

ARTIGO ORIGINAL



Dor crônica na coluna entre adultos brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Chronic back pain among Brazilian adults: data from the 2019 National Health Survey

Deborah Carvalho Malta^I , Regina Tomie Ivata Bernal^I , Edmar Geraldo Ribeiro^I , Erica de Matos Reis Ferreira^{II} , Rafael Zambelli Pinto^{II} , Cimar Azeredo Pereira^{III} 

^IUniversidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{II}Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{III}Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência da dor crônica na coluna (DCC) e os fatores associados à sua ocorrência. **Métodos:** Estudo transversal analisando a Pesquisa Nacional de Saúde 2019, com 88.531 adultos, usando regressão logística para identificar fatores associados.

Resultados: A DCC foi apontada por 21,6% dos adultos, mostrou maior chance em mulheres (*odds ratio* — OR=1,27; intervalo de confiança de 95% — IC95% 1,19–1,35), aumentou com a idade de 25–34 anos (OR=1,30; IC95% 1,11–1,51), 35–44 (OR=1,78; IC95% 1,54–2,07), 45–54 anos (OR=2,23; IC95% 1,91–2,59), 55–64 anos (OR=2,47; IC95% 2,12–2,88) e 65 anos ou mais (OR=2,17; IC95% 1,85–2,54); fumantes (OR=1,24; IC95% 1,13–1,35); ex-fumantes (OR=1,30; IC95% 1,21–1,39); que citaram atividade física doméstica pesada (OR=1,41; IC95% 1,31–1,53); obesidade (OR=1,12; IC95% 1,03–1,21); hipertensos (OR=1,21; IC95% 1,11–1,32); colesterol aumentado (OR=1,53; IC95% 1,42–1,65); autoavaliação, cuja referência era muito boa, mostrou gradiente boa (OR=1,38; IC95% 1,23–1,55); regular (OR=2,64; IC95% 2,34–2,98), ruim (OR=4,24; IC95% 3,64–4,94), e muito ruim (OR=5,24; IC95% 4,13–6,65); e menor chance em adultos com ensino fundamental completo/ensino médio incompleto (OR=0,82; IC95% 0,75–0,90) e médio completo/superior incompleto (OR=0,87; IC95% 0,81–0,95). **Conclusão:** A dor na coluna tem elevada prevalência e mostra associação com fatores demográficos, socioeconômicos, estilo de vida, doenças crônicas e autoavaliação de saúde.

Palavras chave: Dor lombar. Inquéritos epidemiológicos. Adulto. Fatores de risco.

AUTORA CORRESPONDENTE: Deborah Carvalho Malta. Avenida Professor Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: dcmalta@gmail.com

CONFLITO DE INTERESSES: nada a declarar.

COMO CITAR ESSE ARTIGO: Malta DC, Bernal RTI, Ribeiro EG, Ferreira EMR, Pinto RZ, Pereira CA. Dor crônica na coluna entre adultos brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rev Bras Epidemiol. 2022; 25:e220032. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220032.2>

Esse é um artigo aberto distribuído sob licença CC-BY 4.0, que permite cópia e redistribuição do material em qualquer formato e para qualquer fim desde que mantidos os créditos de autoria e de publicação original.

Recebido em: 31/05/2022

Revisado em: 07/09/2022

Aceito em: 08/09/2022



INTRODUÇÃO

As dores na coluna constituem um problema frequente de saúde e resultam em incapacidade, redução da funcionalidade e afastamento do trabalho¹. Indivíduos com dores na coluna apresentam demanda crescente de serviços de saúde para consultas, exames, medicamentos, fisioterapia, internações e cirurgias^{1,2}. Esses eventos são causas frequentes de absenteísmo, queda da produtividade, afastamentos, elevados custos previdenciários e aposentadorias precoces²⁻⁵.

As dores na coluna englobam as cervicalgias, dorsalgias e lombalgias decorrentes de diferentes doenças osteomusculares, transtornos dos discos intervertebrais, de espondiloses ou de radiculopatias⁵, podendo, entretanto, não apresentar causa específica⁶. A literatura indica que o estresse, movimentos incorretos na prática da atividade física e a sobrecarga laboral podem acentuar as dores na coluna⁷.

