

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU MESTRADO EM
FISIOTERAPIA UFTM/UFU

MARINA MENDONÇA EMILIO

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, SINTOMAS OSTEOMUSCULARES,
MORBIDADES REFERIDAS E INDICADORES DE BEM-ESTAR DE MULHERES
COM E SEM TRABALHO REMUNERADO: RESULTADOS DO INQUÉRITO DE
SAÚDE DA MULHER DE UBERABA-MG**

UBERABA

2018

MARINA MENDONÇA EMILIO

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, SINTOMAS OSTEOMUSCULARES,
MORBIDADES REFERIDAS E INDICADORES DE BEM-ESTAR DE MULHERES
COM E SEM TRABALHO REMUNERADO: RESULTADOS DO INQUÉRITO DE
SAÚDE DA MULHER DE UBERABA-MG**

Exame de defesa de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia UFTM/UFU, Linha de pesquisa 2: Processo de Avaliação e Intervenção Fisioterapêutica do Sistema Musculoesquelético, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Isabel Ap. Porcatti de Walsh

UBERABA

2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à todas as mulheres brasileiras que pagam impostos, que dão a luz, buscam igualdade salarial, dizem não ao assédio e a violência, lutam por seus direitos e são honestas. Vocês são meus exemplos diários.

AGRADECIMENTO

Primeiramente agradeço a Deus por acompanhar meus passos, por me cercar de pessoas maravilhosas e sempre proporcionar o que preciso para enfrentar cada desafio.

A única certeza ao finalizar essa linda etapa da minha vida é que ela não teria acontecido se não fosse por você mãe. A senhora é meu exemplo de mulher, mãe, pessoa e de determinação. Minha melhor amiga que está sempre pronta para me ouvir, muitas vezes engole o choro e deixa seus problemas de lado para me ajudar. Não tenho palavras para descrever meu sentimento e o orgulho que tenho de ser sua filha.

A minha orientadora Isabel Aparecida Porcatti de Walsh que, desde o início, me acolheu de braços abertos, fez-se presente em tempo integral de uma forma exemplar e proporcionou um aprendizado que levarei para sempre em meu coração. Obrigada pela aprendizagem, confiança, oportunidades, puxões de orelha, pausas para nossos cafezinhos e muitos incentivos. Acredito que o que foi feito conseguiu ultrapassar a relação orientadora - orientanda. Agradeço também por me apresentar um projeto tão incrível como é o ISA-MULHER.

Um agradecimento especial ao meu “paidrasto” que, sempre foi o meu maior incentivador e que me ensinou que ser normal é fácil, mas ser diferente e fazer a diferença é que é difícil e muito mais grandioso.

Obrigada Pai, o senhor é meu grande amigo, obrigada por me fazer sorrir.

Aos meus Avós Sonia e Antônio e meus tios Antônio Carlos e Fernanda, Marcia e Jihann por rezarem por mim e toda semana me incentivarem para continuar minha jornada.

Meu namorado Wisley por me apoiar de todas as maneiras, sendo em forma de orações ou mesmo ajudando a carregar inúmeras caixas com questionários. Eu amo muito você.

Aos meus sogros Regiane e Elder, e minhas cunhadas Joyce e Ligiane que sempre me acolheram carinhosamente em sua família e me incentivaram ao longo desta caminhada

Às minhas amigas Carolina Zago e Juliana Fantini que durante esses dois anos foram minha família em Uberaba.

Minhas amigas da graduação Cissa, Juliana e Daiane que mesmo longe me deram todo o apoio.

Minhas amigas de Igarapava, Alice, Betina, Daniela, Flávia, Gabi, Laura e Marcela, essas que se encontram hoje cada uma em um lugar, mas que em momentos difíceis nos unimos para enfrentá-los juntos.

As colegas do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, Professoras Maria Cristina, Isabel, Juliana, Cristiane, Vitória, Lislei e também as alunas Sandra, Jéssica e Patrícia por me ajudarem com dúvidas sobre o ISA- MULHER, metodologia, estatística e por proporcionar tardes tão gostosas cheia de comida e boa conversa.

Às minhas colegas da turma de mestrado Tamise, Jéssica, Adele, Fernanda e Maraisa por escutar os dramas da dissertação e me acalmar com palavras de conforto ou por simplesmente dizerem “Estamos no mesmo barco”.

A secretária do PPGFisio UFTM Marcela, que proporcionou todo o suporte com as informações necessárias, respondendo mensagens até em feriado.

A todos os professores do PPGFisio UFTM/UFU que com uma árdua tarefa de iniciar um programa de mestrado, ministraram suas disciplinas de forma impecávele proporcionaram meu aprimoramento intelectual.

À CAPES pelo apoio financeiro, durante todo este período.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1- Prevalência dos sintomas, impedimento para realização das atividades e necessidade de consulta a profissional de saúde para cada região do corpo e por número de regiões. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1486)

Tabela 2- Associações entre presença dos sintomas e aspectos sociodemográficos. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1486)

Tabela 3- Associação entre Impedimento para realização de atividades e aspectos sociodemográficos. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1486)

Tabela 4- Associação entre procura por profissional da saúde e aspectos sociodemográficos. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1486)

Tabela 5- Associações entre impedimento para realização de atividades e consulta a profissional da saúde, impedimento na realização das atividades e intensidade dos sintomas e entre intensidade dos sintomas e consulta a profissional da saúde. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1486)

ARTIGO 2

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da população. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1483)

Tabela 2- Prevalência das morbidades referidas. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1483)

Tabela 3- Indicadores de bem-estar. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1483).

Figura 1 - Prevalência dos sintomas, impacto nas atividades diárias e necessidade de consulta a profissional de saúde para cada região do corpo. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1483)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS Sistema Único de Saúde

PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

CPMI Comissão Parlamentar Mista de Inquérito

PNAISM Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

TMC Transtorno Mental Comum

ICT Índice de Capacidade para o Trabalho

QS-F Quociente Sexual Feminino

MG Minas Gerais

FAPEMIG Fundação de Apoio e Amparo à Pesquisa de Minas Gerais

SO Sintomas Osteomusculares

QNSO Questionário Nórdico para Sintomas Osteomusculares

UFTM Universidade Federal do Triângulo Mineiro

CEP Comitê de Ética e Pesquisa

EVA Escala Visual Analógica

IBM Internacional Business Machines

SPSSStatiscalPackage for Social Sciencies

ISA-MULHER Inquérito de Saúde da Mulher

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

UBS Unidade Básica de Saúde

IA Intervalo Amostral

MR Morbidades Referidas

IBE Indicadores de Bem-estar

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

PNAD Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio

Sumário

CONTEXTUALIZAÇÃO	9
ARTIGO 1	13
Resumo	14
Introdução	15
Metodologia	16
Resultados	18
Discussão	24
Considerações Finais	30
Referências	30
DESDOBRAMENTO A PARTIR DO ESTUDO 1	35
ARTIGO 2	37
Resumo	38
Introdução	39
Metodologia	41
Resultados	43
Discussão	48
Considerações Finais	56
Referências	58
CONCLUSÃO	64
Referências	65
Anexo1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	67
Anexo 2: Carta de Confirmação de Submissão do Artigo 1à Revista Ciência & Saúde Coletiva	71
Anexo 3:Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob CAAE nº 1826	72
Anexo 4: Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares	73
Anexo 7: Morbidades referidas	77
Anexo 8: Indicadores de bem-estar	79

CONTEXTUALIZAÇÃO

A saúde da mulher tem sido alvo constante de políticas, programas e campanhas de órgãos públicos no Brasil. Essas ações são anteriores até mesmo à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que em 1983, o Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática (PAISM) foi elaborado pelo Ministério da Saúde e apresentado na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da explosão demográfica. Esse documento continha informações sobre o diagnóstico de saúde da mulher na época, alterações na fecundidade, a baixa cobertura da atenção, elevado número de cesáreas e outras como tratar patologias prevalentes, aumentar as ações de planejamento familiar e coleta de Papanicolau. Entretanto, esses esforços resultaram em diferentes alterações regionais, não satisfazendo as expectativas. Nesse contexto, surge então, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com foco na reestruturação do PAISM, propondo entre outros tópicos, a revisão das estratégias de combate à mortalidade materna, da precariedade da atenção obstétrica, das ações voltadas para a mulher no climatério e menopausa, entre outras (BRASIL, 2009).

A PNAISM apresenta como proposta o conhecimento do perfil epidemiológico da população feminina, considerando que o quadro de saúde e os serviços de saúde disponíveis às mulheres podem variar de acordo com a localidade. Assim, conhecer regionalmente as principais necessidades de saúde ajudará na orientação do atendimento em saúde (SANTOS, 2010).

Nesse contexto, os estudos transversais, denominados inquéritos de saúde, são classicamente o desenho epidemiológico escolhido, sendo usados desde a década de 1960. Esses têm sido usados como instrumentos para ilustrar a condição de vida e saúde de populações num determinado momento (CRUZ; OLIVEIRA; CARANDINA, 2009), contribuindo para a formulação e avaliação de políticas públicas (SEGRI et al., 2010), havendo um movimento progressivo de adoção desta modalidade de pesquisa para uso acadêmico e no planejamento dos serviços em saúde (BARROS, 2008). Considerando que determinam o perfil de saúde da população estudada, por meio de uma amostra representativa da população total, esses estudos eliminam a necessidade de se estudar a totalidade das pessoas residentes, garantindo a representatividade da amostra. Com esse recurso, economiza-se tempo e dinheiro e a qualidade da pesquisa fica garantida.

Os estudos transversais de base populacional são diferentes dos estudos de demanda porque coletam os dados na comunidade, dessa forma, a demanda reprimida é identificada e

as informações levantadas são mais fidedignas e condizentes com as necessidades reais da população (CAMPOS, 1993), que são as que interessam à gestão em saúde. De posse das informações geradas por estudos transversais populacionais, os diversos atores da gestão em saúde terão subsídios para a elaboração de políticas, programas, campanhas e ações preventivas ou curativas e ainda a promoção da saúde, direcionando essas ações para um público conhecido e determinado. Com esses dados, considerando que o público alvo estará identificado, essas ações planejadas serão otimizadas, economizando recursos financeiros, humanos e tempo, considerando que o público estará identificado. Além disso, outros atores, ligados a academia, poderão se beneficiar dos dados levantados para a proposta de ações inovadoras na área, voltadas aos profissionais que já atuam na rede (atualização e reciclagem de conhecimento) e também aos profissionais em formação, garantindo assim, uma maior chance de sucesso do programa.

Nesse contexto, a presente pesquisa foi planejada, coordenada e executada por três professores/pesquisadores do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM. O trabalho surgiu desse esforço conjunto, buscando uma abordagem da saúde da mulher em uma esfera populacional e multidisciplinar, agregando-se conhecimentos dessa área, da saúde coletiva e da epidemiologia. O mesmo foi realizado por meio de entrevistas domiciliares na cidade de Uberaba – MG, no ano de 2014. A referida cidade está localizada na região do Triângulo Mineiro e contava com quase 300 mil habitantes no censo de 2010 (IBGE, 2014).

A seleção da amostra ocorreu de forma aleatória em múltiplos estágios. No primeiro estágio, selecionaram-se aleatoriamente 24 dos 36 bairros da cidade, sendo respeitada a proporção populacional de cada distrito em relação à quantidade de bairros. No segundo estágio, dentro de cada bairro previamente sorteado, selecionaram-se de forma aleatória 25% dos setores censitários e novamente foi mantida a proporção populacional de cada bairro. Dentro do setor censitário sorteado, os domicílios foram sistematicamente selecionados, a partir do intervalo amostral, o qual consiste em dividir a quantidade de domicílios existentes no referido setor censitário pela quantidade de mulheres que deveriam ser entrevistadas. Dentro de cada bairro selecionou-se o setor censitário e este ocorreu por meio de sorteio aleatório no primeiro domicílio visitado, os outros foram considerados em intervalos de amostragem, ou seja, de 32 em 32 domicílios. A amostra total do estudo foi composta por um total de 1.557 mulheres, com idade igual ou superior a dezoito anos, residentes na zona urbana da cidade de Uberaba, com idade a partir de 18 anos, que compreenderam o teor da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Anexo 1).

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas domiciliares, realizadas por entrevistadoras do sexo feminino, especialmente treinadas para este estudo. Cada uma das entrevistadoras passou por treinamento de aplicação do questionário, além de noções e técnicas para entrevista, indo a campo somente depois de considerada qualificada para tal atividade pelos professores-pesquisadores. Além desses cuidados foi elaborado um manual do questionário. Esse manual continha explicações para cada uma das questões que compõem o questionário para que a entrevistadora entendesse completamente todo o processo de coleta dos dados e o conteúdo do questionário. As entrevistadoras levaram os manuais do questionário para as entrevistas, servindo assim, como consulta rápida a possíveis dúvidas que aparecessem durante a entrevista.

Os dados foram coletados por meio de questionário especificamente montado para essa pesquisa, com blocos que foram respondidos por todas as entrevistadas e outros somente por grupos específicos, de modo a atender aos objetivos da pesquisa, quais foram:

1. Avaliar as características sociodemográficas das mulheres, com idade igual ou superior a dezoito anos, residentes na zona urbana da cidade de Uberaba;
2. Conhecer a prevalência de morbidades referidas;
3. Avaliar a qualidade de vida das entrevistadas por meio de questionário genérico;
4. Avaliar a qualidade de vida das entrevistadas com incontinência urinária, endometriose e fibromialgia, por meio de instrumentos específicos;
5. Identificar a presença de transtorno mental comum (TMC);
6. Verificar o Quociente Sexual (QS-F) das entrevistadas com vida sexual ativa;
7. Analisar o risco de câncer de mama pelo histórico familiar e verificar a frequência de realização de exames preventivos de câncer de colo do útero e de exames para detecção precoce do câncer de mama;
8. Determinar a prevalência de depressão entre as entrevistadas;
9. Avaliar os sintomas osteomusculares das entrevistadas;
10. Avaliar as características do trabalho e o índice de capacidade para o trabalho (ICT) entre as mulheres inseridas no mercado de trabalho;
11. Conhecer as principais queixas de saúde das mulheres no período gestacional;
12. Estudar a saúde das mulheres no climatério;
13. Identificar a presença de sintomas de fibromialgia.

O presente trabalho apresenta dois estudos. O primeiro teve como objetivo investigar as características dos sintomas osteomusculares considerando a prevalência, intensidade, limitações nas atividades normais e necessidade de consultas a profissional de saúde devido

aos mesmos, ocorridos nos últimos 12 meses, e verificar se existe associação dessas características com as condições sociodemográficas, tais como, idade, estado civil e renda per capita em uma amostra probabilística das mulheres entrevistadas.

Esse estudo é apresentado a seguir como Artigo 1, submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva (Anexo 2).

ARTIGO 1

**CARACTERIZAÇÃO DOS SINTOMAS OSTEOMUSCULARES E CONDIÇÕES
SOCIODEMOGRÁFICAS EM MULHERES: RESULTADOS DO INQUÉRITO DE
SAÚDE DA MULHER DE UBERABA-MG**

Caracterização dos sintomas osteomusculares e condições sociodemográficas em mulheres: Resultados do Inquérito de Saúde da Mulher de Uberaba-MG

Characterization of musculoskeletal symptoms and sociodemographic conditions in women: Results from the Uberaba-MG Women's Health Survey

Marina Mendonça Emilio, Juliana Martins Pinto, Maria Cristina Cortez Carneiro Meirelles, Shamyry Sulyvan de Castro, Eduardo Porcatti Walsh, Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

Apoio: FAPEMIG

Resumo

Os sintomas osteomusculares apresentam alta prevalência e impacto negativo, especialmente entre mulheres. O objetivo do estudo foi investigar as características dos sintomas osteomusculares e sua associação com as condições sociodemográficas em mulheres, analisando dados do Inquérito de Saúde da Mulher da cidade de Uberaba/MG. Estudo transversal de base populacional, do qual participaram 1.486 mulheres. Foram analisadas características sociodemográficas, presença de sintomas, limitações nas atividades e necessidade de consultas a profissional de saúde devido aos mesmos, utilizando-se o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, e a Escala Visual Analógica. Foi indicado que 62,45% das mulheres relatou sintomas em pelo menos uma região do corpo, 73,69% não apresentou limitações nas atividades e 66,35% não consultou profissional da saúde. Maior prevalência de sintomas, limitações e consulta a profissional foi observada para coluna lombar, nas mais jovens e que não tinham união estável. A presença e maiores intensidades dos sintomas apresentaram associações com limitações nas atividades e procura a profissionais da saúde. A alta prevalência desses sintomas desafia o sistema público de saúde a atender as necessidades inerentes a estas condições em mulheres.

Palavras-chave: Mulheres; Inquérito de Saúde; Sistema Osteomuscular.

Abstract

Musculoskeletal symptoms present high prevalence and negative impact, especially among women. The objective of the study was to investigate the characteristics of musculoskeletal symptoms and their association with sociodemographic conditions in women, analyzing data from the Women's Health Survey of the city of Uberaba / MG. Cross-sectional, population-based study involving 1,486 women. Sociodemographic characteristics, presence of symptoms, limitations in activities and the need for consults with health professionals were analyzed using the Nordic Osteomuscular Symptoms Questionnaire and the Visual Analogic Scale. It was indicated that 62.45% of the women reported symptoms in at least one part of the body, 73.69% reported no limitations in activities and 66.35% did not consult health professional. Higher prevalence of symptoms, limitations and professional consult was observed for the low back, in younger ones with no stable union. The presence and greater intensities of the symptoms presented associations with limitations in the activities and the search for health professionals. The high prevalence of these symptoms challenges the public health system to meet the needs inherent to these conditions in women.

