0,938
Religião praticada	Cristão (Ref)	1	1
	Muçulmano	1,80 (1,280 – 2,516) 0,001	1,03 (0,531 – 1,979) 0,940
Postura frequentemente assumida	Ereta (Ref)	1	1
	Inclinado para a Frente	6,70 (2,148 – 20,695) 0,001	2,71 (0,324 – 22,719) 0,358
	Em pé	2,70 (1,113 – 6,460) 0,028	3,93 (0,639 – 24,185) 0,140
	Sentado	5,00 (2,112 – 11,687) <0,001	4,56 (0,766 – 27,090) 0,095
	Variado ^c	4,32 (1,651 – 11,397) 0,003	8,31 (1,239 – 55,741) 0,029
Forma de transporte frequentemente utilizada	Pé (Ref)	1	1
	Privado	2,51 (1,488 – 4,246) 0,001	0,78 (0,243 – 2,470) 0,666
	Público	3,07 (1,969 – 4,801) <0,001	1,09 (0,448 – 2,637) 0,853
Período gasto sentado continuamente	< 3 – 4 horas (Ref)	1	1
	> 3 – 4 horas	14,90 (9,263 – 23,946) <0,001	5,56 (2,554 – 12,093) <0,001
Duração do Transporte ^d	< 30 minutos (Ref)	1	1
	> 30 minutos	16,18 (9,992 – 26,206) <0,001	16,11 (3,035 – 12,093) <0,001
Uso de computador	Não (Ref)	1	1
	Sim	2,90 (1,935 – 4,319) <0,001	7,07 (3,015 – 16,601) <0,001
História do Trauma	Não (Ref)	1	1
	Sim	17,13 (8,598 – 34,135) <0,001	2,73 (1,024 – 7,266) 0,045
Back Care Health Talk organizado pelo empregador	Sim (Ref)	1	1
	Não	4,34 (2,273 – 8,286) <0,001	1,43 (0,394 – 5,198) 0,537
Participou de conversa sobre saúde de cuidados nas costas	Sim (Ref)	1	1
	Não	7,635 (5,227 – 11,153) <0,001	4,90 (2,124 – 11,285) <0,001
Tabagismo atual	Não (Ref)	1	1
	Sim	6,09 (2,416 – 15,336) <0,001	0,21 (0,038 – 1,199) 0,079
Tabagismo ao longo da vida	Não (Ref)	1	1
	Sim	10,47 (5,562 – 19,70) <0,001	4,96 (1,576 – 15,631) 0,006
Rotina de exercicios	Regularmente (Ref)	1	1
	Ocasionalmente	4,06 (2,582 – 6,372) <0,001	3,60 (1,595 – 8,140) 0,002
	Nunca	62,97 (31,913 – 123,057) <0,001	43,28 (4,863 – 137,926) <0,001

a=Separado/Divorciado/Viúvo, b=Sem educação formal, c=curvado, torcido e/ou curvado, d=Duração do transporte de e para o trabalho

A análise multivariada mostra que indivíduos com 40 anos ou mais têm maior probabilidade de apresentar DL ($p = 0,006$). Além disso, a ocupação como artesão ($p = 0,005$) e comerciante ($p = 0,005$) é um fator associado. Indivíduos que ficam sentados continuamente por mais de 3 - 4 horas têm maior probabilidade de desenvolver dor lombar ($p < 0,001$). O transporte de ida e volta para o trabalho com duração superior a 30 minutos é fator associado ao desenvolvimento de dor lombar ($p < 0,001$).

Os usuários de computador são mais propensos a sentir dor nas costas durante a vida do que os não usuários. Essa relação é significativa na análise multivariada ($p < 0,001$). Indivíduos com história prévia de trauma nas costas têm maior probabilidade de desenvolver dor lombar ao longo da vida ($p = 0,045$). Indivíduos que já participaram de uma palestra sobre cuidados de saúde sobre cuidados nas costas têm menos probabilidade de sentir dor na região lombar. Essa associação é estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Indivíduos com histórico de tabagismo são mais propensos a sentir dor lombar ao longo da vida. A relação é estatisticamente significativa ($p = 0,006$). Indivíduos que praticam exercícios regulares com pouca frequência, ou seja, não até 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa ao longo da semana, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), são mais prováveis para experimentar DL em sua vida.