As pesquisas de base populacional têm apontado crescente aumento das prevalências desses agravos. Em 2008 a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostrou que 13,5% da população adulta citava dor na coluna⁸. Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013) estimou a prevalência da dor crônica da coluna em 18,6% (intervalo de confiança de 95% — IC95% 17,8–19,1)^{8,9}. Apesar de apresentarem diferenças na metodologia de investigação, pois a PNAD entrevistou o responsável pelo domicílio e a PNS sorteou o respondente, em ambas as pesquisas, as dores na coluna foram a segunda causa de morbidade referida^{8,9}. Além disso, para os dois estudos, as prevalências foram maiores entre as mulheres e tenderam a aumentar com o avanço da idade, de maneira especial após os 50 anos^{8,9}. Estudo realizado durante a pandemia de coronavírus-19 (COVID-19) demonstrou que a prevalência de dores na coluna foi estimada em 45,2% (IC95% 43,7–46,6). Esse valor alto foi atribuído à piora do estilo de vida, à elevação da ansiedade e do estresse e ao aumento do tempo sedentário e do tempo em *home office*, muitas vezes sem adaptação da estação de trabalho⁷.

Dados a elevada prevalência e o crescimento da dor crônica de coluna (DCC), além dos efeitos negativos sobre o trabalho, serviços de saúde, economia e qualidade de vida, torna-se importante monitorar esse problema de saúde⁷, e a PNS 2019 constitui um relevante instrumento para esse seguimento. Assim, o estudo atual visa estimar a prevalência da DCC e os fatores associados à sua ocorrência. Os achados deste trabalho poderão contribuir para o avanço no conhecimento do panorama da DCC e auxiliar na elaboração de ações específicas que controlem os fatores associados a esse problema.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal com os dados da PNS 2019, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde. A PNS é representativa de moradores adultos de domicílios particulares do país em áreas urbana e rural, nas cinco ma-

corregiões geográficas, nas 27 unidades federativas (UF) e capitais brasileiras⁹.

No cálculo do tamanho da amostra foram utilizados os resultados de alguns indicadores da PNS 2013, e o plano de amostragem foi por conglomerado em três estágios com estratificação das unidades primárias de amostragem (UPA), compostas de setores censitários ou conjunto de setores. No primeiro estágio as UPA foram sorteadas com probabilidade proporcional ao tamanho. No segundo estágio foi selecionado um número de domicílios em cada UPA sorteada, totalizando 108.525 domicílios. No terceiro estágio, um morador de 15 anos ou mais foi sorteado aleatoriamente da lista de moradores elegíveis do domicílio sorteado¹⁰. A amostra final foi de 94.114 domicílios com a realização de entrevista e taxa de resposta de 93,6%. A base de dados é proveniente de plano complexo de amostragem com probabilidades desiguais de seleção, incluindo fator de correção para as perdas^{9,10}.

Os dados foram coletados via computadores de mão (*personal digital assistance*). O módulo sobre doenças crônicas foi respondido pelo adulto selecionado para a entrevista individual. Para este estudo, foram selecionados os moradores com idade igual ou maior que 18 anos que responderam positivamente à pergunta: “O(a) sr.(a) tem problema crônico na coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?”. O número de respondentes foi de 88.531 indivíduos. Assim, o desfecho analisado no estudo foi a prevalência de DCC aferida pela resposta positiva à questão anterior sobre dor crônica nas costas.

A literatura destaca que a DCC se associa a variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, estilos de vida não saudáveis, comorbidades, exposição ao trabalho excessivo^{1,11}. Baseou-se nesse modelo teórico de associação para incluir as seguintes variáveis explicativas:

- Características sociodemográficas: sexo; faixa etária, em anos (18–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65 ou mais); escolaridade (analfabeto/fundamental incompleto; fundamental completo/médio incompleto; médio completo/superior incompleto; superior completo); raça ou cor da pele (branca, preta, parda); área de residência (urbana e rural);
- Estilos de vida: tabagismo (não fumante; ex-fumante; fumante); atividades domésticas pesadas (sim ou não); atividade física pesada no trabalho (sim ou não); assistir à TV por mais de três horas (sim ou não); consumo de cinco ou mais grupos de alimentos saudáveis não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas no dia anterior à entrevista (sim ou não); consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista (sim, não); consumo recomendado de frutas e hortaliças (cinco ou mais porções diárias) (sim ou não); consumo de carne vermelha cinco ou mais dias da semana (sim ou não); consumo de doces regularmente cinco ou mais dias da semana (sim ou não); consumo de refrigerante regularmente — cinco ou mais

dias na semana — (sim ou não); consumo abusivo de bebidas alcoólicas — cinco ou mais dias da semana — (sim ou não); consumo elevado de sal (sim ou não);

- Fatores de risco metabólicos e morbidades: aferidos e classificados pelo índice de massa corporal (IMC) (normal, sobrepeso $IMC \geq 25$ ou obesidade $IMC \geq 30$, calculado segundo respostas autorreferidas de peso e altura, e presença de doença crônica autorreferida: hipertensão arterial, colesterol elevado (sim ou não);
- Avaliação do estado de saúde (muito bom, boa, regular, ruim e muito ruim). Realizou-se o teste qui-quadrado entre a variável de desfecho e as variáveis explicativas considerando o nível de significância de 0,05. O modelo de regressão logística múltipla foi utilizado para obter as estimativas de *odds ratio* (OR) e o intervalo de confiança de 95% (IC95%)¹². No primeiro modelo foram selecionadas as variáveis explicativas associadas ao desfecho (DCC), e o modelo final foi composto das variáveis com p menor que 0,05¹². A análise foi feita no módulo *survey* para amostras complexas do Data Analysis and Statistical (STATA) versão 14 (StataCorp., CollegeStation, Estados Unidos da América).

Os dados da PNS estão disponíveis *online* para acesso e uso público (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=microdados>).

A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde (parecer número 3.529.376, edição de 2019). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

No Brasil, a DCC foi apontada por 21,6% dos adultos, sendo 24,5% (IC95% 23,7–25,2) mulheres. A prevalência de DCC foi mais elevada com o avanço da idade de 25–34 anos, 13% (IC95% 12–14); em analfabeto/fundamental incompleto, 29,2% (IC95% 28,2–30,1); e entre os que vivem na zona rural, 23,7% (IC95% 22,5–25,0). Em relação ao estilo de vida a DCC foi mais prevalente entre ex-fumantes, 27,4% (IC95% 26,3–28,4), e fumantes, 24,1% (IC95% 22,7–25,5); e entre os que mencionaram atividade física doméstica pesada, 26,7% (IC95% 25,4–28,0). Quanto aos fatores metabólicos, a prevalência de DCC foi maior em indivíduos com sobrepeso, 22,1% (IC95% 21,3–22,9), e obesos, 25,9% (IC95% 24,7–27,0), que citaram hipertensão, 33,2% (IC95% 31,9–34,5), ou colesterol aumentado, 36,4% (IC95% 34,9–37,9). A avaliação do estado de saúde mostrou gradiente dose resposta maior entre os que disseram avaliação muito ruim, 52,9% (IC95% 47,8–58). Nas demais categorias não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 1).

Após o ajuste por todas as variáveis do modelo, as que permaneceram associadas e estatisticamente significativas ($p < 0,05$) com a DCC foram:

Tabela 1. Prevalência e intervalo de confiança de 95% (IC95%) para dor crônica na coluna em 18 anos ou mais, segundo características sociodemográficas, estilos de vida, morbidades, fatores de risco metabólicos e avaliação do estado de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde 2019, Brasil.