Key words: Women; Health Surveys; Musculoskeletal System.

Introdução

Os sintomas osteomusculares (SO) podem ser provenientes de anormalidades temporárias ou permanentes desse sistema (BATIZ et al., 2013), ocasionados por traumas, processos infecciosos, lesões por esforço excessivo, vícios posturais, sobrecargas mecânicas, lesões traumáticas não tratadas adequadamente, câncer, entre outras causas (MINSON; MENTZ- ROSANO, 2010). Podem ser expressos como autorrelato de dor, formigamento ou dormência em qualquer uma das nove regiões corporais de acordo com o referencial teórico do Questionário Nórdico de avaliação dos Sintomas Osteomusculares (QNSO) (KUORINKA et al., 1987).

Constituem um problema de grande importância para a saúde pública, uma vez e apresentam alta prevalência, afetando centenas de milhões de pessoas em todo o mundo (SILVA et al., 2012), podendo incapacitá-las para execução de suas atividades. A capacidade de executar as atividades é considerada um indicador do estado de saúde e está relacionada aos custos e recursos direcionados aos cuidados de saúde (LOPES et al., 2013). Assim, é necessário melhorar o cuidado para os que sofrem com SO com maior conhecimento em relação à prevalência, diagnóstico precoce e manejo adequado dos mesmos.

Entre os sintomas osteomusculares, a dor é a principal queixa dos indivíduos, sendo que a dor osteomuscular é a mais prevalente na população (WHO, 2005, DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007). As mulheres são mais atingidas pela dor que os homens, sendo que os aspectos hormonais, o menor limiar e menor tolerância à mesma, bem como maior capacidade para discriminá-la e relatá-la (DARNALL; STACEY; CHOU, 2012, FORNI et al., 2012), estão entre as explicações para as diferenças entre os sexos.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), a atenção à saúde da mulher não deve se restringir a assistência materno-infantil nem se limitar às fases de vida nas quais a mulher tem capacidade de reprodução. Ela deve englobar todo o ciclo vital da mulher. Diante do exposto, a identificação dos SO, sua intensidade, busca por profissionais da saúde e limitação nas atividades, associados aos aspectos sociodemográficos permite conhecer o perfil social e de saúde de mulheres com sintomas osteomusculares, com o intuito de contribuir para a efetividade na construção de políticas públicas que visem a qualidade de vida e saúde dessa população. Esse conhecimento pode ser construído utilizando-se dados de inquéritos de saúde, que consistem em estudos de base populacional realizados em domicílios, que são essenciais para conhecer o perfil de saúde; condições de vida; situações de saúde de populações e grupos específicos; a

distribuição dos fatores de risco e suas tendências e desigualdades em saúde. Esse desenho de estudo permite o monitoramento de ações e programas de saúde em distintos subgrupos populacionais e subsidia a elaboração de políticas públicas em saúde (SZWARCOWALD et al., 2014, CASTILHO; GOLDBAUM, 2017).

O objetivo do presente estudo foi investigar as características dos sintomas osteomusculares considerando a prevalência, intensidade, limitações nas atividades normais e necessidade de consultas a profissional de saúde devido aos mesmos, ocorridos nos últimos 12 meses, e verificar se existe associação dessas características com as condições sociodemográficas, tais como, idade, estado civil e renda per capita em uma amostra probabilística de mulheres residentes na área urbana da cidade de Uberaba- MG.

Metodologia

Foram analisados dados do Inquérito de Saúde da Mulher de Uberaba-MG, um estudo transversal de base populacional com amostra probabilística da população urbana feminina. A seleção da amostra ocorreu de forma aleatória em múltiplos estágios. No primeiro estágio, selecionaram-se aleatoriamente 24 dos 36 bairros da cidade, sendo respeitada a proporção populacional de cada distrito em relação à quantidade de bairros. No segundo estágio, dentro de cada bairro previamente sorteado, selecionaram-se de forma aleatória 25% dos setores censitários e novamente foi mantida a proporção populacional de cada bairro. Dentro do setor censitário sorteado, os domicílios foram sistematicamente selecionados, a partir do intervalo amostral, o qual consiste em dividir a quantidade de domicílios existentes no referido setor censitário pela quantidade de mulheres que deveriam ser entrevistadas. Dentro de cada bairro selecionou-se o setor censitário e este ocorreu por meio de sorteio aleatório no primeiro domicílio visitado, os outros foram considerados em intervalos de amostragem, ou seja, de 32 em 32 domicílios. A amostra total do estudo foi composta por um total de 1.557 mulheres, com idade igual ou superior a dezoito anos. Entretanto, participaram desse estudo 1.486 mulheres, uma vez que foram excluídas 71 participantes que não responderam às variáveis de interesse. As coletas de dados foram conduzidas em residências da zona urbana da cidade em 2014.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob CAAE nº 1826 (Anexo 3). As entrevistas foram realizadas por alunas de graduação e pós-graduação da UFTM previamente treinadas pelos coordenadores do projeto. Os dados foram duplamente digitados e conferidos, garantindo a qualidade dos registros no banco de dados.

O QNSO foi utilizado para avaliar os SO. Este instrumento foi desenvolvido com a proposta de padronizar a mensuração de relato de SO em nove regiões e assim facilitar a comparação dos resultados com estudos relacionados (KUORINKA et al., 1987). É composto pelas seguintes questões: nos últimos 12 meses, você teve problemas (dor, formigamento/dormência) nas regiões específicas do corpo (cervical, ombros, cotovelos, punhos/mãos, coluna dorsal, coluna lombar, quadris/coxas, joelhos, tornozelos/pés)?; nos últimos 12 meses, você foi impedido de realizar atividades normais (trabalho, atividades domésticas e de lazer) por causa desse problema nas regiões citadas acima?; nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional da área da saúde (exemplo: médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição? Esse instrumento foi validado por Pinheiro; Troccoli; Carvalho (2002), com um índice adequado de validade para a versão brasileira. (Anexo 4)

A Escala Visual Analógica (EVA) foi utilizada para avaliar a intensidade dos SO em cada uma das regiões avaliadas pelo QNSO (Anexo 5). Esta é constituída por uma linha de 10 cm que tem como extremos as frases “ausência de desconforto” e o “pior desconforto que já sentiu”. A EVA possibilita a avaliação da intensidade dos SO com maior fidedignidade do que as demais escalas unidimensionais (escala verbal, escala numérica), e se destaca pela facilidade de aplicação e compreensão (JENSEN; CHEN; BRUGGER, 2003). Foi solicitado que as participantes avaliassem e marcassem um ponto na linha entre as extremidades que correspondesse a intensidade do sintoma nos últimos 12 meses. Para a análise desse dado o pesquisador posicionava uma régua para verificar a medida em cm correspondente, sendo registrada a distância da extremidade “ausência de desconforto” até o ponto respondido.

As características sociodemográficas foram autorrelatadas e indicadas por idade, anos de escolaridade, renda per capita (calculada pela divisão da renda familiar mensal pelo número de pessoas que residiam na casa), estado civil (solteira, em união estável, separada ou viúva) e se era chefe de família. Para a análise a idade foi classificada nas seguintes categorias: 18-34 anos, 35 a 59 anos e 60 anos ou mais. O estado civil foi classificado como em união (casado e união estável) e sem união (solteira, separada ou viúva). (Anexo 6)

As análises estatísticas foram realizadas no IBM SPSS versão 24 para Windows. A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste de Kolmogorov Smirnov que indicou uma distribuição não normal. Para análise descritiva foram utilizadas medidas como frequência, porcentagem, média e desvio-padrão. Posteriormente realizou-se a análise bivariada, empregando o Teste Mann Whitney e Qui quadrado de Pearson. A significância estatística adotada foi de 5%.

Resultados

A maioria das mulheres declarou estar em união estável (51,7%) e 41,4% se consideravam chefes de família. A média de escolaridade foi $8,27 \pm 5,16$ anos e a renda per capita média foi $850,90 \pm 980,17$ reais. Quanto a idade, 371 (25%) estavam na faixa de 18-34 anos, 642 (43,2%) de 35 a 59 anos e 473 (31,8%) com 60 anos ou mais.

Na Tabela 1 estão apresentados os resultados do QNSO com a prevalência dos sintomas, impedimento para realização das atividades e necessidade de consulta a profissional de saúde para cada região do corpo e por número de regiões, indicando que 62,45% das mulheres relataram SO em pelo menos uma região do corpo nos últimos 12 meses. No entanto, 73,69% não relataram impedimento na realização das atividades e 66,35% não consultaram profissional da saúde em função dos mesmos.

Tabela 1: Prevalência dos sintomas, impedimento para realização das atividades e necessidade de consulta a profissional de saúde para cada região do corpo e por número de regiões. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1486)

Características dos Sintomas Osteomusculares							
Regiões corporais	Número de mulheres com desconforto em cada região SIM F (%)	Número de mulheres impedidas de realizar atividades normais SIM F (%)	Número de mulheres que consultou profissional da saúde SIM F (%)	Número de regiões	Número de mulheres com desconforto e n° de regiões acometidas F (%)	Número de mulheres impedidas de realizar atividades normais F (%)	Número de mulheres que consultou profissional da saúde F (%)
Cervical	272 (18,3)	111 (7,5)	142 (9,6)	Zero	558 (37,55%)	1095 (73,69%)	986 (66,35)
Ombro	383 (25,8)	164 (11,0)	223 (15,0)	Uma	270 (18,16%)	111 (7,47)	143 (9,62)
Dorsal	387 (26,0)	148 (10,0)	203 (13,7)	Duas	188 (12,65%)	92 (6,19)	104 (7,0)
Cotovelo	159 (10,7)	65 (4,4)	104 (7,0)	Três	121 (8,14%)	52 (3,50)	67 (4,51)
Lombar	499 (33,6)	184 (12,4)	263 (17,7)	Quatro	85 (5,72%)	31 (2,09)	44 (2,96)
Punho/mãos	389 (26,2)	146 (9,8)	192 (12,9)	Cinco	70 (47,11%)	29 (1,95)	334 (22,48)
Quadril/coxa	342 (23,0)	141 (9,5)	202 (13,6)	Seis	60 (4,04%)	19 (1,28)	28 (1,88)
Joelhos	370 (24,9)	171 (11,5)	223 (15,0)	Sete	55 (3,63%)	17 (1,14)	24 (1,62)
Tornozelo/pé	329 (22,1)	137 (9,2)	179 (12,0)	Oito	25 (1,68%)	12 (0,81)	11 (0,74)
-	-	-	-	Nove	54 (3,63%)	28 (1,88)	46 (3,10)

Legenda: F: Frequência

A região do corpo com maior número de mulheres com sintomas (33,6%), que causou mais limitações nas atividades (12,4%) e que levou a maior procura por profissionais da saúde (17,7%) foi a coluna lombar. Apesar do ombro e joelhos não terem sido as regiões com maior número de mulheres com sintomas, esta ficaram logo abaixo da coluna lombar para limitações nas atividades e maior procura por profissionais da saúde. Contrariamente, a região do punho/mão, embora tenha sido a segunda com maior número de mulheres com sintomas, não está entre as que mais causaram incapacidade ou procura por profissional.

As tabelas 2, 3 e 4 apresentam respectivamente as associações entre presença dos sintomas, impedimento para realização de atividades e procura por profissional da saúde com aspectos sociodemográficos. Observa-se que as mulheres mais jovens foram significativamente mais acometidas pela presença de sintomas para oito regiões ($p < 0,05$), com exceção do cotovelo; foram impedidas para a realização de atividades para sete regiões ($p < 0,05$), com exceção da coluna dorsal e cotovelo; e procuraram o profissional da saúde em função dos sintomas em sete regiões ($p < 0,05$), com exceção da cervical e cotovelo.

Quanto ao estado civil, as mulheres que não estavam em relacionamento estável (solteiras, separadas ou viúvas) foram significativamente mais acometidas pela presença de sintomas em ombro ($p=0,025$) e quadril/coxa ($p=0,021$), mais impedidas para a realização de atividades para cervical ($p=0,015$), coluna dorsal ($p=0,030$), coluna lombar ($0,011$), quadril/coxa ($0,014$) e joelho ($0,012$) e procuraram mais o profissional da saúde em função dos sintomas para todas as regiões ($p<0,05$), com exceção do tornozelo/pé.

As que se consideram chefes de famílias foram significativamente mais acometidas pela presença de sintomas em punho/mão ($p=0,042$). A renda per capita e a escolaridade não foram associadas a presença dos sintomas, bem como o impedimento para realização de atividades e procura por profissional da saúde em função destes.

Tabela 2: Associações entre presença dos sintomas e aspectos sociodemográficos. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1486).

Presença Sintoma		Idade (anos) Frequência (%)				Chefe família Frequência (%)		
		18-34	35-60	+60	p*	Sim	Não	p*
Cervical	Sim	90 (24,25)	87 (13,55)	95 (20,08)	0,001	112(18,21)	160(18,37)	0,938
	Não	281 (75,75)	555 (86,45)	378 (79,92)		503(81,79)	711(81,63)	
Ombro	Sim	124(33,42)	123(19,16)	136(28,75)	0,001	221(25,37)	162(26,34)	0,674
	Não	247(66,58)	519(80,84)	337(71,25)		650(74,63)	453(73,66)	
Dorsal	Sim	117(31,54)	142(22,12)	128(27,06)	0,004	219(25,14)	168(27,32)	0,347
	Não	254(68,46)	500(77,88)	345(72,94)		652(74,86)	447(72,68)	
Cotovelo	Sim	48(12,94)	61(9,50)	30(6,34)	0,232	91(10,45)	68(11,06)	0,708
	Não	323(87,06)	581(90,50)	423(93,66)		780(89,55)	547(88,94)	
Lombar	Sim	155(41,78)	176(27,41)	168(35,52)	0,001	288(33,07)	211(34,31)	0,617
	Não	216(58,22)	466(72,59)	305(64,48)		583(66,93)	404(65,69)	
Punho/ mão	Sim	128(34,50)	153(23,83)	108(22,83)	0,001	245(28,13)	144(23,41)	0,042
	Não	243(65,50)	489(76,17)	365(77,17)		626(71,87)	471(76,59)	
Quadril/coxa	Sim	117(31,54)	108(16,82)	117(24,74)	0,001	204(23,42)	138(22,44)	0,658
	Não	254(68,46)	534(83,18)	356(75,26)		667(76,58)	477(77,56)	
Joelho	Sim	123(33,15)	130(20,25)	117(24,74)	0,001	222(25,49)	148(24,07)	0,532
	Não	248(66,85)	512(79,75)	356(75,26)		649(74,51)	467(75,93)	
Tornozelo/pé	Sim	113(30,46)	128(19,94)	88(18,60)	0,001	203(23,31)	126(20,49)	0,197
	Não	258(69,54)	514(80,06)	385(81,40)		668(76,69)	489(79,51)	

Presença Sintoma		Estado civil Frequência (%)			Renda (reais)		Escolaridade (anos)	
		Sem União estável	Em União estável	p*	M (DP)	p**	M (DP)	p**
Cervical	Sim	136(18,94)	136(18,43)	0,539	752,77(733,16)	0,882	8,11 (4,80)	0,765
	Não	582(81,06)	632(81,57)		817,00 (1027,15)		8,30 (5,24)	
Ombro	Sim	204(53,26)	179(46,74)	0,025	779,18 (946,90)	0,447	8,02 (5,02)	0,383
	Não	514(46,60)	589(53,40)		815,16 (991,70)		8,36 (5,21)	
Dorsal	Sim	203(52,45)	184(47,55)	0,058	763,93 (899,36)	0,196	8,16 (4,74)	0,994
	Não	515(46,86)	584(53,14)		820,66 (1007,02)		8,31 (5,30)	
Cotovelo	Sim	87(12,15)	72(9,38)	0,087	875,95 (1286,23)	0,875	7,81 (4,79)	0,321
	Não	631(87,85)	696(90,62)		797,55 (937,35)		8,32(5,20)	
Lombar	Sim	258(35,93)	241(31,38)	0,063	805,78 (955,02)	0,509	8,17 (4,73)	0,974
	Não	460(64,07)	527(68,62)		805,96 (993,12)		8,32 (5,36)	
Punho/mão	Sim	204(28,41)	185(24,09)	0,058	782,07 (975,30)	0,397	8,28 (4,91)	0,702
	Não	514(71,59)	583(75,91)		814,37 (982,20)		8,27 (5,25)	
Quadril/coxa	Sim	184(25,63)	158(20,58)	0,021	818,21 (1085,35)	0,544	8,33 (5,05)	0,656
	Não	534(74,37)	610(79,42)		802,21 (946,89)		8,25 (5,19)	
Joelho	Sim	195(27,16)	175(22,79)	0,051	776,93 (877,07)	0,768	8,03 (4,80)	0,406
	Não	523(72,84)	593(77,21)		815,52 (1012,03)		8,35 (5,27)	
Tornozelo/pé	Sim	158(22,01)	171(22,27)	0,904	768,48 (895,19)	0,638	7,99 (4,70)	0,532
	Não	560(77,99)	597(77,73)		816,56 (1003,18)		8,35 (5,28)	

*p<0,05 - Qui quadrado de Pearson; **p<0,05 - Teste Mann Whitney

Tabela 3: Associação entre Impedimento para realização de atividades e aspectossociodemográficos. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1486).