A relação é estatisticamente significativa ($p = 0,002$). Enquanto aqueles que nunca se exercitam têm uma chance muito maior de sentir DL em sua vida. A associação é estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Duração, gravidade da dor lombar e absenteísmo do trabalho devido à dor lombar

Dos 523 entrevistados que relataram sentir dor na região lombar, 38 (7,3%) relataram que a dor ocorreu menos de 2 semanas para a pesquisa. Cerca de 38% relataram ter sentido dor lombar entre 2 semanas e 3 meses e 55,3% descrevem a dor como ocorrendo há mais de 3 meses. Esta escala classifica a dor lombar dos entrevistados como aguda, subaguda e crônica, respectivamente.

Na Escala Visual Analógica, a pontuação mínima de um respondente com dor lombar foi 1, enquanto a pontuação mais alta foi 9. Estratificando as respostas em termos de gravidade, 294 (56,2%) descreveram a dor que sentem como leve, 216 (41,3%) descreveram a experiência de dor como moderada, enquanto 13 (2,5%) dos entrevistados que já experimentaram dor na região lombar descreveram a dor como intensa.

Setenta e seis entrevistados (16,1%) que têm emprego remunerado já experimentaram DL relataram que estavam ausentes do trabalho devido à DL. Os 76 entrevistados tiraram um total de 238 dias de folga. O período mínimo de afastamento do trabalho foi de 1 dia e o máximo de afastamento do trabalho por dor lombar foi de 24 dias. Isso dá uma média de $3,13 \pm 3,12$ dias de folga por funcionário (Tabela 5).

Tabela 5. Dias de ausência do trabalho por dor lombar (DL) com base na ocupação

Ocupação	n	Min	Max	Soma	Média	±DP	%
Artesãos	27	1	24	82	3,04	4,407	34,45
Comerciante	21	1	14	75	3,57	2,803	31,51
Trabalhadores de escritório	18	1	6	56	3,11	1,491	23,53
Professores	10	1	5	25	2,50	1,509	10,51
Total	76	1	24	238	3,13	3,12	100,00

Prática de busca de atendimento para dor lombar

O Químico Local foi mais procurado para atendimento entre aqueles com DL (41,1%). Outros profissionais procurados foram o Médico (32,7%), o Fisioterapeuta (29,1%), o Médico Tradicional (21,0%), o Enfermeiro (11,7%) e a Nutricionista (4,2%). Oitenta e nove entrevistados (17,0%) não procuraram nenhum atendimento devido à DL.

Quando questionados sobre o que os entrevistados com dor lombar costumam fazer quando começam a perceber a dor lombar, a maioria (35,2%) dos entrevistados relatou que estava em repouso na cama. Cento e sessenta e um entrevistados (30,8%) responderam que continuam suas atividades enquanto 26,4% dos entrevistados relatam que se automedicam imediatamente com os medicamentos que possuem em mãos. Menos de um décimo (7,6%) de todos os entrevistados com dor lombar disseram que consultaram imediatamente um profissional de saúde.

Discussão

A prevalência pontual, anual e ao longo da vida de DL encontrada neste estudo foi de 31,2%, 61,1% e 70,6%, respectivamente. As chances de DL eram maiores entre os entrevistados mais velhos, com 40 anos ou mais, artesãos e comerciantes, e aqueles que assumiam postura variada e sentada continuamente por mais de 3 – 4 horas. Outros fatores associados são: tempo de transporte para o trabalho superior a 30 minutos, uso de computador, história prévia de trauma, nunca ter comparecido a uma palestra de saúde sobre cuidados com as costas, nunca fumou e não ter uma cultura de exercícios regulares. Dos 473 entrevistados que trabalham com remuneração e já experimentaram DL, 76 entrevistados (16,1%) relataram ter um total de 238 dias de folga do trabalho (média = $3,13 \pm 3,12$ dias).