Total	%*	IC95% (LI; LS)	p-valor†
	21,6	21,0–22,1	
Sociodemográficos			
Sexo			
Masculino	18,3	17,6–19,0	<0,001
Feminino	24,5	23,7–25,2	
Faixa etária (anos)			
18 a 24	9,3	8,2–10,4	<0,001
25 a 34	13	12,0–14,0	
35 a 44	19,1	18,1–20,2	
45 a 54	26,3	25,0–27,6	
55 a 64	31,3	29,9–32,7	
65 e mais	31,3	30,0–32,5	
Escolaridade			
Fundamental incompleto	29,2	28,2–30,1	<0,001
Médio incompleto	18,2	16,9–19,4	
Superior incompleto	16,8	15,9–17,6	
Superior completo	18,6	17,4–19,8	
Raça/cor‡			
Branco	22	21,2–22,9	0,2795
Preto	21	19,7–22,3	
Pardo	21,3	20,6–22,0	
Área			
Urbana	21,2	20,6–21,8	0,0003
Rural	23,7	22,5–25,0	
Estilos de vida			
Tabagismo			
Não fumante	18,5	17,9–19,2	<0,001
Ex-fumante	27,4	26,3–28,4	
Fumante	24,1	22,7–25,5	
Atividade física doméstica pesada			
Não	20,6	20,0–21,2	<0,001
Sim	26,7	25,4–28,0	
Atividade física pesada no trabalho			
Não	21,8	21,2–22,4	0,1727
Sim	21	20,1–22,0	
TV >3 horas			
Não	21,1	20,5–21,8	0,0085
Sim	22,6	21,7–23,5	
Alimentos protetores			
Não	21,7	21,1–22,3	0,4852
Sim	21,3	20,3–22,3	
Alimento ultraprocessados			
Não	22,4	21,8–23,0	<0,001
Sim	16,5	15,2–17,8	
Frutas e hortaliças			
Não	21,5	20,9–22,1	0,6099
Sim	21,9	20,6–23,1	
Carne vermelha regularmente			
Não	22,2	21,6–22,8	0,0001
Sim	20	19,0–21,0	

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Total	%*	IC95% (LI; LS)	p-valor†
	21,6	21,0-22,1	
Consumo de doces regularmente			
Não	21,7	21,1-22,2	0,4267
Sim	21,1	19,8-22,4	
Consumo de refrigerante regularmente			
Não	22	21,4-22,5	<0,001
Sim	17,9	16,0-19,7	
Abuso de álcool			
Não	22,3	21,7-22,9	<0,001
Sim	18,1	17,0-19,2	
Consumo de sal elevado			
Não	21,5	21,0-22,1	0,6521
Sim	21,9	20,4-23,4	
Fator de risco metabólico e morbidade			
IMC [§]			
Normal	19,2	18,4-19,9	<0,001
Sobrepeso	22,1	21,3-22,9	
Obesidade	25,9	24,7-27,0	
Hipertensão			
Não	17,9	17,3-18,5	<0,001
Sim	33,2	31,9-34,5	
Colesterol			
Não	19	18,5-19,6	<0,001
Sim	36,4	34,9-37,9	
Avaliação do estado de saúde			
Muito boa	11,2	10,1-12,3	<0,001
Boa	16,3	15,7-17,0	
Regular	32,2	31,2-33,2	
Ruim	46,4	44,0-48,9	
Muito ruim	52,9	47,8-58,0	

LI: limite inferior; LS: limite superior; *estimativas ponderadas: peso do morador selecionado com calibração; †teste qui-quadrado; ‡excluídas as categorias amarela e indígena; 0,01% dados faltantes para raça/cor; §0,96% de dados faltantes para índice de massa corporal (IMC).

- Características sociodemográficas: sexo feminino (OR=1,27; IC95% 1,19-1,35) e adultos com idade entre 55 e 64 anos (OR=2,47; IC95% 2,12-2,88). Os adultos com ensino médio completo/superior incompleto (OR=0,87; IC95% 0,81-0,95) apresentaram menor chances de DCC;
- Estilos de vida: as chances de DCC foram maiores em ex-fumantes (OR=1,30; IC95% 1,21-1,39), entre aqueles com consumo abusivo de bebidas alcoólicas — cinco ou mais dias da semana — (OR=1,11 IC95% 1,01-1,21) e com prática de atividade física pesada no domicílio (OR=1,41; IC95% 1,31-1,53). Não foram encontradas associações entre consumo alimentar e dores na coluna;
- Fatores de risco metabólicos: as chances de DCC foram maiores para obesidade (OR=1,12; IC95% 1,03-1,21), hipertensão (OR=1,21; IC95% 1,11-1,32) e colesterol elevado (OR=1,53; IC95% 1,42-1,65);
- Avaliação da saúde: as chances de DCC foram maiores entre os que responderam muito ruim (OR=5,24 IC95% 4,13-6,65), sendo a referência muito boa (Tabela 2).