Impedimento para realização das atividades		Idade (anos) Frequência (%)				Chefe família Frequência (%)		
		18-34	35-60	+60	p*	Sim	Não	p*
Cervical	Sim	40 (10,78)	35 (5,45)	36 (7,62)	0,008	46 (7,48)	65 (7,46)	0,990
	Não	331 (89,22)	607 (94,55)	437 (92,38)		569 (92,53)	806 (92,54)	
Ombro	Sim	50 (13,48)	58(9,03)	56 (11,84)	0,075	69 (11,22)	95 (10,91)	0,850
	Não	321 (86,52)	584 (90,97)	417 (88,16)		546 (88,78)	776 (89,09)	
Dorsal	Sim	43 (11,59)	53 (8,26)	52 (10,99)	0,154	66 (10,73)	82 (9,41)	0,404
	Não	328 (88,41)	589 (91,74)	421 (89,01)		549 (89,27)	789 (90,59)	
Cotovelo	Sim	22 (5,93)	24 (3,74)	19 (4,02)	0,233	27 (4,39)	38 (4,36)	0,980
	Não	349 (94,07)	618 (96,26)	454 (95,98)		588 (95,61)	833 (95,64)	
Lombar	Sim	58 (15,63)	61 (9,50)	65 (13,74)	0,009	74 (12,03)	110 (12,63)	0,731
	Não	313 (84,37)	581 (90,50)	408 (86,26)		541 (87,97)	761 (87,37)	
Punho/ mão	Sim	51 (13,75)	54 (8,41)	41 (8,67)	0,014	50(8,13)	96(10,02)	0,065
	Não	320 (86,25)	588 (91,59)	432 (91,33)		565(91,87)	775(88,98)	
Quadril/ Coxa	Sim	54 (14,56)	42 (6,54)	45 (9,51)	0,001	50(8,13)	91(10,45)	0,133
	Não	317 (85,44)	600 (93,46)	428 (90,49)		565(91,87)	780(89,55)	
Joelho	Sim	59 (15,91)	58 (9,03)	54 (11,42)	0,004	71(11,54)	100(11,48)	0,970
	Não	312 (84,09)	584 (90,97)	419 (88,58)		544(88,46)	771(88,52)	
Tornozelo/pé	Sim	49 (13,21)	51 (7,94)	37 (7,82)	0,009	51(8,29)	86(9,87)	0,2 99
	Não	322 (86,79)	591 (92,06)	436 (92,18)		564(91,71)	785(90,13)	

Impedimento para realização das atividades		Estado civil Frequência (%)			Renda (reais)		Escolaridade (anos)	
		Sem União estável	Em União estável	p*	M (DP)	p**	M (DP)	p**
Cervical	Sim	66 (59,48)	45 (40,52)	0,015	2040,86 (1704,42)	0,260	8,49 (4,80)	0,642
	Não	652 (47,42)	723 (52,58)		2164,27 (2052,86)		8,25 (5,24)	
Ombro	Sim	91 (55,49)	73 (44,51)	0,051	1964,34 (1856,17)	0,328	7,81 (5,02)	0,276
	Não	627 (47,43)	695 (52,57)		2178,64 (2038,86)		8,33 (5,21)	
Dorsal	Sim	84 (56,77)	64 (43,23)	0,030	2041,97 (1826,23)	0,594	7,93 (4,74)	0,607
	Não	634 (47,38)	704 (52,62)		2167,56 (2048,21)		8,31 (5,30)	
Cotovelo	Sim	38 (58,46)	27 (41,54)	0,094	2753,35 (2535,50)	0,130	8,40 (4,79)	0,712
	Não	680 (47,85)	741 (52,15)		2127,68 (1919,01)		8,26 (5,20)	
Lombar	Sim	105 (57,07)	79 (42,93)	0,011	2026,51 (1975,13)	0,616	7,66 (4,73)	0,146
	Não	613 (47,08)	689 (52,92)		2173,22 (2003,36)		8,35 (5,36)	
Punho/ mão	Sim	79 (54,11)	67 (45,89)	0,140	2226,27 (2003,64)	0,838	8,26 (4,91)	0,923
	Não	639 (47,69)	701 (52,31)		2147,31 (1991,00)		8,27 (5,25)	
Quadril/ Coxa	Sim	82 (58,17)	59 (41,83)	0,014	2257,80 (1972,40)	0,453	8,74 (5,05)	0,182
	Não	636 (47,29)	709 (52,71)		2144,28 (2000,41)		8,22 (5,19)	
Joelho	Sim	98 (57,31)	73 (42,69)	0,012	2169,55 (1671,36)	0,477	8,03 (4,80)	0,622
	Não	620 (47,15)	695 (52,85)		2043,53 (2087,88)		8,30 (5,27)	
Tornozelo/pé	Sim	72 (52,55)	659 (47,45)	0,298	2016,29 (1942,04)	0,925	7,62 (4,70)	0,178
	Não	620 (54,42)	703 (45,58)		2169,14 (2008,39)		8,33 (5,28)	

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; *p<0,05 - Qui quadrado de Pearson; **p<0,05 - Teste Mann Whitney

Tabela 4: Associação entre procura por profissional da saúde e aspectos sociodemográficos. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1486).

Consulta a profissional		Idade (anos) F (%)			p*	Chefe família F (%)		
		18-34	35-60	+60		Sim	Não	p*
Cervical	Sim	46 (12,40)	50 (7,79)	46 (9,73)	0,055	64 (10,41)	78 (8,96)	0,349
	Não	325 (87,60)	592 (92,21)	427 (90,27)		551 (89,59)	793 (91,04)	
Ombro	Sim	75 (20,22)	70 (10,90)	78 (16,49)	0,001	97 (15,77)	126 (14,49)	0,487
	Não	296 (79,78)	572 (89,10)	395 (83,51)		518 (84,23)	745 (85,50)	
Dorsal	Sim	69 (18,60)	74 (11,53)	60 (12,68)	0,005	88 (14,31)	115 (13,20)	0,541
	Não	302 (81,40)	568 (88,47)	413 (87,32)		527 (85,69)	756 (86,80)	
Cotovelo	Sim	33 (8,89)	38 (5,92)	33 (6,98)	0,202	45 (7,32)	59 (6,77)	0,686
	Não	338 (91,11)	604 (94,08)	440 (93,02)		570 (92,68)	812 (93,23)	
Lombar	Sim	83 (22,37)	100 (15,58)	80 (16,91)	0,021	116 (18,86)	147 (16,88)	0,323
	Não	288 (77,63)	542 (84,42)	393 (83,09)		499 (81,14)	724 (83,12)	
Punho/mãos	Sim	66 (17,79)	73 (11,37)	53 (11,21)	0,005	77 (12,52)	115 (13,20)	0,699
	Não	305 (82,21)	569 (88,63)	420 (88,79)		538 (87,48)	756 (86,80)	
Quadril/Coxa	Sim	79 (21,30)	69 (10,75)	54 (11,42)	0,001	76 (12,36)	126 (14,47)	0,243
	Não	292 (78,70)	573 (89,25)	419 (88,58)		539 (87,64)	745 (85,53)	
Joelhos	Sim	75 (20,22)	81 (12,62)	67 (14,16)	0,004	87 (14,15)	136 (15,61)	0,435
	Não	296 (79,78)	561 (87,38)	406 (85,84)		528 (85,85)	735 (84,39)	
Tornozelo/pés	Sim	62 (16,71)	71 (11,06)	46 (9,73)	0,005	68 (11,06)	111 (12,74)	0,325
	Não	309 (83,23)	571 (88,94)	427 (90,27)		547 (88,94)	760 (87,26)	

Consulta a profissional		Estado civil F (%)			Renda (reais)		Escolaridade (anos)	
		Sem União estável	Em União estável	p*	M (DP)	p**	M (DP)	p**
Cervical	Sim	85 (59,86)	57 (40,14)	0,004	686,56 (588,82)	0,612	8,11 (4,79)	0,732
	Não	633 (47,10)	711 (52,90)		818,53 (1012,10)		8,29 (5,20)	
Ombro	Sim	134 (60,09)	89 (39,91)	0,001	762,04 (943,64)	0,456	8,24 (5,17)	0,933
	Não	584 (47,75)	679 (52,25)		813,66 (986,65)		8,27 (5,16)	
Dorsal	Sim	114 (56,16)	89 (43,84)	0,016	724,95 (666,23)	0,481	8,15(4,67)	0,883
	Não	604 (47,08)	679 (52,92)		818,73 (1020,71)		8,29 (5,23)	
Cotovelo	Sim	61 (58,65)	43 (41,35)	0,029	949,33 (1474,05)	0,743	7,94 (4,84)	0,559
	Não	657 (51,25)	725 (48,75)		795,09 (946,02)		8,29 (5,18)	
Lombar	Sim	148 (56,28)	115 (43,72)	0,004	741,50 (715,97)	0,394	8,26 (4,89)	0,868
	Não	570 (46,61)	653 (53,39)		819,77 (1027,95)		8,27 (5,18)	
Punho/mãos	Sim	112(58,33)	80 (41,67)	0,003	875,97 (1185,20)	0,418	8,26 (5,06)	0,990
	Não	606 (46,83)	688 (53,17)		795,49 (931,97)		8,27 (5,18)	
Quadril/Coxa	Sim	112 (55,45)	90 (44,55)	0,029	826,68 (1207,20)	0,308	8,51 (4,96)	0,303
	Não	606 (48,76)	678 (51,24)		802,63 (939,94)		8,23 (5,19)	
Joelhos	Sim	124 (55,61)	99 (44,39)	0,018	806,25 (1117,74)	0,462	8,18 (4,94)	0,782
	Não	594 (47,03)	669 (52,97)		805,84 (954,28)		8,28 (5,20)	
Tornozelo/pés	Sim	93 (51,97)	86 (48,03)	0,299	734,15 (891,06)	0,597	7,74 (4,75)	0,217
	Não	625 (47,82)	682 (52,18)		815,74 (991,68)		8,34 (5,21)	

Legenda: F: Frequência; M: Média; DP: Desvio Padrão; *p<0,05 - Qui quadrado de Pearson; **p<0,05 - Teste Mann Whitney

A Tabela 5 apresenta as associações entre impedimento para realização de atividades e consulta a profissional da saúde, impedimento na realização das atividades e intensidade dos sintomas e entre intensidade dos sintomas e consulta a profissional da saúde. As associações foram significativas para todas as regiões ($p < 0,001$).

Tabela 5. Associações entre impedimento para realização de atividades e consulta a profissional da saúde, impedimento na realização das atividades e intensidade dos sintomas e entre intensidade dos sintomas e consulta a profissional da saúde. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1486).

		Impedimento realização atividades /Consulta a algum profissional da saúde		p*	Impedimento realização atividades/Intensidade		Intensidade/Consulta a algum profissional da saúde	
		SIM F (%)	NÃO F (%)		M (DP)	p**	M(DP)	p**
Cervical	Sim	84 (75,68)	27(24,32)	0,001	7,43 (2,45)	0,001	7,38 (2,45)	0,001
	Não	58(42,18)	1317(57,82)		0,65 (2,01)		0,50 (1,72)	
Ombro	Sim	127(77,44)	37(22,56)	0,001	7,52 (2,44)	0,001	7,27 (2,60)	0,001
	Não	96(7,26)	1226(92,74)		0,10 (2,49)		0,74 (2,16)	
Dorsal	Sim	110(74,32)	38(25,68)	0,001	7,62 (2,38)	0,001	7,22 (2,60)	0,001
	Não	93(6,95)	1245(93,05)		1,55 (2,98)		0,82 (2,26)	
Cotovelo	Sim	54(83,08)	11(16,92)	0,001	7,51 (2,70)	0,001	6,84 (2,39)	0,001
	Não	50(3,52)	1371(96,48)		0,37 (1,60)		0,22 (1,24)	
Lombar	Sim	128(69,57)	56(30,43)	0,001	7,48 (2,50)	0,001	7,46 (2,39)	0,001
	Não	135(10,37)	1167(89,63)		1,06 (2,54)		1,16 (2,64)	
Punho/Mãos	Sim	99(67,81)	47(32,19)	0,001	7,07 (2,89)	0,001	6,94 (2,84)	0,001
	Não	93(6,94)	1247(93,06)		1,01 (2,50)		0,81 (2,26)	
Quadril/Coxa	Sim	110(78,01)	31(21,99)	0,001	7,81 (2,24)	0,001	7,49 (2,38)	0,001
	Não	92(6,84)	1253(93,16)		0,96 (2,48)		0,68 (2,12)	
Joelhos	Sim	130(7,60)	41(92,40)	0,001	7,52 (2,47)	0,001	7,35 (2,50)	0,001
	Não	93(7,65)	1222(92,35)		0,95 (2,48)		0,70 (2,17)	
Tornozelo/pé	Sim	100(72,99)	37(27,01)	0,001	7,79 (2,23)	0,001	7,57 (2,27)	0,001
	Não	79(5,86)	1270(94,14)		0,90 (2,45)		0,71 (2,20)	

Legenda: F: Frequência; M: Média; DP: Desvio Padrão; * $p < 0,05$ - Qui quadrado de Pearson; ** $p < 0,05$ - Teste Mann Whitney

Discussão

Os inquéritos de saúde são ferramentas essenciais para o estudo de condições de vida e de saúde em grandes amostras representativas de populações, configurando-se uma oportunidade de identificar grupos mais fisicamente ou socialmente vulneráveis que devem ser priorizados pelas políticas públicas de saúde. As ações e estratégias visando a atenção integral à saúde da mulher dependem, em grande parte, do conhecimento das características

relacionadas aos problemas de saúde que comprometem o bem-estar e a qualidade de vida dessa população. O presente estudo mostrou que os resultados do QNSO indicaram que 62,45% das mulheres relataram SO em pelo menos uma região nos últimos 12 meses, mas 73,69% não relataram impedimento na realização das atividades e 66,35% não consultaram profissional da saúde em função dos mesmos.

O fato de continuarem a desenvolver suas atividades apesar dos sintomas e não procurarem profissional de saúde tem sido atribuído a maior percepção da mulher quanto aos sintomas e sinais das doenças (FERREIRA et al., 2011). Esta percepção é influenciada por interações complexas entre as variáveis biológicas (hormônios, genética, vias do circuito da dor e variações no Sistema Nervoso Central) e variáveis psicossociais (depressão, ansiedade, cultura, expectativas do papel do gênero, fatores de aprendizado social e importância dada à dor) (PALMEIRA; ASHMAWI; POSSO, 2011). No entanto, apesar da percepção e relato, essas mulheres podem apresentar autoeficácia elevada, o que as levaria a serem mais persistentes e, em geral, manterem a maior parte de suas atividades, apesar dos sintomas. Destaca-se, nesse caso, que crenças são ideias pré-concebidas, concepções aprendidas e, se disfuncionais (aquelas que não ajudam na recuperação/adaptação da pessoa) podem ser reaprendidas, uma vez que há estratégias para identificá-las e resignificá-las, propostas pelo Modelo Comportamental Cognitivo (TURNER; HOLTZMAN; MANCL, 2007). Assim, identificar as mulheres com auto eficácia baixa e intervir na melhoria dessa crença pode ser uma estratégia eficaz. Nesse caso, estudos de intervenção longitudinais devem ser realizados. Ainda, esses resultados podem indicar níveis mais elevados de resiliência dessas mulheres, que estão associados a maiores níveis de aceitação da dor e adaptação a esta, independente do tempo de sua duração. Nesse sentido, o estudo de Karoly e Ruehlman (2006) encontraram que os indivíduos não resilientes foram significativamente mais propensos a receber tratamento para o seu problema de dor em comparação com indivíduos resilientes.

No entanto, deve-se levar em conta que esses resultados também podem identificar a falta de cuidado adequado com sua saúde, o que pode levá-las a sofrer mais tardiamente os danos, considerando que esses sintomas são crônicos, uma vez que se referem aos últimos 12 meses e, se não tratados de forma adequada, podem impactar negativamente sua qualidade de vida (STEFANE et al., 2013, ALENCAR; OTA, 2011). Os resultados indicaram que o impedimento para realização das atividades e procura por profissionais ocorreu para moderadas intensidades dos sintomas (entre 6,84 e 7,81) e, nesse caso a resolutividade pode ser menor.

Diversos estudos apontam a busca por serviços de saúde em função de SO. Trindade; Schmitt; Casarotto (2013), avaliando as queixas em uma Unidade Básica de Saúde,

identificaram que a demanda devido a queixa osteomuscular foi o segundo motivo de procura mais frequente, ficando atrás apenas de pedidos de laudos/declarações/atestados. Dos Reis et al., (2012), ao descreverem o perfil dos atendimentos realizados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na área de reabilitação, relataram que 30,7% dos motivos que demandaram atendimentos pela equipe do NASF foram os problemas osteomusculares. Contudo, a busca por serviços de saúde não se restringe a atenção básica. Rissardo et al., (2016), relataram que em relação às queixas dos idosos que procuraram a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 45,9% foi devida a doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Fialho et al., (2011) relataram que 17,6% da queixa principal dos pacientes no momento da consulta em unidade de emergência foi a osteomuscular. Destaca-se que as mulheres foram prevalentes em todos esses estudos.