A prevalência pontual de DL neste estudo permaneceu dentro da faixa esperada proposta por Roy et al.¹⁶ que relataram que “há informações substanciais sobre a prevalência de dor lombar e as estimativas da prevalência pontual variam de 1,0% a 58,1%”. A prevalência anual de dor lombar encontrada em nosso estudo é de 61,1%, que também se manteve dentro

da faixa postulada por Roy et al.¹⁶ que relata que “estimativas de ... prevalência de 1 ano (varia) de 0,8% a 82,5%”. No entanto, é maior do que a prevalência anual relatada por uma série de pesquisas realizadas no século passado¹⁷⁻¹⁹. Isso pode indicar uma tendência de aumento na prevalência anual de DL ao longo dos anos. É comumente relatado que 50–80% de qualquer população amostrada sofre de dor lombar idiopática pelo menos uma vez na vida^{3,4}. Isso parece ser corroborado por nosso estudo.

A associação entre o aumento da idade e a lombalgia foi relatada por vários autores^{17,20} e apoiada por nosso estudo. Essa associação pode ser explicada pelos processos de degeneração senil da coluna vertebral que acompanham o aumento da idade. Os achados de nosso estudo são semelhantes aos de um estudo indígena¹⁹ que relatou que manter a posição sentada continuamente por mais de 3-4 horas é um fator de risco significativo. Coenen et al.²¹ sugere que, se ininterrupta por um longo período de tempo, o que é popularmente percebido como uma postura “boa” ainda pode ser prejudicial. A associação pode ser devida ao fato de que o sentar-se habitual contínuo pode resultar em uma diminuição da altura do espaço do disco intervertebral causada pela carga axial da coluna vertebral devido ao peso do indivíduo. Isso eventualmente causa estresse mecânico na coluna lombar, especialmente quando o indivíduo se senta continuamente em uma mobília não ergonômica. Assim, experimenta-se um comprometimento da integridade musculoesquelética.

O uso de computador é um fator associado importante de DL identificado neste estudo. Isso é semelhante aos achados de Borhany et al.²² que encontraram relação significativa. Essa relação pode ser explicada por uma combinação de fatores como passar muito tempo atrás do dispositivo, assumir posturas prejudiciais à saúde e sentar em uma mobília não ergonômica. Em nosso estudo, a falta de informações por meio de conversas de saúde sobre cuidados nas costas é um fator associado à lombalgia. Isso está de acordo com o achado de um estudo²³ que mencionou que a informação sobre uma doença crônica (por meio da mídia) reduziria muito a incidência da doença e também melhoraria o atendimento à saúde, pois os indivíduos estão mais bem informados sobre o que esperar. A maioria dos nossos entrevistados tem pelo menos ensino médio, e se isso for considerado com a exposição à conversa

de saúde sobre cuidados nas costas por meio da mídia ou seminários, isso pode tender a ajudá-los a estar mais bem informados sobre sua saúde nas costas e, portanto, eles não se envolvem em atividades que podem predispor-os a assumir posturas que podem ser prejudiciais às suas costas.

A duração do transporte de e para o trabalho tem sido um tema controverso na literatura. Por exemplo, Beija et al.²⁴ relataram que nem o meio de transporte, nem a duração da viagem estiveram associados à dor lombar, enquanto nosso estudo encontrou associação estatisticamente significativa. Podemos ter achado a duração do transporte um fator associado significativo, pois a maioria dos entrevistados que responderam afirmativamente a duração do transporte de 30 minutos ou mais utiliza o sistema de transporte público. Pode ser benéfico investigar o efeito do sistema de transporte público no desenvolvimento de DL entre essa população em estudos futuros. Nosso estudo descobriu que a história de uso de tabaco está estatisticamente associada ao risco de desenvolver DL. Isso é semelhante aos achados de vários estudos na literatura que encontraram uma relação significativa entre o tabagismo e a ocorrência de DL^{25,26}. Embora o mecanismo biológico não seja totalmente compreendido, essa associação pode ser devido ao fato de o tabagismo diminuir a absorção de nutrientes pelos discos nas costas. Isso retarda a cura e leva a uma experiência de dor prolongada. Além disso, a relação entre tabagismo e lombalgia pode ser explicada pela possibilidade de que o tabagismo pode levar à redução da perfusão e desnutrição dos tecidos dentro e ao redor da coluna vertebral e fazer com que esses tecidos respondam de forma ineficiente ao estresse mecânico²⁷.