Tabela 2. Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos com 18 anos ou mais, ajustados por todas as variáveis do modelo. Pesquisa Nacional de Saúde 2019, Brasil.

Variáveis	OR*	IC95% (LI; LS)	p-valor
Sociodemográficos			
Sexo			
Masculino	1		<0,001
Feminino	1,27	1,19-1,35	
Faixa etária (anos)			
18 a 24	1		<0,001
25 a 34	1,30	1,11-1,51	
35 a 44	1,78	1,54-2,07	
45 a 54	2,23	1,91-2,59	
55 a 64	2,47	2,12-2,88	
65 e mais	2,17	1,85-2,54	
Escolaridade			
Fundamental incompleto	1		<0,001
Médio incompleto	0,82	0,75-0,90	
Superior incompleto	0,87	0,81-0,95	
Superior completo	0,97	0,88-1,07	
Estilos de vida			
Tabagismo			
Não fumante	1		<0,001
Ex-fumante	1,30	1,21-1,39	
Fumante	1,24	1,13-1,35	
Abuso de álcool			
Não	1		0,02
Sim	1,11	1,01-1,21	
Atividade doméstica pesada			
Não	1		<0,001
Sim	1,41	1,31-1,53	
Fator de risco metabólico e morbidade			
IMC [†]			
Normal	1		0,15
Sobrepeso	1,05	0,98-1,13	
Obesidade	1,12	1,03-1,21	
Hipertensão			
Não	1		<0,001
Sim	1,21	1,11-1,32	
Colesterol			
Não	1		<0,001
Sim	1,53	1,42-1,65	
Avaliação do estado de saúde			
Muito boa	1		<0,001
Boa	1,38	1,23-1,55	
Regular	2,64	2,34-2,98	
Ruim	4,24	3,64-4,94	
Muito ruim	5,24	4,13-6,65	

OR: odds ratio; LI: limite inferior; LS: limite superior; *estimativas OR: peso do morador selecionado com calibração; IC95%: intervalo de confiança de 95%; †0,96% de dados faltantes para índice de massa corporal (IMC).

DISCUSSÃO

Os dados da PNS 2019 mostraram que aproximadamente um quinto da população brasileira adulta (21,6%) apontou DCC. Após ajuste por todas as variáveis do modelo, permaneceram associados à maior prevalência de DCC:

sexo feminino, idade maior que 25 anos; baixa escolaridade; histórico de tabagismo e ex-tabagismo; consumo de álcool abusivo; atividade física pesada no domicílio; obesidade; hipertensão; colesterol elevado; e pior autoavaliação do estado de saúde.

O estudo revelou que as mulheres apresentam maiores chances de DCC comparadas aos homens, o que está de acordo com a literatura¹³⁻¹⁵. Segundo estudos da PNS 2013, a prevalência de DCC foi mais elevada entre mulheres, 21,1% (IC95% 20,2-22,0), em relação aos homens, 15,5% (IC95% 14,7-16,4), embora no período o aumento entre homens tenha sido mais elevado (18%)¹. As explicações pela prevalência mais elevada entre mulheres passam pelas características anatômicas, como menor estatura, menor massa muscular, menor massa óssea, articulações mais frágeis, o que resulta em maior sobrecarga na coluna^{3,4,11}. Outras evidências demonstram que, durante a gravidez, ocorre maior flexibilidade dos ligamentos da coluna e do quadril, em função da ação de hormônios como relaxina, estrógeno e progesterona, resultando em aumento da lordose, das contraturas musculares e da postura alterada, por causa do progressivo crescimento do feto¹. Também no pós-parto as dores na coluna tendem a aumentar em função de posições inadequadas ao amamentar, do peso da criança e de outros fatores^{1,14,16}.