A região do corpo com maior número de mulheres com sintomas, que causou mais limitações nas atividades e que levou a maior procura por profissionais da saúde foi a coluna lombar. Apesar disso, somente 52,71% das 263 mulheres que apresentaram sintomas nessa região procuraram profissional da saúde, o que é corroborado pelo relato de Ferreira et al., (2010), de que menos de 60% das pessoas que apresentam dor lombar procuram por tratamento. Essa é uma região de alta prevalência de dor, tanto no Brasil como no mundo, gerando custos sociais e econômicos de grandes proporções (MEUCCI et al., 2013). Nesse sentido, Nascimento; Costa (2015), em uma revisão sistemática sobre a prevalência da dor lombar no Brasil demonstraram que os diferentes estudos que buscaram medir a prevalência da dor lombar encontraram valores de prevalência para dor lombar crônica entre 4,2% e 14,7% da população, mas que, no entanto, devido à baixa qualidade metodológica dos estudos, esses valores podem não refletir o real impacto da dor lombar no Brasil. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 relataram que 18,5% da população brasileira referiram dor crônica na coluna, sendo 15,5% em homens e 21,1% em mulheres. O fato das mulheres apresentarem maior prevalência têm sido explicado pela realização de tarefas domésticas em maior intensidade, maior exposição aos trabalhos repetitivos, posição não ergonômica e trabalho em grande velocidade, além das características anátomo funcionais como menor estatura, menor massa muscular, menor massa óssea, articulações mais frágeis e menos adaptadas ao esforço físico extenuante, que podem acarretar mais sobrecarga na coluna. A gravidez também pode ser um fator explicativo, uma vez que nesta há um aumento da flexibilidade dos ligamentos da coluna e quadril, da lordose e das contraturas musculares (em função do aumento do peso) e da postura (em função do crescimento do feto). Já no pós-parto pode estar relacionada às inadequações posturais ao amamentar, ao peso da criança e outros fatores (NASCIMENTO; COSTA, 2015, FERREIRA et al., 2011).

No presente estudo, a incapacidade referente ao sintoma nesta região esteve presente em 12,4% das que apresentaram SO. Este resultado está em consonância com outros autores que ressaltam que a incapacidade em pacientes com dor lombar crônica varia de 11% a 76% e essa grande variação deve-se tanto aos conceitos de incapacidade adotados quanto aos métodos diferentes utilizados para medir esse fenômeno (MADEIRA et al., 2013). Destaca-se que neste estudo foi utilizado o QNSO, entretanto, existem outros instrumentos desenvolvidos para a avaliação dessa região (SALVETTI et al., 2012, NUSBAUM et al., 2001), que podem fornecer subsídios para que o profissional de saúde identifique as alterações contribuindo para o manejo mais adequado da dor e incapacidade e para a escolha de abordagens terapêuticas mais efetivas.

Apesar do ombro não ter sido a região com maior número de mulheres com sintomas, essa ficou logo abaixo da coluna lombar para limitações nas atividades e maior procura por profissionais da saúde. Contrariamente à região do punho/mão, embora tenha sido a segunda com maior número de mulheres com sintomas, não está entre as que mais causaram incapacidade ou procura por profissional. Uma possibilidade para explicar porque o ombro incapacitou mais que o punho/mão, seria seu maior impacto na função. O complexo do ombro pode ser considerado como uma articulação universal, pois possui a maior mobilidade do sistema musculoesquelético permitindo a colocação da mão em qualquer plano espacial, permitindo a realização de movimentos com o membro superior por meio de uma intrincada biomecânica que possibilita movimentos integrados com cotovelo, punho e mão. A rigidez dolorosa do ombro pode estar presente em processos patológicos que lesam as estruturas que compõem seu complexo mecanismo articular, limitando sua mobilidade pela dor que provocam, podendo dar origem a contraturas musculares e retrações miotendíneas secundárias (VIGATTO; ALEXANDRE; CÔRREA FILHO, 2007). Nesse sentido, a redução da amplitude de movimento para elevação do ombro é um achado frequente em algumas condições e, em geral, a está associada às limitações das atividades de vida diária e comprometimento para dormir confortavelmente (FERREIRA FILHO, 2005). Ainda, frequentemente a dor, assim como a redução da mobilidade no ombro, afeta negativamente as habilidades funcionais, as atividades ocupacionais e a qualidade de vida dos pacientes (LARGACHA et al., 2006).

Quanto à idade, identificou-se que 70,89% das mais jovens (18 a 34 anos) apresentaram significativamente maior número de sintomas ($p < 0,05$), bem como maior procura por profissional e incapacidade para a maioria das regiões avaliadas. Contrariamente, a literatura indica que maiores idades implicam em maior prevalência de sintomas, especialmente a dor. Nesse sentido, De Oliveira et al., (2015) relata que a prevalência de

problema crônico de coluna aumenta com a idade, sendo que as maiores frequências foram observadas entre os indivíduos com mais de 60 anos. Trindade; Schmitt; Casarotto, (2013) apontam que indivíduos com mais de 40 anos possuem razão de chance maior de procura ao serviço de saúde por problemas osteomusculares. Dedicção et al., (2017) indicam que a dor é altamente prevalente em mulheres climatéricas de 40 a 60 anos, sendo as localizações mais afetadas a lombar, joelhos e ombros, com a dor relatada, como sendo moderada a intensa. No estudo de Cipriano; Almeida; Vall (2011), a faixa etária entre 40 e 49 anos também foi a mais afetada pela dor crônica, coincidentemente a faixa etária do climatério. No entanto, deve-se considerar o relato da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, afirmando que a dor osteomuscular é a mais prevalente na população mundial, afetando todas as idades, estando presente na vida de todos os adultos em algum momento ao longo de sua vida, seja em um único episódio ou de maneira recorrente (MINSON; MENTZ- ROSANO, 2010).

Diferentemente das idosas ou mulheres climatéricas que tenderiam a minimizar o problema, considerando-o como consequência fatal do envelhecimento ou de atividades desempenhadas no trabalho e nas tarefas diárias, as mais jovens teriam menor limiar de tolerância e maior capacidade de discriminação (DARNALL; STACEY; CHOU, 2012). Wendt et al., (2017) relatam que além do envelhecimento, a intensidade e a duração da dor, o comprometimento muscular, a atividade laboral e o estado psicológico podem interferir no nível da incapacidade, atuando como fatores de confusão na relação entre a idade e o nível de incapacidade. Ainda, as diferenças entre os estudos podem estar relacionadas a vários aspectos, como diferenças culturais, econômicas, sociais, psicológicas, ambientais, condição de saúde, tipo de estudo, população avaliada, seleção da amostra e utilização de diferentes instrumentos para a avaliação da dor.

Neste estudo, a renda per capita e a escolaridade não se associou a presença dos sintomas, bem como ao impedimento para realização de atividades e procura por profissional da saúde em função destes. Contrariamente, com relação à escolaridade, Forni et al., (2012), indicaram relação entre dor muito severa e baixo nível educacional. Ainda, um estudo de caráter transversal, em que foram incluídas mulheres com idade entre 40 e 60 anos, inseridas no programa de Estratégia Saúde da Família de uma UBS de São Paulo, indicou que os níveis de dor foram maiores para mulheres com baixo nível de escolaridade e relataram que adultos sem instrução ou que não completaram o Ensino Fundamental relataram mais problema crônico de coluna (DE OLIVEIRA et al., 2015, DEDICAÇÃO et al., 2017). A literatura sobre epidemiologia e fatores associados aos sintomas osteomusculares avaliados de maneira ampla é escassa. Nota-se que a maior parte dos estudos foi dedicada ao estudo da dor, limitando

assim o entendimento das características desses sintomas e suas implicações para o bem-estar, especialmente em mulheres.

Pesquisadores que investigaram as relações entre escolaridade e relato de dor (URQUHART et al., 2009, HOY et al., 2010, GULBRANDSEN et al., 2010, DE VITTA et al., 2013) afirmam que pessoas com menor escolaridade se caracterizam como um grupo de trabalhadores que comumente inserem-se precocemente no mercado trabalho, assumindo profissões menos especializadas que implicam em maior exposição a fatores de riscos ergonômicos, como repetição, força, vibração, má postura, entre outras. Além disso, esse grupo tende a ter dificuldade de acesso aos cuidados em saúde, o que conseqüentemente acarreta maior vulnerabilidade. Cipriano; Almeida; Vall (2011), explicam que essas pessoas têm menor conhecimento sobre a importância da avaliação e gerenciamento adequados da dor e menor condições financeiras, frequentemente se auto medicam e têm menor acesso aos serviços de saúde.

No presente estudo, as mulheres que não estavam em relacionamento estável (solteiras, separadas ou viúvas) apresentaram maior comprometimento ($p < 0,05$) quanto ao número de sintomas, impedimento para atividades e busca por profissionais da saúde. Assim, as responsabilidades familiares, econômicas e sociais das mulheres que estão em um relacionamento estável, que supostamente poderiam contribuir para a presença de sintomas e redução da capacidade de realização das atividades não se confirmaram. No entanto, muitas vezes, a família e filhos podem representar uma dupla jornada após o trabalho que impacta negativamente o organismo pela imposição de sobrecarga e estresse físico e mental. Por outro lado, a família também pode representar apoio social, oferecendo suporte e auxiliando na redução da sobrecarga. Nesse sentido, estudos demonstraram efeitos benéficos de viver com um parceiro durante a doença crônica (TAYLOR; DAVIS; ZAUTRA, 2013, WARD; LEIGH, 1993). Assim, o estado civil e a composição familiar se revelam fatores paradoxais e precisam de um exame mais aprofundado, tendo em vista que a dinâmica familiar pode ser fator de risco para alguns e fator de proteção para outros a depender da qualidade, nível de afetividade e da satisfação com essas relações.

A presença de sintomas, bem como maiores intensidades destes apresentaram correlações com incapacidade de realizar atividades cotidianas e com a procura de profissionais da saúde para as nove regiões avaliadas ($p < 0,001$). As restrições para realizar as atividades e consulta a algum profissional também foram significativamente associados para todas as regiões ($p < 0,001$). Esses resultados confirmam que os sintomas, especialmente nos níveis relatados pelas mulheres avaliadas podem ser muito incapacitantes. Ainda, essas

associações sugerem a validade dos instrumentos subjetivos para avaliação da dor, uma vez que apresentam coerência em seus resultados.

Considerando a alta prevalência e a cronicidade dos sintomas osteomusculares apresentados pelas mulheres, destaca-se a necessidade de uma abordagem integral e resolutiva orientada à prevenção, tratamento e manejo adequado dessas condições, uma vez que a prevalência dessas em grupos social e economicamente vulneráveis, bem como a associação com restrição de atividades e maior uso de serviços de saúde sugerem que esses sintomas tem impacto sobre a vida profissional e social dessas mulheres, contribuindo para diminuição da qualidade de vida.

Considerações Finais

Apesar da alta prevalência dos sintomas osteomusculares, muitas mulheres não procuraram profissional de saúde e não apresentaram incapacidade em função dos mesmos. As mulheres mais jovens e as que não estavam em relacionamento estável apresentaram significativamente maior número de sintomas, procura por profissional e incapacidade para a maioria das regiões avaliadas. Não houve associação com renda per capita e escolaridade. A presença de sintomas, bem como maiores intensidades destes apresentaram associações com incapacidade de realizar atividades cotidianas e com procura de profissionais da saúde para as nove regiões avaliadas. O impedimento para realizar as atividades e consulta a algum profissional também foram significativamente associados para todas as regiões.

A alta prevalência de SO é preocupante, particularmente porque o sistema público de saúde não está preparado para atender às necessidades exigidas por este cenário caracterizado por necessidades de atenção prolongada, intensivas e de alto custo. As informações obtidas por esse estudo contribuem para a adoção de estratégias orientadas à promoção de atenção integral a saúde da mulher considerando os grupos vulneráveis que possuem maior probabilidade de apresentar limitações funcionais em decorrência de SO. Para mudarmos esse quadro, será necessária maior compreensão dos sintomas osteomusculares e seus determinantes, bem como de um olhar epidemiológico e interdisciplinar sobre esses fenômenos.

Referências

1. ALENCAR, Maria do Carmo Baracho; OTA, Natasha Harumi. O afastamento do trabalho por LER/DORT: repercussões na saúde mental. **Rev Ter Ocup.**, v.22, n.1, p.60-7, 2011.

2. BATIZ, Eduardo Concepción et al. Prevalência dos SO em movimentadores de mercadorias com carga. **Produção**, v.23, n.1 p.168-77, 2013.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
4. CASTILHO, Euclides Ayres de; GOLDBAUM, Moisés. Doenças crônicas não transmissíveis e inquéritos populacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 1s, 2017.
5. CIPRIANO, Anderson; ALMEIDA, Daniel Benzecry de; VALL, Janaina. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. **Rev. dor**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 297-300, Dec. 2011.
6. DARNALL, Beth D; STACEY, Brett R; CHOU, Roger. Medical and Psychological Risks and Consequences of Long- Term Opioid Therapy in Women. **Pain Medicine**, v.13, n.9 p.1181- 211, 2012.
7. DE VITTA, Alberto et al. Sintomas musculoesqueléticos em motoristas de ônibus: prevalência e fatores associados. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 26, n. 4, p. 863-871, Dec. 2013.
8. DEDICACAO, Anny Caroline et al. Prevalência de dor musculoesquelética em mulheres climatéricas em uma Unidade Básica de Saúde de São Paulo/SP. **Rev. dor**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 212-216, set. 2017
9. DELLAROZA, Mara Solange Gomes; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; MATSUO, Tiemi. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1151-1160, May 2007.
10. FERREIRA FILHO, Arnaldo Amado. Capsulite adesiva. **Rev Bras Ortop.**, v.40, n.10 p.565-74, 2005.
11. FERREIRA, Gustavo D. et al. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do sul do Brasil: estudo de base populacional. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 15, n. 1, p. 31-36, Feb. 2011.
12. FERREIRA, Gustavo D. et al. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do sul do Brasil: estudo de base populacional. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 15, n. 1, p. 31-36, Feb. 2011.
13. FERREIRA, Manuela L et al. Factors defining care-seeking in low back pain: a meta-analysis of population based surveys. **Eur J Pain**, 2010.
14. FIALHO, Sonia Cristina de Magalhães Souza et al. Avaliação do sistema musculoesquelético na unidade de emergência. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 244-248, June 2011.
15. FORNI, José Eduardo et al. Perfil sociodemográfico e clínico de uma coorte de pacientes encaminhados a uma Clínica de Dor. **Rev. dor**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 147-151, June 2012.

16. GULBRANDSEN, Pål et al. Health care providers communicate less well with patients with chronic low back pain – A study of encounters at a back pain clinic in Denmark. **Pain**. v.150, n.3, p.458-61, 2010.
17. HOY, D et al. The epidemiology of low back pain. **Best Pract Res ClinRheumatol**, v.24, n.6 p.769-81, 2010.
18. JENSEN, Mark P; CHEN, Connie; BRUGGER, Andrew M. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. **J Pain**, v.4, p.407-14, 2003.
19. KAROLY, Paul RUEHLMAN, Linda S. Psychological “resilience” and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. **Pain**, v.123 p.90-7, 2006.
20. KUORINKA, I et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Appl Ergon**. v.18 p.233-7, 1987.
21. LARGACHA, Maurício et al. Deficits in shoulder function and general health associated with sixteen common shoulder diagnoses: a study of 2674 patients. **J Shoulder Elbow Surg.**, v.15, n.1, p.30-9, 2006.
22. LOPES, Manuel José et al. Evaluation of elderly persons functionality and care needs. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 52-60, Feb. 2013.
23. MADEIRA, Hellyne Giselle Reis et al. Incapacidade e fatores associados à lombalgia durante a gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, p. 541-548, Dec. 2013.
24. MEUCCI, Rodrigo D et al. Increase of chronic low back pain prevalence in a medium-sized city of southern Brazil. **BMC Musculoskel Disord**. 2013; 14:155-61.
25. MINSON, Fabíola Peixoto; MENTZ-ROSANO, Liége. Dor musculoesquelética. Fascículo 4. 2010.
26. MOUSAVI, Sayed Javade t al. Cultural adaptation and validation of the Persian version of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) outcome measure. **Clin Rehabil.**, v.22, n.8, p.749-57, 2008.
27. NASCIMENTO, Paulo Roberto Carvalho do; COSTA, Leonardo Oliveira Pena. Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1141-1156, June 2015.
28. NUSBAUM, L. et al. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 34, n. 2, p. 203-210, Feb. 2001.
29. OLIVEIRA, Max Moura de; et al. Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) autorreferidos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(2): 287-296, abr-jun, 2015.

30. PALMEIRA, Cláudia Carneiro de Araújo; ASHMAWI, Hazem Adel; POSSO, Irimar de Paula. Sexo e percepção da dor e analgesia. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 61, n. 6, p. 820-828, Dec. 2011.
31. PINHEIRO, Fernanda Amaral; TROCCOLI, Bartholomeu Torres; CARVALHO, Cláudio Viveiros de. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 307-312, June 2002.
32. REIS, Dener Carlos dos et al. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 663-674, dez. 2012.
33. RISSARDO, Leidyani Karina et al. Idosos atendidos em unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **REME –Rev Min Enferm.**, v.20 e.971, 2016.
34. SALVETTI, Marina de Góes et al. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. spe, p. 16-23, Oct. 2012.
35. SILVA D et al. Proporção de Doenças Musculoesqueléticas em Membros Inferiores nos Integrantes da Polícia Militar do Estado da Bahia. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, 2(1): Jan/2012
36. STEFANE, Thais et al. Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 1, p. 14-20, 2013.
37. SZWARCOWALD, Célia Landmann et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 333-342, Feb. 2014.
38. TAYLOR, Shannon Stark; DAVIS, Mary C; ZAUTRA, Alex J. Relationship status and quality moderate daily pain-related changes in physical disability, affect, and cognitions in women with chronic pain. **Pain**, v.154, n.1, p.147–53, 2013.
39. TRINDADE, Kiria Maria de Carvalho; SCHMITT, Ana Carolina Basso; CASAROTTO, Raquel Aparecida. Musculoskeletal complaints in a health unit: implications for health planning and physical therapy. **Fisioter. Pesqui.** São Paulo , v. 20, n. 3, p. 228-234, Sept. 2013.
40. TURNER, Judith A; HOLTZMAN, Susan; MANCL, Lloyd. Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. **Pain**, v.127, n.3 p.276-86, 2007.
41. URQUHART, Donna M et al. Low back pain and disability in community-based women: prevalence and associated factors. **Menopause**, v.16, n.1 p.24-9, 2009.
42. VIGATTO, Ricardo; ALEXANDRE, Neusa Maria; CORREA FILHO, Heleno Rodrigues. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. **Spine**, v.32, n.4, p.481-6, 2007.