Os resultados dos estudos sobre a relação entre a atividade física e lombalgia são inconclusivos. Por exemplo, as pesquisas de Rezaee et al.²⁸ e Lunde et al.²⁹ não mostraram associação entre as duas variáveis. Os achados de nosso estudo, entretanto, são semelhantes aos de vários estudos^{30,31} que relataram efeitos benéficos da atividade física regular. Na verdade, nosso estudo descobriu que, em comparação com aqueles que se exercitam regularmente e se envolvem em atividades físicas conforme definido pela OMS, aqueles que ocasionalmente se envolvem em atividades físicas ou exercícios são mais propensos a desenvolver DL, enquanto indivíduos que nunca praticam têm chances

extremamente altas de desenvolver dor lombar. Essa associação tem sido explicada pelos benefícios de exercícios regulares graduais que ajudam a manter e/ou melhorar a destreza das articulações e manter as estruturas musculoesqueléticas intactas. Assim, as atividades físicas regulares condicionariam o corpo para tolerar movimentos moderados conforme necessário. Um apelo público para a prática regular de atividade física graduada, portanto, é vantajoso não apenas para manter uma melhor saúde cardiovascular, mas também para melhorar a integridade musculoesquelética.

Descobrimos que os entrevistados faltaram em média 3,12 dias ao trabalho devido à dor lombar nos últimos 12 meses. Isso é semelhante aos achados de Omokhodion¹⁴ que relatou dias médios de folga do trabalho de 3 dias. Ao contrário do mundo desenvolvido, não há compensação estatal ou benefícios por afastamento do trabalho devido à DL na Nigéria¹⁴. Na maioria dos países em desenvolvimento, como a Nigéria, um número substancial de trabalhadores de colarinho azul ganha seus salários com o pagamento diário. Assim, os indivíduos (e suas famílias dependentes) ausentes do trabalho devido à dor lombar podem ser prejudicados financeiramente por não conseguirem ganhar o dinheiro para sobreviver durante o dia. Isso pode causar um impacto maior na situação econômica geral quando um grande número de funcionários relata que está doente. No longo prazo, a produtividade é reduzida e a estabilidade econômica é instável.

Em termos de prática de busca de cuidados, o auxiliar mais consultado para DL em nosso estudo é o químico local. Isso é semelhante às descobertas de um estudo indígena quase duas décadas atrás³², que relatou que 80% das pessoas que sofrem de dor lombar de seu estudo consultaram o químico local. A semelhança desse achado pode ser decorrente de uma população de estudo semelhante e mostra que a preferência dos indivíduos na busca por atendimento não mudou muito ao longo do tempo. O químico local é mais acessível para a população e pode oferecer taxas de consulta mais baratas, se não gratuitas, para seus clientes. A maioria dos cidadãos pode preferir esta opção do que se reportar a um centro de saúde local ou a um profissional de saúde devido aos serviços relativamente baratos oferecidos pela farmácia local, apesar do fato de que muitos dos que oferecem serviços na farmácia local não são qualificados e podem ser agindo com base em experiências anteriores não comprovadas.

O ponto forte do nosso trabalho é o fato de ser uma pesquisa comunitária que fornece uma estimativa melhor de uma amostra representativa maior em comparação com trabalhos de pesquisa que estudaram grupos ocupacionais ou populações baseadas em hospitais apenas. Uma das principais limitações percebidas é o efeito do viés de memória, já que um grande número de entrevistados demorou para se lembrar de episódios de lombalgia e outros fatores, como número de dias de ausência do trabalho. Como esta é uma pesquisa baseada na comunidade, a generalização dos resultados deve ser cautelosa.

Conclusão

Este estudo mostrou que a prevalência de DL em uma subpopulação urbana de um país em desenvolvimento como a Nigéria é semelhante a dos países industrializados. Além disso, os fatores predisponentes para o desenvolvimento de DL na população urbana pesquisada são semelhantes aos do mundo ocidentalizado. Como tal, a DL claramente não é um fardo para o mundo industrializado. Essa semelhança pode ser devida aos africanos que adotam estilos de vida ocidentais. As intervenções de saúde pública com foco na prevenção de DL precisam direcionar a correção de fatores associados modificáveis, como postura inadequada, uso de computador, inatividade física e falta de informação por meio de educação em saúde, pois isso ajudaria na redução da prevalência de DL na população.

Agradecimentos

Agradeço sinceramente a Joel Odunoye, John Adeyemo, Omolayo Akinfolarin e Precious Erinle, que ajudaram meticulosamente na coleta de dados.