A atividade física doméstica manteve-se associada no modelo multivariado. Ela muitas vezes resulta em trabalho intenso, repetitivo, com postura não ergonômica, o que pode levar a dores na coluna^{1,15,16}. Essa atividade, em geral, é mais praticada por mulheres, em função da cultura machista da sociedade, que define esse trabalho como feminino¹⁷.

Estudo realizado na cidade de Bauru (SP) encontrou maior prevalência de lombalgia nas mulheres (60,9%) em comparação com os homens¹⁸. Para as mulheres, a lombalgia foi associada à atividade ocupacional, envolvendo levantamento de peso frequente, posição em pé inclinada anteriormente, posição sentada inclinada anteriormente e posição assentada ao computador três ou mais dias por semana. Esse achado reforça que posições ergonômicas desconfortáveis em atividades ocupacionais estão associadas à DCC na população feminina¹⁸.

Os fatores ergonômicos e ocupacionais (como posição desconfortável ou cansativa autorreferida e estresse no trabalho) estão associados à lombalgia de forma significativa apenas no sexo feminino, conforme resultados de estudo realizado na Nova Zelândia¹⁹. As mulheres que trabalhavam em posições mais desconfortáveis por um quarto ou meio período tinham 1,45 (IC95% 1,11-1,91) e 1,51 (IC95% 1,04-2,20) vez mais chance de relatar sintomas lombares do que aquelas cujo trabalho não envolvia tais situações, respectivamente. Além disso, as chances para DCC em mulheres que relataram seu trabalho como leve/moderadamente estressante e muito/extremamente estressante foram 1,77 (IC95% 1,27-2,46) e 2,27 (IC95% 1,46-3,52), nessa ordem, o que mostra que não apenas as posturas descon-

fortáveis estão associadas à DCC para as mulheres, mas também o estresse no trabalho¹⁹.

A progressão da idade resultou em aumento da DCC, o que também foi encontrado em estudos brasileiros anteriores, como a PNAD 2003, a PNAD 2008^{1,8} e a PNS 2013¹. Com o aumento da idade, ocorrem a redução da flexibilidade e a progressiva degeneração osteomuscular, e os problemas posturais tornam-se mais frequentes. Dados do Ministério da Previdência apontam que a dor na coluna progride com a idade, sendo mais frequente após os 55 anos²⁰.

A baixa escolaridade mostrou maior chance de DCC, em conformidade com estudos anteriores da PNAD 2008⁸ e PNS 2013¹. Esse fato pode estar associado à maior exposição dessa população a trabalhos de baixa qualificação, extenuantes, além da elevada proporção de idosos com baixa escolaridade. Outra explicação seria o menor acesso aos serviços de saúde e tratamentos^{1,7}.

O estudo encontrou maior prevalência de DCC entre fumantes e ex-fumantes, mesmo após ajuste por todas as variáveis. A literatura aponta a nicotina como causa de ativação do sistema imunológico predispondo às doenças reumáticas e à dor lombar^{1,21}. O achado da associação com o álcool abusivo não tem sido descrito na literatura e precisa ser mais bem explorado.

A prevalência da obesidade vem aumentando na população brasileira⁹, sendo um importante fator associado ao aumento das dores na coluna. O aumento do peso sobrecarrega a musculatura e o sistema motor, resultando em processos inflamatórios nos ossos e aumento do desgaste das vértebras, favorecendo as lombalgias e hérnias de disco¹. Torna-se essencial reduzir a obesidade por meio de políticas públicas de promoção à saúde, regular preços de alimentos ultraprocessados e estimular os alimentos saudáveis e a prática de atividade física^{22,23}.

A presença de doenças crônicas como hipertensão arterial e colesterol elevado esteve associada à DCC. Essas doenças crônicas também estão associadas ao envelhecimento e a comorbidades^{8,24}.

Níveis piores de autoavaliação de saúde apresentaram maiores magnitudes de associação com DCC. Esses resultados estão de acordo com achados da literatura, que reportam a associação positiva entre a presença de DCC e a pior autopercepção de saúde^{1,3,25}. Destaca-se que esse indicador qualitativo tem grande sensibilidade e capacidade preditora de situações negativas de saúde, incluindo de mortalidade^{1,26}.