43. WARD, MM; LEIGH, JP. Marital status and the progression of functional disability in patients with rheumatoid arthritis. **Arthritis Rheum.**, v.36, n.5 p.581–8, 1993.
44. WENDT, Ariane do Santos et al. Funcionalidade e incapacidade em pacientes comprometimento musculoesquelético. **R. Bras. CieMov**, v.25, n.4 p.15-22, 2017.
45. WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization. v.1, p.143-51, 2005.

DESDOBRAMENTO A PARTIR DO ESTUDO 1

O Estudo 1 identificou alta prevalência dos SO, bem como associações entre maiores intensidades destes com incapacidade de realizar atividades cotidianas e procura por profissionais da saúde.

Vários estudos apontam a relação entre os SO e o trabalho (DEDICAÇÃO et al., 2017; CIPRIANO, 2011, WENDT et al., 2017, URQUHART et al., 2009). Esses são denominados Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e dizem respeito a uma gama de condições decorrentes da inflamação ou degeneração de tendões, nervos, ligamentos, músculos e estruturas periarticulares em diferentes sítios (dedos, punhos, antebraços e braços, ombros e região cervical) dos membros superiores e pescoço (COSTA; VIEIRA, 2010, HA et al., 2009).

No Brasil, não são disponibilizados dados de abrangência nacional com fineza de detalhes sobre os DORT, como a relação do gênero e suas características sociodemográficas. No entanto, os estudos de prevalência permitem uma estimativa aproximada da gravidade do quadro. De acordo com os registros da Previdência Social (BRASIL, 2013) os grupos diagnósticos com maiores prevalências de benefícios do tipo auxílio-doença foram doenças osteomusculares. Ainda, dados secundários coletados por meio da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (IBGE, 2014) encontraram que a prevalência de DORT na população brasileira foi de 2,5%, sendo a maioria do sexo feminino (ASSUNÇÃO; ABREU, 2017).

Ao se falar sobre SO e trabalho remunerado pode se gerar um viés ao comparar essas trabalhadoras com as donas de casa, apontando as primeiras como as que apresentam maior prevalência dos mesmos (HOY et al., 2010). No entanto, sabe-se que o trabalho doméstico ainda é pouco estudado no que se refere às repercussões na saúde das mulheres e que ambos, trabalho profissional ou doméstico podem apresentar fatores de risco e de proteção, influenciando tanto nos aspectos físicos quanto nos aspectos mentais da saúde. Assim, as pesquisas de saúde das mulheres devem, portanto, considerar os múltiplos papéis exercidos por estas, incluindo avaliação dos diferentes espaços da vida nos quais as mesmas atuam. Ainda, avaliar também as morbidades referidas (MR) e indicadores de bem-estar (IBE) nesses dois segmentos poderão contribuir para ampliar o conhecimento desse perfil na população, fornecendo subsídios para o planejamento de ações de promoção da saúde, caracterizando-se como uma ferramenta de vigilância em saúde.

Dessa maneira, a partir dos resultados do primeiro estudo, buscou-se ampliar o conhecimento a respeito dos sintomas osteomusculares, bem como as morbidades referidas e

indicadores de bem-estar, considerando as mulheres que realizavam trabalho remunerado (considerando dentro desse grupo também as domésticas salarizadas) e as que não realizam trabalho remunerado. Esses resultados estão no Artigo 2, a ser submetido, apresentado a seguir.

ARTIGO 2

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, SINTOMAS OSTEOMUSCULARES,
MORBIDADES REFERIDAS E INDICADORES DE BEM- ESTAR DE MULHERES
COM E SEM TRABALHO REMUNERADO: RESULTADOS DO INQUÉRITO DE
SAÚDE DA MULHER DE UBERABA-MG**

Perfil Sociodemográfico, Sintomas Osteomusculares, Morbidades Referidas e Indicadores de Bem-Estar de Mulheres com e sem Trabalho Remunerado: Resultados do Inquérito de Saúde da Mulher de Uberaba-MG

Marina Mendonça Emilio; Juliana Martins Pinto; Maria Cristina Cortez Carneiro Meirelles; Shamyry Sulyvan de Castro; Eduardo Porcatti Walsh; Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

Apoio: FAPEMIG

Resumo

As morbidades crônicas estão cada dia mais presentes na vida da população e principalmente entre as mulheres. O objetivo do presente estudo foi avaliar o perfil sociodemográfico, sintomas osteomusculares e outras morbidades referidas, indicadores de bem-estar e associações entre estas variáveis em mulheres, segundo inserção no mercado de trabalho, analisando dados do Inquérito de Saúde da Mulher da cidade de Uberaba/MG. Estudo transversal de base populacional, do qual participaram 1.483 mulheres, sendo 533 com trabalho remunerado e 950 sem trabalho remunerado. Foram analisadas características sociodemográficas, sintomas osteomusculares (utilizando-se o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares e a Escala Visual Analógica), as Morbidades Referidas (por meio de autorrelato) e os Indicadores de Bem-estar (por meio de perguntas sobre o tema). A prevalência de sintomas osteomusculares foi alta e a região com maior número de mulheres com relatos de sintomas, que causou mais limitações nas atividades e que mais levou à procura por profissionais de saúde foi a coluna lombar. As morbidades referidas mais relatadas foram as do sistema respiratório. Houve diferença significativa entre os grupos para as morbidades referidas no sistema genitourinário e digestivo, desempenho das atividades do dia a dia, impedimento para realizar atividades devido a dor, cansaço com facilidade, esforço para realizar tarefas habituais e sentir-se nervosas/tensas/preocupadas, com maior comprometimento para as donas de casa. Sugere-se a realização de outro estudo com as mulheres que exercem trabalho remunerado, avaliando as características dos mesmos.

Palavras-chave: Mulheres; Inquérito de Saúde; Sistema Osteomuscular; Doenças não transmissíveis; Condições de saúde.

Abstract

Chronic morbidities are increasingly present in the lives of the population and especially among women. The objective of the present study was to evaluate the sociodemographic profile, musculoskeletal symptoms and other mentioned morbidities, well-being indicators and associations between these variables in women, according to insertion in the labor market, analyzing data from the Women's Health Survey of the city of Uberaba/MG. A cross-sectional population-based study, in which 1,483 women participated, of which 533 were paid and 950 housewives. Sociodemographic characteristics, musculoskeletal symptoms were analyzed using the Nordic Questionnaire of Musculoskeletal Symptoms and the Visual Analogic Scale, the Referred Morbidities were evaluated through self-report and the Wellbeing Indicators by means of questions on the subject. The region with the highest number of women with reports of musculoskeletal symptoms, which caused more limitations in the activities and which most led to the search for health professionals was the lumbar spine. The most commonly reported morbidities were those of the respiratory system. There was a significant difference between the groups for the morbidities reported in the genitourinary and digestive system, performance of daily activities, impediment to perform activities due to pain, fatigue with ease, effort to perform habitual tasks, and feeling nervous / tense / worried, with greater commitment to housewives. It is suggested that another study be carried out with women who perform paid work, evaluating their characteristics

Key words: Women; Health Surveys; Musculoskeletal System; Noncommunicable Diseases; Health Status.

Introdução

O trabalho está diretamente relacionado à época em que os seres humanos começaram a modificar a natureza e o espaço em que viviam para a construção de materiais e instrumentos em prol de suas necessidades humanas básicas (BEATRIZ, 2010). No entanto, antigamente lugar de mulher era dentro de casa, cuidando dos filhos e vivendo em função destes e do marido. Somente a partir da metade do Século XX o número de mulheres que exercem atividade remunerada vem crescendo (BYLES et al., 2013), conquistado cada vez mais lugar na sociedade e, por consequência, no mercado de trabalho.

Diante do desempenho feminino exclusivo a essas funções do lar, não exercendo nenhuma atividade remunerada, as mulheres foram denominadas “donas de casa” e, apesar da rotina intensa de trabalho doméstico que as mantêm ocupadas, os afazeres domésticos não são contabilizados como atividades econômicas pelas estatísticas oficiais disponíveis no Brasil,

ainda que essa jornada de trabalho seja similar à de uma atividade remunerada (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2016).

As atividades domésticas supostamente são tidas como de maior autonomia, menor pressão quanto a prazos, senso de responsabilidade e controle sobre as tarefas. No entanto, são desvalorizadas socialmente, consideradas como um trabalho improdutivo (SANTOS; DINIZ, 2011) e associadas ao isolamento da mulher dentro de casa, à estagnação e à doença para quem o realiza exclusivamente (FIORIN; OLIVEIRA; DIAS, 2014).

Já as mulheres inseridas no mercado de trabalho podem desempenhar papel relevante na construção de sua independência financeira e da autopercepção de sua competência e valor social, ampliando sua autoestima e refletindo, conseqüentemente, em sua saúde e bem-estar (NOORDT et al., 2014, WIEDER- HUSZLA et al., 2014; FIORIN; OLIVEIRA; DIAS, 2014). Por outro lado, pesquisas realizadas em diferentes contextos (TREAS; VAN DER LIPPE; TAI, 2011, TREAS; DROBNIC, 2010, DA SILVA et al., 2014; VAN VILSTEREN et al., 2015; HOU et al., 2017) têm mostrado que o trabalho remunerado pode levar ao adoecimento.

Assim, considerando que ambos, trabalho profissional ou doméstico podem apresentar fatores de risco e de proteção, influenciando tanto nos aspectos físicos quanto nos aspectos mentais da saúde, as pesquisas de saúde das mulheres devem, portanto, considerar os múltiplos papéis exercidos por estas, incluindo avaliação dos diferentes espaços da vida nos quais as mesmas atuam. No entanto, o trabalho doméstico ainda é pouco estudado no que se refere às repercussões na saúde das mulheres, que permanecem as principais responsáveis pelo mesmo e a maioria das investigações não o inclui na abordagem do trabalho feminino. No Brasil, são raras as pesquisas de base populacional dedicadas à análise do estado de saúde em relação ao trabalho feminino, principalmente comparando trabalhadoras remuneradas com donas de casa (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2016). Desta maneira, estudos que avaliem sintomas osteomusculares (SO), morbidades referidas (MR) e indicadores de bem-estar (IBE) nesses dois segmentos poderão contribuir para ampliar o conhecimento desse perfil na população, fornecendo subsídios para o planejamento de ações de promoção da saúde, caracterizando-se como uma ferramenta de vigilância em saúde.

Nesse contexto, os inquéritos populacionais de saúde são essenciais para conhecer o perfil de saúde, a distribuição dos fatores de risco e suas tendências, além das desigualdades em saúde. As informações coletadas periodicamente permitem o monitoramento de ações e programas de saúde em distintos subgrupos populacionais e subsidiam o planejamento e a gestão das intervenções em saúde coletiva (BARROS, 2008).

O objetivo do presente estudo foi avaliar o perfil sociodemográfico, sintomas osteomusculares, morbidades referidas, indicadores de bem-estar e associações entre estas variáveis em mulheres, segundo inserção no mercado de trabalho.

Metodologia

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, parte de um projeto designado Inquérito de Saúde da Mulher (ISA MULHER), realizado em residências da zona urbana da cidade de Uberaba – MG em 2014, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob CAAE nº 1826. As mulheres participantes foram selecionadas a partir de uma amostragem probabilística em múltiplos estágios. O cálculo amostral foi realizado e considerado ideal com 1530 mulheres, sendo que informações adicionais podem ser obtidas em material já publicado (HENRIQUES et al., 2017).

A amostra total do estudo foi composta por um total de 1.557 mulheres, com idade igual ou superior a dezoito anos. Entretanto, participaram do presente estudo 1.483 mulheres, uma vez que foram excluídas 74 participantes que não responderam corretamente às variáveis de interesse.

As características sociodemográficas foram autorrelatadas e indicadas por idade (classificada nas categorias: 18-34 anos, 35 a 59 anos e 60 anos ou mais), anos de escolaridade, renda per capita (calculada pela divisão da renda familiar mensal pelo número de pessoas que residiam na casa), estado civil (classificado como em união: casada ou união estável e sem união: solteira, separada ou viúva) e exercício de trabalho remunerado (Sim ou Não).

O Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO) foi utilizado para avaliar os SO nos últimos 12 meses. Foi desenvolvido com a proposta de padronizar a mensuração de relato de SO em nove regiões e assim facilitar a comparação dos resultados com estudos relacionado (KUORINKA et al., 1987). É composto pelas seguintes questões: nos últimos 12 meses, você teve problemas (dor, formigamento/dormência) nas regiões específicas do corpo (cervical, ombros, cotovelos, punhos/mãos, coluna dorsal, coluna lombar, quadris/coxas, joelhos, tornozelos/pés)?; nos últimos 12 meses, você foi impedido de realizar atividades normais (trabalho, atividades domésticas e de lazer) por causa desse problema nas regiões citadas acima?; nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional da área da saúde (exemplo: médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição? Esse instrumento foi validado por Pinheiro; Tróccoli; Carvalho (2002), com um índice adequado de validade para a versão brasileira.

As MR foram avaliadas por meio de autorrelato, a partir de uma lista baseada no questionário Índice de Capacidade para o Trabalho (TUOMI et al., 2005), com o acréscimo de algumas feitas pelos autores, apresentando morbidades referentes aos vários sistemas: Sistema cardíaco (hipertensão arterial, doença coronariana, dor no peito durante o exercício, infarto do miocárdio, trombose coronariana, insuficiência cardíaca, cardiomegalia, chagas, outra doença cardiovascular); Sistema respiratório (infecções repetidas do trato respiratório - amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda, bronquite crônica, sinusite crônica, asma, enfisema, tuberculose pulmonar, outra doença respiratória); Sistema emocional (distúrbio emocional severo ou distúrbio emocional leve); Sistema neurológico (problema ou diminuição da audição, doença ou lesão da visão, doença neurológica (acidente vascular cerebral, neuralgia, enxaqueca, epilepsia, convulsões, outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos); Sistema digestivo (pedras ou doença da vesícula biliar, doença do pâncreas ou do fígado, úlcera gástrica ou duodenal, gastrite ou irritação duodenal, colite ou irritação duodenal, outra doença digestiva); Sistema genitourinário (infecção das vias urinárias, diarreia, constipação, gases, doenças dos rins, doenças nos genitais e aparelho reprodutor, outra doença geniturinária; Tumoral (tumor benigno, tumor maligno); e Endócrino/Metabólico (obesidade, diabetes, varizes, colesterol alto, bócio ou outra doença da tireóide, hipotireoidismo, hipertireoidismo, outra doença endócrina ou metabólica). (Anexo7). Foi considerado que a mulher apresentava comprometimento em determinado sistema quando esta relatou uma ou mais morbidades dentro do mesmo.

Para a avaliação dos IBE, foram utilizadas questões baseadas no Questionário WHOQOL- bref (SILVA et al., 2014), da Escala de Escala de Rastreamento Populacional de Depressão (CES-D – Center for Epidemiologic Studies-Depression), validada para uso no Brasil (FERNANDES, ROZENTHAL, 2008) e do Self-Report Questionnaire (SRQ-20), para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (GONÇALVES, STEIN, KAPCZINSKI, 2008) (Anexo 8), tendo sido realizadas as seguintes perguntas com as respectivas opções de respostas: "Como você avaliaria sua qualidade de vida" (Muito ruim/Ruim, Nem ruim nem boa, Boa/Muito boa); "Quão satisfeita você está com sua saúde" (Muito insatisfeita/Insatisfeita, Nem satisfeita nem insatisfeita, Satisfeita/Muito satisfeita); "Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia" (Muito insatisfeita/Insatisfeita, Nem satisfeita nem insatisfeita, Satisfeita/Muito satisfeita); "Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa" (Nada/Muito pouco, Mais ou menos, Bastante/Extremamente); "Você sente-se nervosa, tensa ou preocupada" (Sim ou não); "Você sente-se cansada o tempo todo" (Sim ou não); "Você se cansa com facilidade" (Sim ou não); "Quão satisfeita você está com

sua capacidade de desempenhar as atividade do dia a dia (Muito insatisfeita/Insatisfeita, Nem satisfeita nem insatisfeita, Satisfeita/Muito satisfeita); “Quão satisfeita você está com seu sono” (Muito insatisfeita/Insatisfeita, Nem satisfeita nem insatisfeita, Satisfeita/Muito satisfeita), e “Você dorme mal” (Sim ou não).

Inicialmente os dados foram armazenados no programa Epi Data versão 3.1 e posteriormente foram transferidos para uma planilha do programa Microsoft Office 2007 Excel®, onde se realizaram a validação e a consistência dos dados. Em seguida o banco de dados foi importado para o programa *Statiscal Package for Social Sciencies* (SPSS) versão IBM 24.0, para a realização das análises estatísticas.

A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste de Kolmogorov Smirnov que indicou uma distribuição não normal. Para análise univariada foram utilizadas medidas como frequência e porcentagem e variabilidade como média e desvio padrão. Posteriormente foi realizada a análise bivariada, onde foram empregados os Testes Man Whitney e Qui quadrado, com significância estatística de 5%.

Resultados

A maioria das mulheres 950 (64,06%) não exercia trabalho remunerado. Destas, 398 (41,90%) estavam na faixa estaria de 60 anos ou mais, a maioria 487 (51,26%) em união estável e apresentaram média de escolaridade de 7,76 ($\pm 5,23$) anos e de renda per capita de 815,98 ($\pm 1082,75$) reais.