Conflitos de interesses

Nenhum interesse financeiro, legal ou político de competição com terceiros (governo, comercial, fundação privada, etc.) foi divulgado para qualquer aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a, doações, conselho de monitoramento de dados, desenho do estudo, preparação do manuscrito, estatística análise, etc.).

Referências

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M et al. Years Lived with Disability (YLDs) for 1160 Sequelae of 289 Diseases and Injuries 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859):2163-2196. doi: [10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2)
2. Weiss AJ, Wier LM, Stocks C, Blanchard J. Visão Geral das Visitas ao Departamento de Emergência nos Estados Unidos, 2011. [Internet]. 2014. Disponível em: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb174-Emergency-Department-Visits-Overview.pdf>
3. Fatoye F, Gebrye T, Odeyemi I. Real-World Incidence and Prevalence of Low Back Pain Using Routinely Collected Data. *Rheumatol Int*. 2019;39(4):619-626. doi: [10.1007/s00296-019-04273-0](https://doi.org/10.1007/s00296-019-04273-0)
4. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-Specific Low Back Pain. *Lancet*. 2012;379(9814):482-91. doi: [10.1016/S0140-6736\(11\)60610-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60610-7)
5. Igumbor EU, Puoane TR, Gansky SA, Plesh O. Chronic Pain in the Community: A Survey in a Township in Mthatha, Eastern Cape, South Africa. *South Afr J Anaesth Analg*. 2011;17(5):329-337. doi: [10.1080/22201173.2011.10872801](https://doi.org/10.1080/22201173.2011.10872801)
6. Louw QA, Morris LD, Grimmer-Somers K. The Prevalence of Low Back Pain in Africa: A Systematic Review. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2007;8:105. doi: [10.1186/1471-2474-8-105](https://doi.org/10.1186/1471-2474-8-105)
7. Fabunmi AA, Aba SO, Odunaiya NA. Prevalence of low back pain among peasant farmers in a rural community in South West Nigeria. *Afr J Med Med Sci*. 2005;34(3):259-62.
8. Akinpelu AO, Oyewole OO, Odole AC, Olukoya RO. Prevalence of Musculoskeletal Pain and Health looking Behavior entre Occupational Drivers in Ibadan, Nigéria. *Afr J Biomed Res*. 2011;89-94.
9. Birabi BN, Dienye PO, Ndukwu GU. Prevalence of low back pain among peasant farmers in a rural community in South South Nigeria. *Rural Remote Health*. 2012;12:1920.
10. Kanyenyeri L, Asiimwe B, Mochama M, Nyiligira J, Habtu M. Prevalence of Back Pain and Associated Factors among Bank Staff in Selected Banks in Kigali, Rwanda: A Cross Sectional Study. *Health Sci J*. 2017;11:3.
11. Al-Salameen AH, Abugad HA, AL-Qtabi ST. Low Back Pain among Workers in a Paint Factory. *Saudi J Med Med Sci*. 2019;7(1):33-9. doi: [10.4103/sjmms.sjmms_81_17](https://doi.org/10.4103/sjmms.sjmms_81_17)
12. Omoke NI, Amaraegbulam PI. Low Back Pain as seen in Orthopaedic Clinics of a Nigerian Teaching Hospital. *Niger J Clin Pract*. 2016;19(2):212-7.