Entre as limitações deste estudo, encontram-se as inerentes aos estudos transversais com limites na inferência de causalidade, o que pode ter afetado as associações aqui descritas. Como se trata de prevalências autorreferidas, os valores podem ter sido superestimados. Em contrapartida, a amostra é representativa da população brasileira. Portanto, os achados deste estudo aproximam-se aos da realidade brasileira, pois foram encontrados com base nos dados da PNS, que é considerada o padrão ouro dos in-

quérios de saúde brasileiros, por ser a mais completa e abrangente pesquisa de saúde no Brasil¹⁰.

Como conclusão, destaca-se a elevada prevalência de DCC na população brasileira. A DCC mostrou-se associada a sexo feminino, aumento da idade, baixa escolaridade, histórico de tabagismo e ex-tabagismo, consumo abusivo de álcool, atividade física pesada no domicílio, obesidade, hipertensão e colesterol elevado e pior autoavaliação de estado de saúde. Conhecer essas associações é importante para abordar medidas de prevenção e assistência à saúde.

Os achados deste trabalho contribuem para o conhecimento do panorama dessas doenças, tornando necessárias ações específicas que objetivem controlar e diminuir a obesidade, o tabagismo, bem como a prática de atividade física extenuante, que estão diretamente associados a esse problema.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Oliveira MM, Andrade SSCA, Caiaffa WT, Souza MFM, Berna RTI. Factors associated with chronic back pain in adults in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(suppl 1): 1S-12S. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000052>
2. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018; 391(10137): 2356-67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
3. Clark S, Horton R. Low back pain: a major global challenge. *Lancet* 2018; 391(10137): 2302. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30725-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30725-6)
4. Silva LL, Neta AAP, Prates CF, Soares JS, Araújo TA, Costa AMA, et al. Analysis of the prevalence of lower back pain associated with occupational activities: an integrative literature review. *Brazilian Journal of Development* 2021; 7(2): 11729-43. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-004>
5. Meziat Filho N, Silva GA. Disability pension from back pain among social security beneficiaries, Brazil. *Rev Saude Publica* 2011; 45(3): 494-502. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000300007>
6. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet* 2017; 389(10070): 736-47. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9)
7. Silva DR, Werneck AO, Malta DC, Romero D, Souza-Júnior PRB, Azevedo LO, et al. Changes in movement behaviors and back pain during the first wave of the COVID-19 pandemic in Brazil. *Braz J Phys Ther* 2021; 25(6): 819-25. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2021.07.006>
8. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3755-68. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000012>
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas e saúde bucal. Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
10. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(5): e2020315. <https://dx.doi.org/10.1590/S1679-49742020000500004>
11. Ferreira GD, Silva MC, Rombaldi AJ, Wrege ED, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalence and associated factors of back pain in adults from southern Brazil: a population-based study. *Rev Bras Fisioter* 2011; 15(1): 31-6. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552011005000001>
12. Paula GA. Modelos de regressão com apoio computacional. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Matemática e Estatística; [Internet]. 2013 [acessado em 1 set. 2022]. Disponível em: https://www.ime.usp.br/~giapaula/texto_2013.pdf
13. Aguiar DP, Souza CPQ, Barbosa WJM, Santos-Júnior FFU, Oliveira AS. Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. *BrJP*. São Paulo 2021; 4(3): 257-67. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210041>
14. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 911-26. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400014>
15. Garcia JBS, Hernandez-Castro JJ, Nunez RG, Pazos MA, Aguirre JO, Jreige A, et al. Prevalence of low back pain in Latin America: a systematic literature review. *Pain Physician* 2014; 17(5): 379-91. PMID: 25247896
16. Machado GPM, Barreto SM, Passos VMA, Lima-Costa MFF. Health and aging study: prevalence of chronic joint symptoms among the elderly in Bambuí. *Rev Assoc Med Bras (1992)* 2004; 50(4): 367-72. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000400024>
17. Hallal PC, Knuth AG, Reis RS, Rombaldi AJ, Malta DC, Iser BPM, et al. Tendências temporais de atividade física no Brasil (2006-2009). *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(suppl 1): 53-60. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500006>
18. Bento TPF, Genebra CVS, Maciel NM, Cornelio GP, Simeão SFAP, Vitta A. Low back pain and some associated factors: is there any difference between genders? *Braz J Phys Ther* 2020; 24(1): 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2019.01.012>
19. Widanarko B, Legg S, Stevenson M, Devereux J, Eng A, Mannetje A, et al. Gender differences in work-related risk factors associated with low back symptoms. *Ergonomics* 2012; 55(3): 327-42. <https://doi.org/10.1080/00140139.2011.642410>
20. Meziat Filho N, Silva GA. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(3): 494-502. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000300007>
21. Wijnhoven HAH, de Vet HCW, Picavet HSJ. Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in a general population. *Pain* 2006; 124(1-2): 158-66. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.04.012>