O número de mulheres que exercia trabalho remunerado foi de 533 (35,94 %). A maioria 291 (54,60%), estava na faixa etária de 35-59 anos e 303 (56,85 %) não estava em união estável. A média de escolaridade foi de 9,17($\pm 4,90$) anos e da renda per capita de 788,55 ($\pm 766,69$) reais.

Houve diferenças significativas entre os dois segmentos ($p < 0,05$) para todas essas variáveis, com exceção da renda per capita, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da população. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1483)

Exerce trabalho remunerado			
VARIÁVEIS	SIM	NÃO	p
Frequência (%)			
Idade			
18 – 34	167 (31,33)	204 (21,47)	0,001*
35 – 59	291 (54,60)	348 (36,63)	
≤ 60	75 (14,07)	398 (41,90)	
Estado Civil			
Em união estável	230 (43,15)	487 (51,26)	0,003*
Sem união estável	303 (56,85)	463 (48,74)	
Média (DP)			
Renda per capita	788,55 (766,69)	815,98 (1082,75)	0,423
Escolaridade	9,17 (4,90)	7,76 (5,23)	0,001**

Legenda: DP=Desvio Padrão; *p< 0,05 - Qui Quadrado de Pearson; **p<0,05 - Teste de Mann Whitney.

A prevalência dos SO, impacto nas atividades diárias e necessidade de consulta a profissional de saúde para cada região avaliada são apresentados na Tabela 2.

Houve alta prevalência desses sintomas com pelo menos 20% de mulheres acometidas (com e sem trabalho remunerado) para ombro, colunas dorsal e lombar, punho/mão, quadril/coxa, joelho e tornozelo/pé.

As mulheres que exerciam trabalho remunerado relataram maior número de SO na coluna lombar (31,14 %), punho/mão (27,02 %) e coluna dorsal (26,45 %). Já para as donas de casa as regiões mais afetadas foram coluna lombar (34,95 %), ombro (27,47 %) e coluna dorsal (25,89 %).

As regiões que causaram mais limitações nas atividades para as mulheres com trabalho remunerado foram a coluna lombar (12,01 %), joelho (11,63 %) e coluna dorsal (10,51 %). Para as donas de casa foram a coluna lombar (12,63 %) ombro (11,58 %) e joelho (11,47 %).

As regiões cujos sintomas levaram a maior procura por profissionais de saúde para as mulheres com trabalho remunerado foram coluna lombar (18,01 %), joelho (14,82 %) e coluna dorsal (14,26 %) e para as donas de casa foram a coluna lombar (17,58 %), joelho (15,05 %) e quadril/coxa (13,68 %).

Foi encontrado maior número de mulheres com SO na região de ombro entre as donas de casa (p=0,046). Para as demais regiões estas diferenças não foram significativas (Tabela 2).

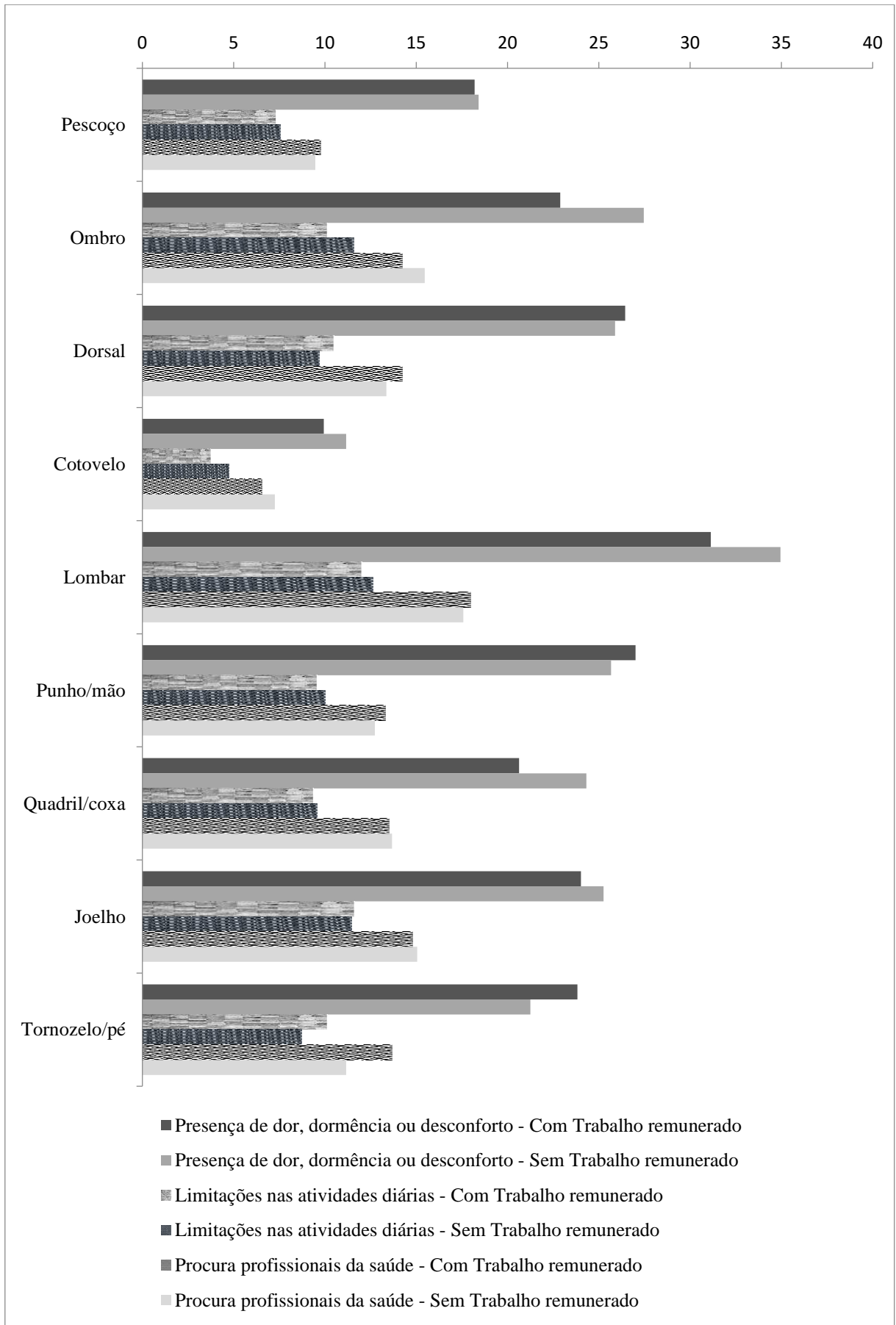


Figura 1: Prevalência dos sintomas, impacto nas atividades diárias e necessidade de consulta a profissional de saúde para cada região do corpo. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1483).

Tabela 1: Prevalência dos sintomas, impacto nas atividades diárias e necessidade de consulta a profissional de saúde para cada região do corpo. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1483).

REGIÕES		Presença de dor, dormência ou desconforto Frequência (%)			Limitações nas atividades diárias Frequência (%)			Procura profissionais da saúde Frequência (%)		
		Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p
Exerce atividade remunerada										
Pescoço	Sim	97 (18,20)	175 (18,42)	0,916	39 (7,32)	72 (7,58)	0,854	52 (9,76)	90 (9,47)	0,859
	Não	436 (81,80)	775 (81,58)		494 (92,68)	878 (92,42)		481 (90,24)	860 (90,53)	
Ombro	Sim	122 (22,89)	261 (27,47)	0,046*	54 (10,13)	110 (11,58)	0,394	76 (14,26)	147 (15,47)	0,530
	Não	411 (77,11)	689 (72,53)		479 (89,87)	840 (88,42)		457 (85,74)	803 (84,53)	
Dorsal	Sim	141 (26,45)	246 (25,89)	0,814	56 (10,51)	92 (9,68)	0,612	76 (14,26)	127 (13,37)	0,632
	Não	392 (73,55)	704 (74,11)		477 (89,49)	858 (90,32)		457 (85,74)	823 (86,63)	
Cotovelo	Sim	53 (9,94)	106 (11,16)	0,468	20 (3,75)	45 (4,74)	0,374	35 (6,57)	69 (7,26)	0,614
	Não	480 (90,06)	844 (88,84)		513 (96,25)	905 (95,26)		498 (93,43)	881 (92,74)	
Lombar	Sim	166 (31,14)	332 (34,95)	0,137	64 (12,01)	120 (12,63)	0,726	96 (18,01)	167 (17,58)	0,834
	Não	367 (68,86)	618 (65,01)		469 (87,99)	830 (87,37)		437 (81,99)	783 (82,42)	
Punho/mão	Sim	144 (27,02)	244 (25,68)	0,575	51 (9,57)	95 (10,00)	0,789	71 (13,32)	121 (12,74)	0,748
	Não	389 (72,98)	706 (74,32)		482 (90,43)	855 (90,00)		462 (86,68)	829 (87,26)	
Quadril/coxa	Sim	110 (20,64)	231 (24,32)	0,106	50 (9,38)	91 (9,58)	0,901	72 (13,51)	130 (13,68)	0,925
	Não	423 (79,36)	719 (75,68)		483 (90,62)	859 (90,42)		461 (86,49)	820 (86,32)	
Joelho	Sim	128 (24,02)	240 (25,26)	0,593	62 (11,63)	109 (11,47)	0,927	79 (14,82)	143 (15,05)	0,905
	Não	405 (75,98)	710 (74,74)		471 (88,37)	841 (88,53)		454 (85,18)	807 (84,95)	
Tornozelo/pé	Sim	127 (23,83)	202 (21,26)	0,254	54 (10,13)	83 (8,74)	0,374	73 (13,70)	106 (11,16)	0,150
	Não	406 (76,17)	748 (78,74)		479 (89,87)	867 (91,26)		460 (86,30)	844 (88,84)	

Legenda: *p< 0,05 - Qui Quadrado de Pearson.

A Tabela 2 apresenta a prevalência das MR. As mais relatadas para as mulheres com trabalho remunerado foram as respiratórias (48,41%), endócrinas/metabólicas (40,90%) e genitourinárias (37,71%). Já para as donas de casa foram as respiratórias (51,05%), gênero urinárias (44,53%) e endócrinas/metabólicas (39,47%).

Maior porcentagem de donas de casa apresentou MR no sistema digestivo ($p=0,005$) e gênero urinário ($p=0,011$).

Tabela 2: Prevalência das morbidades referidas. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1483).

Morbidades Referidas		Trabalho Remunerado		
		Frequência (%)		p
		SIM	NÃO	
Cardíacas	SIM	139 (26,08)	264 (27,79)	0,477
	NÃO	394 (73,92)	686 (72,21)	
Respiratórias	SIM	258 (48,41)	485 (51,05)	0,328
	NÃO	275 (51,59)	465 (48,95)	
Emocionais	SIM	131 (24,58)	231 (24,32)	0,910
	NÃO	402 (75,42)	719 (75,68)	
Neurológicas	SIM	125 (23,45)	236 (24,84)	0,550
	NÃO	408(76,55)	714 (75,16)	
Digestivas	SIM	140(26,27)	316 (33,26)	0,005*
	NÃO	393(73,73)	634 (66,74)	
Gênero urinárias	SIM	201(37,71)	423 (44,53)	0,011*
	NÃO	332(62,29)	527 (55,47)	
Tumorais	SIM	33(6,19)	80 (8,42)	0,120
	NÃO	500(93,81)	870 (91,58)	
Endócrinas/Metabólicas	SIM	218 (40,90)	375 (39,47)	0,590
	NÃO	315 (59,10)	575 (60,53)	

Legenda: * $p < 0,05$ - Qui Quadrado de Pearson.

Os resultados referentes aos IBE estão apresentados na Tabela 4. Observa-se que a maioria das mulheres (donas de casa e com trabalho remunerado) consideraram sua qualidade de vida Boa/Muito boa, estavam Satisfeitas/Muito satisfeitas com sua saúde e com o desempenho das atividades do dia a dia, apresentavam Nada/Muito pouco impedimento para realizar atividades devido a dor, sentiam-se nervosas/tensas/preocupadas, não se sentiam cansadas, não cansavam com facilidade e não referiam esforço para realizar tarefas habituais, estavam Satisfeitas/Muito satisfeitas com o sono e não dormiam mal.

No entanto, houve maior comprometimento para as donas de casa com relação a satisfação com o desempenho das atividades do dia a dia ($p=0,040$), impedimento para

realizar atividades devido a dor ($p=0,013$), sentir-se nervosa/tensa/preocupada ($p=0,009$), cansar com facilidade (0,004) e apresentar esforço para realizar tarefas habituais ($p=0,009$).

Tabela 3: Indicadores de bem-estar. ISA-Mulher, Uberaba, 2014 (n=1483).

Indicadores de bem-estar		Trabalho remunerado		
		Frequência (%)		
		SIM	NÃO	P
Avaliação da qualidade de vida	MR/R	26 (4,88)	52 (5,47)	0,082
	NR/NB	110 (20,64)	242 (25,48)	
	B/MB	397 (74,48)	656 (69,05)	
Satisfação com a saúde	MIS/IS	85 (15,95)	166 (17,47)	0,074
	NS/NIS	77 (14,45)	175 (18,42)	
	S/MS	371 (69,60)	609 (64,11)	
Satisfação com o desempenho das atividades do dia a dia	MIS/IS	50 (9,38)	99 (10,42)	0,040
	NS/NIS	61 (11,45)	151 (15,89)	
	S/MS	422 (79,17)	700 (73,69)	
Impedimento para realizar atividades devido a dor	N/MP	367 (68,86)	582 (61,26)	0,013*
	MM	80 (15,00)	183 (19,27)	
	B/EX	86 (16,14)	185 (19,47)	
Nervosa/tensa/preocupada	SIM	306 (57,41)	611 (64,32)	0,009*
	NÃO	227 (42,59)	339 (35,68)	
Cansada	SIM	112 (21,01)	240 (25,26)	0,057
	NÃO	421 (78,99)	710 (74,74)	
Cansa com facilidade	SIM	149 (27,95)	335 (35,26)	0,004*
	NÃO	384 (72,05)	615 (64,74)	
Esforço para realizar tarefas habituais	SIM	94 (17,64)	223 (23,47)	0,009*
	NÃO	439 (82,36)	727 (76,53)	
Satisfação com o sono	MIS/IS	176 (33,02)	306 (32,22)	0,883
	NS/NIS	132 (24,77)	246 (25,89)	
	S/MS	225 (42,21)	398 (41,89)	
Dorme mal	SIM	181(33,96)	353 (37,16)	0,237
	NÃO	352(66,04)	597 (62,84)	

Legendas: MR/R: Muito ruim/Ruim; NR/NB: Nem ruim/Nem bom; B/MB: Bom/Muito bom; MIS/IS: Muito insatisfeito/ insatisfeito; NS/NIS: Nem satisfeito/ Nem insatisfeito; S/MS: Satisfeito/ Muito satisfeito; N/MP: Nada/Muito pouco; MM: Mais ou menos; B/EX: Bastante/ Extremamente; * $p < 0,05$ - Qui Quadrado de Pearson

Discussão

O número de mulheres que exercia trabalho remunerado foi de 533 (35,94 %). Este número é menor do que o da população brasileira, já que os dados do IBGE (2014) indicavam que no Brasil, de 77.771 mulheres com idade maior que 18 anos 39.431 (50,70%) eram

ocupadas, sendo essa taxa de 42,91% para a região sudeste, onde se situa a cidade de Uberaba (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2014).

Os resultados indicaram que as mulheres que não exerciam trabalho remunerado eram mais velhas ($p < 0,001$), com 398 (41,90%) na faixa etária de 60 anos ou mais, enquanto que a maioria das mulheres com trabalho remunerado estava na faixa etária de 35-59 anos (54,60%), idade da população economicamente ativa. Os dados referentes a faixa etária das que não exerciam trabalho remunerado podem estar relacionados à aposentadoria, o que pode ter ocorrido com parte dessas, uma vez que no Brasil, segundo dados do anuário estatístico da previdência social de 2014, em 2012 foram concedidos 621.515 benefícios por idade, em 2013, 654.523 benefícios e em 2014, 645.687 benefícios. Para o estado de Minas Gerais esses benefícios foram 31.763 em 2012, 35.222 em 2013 e 37.377 em 2014 (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2014). Ainda, para as mulheres a aposentadoria significava uma saída definitiva do mercado de trabalho, muitas vezes porque essa já ocorria precocemente devido a nupcialidade e a fecundidade. O recebimento do benefício ocorria para elas em 1998, 10,1 anos mais tarde que sua saída do trabalho e em 2008 essa diferença reduziu para 7,3 anos (CAMARANO; KANSO, 2012).

No entanto, cabe lembrar que uma das consequências do processo do envelhecimento global é o aumento da proporção de idosos na população ativa. Neste sentido, fatores associados à permanência desses no mercado de trabalho têm sido amplamente estudados e pesquisas conduzidas em países de alta renda mostram as condições de saúde como um dos principais determinantes da permanência dos idosos no mercado de trabalho, assim como do seu retorno ao trabalho após a aposentadoria (MAZZONNA, 2014, CABAN- MARTINEZ et al., 2011).

Já o fato da maioria das mulheres inseridas no mercado de trabalho estar na faixa etária dos 35-59 anos, superando a das mulheres dos 18 aos 34 anos pode ser um indicativo de que entre as mais jovens há a opção pela frequência exclusiva à escola, o que vem a adiar o ingresso no mercado de trabalho. Outra explicação para esse resultado vincula-se ao fato de participação feminina no mercado de trabalho estar estreitamente ligada à idade dos filhos, pois crianças menores são mais dependentes e demandam maiores cuidados, os quais ainda são quase que exclusivamente atribuídos às mulheres, tornando mais difícil a inserção ou a continuidade nesse mercado. Nesse sentido, segundo Ramos; Aguas; Furtado (2011), a presença de filhos em idade pré-escolar, com mais intensidade, e de crianças na faixa etária de seis a 10 anos de idade, são obstáculos de destaque no ingresso feminino na força de trabalho, enquanto filhos acima dessa idade parecem não interferir na decisão de ingresso na força de

trabalho pelas mulheres. Além disso, o pico de probabilidade de participação feminina ocorre na faixa etária entre 30 e 39 anos de idade, seguida pela faixa posterior, de 40 a 50 anos, refletindo em alguma medida o ciclo de fecundidade e casamento.