13. Mroczek B, Lubkowska W, Jarno W, Jaraczewska E, Mierzecki A. Occurrence and Impact of Back Pain on the Quality of Life of Healthcare Workers. *Ann Agric Environ Med*. 2020; 27(1):36-42. doi: [10.26444/aaem/115180](https://doi.org/10.26444/aaem/115180)
14. Omokhodion FO. Low Back Pain in an Urban Population in Southwest Nigeria. *Trop Doct*. 2004;34(1):17-20. doi: [10.1177/004947550403400107](https://doi.org/10.1177/004947550403400107)
15. Volmink J, Dare L. Addressing inequalities in research capacity in Africa. *BMJ*. 2005; 331:705-6. doi: [10.1136/bmj.331.7519.705](https://doi.org/10.1136/bmj.331.7519.705)
16. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The Epidemiology of Low Back Pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24(6):769-81. doi: [10.1016/j.berh.2010.10.002](https://doi.org/10.1016/j.berh.2010.10.002)
17. Bejia I, Younes M, Jamila HB, Khalfallah T, Salem KB, Touzi M et al. Prevalence and Factors Associated to Low Back Pain among Hospital Staff. *Joint Bone Spine*. 2005;72(3):254-9. doi: [10.1016/j.jbspin.2004.06.001](https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2004.06.001)
18. Jordann R, Kruger M, Stewart A, Becker P. The Association between Low Back Pain, Gender and Age in Adolescents. *SAJP*. 2005;61(3):15-20.
19. Omokhodion FO, Sanya AO. Risk Factors for Low Back Pain among Office Workers in Ibadan, Southwest Nigeria. *Occup Med*. 2003;53(4):287-9. doi: [10.1093/occmed/kgq063](https://doi.org/10.1093/occmed/kgq063)
20. Meucci RD, Fassa AG, Faria NMX. Prevalence of Chronic Low Back Pain: Systematic Review. *Rev Saude Publica*. 2015;49:73. doi: [10.1590/S0034-8910.2015049005874](https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005874)
21. Coenen P, Gilson N, Healy GN, Dunstan DW, Straker LM. A Qualitative Review of Existing National and International Occupational Safety and Health Policies Relating to Occupational Sedentary Behaviour. *Appl Ergon*. 2017;60:320-333. doi: [10.1016/j.apergo.2016.12.010](https://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.12.010)
22. Borhany T, Shahid E, Siddique WA, Ali H. Musculoskeletal problems in frequent computer and internet users. *J Family Med Prim Care*. 2018;7(2):337-9. doi: [10.4103/jfmprc.jfmprc_326_17](https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_326_17)
23. Hall AK, Stollefson M, Bernhardt JM. Healthy Aging 2.0: The Potential of New Media and Technology. *Prev Chronic Dis*. 2012; 9:67.
24. Bejia I, Abid N, Salem KB, Letaief M, Younes M, Touzi M et al. Low back pain in a cohort of 622 Tunisian schoolchildren and adolescents: an epidemiological study. *Eur Spine J*. 2005;14(4):331-336. doi: [10.1007/s00586-004-0785-2](https://doi.org/10.1007/s00586-004-0785-2)
25. Wong AY, Karppinen J, Samartzis D. Low Back Pain in Older Adults: Risk Factors, Management Options and Future Directions. *Scoliosis and Spinal Disorders*. 2017;12:14. doi: [10.1186/s13013-017-0121-3](https://doi.org/10.1186/s13013-017-0121-3)
26. Green BN, Johnson CD, Snodgrass J, Smith M, Dunn AS. Association Between Smoking and Back Pain in a Cross-Section of Adult Americans. *Cureus*. 2016;8(9):e806. doi: [10.7757/cureus.806](https://doi.org/10.7757/cureus.806)
27. McDaniel JC, Browning KK. Smoking, chronic wound healing, and implications for evidence-based practice. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014;41(5):415-E2. doi: [10.1097/WON.0000000000000057](https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000057)
28. Rezaee M, Ghasemi M, Jafari NJ, Izadi M. Low Back Pain and Related Factors among Iranian Office Workers. *IJOH*. 2011;3(1):23-28.
29. Lunde LK, Koch M, Hanvold TN, Wærsted M, Veiersted KB. Low Back Pain and Physical Activity – A 6.5 Year Follow-up among Young Adults in their Transition from School to Working Life. *BMC Public Health*. 2015;15:1115. doi: [10.1186/s12889-015-2446-2](https://doi.org/10.1186/s12889-015-2446-2)
30. Alzahrani H, Mackey M, Stamatakis E, Zadro JR, Shirley D. The Association Between Physical Activity and Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis of Observational Studies. *Sci Rep*. 2019;9:8244. doi: [10.1038/s41598-019-44664-8](https://doi.org/10.1038/s41598-019-44664-8)
31. Heneweer H, Staes F, Aufdemkampe G, van Rijn M, Vanhees L. Physical activity and low back pain: a systematic review of recent literature. *Eur Spine J*. 2011;20(6):826-845. doi: [10.1007/s00586-010-1680-7](https://doi.org/10.1007/s00586-010-1680-7)
32. Omokhodion FO. Low Back Pain in a Rural Community in Southwest Nigeria. *West Afr J Med*. 2002;21(2):87-90.