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
23. World Health Organization. Health topics. Noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; [Internet]. 2013 [acessado em 1 set. 2022]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1
24. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(suppl 1): 1S-10S. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>
25. Romero DE, Santana D, Borges P, Marques A, Castanheira D, Rodrigues JM, et al. Prevalência, fatores associados e limitações relacionados ao problema crônico de coluna entre adultos e idosos no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2018; 34(2): e00012817. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012817>
26. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(suppl 2): 38-47. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102009000900006>

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of chronic back pain (CBP) and its associated factors. **Methods:** This cross-sectional study analyzed the 2019 National Health Survey, with 88,531 adults, using logistic regression to identify associated factors. **Results:** CBP was reported by 21.6% of adults and was more likely to occur among women (odds ratio — OR=1.27; 95% confidence interval — 95%CI 1.19–1.35), increased with age: 25–34 years (OR=1.30; 95%CI 1.11–1.51), 35–44 (OR=1.78; 95%CI 1.54–2.07), 45–54 years (OR=2.23; 95%CI 1.91–2.59), 55–64 years (OR=2.47; 95%CI 2.12–2.88), and 65 years or older (OR=2.17; 95%CI 1.85–2.54); among smokers (OR=1.24; 95%CI 1.13–1.35); ex-smokers (OR=1.30; 95%CI 1.21–1.39); those who mentioned heavy housework (OR=1.41; 95%CI 1.31–1.53); obesity (OR=1.12; 95%CI 1.03–1.21); hypertension (OR=1.21; 95%CI 1.11–1.32); high cholesterol (OR=1.53; 95%CI 1.42–1.65); with self-rated health — with a very good reference — in the gradients: good (OR=1.38; 95%CI 1.23–1.55), regular (OR=2.64; 95%CI 2.34–2.98), poor (OR=4.24; 95%CI 3.64–4.94), and very poor (OR=5.24; 95%CI 4.13–6.65); its likelihood was lower in adults with complete elementary school/incomplete high school (OR=0.82; 95%CI 0.75–0.90) and complete high school/incomplete higher education (OR=0.87; 95%CI 0.81–0.95). **Conclusion:** Back pain has a high prevalence and shows associations with demographic and socioeconomic factors, lifestyle, chronic diseases, and self-rated health.

Keywords: Low back pain. Health surveys. Adult. Risk factors.

AGRADECIMENTOS: A autora Deborah Carvalho Malta agradece ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que financiou a bolsa de produtividade em pesquisa.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: Malta, D.C.: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Obtenção de financiamento, Recursos, Supervisão, Validação, Visualização. Bernal, R.T.I.: Escrita – primeira redação, Análise formal, Escrita – Revisão e edição, Conceituação, Curadoria dos dados, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização. Ribeiro, E.G.: Conceituação, Investigação, Escrita – Revisão e edição, Validação, Visualização. Ferreira, E.M.R.: Conceituação, Escrita – Revisão e edição, Validação, Visualização. Pinto, R.Z.: Conceituação, Escrita – Revisão e edição, Validação, Visualização. Pereira, C.A.: Validação, Visualização.

FONTE DE FINANCIAMENTO: Fundo Nacional de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde (TED 66/2018).