A maioria das mulheres que não exerciam trabalho remunerado estavam em união estável (51,26%), contra 43,15% entre as que exerciam trabalho remunerado ($p < 0,003$). Estudo de Queiroz; Aragón (2015) mostrou que ser casada com ou sem filhos, reduz a possibilidade de a mulher trabalhar quando se compara com solteira sem filhos, chamando a atenção de que a redução da chance de trabalho foi significativamente maior para as casadas, sugerindo que as mulheres tendem a reduzir sua participação no mercado de trabalho depois da nupcialidade.

A média de escolaridade foi significativamente ($p < 0,001$) diferente entre as mulheres que não exerciam trabalho remunerado ($7,76 \pm 5,23$) anos e as que exerciam ($9,17 \pm 4,90$) anos. Maiores níveis de escolaridade mostram um efeito positivo sobre a oferta de trabalho feminino, já que essa está associada ao status ocupacional, propiciando maior oportunidade de exercer ocupações mais qualificadas com melhores remuneração, autonomia e prestígio (RAMOS; AGUAS; FURTADO, 2011, FERRARO, 2010) e ainda melhores condições de vida, maior grau de satisfação de necessidades, maior facilidade na aquisição de conhecimentos, além de influenciar atitudes e comportamentos que produzem efeitos positivos na saúde e, em particular, na saúde mental (BROWN; HARRIS, 1978). Por outro lado, as mulheres que não exercem trabalho remunerado, com níveis inferiores de escolaridade, apresentam pior qualidade de vida relacionada à saúde (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2016) e prevalências mais elevadas de doenças crônicas não transmissíveis (KLUMB; LAMPERT, 2004), transtornos mentais e depressão (ARAÚJO et al., 2006). Além disso, o potencial intelectual contribui na promoção de comportamentos saudáveis em mulheres mais instruídas, enquanto que pior condição de saúde, avaliada por meio de vários indicadores, em mulheres com menor nível de escolaridade, foi constatada por Senicato & Barros (2012).

Não houve diferença significativa entre os segmentos para a renda per capita, indicando que apesar do trabalho remunerado, este não trouxe maior poder aquisitivo para essas famílias. Nesse sentido, estudo de Ramos; Aguas; Furtado (2011), levanta evidências que famílias consideradas potencialmente pobres têm uma probabilidade mais alta de ter a mulher na força de trabalho. Segundo Novellino (2004), o que acontece com as mulheres que precisam trabalhar para proporcionar o seu sustento e de sua família é o fenômeno “feminização da pobreza” que pode ser justificado pelo modo de participação das mulheres no

mercado de trabalho pelos seguintes motivos: trabalho em tempo parcial ou temporário; discriminação salarial; concentração em ocupações que exigem menor qualificação e salários mais baixos; e participação nos mais baixos níveis da economia informal.

Quanto ao SO, houve alta prevalência dos mesmos, com pelo menos 20% de mulheres acometidas (com e sem trabalho remunerado) para ombro, colunas dorsal e lombar, punho/mão, quadril/coxa, joelho e tornozelo/pé. A Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED, capítulo brasileiro da International Association for the Study of Pain, IASP), afirma que a dor musculoesquelética é a mais prevalente na população mundial, afetando todas as idades (MINSON, MENTZ-ROSANO, 2017).

A região com maior número de mulheres (com e sem trabalho remunerado) com relatos foi a coluna lombar, com prevalência de 31,14% e 34,95% respectivamente. Essa é uma região de alta prevalência de dor, tanto no Brasil como no mundo, gerando custos sociais e econômicos de grandes proporções (NASCIMENTO; COSTA, 2015). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013) relataram que 18,5% da população brasileira referiram dor crônica na coluna, sendo 21,1% em mulheres.

Fatores relacionados à atividade profissional, como grande sobrecarga física, postura inadequada, movimentos repetitivos, sujeição à vibração e trabalhos em grande velocidade e aspectos relativos à organização do trabalho, como altas exigências por produtividade, ritmo acelerado, longas jornadas e condições inadequadas de trabalho são relacionados ao risco para lombalgias (ABREU; RIBEIRO, 2010, ALENCAR; TERADA, 2012, STEFANE et al., 2013). No entanto, a realização de tarefas domésticas em maior intensidade, maior exposição aos trabalhos repetitivos, posição não ergonômica e trabalho em grande velocidade, além das características anatomofuncionais como menor estatura, menor massa muscular, menor massa óssea, articulações mais frágeis e menos adaptadas ao esforço físico extenuante também podem acarretar mais sobrecarga na coluna (FERRERIA et al., 2011; Silva, FASSA, VALLE, 2004; CAPALDO, 2005).

A coluna lombar também foi a região que mais causou limitações nas atividades para as mulheres com e sem trabalho remunerado (12,01% e 12,63 %). Este resultado está em consonância com outros autores que ressaltam que a incapacidade em pacientes com dor lombar crônica varia de 11% a 76% e essa grande variação deve-se tanto aos conceitos de incapacidade adotados quanto aos métodos diferentes utilizados para medir esse fenômeno (SALVETTI et al., 2012). A dor lombar crônica constitui a principal causa de absenteísmo no trabalho, é causa de incapacidade nos indivíduos na faixa etária produtiva e é uma das causas mais onerosas de afecções do aparelho locomotor (ZAVARIZE et al., 2014). Na lombalgia

crônica, é comum ocorrer limitações funcionais nas atividades de vida diária e de vida prática, além de restrição na participação do indivíduo na sociedade (lazer, trabalho, escola) (SAMPAIO et al., 2005).

Apesar dos sintomas na coluna lombar serem os que mais levaram à procura por profissionais de saúde (18,01% e 17,58%), o número de mulheres que buscaram ajuda especializada em função dos mesmos foi baixo. Ferreira et al., (2010) refere que menos de 60% das pessoas que apresentam dor lombar procuram por tratamento. Esse fato pode estar vinculado à dificuldade de acesso aos serviços e a atitude face ao desconforto, uma vez que os comportamentos de resposta variam conforme a condição social e cultural, história de vida e personalidade (MILANI, 2012). No entanto, essa falta de procura à ajuda profissional pode levar ao agravamento do quadro, tornando-se incapacitante e afetando todas as dimensões da vida da pessoa em suas relações interpessoais, familiares, convívio social e capacidade de realizar atividades de vida diária (ELLIOTT, RENIER, PALCHER, 2003; FERREIRA, PEREIRA, 2016).

Vários estudos apontam a relação entre os SO e o trabalho (TRAN et al., 2016, RAFIE et al., 2015, DAVIS; KOTOWSKI, 2015, RASOTTO; BERGAMIN; SIMONETTI, 2015) e acredita-se que estes continuam crescendo rapidamente entre a população de trabalhadores, tornando o problema cada vez mais preocupante dentro do cenário mundial de promoção de saúde laboral. Ao falar sobre SO e trabalho remunerado, autores desenvolvem estudos realizados com categorias ocupacionais específicas (exemplo: costureiras, enfermeiras, trabalhadoras de determinada indústria, etc.). Isso pode gerar um viés ao comparar essas trabalhadoras com as mulheres que não exercem trabalho remunerado, apontando as primeiras como as que apresentam maior prevalência desses sintomas (US DEPARTMENT OF LABOR, 2012). No entanto, o presente estudo apresentou diferenças significativas somente para a presença de sintomas em região de ombro, com maior número para as que não exercem trabalho remunerado ($p=0,046$).

Deste modo, os resultados indicaram que alta prevalência de SO estão presentes na população de mulheres, independente do exercício ou não do trabalho remunerado, com a necessidade de criação de políticas públicas que ofereçam a atenção necessária a todas que apresentam sintomas, em especial, a Atenção Primária à Saúde que é a porta de entrada do cuidado para os usuários inseridos no SUS, sendo responsáveis pela implementação de ações para a promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento de condições comuns de saúde e de reabilitação (MALTA, MORAIS NETO, SILVA JUNIOR, 2011; RAMOS et al., 2014). Esta deve estudar e detectar as necessidades da população que a utiliza para oferecer à mesma

atenção integrada e humanizada, de acordo com suas necessidades e especificidades. Portanto, devem reconhecer a importância e a prevalência dos SO na população sob sua responsabilidade e desenvolvam estratégias preventivas e curativas para essa população (DEDICAÇÃO, 2017).

Nesse sentido, Alencar; Terada (2012), sugere que orientações posturais podem ser realizadas para se evitar agravos e riscos de surgimento de sintomas nas tarefas do cotidiano de vida, embora outras intervenções que auxiliem no enfrentamento da situação também sejam fundamentais, uma vez que a dor e o afastamento do trabalho podem provocar insegurança, medo, sentimento de inutilidade, entre outros.

A MR tem sido avaliada como uma boa medida das condições de saúde, pois se aproxima das informações obtidas por meio de exames clínicos (THEME FILHA; SZWARCOWALD; JUNIOR, 2008), sendo um alvo importante de estratégias políticas nacionais e internacionais (BRASIL, 2011, UN, 2011) porque constituem, na atualidade, a principal causa de mortalidade, respondendo também pela maior carga de morbidade, incapacidades e custos com saúde servindo não somente para conhecer as demandas por serviços, mas também para avaliar as políticas de saúde e auxiliar em novas propostas em saúde pública.

Estudos de Malta et al., (2017), Boccoloni; Souza-Júnior (2016), Barros et al., (2016), apontam que as trabalhadoras remuneradas apresentaram menores prevalências de doenças crônicas, de limitações provocadas pelas doenças, de transtornos mentais, além de menores taxas de mortalidade em relação às donas de casa. No entanto, no presente estudo, as MR mais relatadas pelas mulheres com e sem trabalho remunerado foram as do sistema respiratório (48,41% e 51,05%), sem diferenças significativas entre os dois segmentos. Gomes; Tanaka (2003), ao comparar as mulheres do município de São Paulo que exercem ou não atividade remunerada e suas morbidades, também encontrou maior prevalência para as doenças respiratórias, porém em seu estudo essas doenças foram mais prevalentes para as mulheres que exercem trabalho remunerado.

Apesar da doença respiratória estar entre as mais relatadas, estudo de Schmidt et al., (2011), identificaram uma queda nas taxas de mortalidade e morbidade hospitalar para esse grupo de doenças, tanto na asma como na doença pulmonar obstrutiva crônica, interpretando como possíveis causas dessa queda o melhor acesso à atenção à saúde e a diminuição do tabagismo. No entanto, o presente estudo não avaliou esses parâmetros.

Já para as MR no sistema genitourinário e digestivo as diferenças entre os grupos foram significativas ($p=0,011$ e $p=0,005$), com maior comprometimento para as mulheres que não exercem trabalho remunerado.

Quanto ao sistema genitourinário, este resultado pode estar relacionado ao dado de Kelleher; Cardozo; Tooze-Hobson (1995), de que mulheres mais jovens (40 a 50 anos) com atividade social e profissional, tomam iniciativa para solicitar tratamento, enquanto as donas de casa e as mulheres aposentadas com mais de 50 anos relutam em relatar seus sintomas e encontrar dificuldades de adaptação ao tratamento.

Para o sistema digestivo, estudo observacional em escala nacional (DEL' ARCO et al., 2017) mostra que os sintomas gastrintestinais estão presentes no cotidiano de dois terços das mulheres brasileiras sem distinção de classe social e em todas as regiões do país, afetando mais significativamente sua qualidade de vida e que os principais sintomas gastrointestinais relatados foram funcionais e as causas atribuídas pelas mulheres foram as relacionadas ao estilo de vida e hábitos alimentares.

Cezar-Vazet al. (2015) relataram que as manifestações do sistema digestivo são percebidas e medidas pela pessoa que as sente e incluem sinais e sintomas clínicos que sugerem possíveis infecções e/ou doenças gástricas, de modo, a assistência às pessoas com essas manifestações precisa ser investigada e que fatores de natureza sociodemográfica, como sexo, idade, escolaridade, entre outros, agrupamos perfis individuais e se relacionam aos fatores de natureza ambiental, como por exemplo a cultura alimentar, que inclui hábitos de consumo e preparo dos alimentos; as condições de trabalho, como exigência física, mental e tempo gasto para realizar o trabalho; o acúmulo de atividades laborais e frustração na execução do mesmo; e o uso de pesticidas no cultivo.

Ainda, estudo de Mpofo et al., (2016), encontrou que as mulheres com menos educação eram mais propensas a relatar obesidade e consumo inadequado de frutas, legumes e verduras. Já Del'Arco et al., (2017) refere que a maioria das mulheres avaliadas em seu estudo relatou que os sintomas gastrointestinais afetaram sua qualidade de vida, afetando principalmente o humor, a concentração e a vida sexual. Para esses autores, o intestino, por ter uma tênue conexão com o cérebro, torna-se um importante catalisador emocional, podendo modular negativamente o comportamento das mulheres, originando um ciclo vicioso que começa com sentimentos negativos como baixa autoestima, estresse, angústia, raiva e ansiedade, desencadeando o desconforto intestinal que relata o desequilíbrio interno no corpo feminino. Estas considerações poderiam explicar, pelo menos em parte, o fato das mulheres sem trabalho remunerado serem mais propensas a esses acometimentos.

A percepção do indivíduo sobre sua saúde é importante, independentemente de ter ou não alguma doença. O sentimento de bem-estar transcende a presença de problemas, embora apresente relações bem estabelecidas com as condições clínicas e com os indicadores de morbidade e mortalidade (THEME FILHA; SZWARCOWALD; JUNIOR, 2008). Assim, o bem-estar deve estar em constante monitoramento pois tende a ser substancialmente prejudicado pelas doenças crônicas e por problemas emocionais. Quanto a esses indicadores avaliados no presente estudo, observou-se que a maioria das mulheres (com e sem trabalho remunerado) consideraram sua qualidade de vida Boa/Muito boa e estavam Satisfeitas/Muito satisfeitas com sua saúde e com o sono e não dormiam mal, sem diferença estatística entre estas. Contrariamente, Senicato; Lima; Barros (2016), comparando a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres trabalhadoras remuneradas com donas de casa, verificaram que as mulheres que trabalhavam fora apresentavam melhores escores.

A maioria das mulheres (com e sem trabalho remunerado) também estavam Satisfeitas/Muito satisfeitas com o desempenho das atividades do dia a dia, apresentavam Nada/Muito pouco impedimento para realizar atividades devido a dor, não se cansavam com facilidade e não referiam esforço para realizar tarefas habituais. No entanto, houve maior comprometimento para as donas de casa com relação a esses indicadores ($p=0,040$; $p=0,013$; $p=0,004$ e $p=0,009$), respectivamente.

Como pode ser observado, os IBE até aqui apresentados identificaram baixo comprometimento, o que remete a pensar nos motivos para que isso tenha ocorrido. Um desses poderia ser o medo de serem afastadas de suas atividades usuais como levanta Zambroni (2006), que em situações de crises, portadores de transtornos mentais comuns podem se afastar ou serem afastados do trabalho e até perder o direito de realizar trabalhos domésticos em suas próprias casas. Por outro lado, o fato das mulheres sem trabalho remunerado apresentar maior comprometimento pode estar relacionado a que o trabalho profissional pode proporcionar, para as mulheres, novas experiências, maior oportunidade de socialização e uma forma de escape do confinamento do espaço doméstico (LIMA, 2003).

Contrariamente aos resultados do baixo comprometimento nos IBE anteriormente apresentados, a maioria das mulheres (com e sem trabalho remunerado) sentiam-se nervosas/tensas/preocupadas, com maior comprometimento para as sem trabalho remunerado ($p=0,009$). Nesse sentido Dytz; Lima; Rocha (2003) destacam que a monotonia da rotina doméstica, associada à pouca possibilidade de mudança, traz frustrações para as mulheres que almejam realização profissional e não buscam formas de realizar o que desejam, seja por ter filhos ou por pressão de seus maridos. Destaca-se ainda que a formalização do trabalho

remunerado é importante, pois implica em maior proteção social, amparo de leis trabalhistas que garantam o auxílio doença, salário-maternidade, auxílio por acidente de trabalho, pensões e aposentadorias. Alguns estudos constataram que o sentimento de segurança no trabalho relaciona-se com melhor saúde (MOULIN et al., 2009, INOUE et al., 2016). Ainda, o trabalho remunerado pode trazer um resultado do contra equilíbrio de seus fatores positivos e negativos, como aumento do estresse de um lado e da melhora da autoestima e apoio social mais amplo do outro. Em geral, há um debate de longa data sobre quais mulheres (com e sem trabalho remunerado) são mais felizes e saudáveis. Os resultados obtidos a partir de dados transnacionais de 28 países mostraram que as donas de casa foram um pouco mais felizes do que as que trabalham em tempo integral, mas não têm vantagem sobre os trabalhadores de meio período (TREAS; VAN DER LIPPE; TAI, 2011).

Deve-se, no entanto, considerar que os benefícios produzidos pelo trabalho remunerado dependem, entre outros fatores, do cargo ocupado e do nível socioeconômico da mulher e que, segundo Butterworth et al., (2011), trabalhos de má qualidade psicossocial, que incluem baixos níveis de controle sobre o mesmo, baixa exigência e complexidade, insegurança e remuneração injusta, não concedem os mesmos benefícios à saúde que trabalhos com alta qualidade.

Considerando que o número expressivo das mulheres que apresentaram comprometimento na saúde e que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em suas diretrizes, se propõe a atingir mulheres, em todos os ciclos de vida e que observam-se dificuldades de atender à saúde das mulheres de forma integral, por questões estruturais que comprometem a quantidade e a qualidade da prestação dos serviços de saúde, ainda há muitos desafios para que se caminhe na garantia da atenção à saúde da mulher (GOMES, 2011).

A socialização de achados de pesquisas que procuram trazer luz para os comprometimentos e as ações de prevenção e promoção da saúde da mulher, com informações coletadas periodicamente podem permitir o monitoramento de ações e programas de saúde nesse grupo populacional, subsidiando o planejamento e a gestão das intervenções em saúde coletiva

Considerações Finais

A maioria das mulheres não exercia trabalho remunerado. A região com maior número de mulheres com relatos de SO, que causou mais limitações nas atividades e que mais levou à procura por profissionais de saúde foi a coluna lombar. As MR mais relatadas foram as do

sistema respiratório. Quanto aos IBE, a maioria considerou sua qualidade de vida Boa/Muito boa e estavam Satisfeitas/Muito satisfeitas com sua saúde e com o sono e não dormiam mal. Não houve diferenças significativas entre os segmentos para essas variáveis. Já para as MR no sistema genitourinário e digestivo, desempenho das atividades do dia a dia, impedimento para realizar atividades devido a dor, cansaço com facilidade, esforço para realizar tarefas habituais e sentir-se nervosas/tensas/preocupadas, as diferenças entre os segmentos foram significativas, com maior comprometimento para as mulheres sem trabalho remunerado.

Parece necessário e urgente que as políticas públicas de saúde invistam no desenvolvimento de estratégias preventivas e curativas para essa população específica.

Para as mulheres com trabalho remunerado, sugere-se um estudo avaliando com propriedade as características dos trabalhos exercidos por estas, o que poderia revelar mais sobre suas recompensas, colaborando com as políticas públicas referentes aos aspectos positivos a serem observados.

Referências

1. ABREU, Ana Teresa de Jesus Brito; RIBEIRO, Camila Almeida Bezerra. Prevalência de lombalgia em trabalhadores submetidos ao programa de reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), São Luís, MA. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.17 n.4, p.148-153, 2010.
2. ALENCAR, Maria do Carmo Baracho; TERADA, Thatiane Mye. O afastamento do trabalho por afecções lombares: repercussões no cotidiano de vida dos sujeitos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.23 n.1, p.44-51, 2012.
3. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL/Ministério do Trabalho e Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Brasília: **MTPS/DATAPREV**, 2014.
4. ARAÚJO, Tânia Maria et al. Transtornos Mentais Comuns em Mulheres: Estudo Comparativo entre Donas-De-Casa e Trabalhadoras. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro. v.14 n.2 p.260-9, 2006.
5. BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Social inequalities in health behaviors among brazilian adults: National Health Survey 2013. **Int J Equity in Health**, v.15, 2016.
6. BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, supl. 1, p. 6-19, May 2008.
7. BEATRIZ, Marilene Zazula. O trabalho, a repressão e o mal-estar do trabalhador: algumas reflexões. **Rev Mal-Estar e Subj.**, Fortaleza, v. X, n. 4, p. 1107-1129, dez. 2010.
8. BOCCOLINI, Cristiano Siqueira; SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges. Inequities in healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey. **Int. Journal for equity in health**, v.15, 2016.
9. 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
10. BROWN, William; HARRIS, Tirril. Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. London: Tavistock, 1978.
11. BUTTERWORTH, P et al. The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. **Occup Environ Med**. v.68 p.806–12, 2011.
12. BYLES, Julie et al. Transforming retirement: New definitions of life after work. **Journal of Women & Aging**, v.25, p.24– 44, 2013.

13. CABAN-MARTINEZ, Alberto J et al. Arthritis, occupational class, and the aging US workforce. **Am J Public Health**. v.101, p.1729-34, 2011.
14. CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. O que estão fazendo os jovens que não estudam, não trabalham e não procuram trabalho? In: Boletim Mercado de Trabalho: conjuntura e análise. Brasília: **IPEA**. v.53 p.37-44, 2012.
15. CAPALDO, G. Lombalgia come problema sociale. **Scien Riabil**. v. 7, n.2, p. 5-20, 2005.
16. CEZAR-VAZ, Marta Regina et al. Prevalence of digestive signs and symptoms and associated factors among rural workers. **Acta paul. enferm**. São Paulo , v. 28, n. 5, p. 460-466, Aug. 2015.
17. DA SILVA, EP et al. O perfil dos beneficiários do Regime Geral de Previdência Social (RGPS). **In- forme da Previdência Social**, Brasília. v.26 n.2, 2014.
18. DAVIS, Kermit G; KOTOWSKI, Susan E. Prevalence of musculoskeletal disorders for nurses in hospital, longterm care facilities and home health care: a comprehensive review. **Hum Factors**. v.57 n.5 p.754–792, 2015.
19. DEDICACAO, Anny Caroline et al. Prevalência de dor musculoesquelética em mulheres climatéricas em uma Unidade Básica de Saúde de São Paulo/SP. **Rev. dor**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 212-16, 2017.
20. DEL'ARCO, Ana Paula Wolf Tasca; MAGALHAES, Pamela; QUILICI, Flávio Antônio. Sim Brasil Study - Women's gastrointestinal health: Gastrointestinal symptoms and impact on the brazilian women quality of life. **Arq. Gastroenterol**. São Paulo, v. 54, n. 2, p. 115-22, 2017.
21. DYTZ, Jane Lynn Garrison; LIMA, Maria da Glória; ROCHA, SemiramisMelani Melo. O modo de vida e a saúde mental das mulheres de baixa renda. **Saúde em Debate**, v.63 p.15-24, 2003.
22. ELLIOTT, Thomas E; RENIER, Colleen M; PALCHER, Jeanette A. Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36. **Pain Med**. v.4, n. 4, p: 331-9, 2003.
23. FERNANDES, Rita de Cássia Leite; ROZENTHAL, Marcia. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 192-200, Dec. 2008 .
24. FERRARO, Alceu Ravello. Escolarização no Brasil: articulando as perspectivas de gênero, raça e classe social. **Educação e Pesquisa**, v.36 n.2 p.505-526, 2010.
25. FERREIRA, Gustavo D. et al. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do sul do Brasil: estudo de base populacional. **Rev. bras. Fisioter**, São Carlos , v. 15, n. 1, p. 31-36, Feb. 2011.

26. FIORIN, Pascale Chechi; DE OLIVEIRA, Clarissa Tochetto; DIAS, Ana Cristina Garcia. Percepções de mulheres sobre a relação entre trabalho e maternidade. **Rev. bras. orientac. prof.** São Paulo. v.15 n.1, p. 25-35, 2014.
27. GOMES, R. Desafios da atenção à saúde integral da mulher. Editorial. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.16, n.5, 2011.
28. GOMES, Keila R O; TANAKA, Ana Cristina d'A. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 37, n. 1, p. 75-82, Feb. 2003.
29. GONCALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, Feb. 2008.
30. HOU, Wen-Hsuan et al. Vocational rehabilitation for enhancing return-to-work in workers with traumatic upper limb injuries. **Cochrane Database of Systematic Reviews.** v.12, 2017.
31. INOUE, Akiomi et al. Buffering effect of workplace social capital on the association of job insecurity with psychological distress in Japanese employees: a cross-sectional study. **J Occup Health,** v.58, n.5 p.460–9, 2016.
32. KELLEHER, CJ; CARDOZO, LD; TOOZS-HOBSON, PM. QOL and urinary incontinence. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology,* v.7 p.404-408, 1995.
33. KLUMB, Petra L; LAMPERT, Thomas. Women, work, and well-being 1950-2000: a review and methodological critique. **SocSci Med.** v.58 p.1007-24, 2004.
34. KUORINKA, I et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Appl Ergon.** v.18 p.233-7, 1987.
35. LIMA, Susana Canez da Cruz. Trabalho doméstico: uma trajetória silenciosa de mulheres. Rio de Janeiro: **Virtual Científica;** 2003.
36. MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, dez. 2011.
37. MALTA, Deborah Carvalho et al. Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 51, supl. 1, 9s, 2017.
38. MAZZONNA, Fabrizio. The long lasting effects of education on old age health: evidence of gender differences. **SocSci Med.** v.101 p.129-38, 2014.
39. MEUCCI, Rodrigo D et al. Increase of chronic low back pain prevalence in a medium-sized city of southern Brazil. **BMC MusculoskelDisord.** 2013; 14:155-61.

40. MILANI, Rute Grossi et al. A dor psíquica na trajetória de vida do paciente fibromiálgico. **Aletheia**, Canoas, n. 38-39, p. 55-66, dez. 2012 .
41. MINSON, Fabíola Peixoto; MENTZ-ROSANO, Liége. Dor musculoesquelética. Fascículo 4. 2010.
42. MOULIN, JJ et al. Santé et instabilité professionnelle: résultats issus des centres d'examen de santé de l'assurance-maladie **Rev Epidemiol Sante Publique**, v.57, n.3 p.141–149, 2009.
43. MPOFU, Jonetta Johnson et. al. Associations between Non communicable Disease Risk Factors, Race, Education, and Health Insurance Status among Women of Reproductive Age in Brazil — 2011. **Preventive Medicine Reports**, v.3, p.333–337, 2016.
44. NASCIMENTO, Paulo Roberto Carvalho do; COSTA, Leonardo Oliveira Pena. Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1141-1156, June 2015.
45. NOORDT, Maaïke van der; IJZELENBERG, Helma; DROOMERS, Mariël; PROPER, Karin I. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. **Occup Environ Med**. v. 71 p.730-6, 2014.
46. NOVELLINO, Maria Salet Ferreira. Os Estudos sobre Feminização da pobreza e Políticas Públicas para Mulheres. In: **Encontro Nacional De Estudos Populacionais**, v.14, 2004.
47. PINHEIRO, Fernanda Amaral; TROCCOLI, Bartholomeu Torres; CARVALHO, Cláudio Viveiros de. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 307-312, June 2002
48. QUEIROZ, Vívian dos Santos; ARAGON, Jorge Alberto Orellana. Alocação de tempo em trabalho pelas mulheres brasileiras. **Estudos Econômicos**, São Paulo. v.45 n.4 p.787-819, 2015.
49. RAFIE, Forouzan et al. Prevalence of Upper Extremity Musculoskeletal Disorders in Dentists: Symptoms and Risk Factors. **Journal of Environmental and Public Health**, 2015.
50. RAMOS, Luiz Roberto et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 837-844, Oct. 2014.
51. RAMOS, Lauro; AGUAS, Marina Ferreira Fortes; FURTADO, Luana Moreira de Souza. Participação feminina na força de trabalho metropolitano: o papel do status socioeconômico das famílias. **Econ. Apl**. v.15 n.4, 2011.
52. RASOTTO, Chiara et al. Tailored exercise program reduces symptoms of upper limb work-related musculoskeletal disorders in a group of metalworkers: a randomized controlled trial. **Man Ther**, v.20 p.56–62, 2015.

53. SALVETTI, Marina de Góes et al. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. spe, p. 16-23, Oct. 2012.
54. SAMPAIO, RF, et al. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Paulo. v.9, n.2 p.129-136, 2005.
55. SANTOS, Luciana da Silva; DINIZ, Gláucia Ribeiro Starling. Donas de casa: Classes diferentes, experiências desiguais. **Psicologia Clínica**. v.23 n.2, p.137-149, 2011.
56. SCHMIDT, Maria Inês et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v.377 p.1949-61, 2011.
57. SENICATO, Caroline; AZEVEDO, Renata Cruz Soares; BARROS, Marilisa Berti Azevedo. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **CienSaudeColet**, 2016.
58. SENICATO, Caroline; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Social inequality in health among women in Campinas, São Paulo State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1903-1914, Oct. 2012.
59. SILVA, Valquiria M. et al. Morbidity in users of Family Health teams in the northeast of Minas Gerais based on the International Classification of Primary Care. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo , v. 17, n. 4, p. 954-967, Dec. 2014.
60. SILVA, Marcelo Cozzensa da; FASSA, Ana Claudia Gastal; VALLE, Neiva Cristina Jorge. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 377-385, Apr. 2004.
61. STEFANE, Thais et al. Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 26, n. 1, p. 14-20, 2013.
62. THEME FILHA, Mariza Miranda; SZWARCOWALD, Célia Landmann; SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges de. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 73-81, Feb. 2008.
63. TRAN, Thuy Thi Thu et al. “After-Shift Musculoskeletal Disorder Symptoms in Female Workers and Work-Related Factors: A Cross-Sectional Study in a Sea food Processing Factory in Vietnam” **AIMS public health**, v.3 p.733–749, 2018.
64. TREAS, Judith; DROBNIC, Sonja. Dividing the domestic: women, men and housework in cross-national perspective. California: **Stanford University Press**, 2010.
65. TREAS, Judith; VAN DER LIPPE, Tanja; TAI, Tsui-o Chloe. The happy homemaker? Married women’s well-being in cross-national perspective. **Soc Forces**. v.90 p.111–132, 2011.
66. TUOMI, Kaija et al. Índice de capacidade para o trabalho. Traduzido por Frida Marina Fischer (Coord.). São Carlos: **EdUFSCar**. p.59, 2010.

67. UNITED NATIONS. Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. In: High-level Plenary Meeting of the General Assembly, New York, p.19-20, 2011.
68. US DEPARTMENT OF LABOR. Nonfatal occupational injuries and illnesses requiring days away from work, 2012.
69. VANVILSTEREN, Myrthe et al. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v.10, 2015.
70. WIEDER-HUSZLA, Sylwia et al. Effects of socio-demographic, personality and medical factors on quality of life of postmenopausal women. **Int J Environ Res Public Health**. v. 11 p.6692-708, 2014.
71. ZAMBRONI-DE-SOUZA, Paulo Cezar. Trabalhando com saúde: trabalho e transtornos mentais graves. **Psicol Estud**. v.11 n.1, p.175-83, 2006.
72. ZAVARIZE, Sergio Fernando et al. Dor lombar crônica: implicações do perfil criativo como estratégia de enfrentamento. **Journal of Management & Primary Health Care**, Pernambuco. v.5, n.2 p.188-194, 2014.

CONCLUSÃO

O objetivo do Estudo 1 foi investigar as características dos sintomas osteomusculares, considerando a prevalência, intensidade, limitações nas atividades normais e necessidade de consultas a profissional de saúde devido aos mesmos, ocorridos nos últimos 12 meses, e verificar se existe associação dessas características com as condições sociodemográficas, tais como, idade, estado civil e renda per capita em uma amostra probabilística de mulheres residentes na área urbana da cidade de Uberaba- MG. Os resultados identificaram alta prevalência desses sintomas bem como associações entre maiores intensidades dos mesmos com incapacidade de realizar atividades cotidianas e procura por profissionais da saúde.

O Artigo 2 teve como objetivo avaliar o perfil sociodemográfico, sintomas osteomusculares, morbidades referidas, indicadores de bem-estar e associações entre estas variáveis em mulheres, segundo inserção no mercado de trabalho. Este identificou que a região com maior número de mulheres com relatos de sintomas osteomusculares, que causou mais limitações nas atividades e que mais levou à procura por profissionais de saúde foi a coluna lombar. As morbidades referidas mais relatadas foram as do sistema respiratório. Houve diferenças significativa entre as trabalhadora e donas de casa com relação as morbidades referidas no sistema genitourinário e digestivo, desempenho das atividades do dia a dia, impedimento para realizar atividades devido a dor, cansaço com facilidade, esforço para realizar tarefas habituais e sentir-se nervosas/tensas/preocupadas, com maior comprometimento para as mulheres sem trabalho remunerado.

Considerando não exercer trabalho remunerado, na realidade estudada, indicou maior comprometimento à saúde do que estar profissionalmente inserida no mercado de trabalho sugere-se a importância de outro estudo com o primeiro grupo de mulheres, para avaliar com mais propriedade o que está causando os índices negativos em sua saúde.

Para o grupo das mulheres com trabalho remunerado, sugere-se um estudo avaliando as características dos trabalhos exercidos pela mesmas, o que poderia revelar mais sobre suas recompensas, colaborando com as políticas públicas referentes aos aspectos positivos a serem observados.

Referências

1. ASSUNÇÃO, Ada Ávila; ABREU, Mery Natali Silva. Fatores associados a distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autorreferidos em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.51, n.1, 2017.
2. BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, supl. 1, p. 6-19, May 2008.
3. BRASIL, Ministério da Previdência Social (MPS). Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília: **MPS**; 2013.
4. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
5. CAMPOS, C. E. A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 190-200, June 1993.
6. CIPRIANO, Anderson; ALMEIDA, Daniel Benzecry de; VALL, Janaina. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. **Rev. dor**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 297-300, Dec. 2011.
7. COSTA, Bruno R; VIEIRA, Edgar Ramos. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. **Am J Ind Med**. v.53, n.3 p.285-323, 2010.
8. CRUZ, Mariana Sodário; OLIVEIRA, Luiz Roberto de; CARANDINA, Luana. Inquéritos de saúde e fonoaudiologia. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 166-172, Mar. 2009.
9. DEDICACAO, Anny Caroline et al. Prevalência de dor musculoesquelética em mulheres climatéricas em uma Unidade Básica de Saúde de São Paulo/SP. **Rev. dor**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 212-216, set. 2017.
10. HA, C et al. The French Musculoskeletal Disorders Surveillance Program: Pays de la Loire network. **Occup Environ Med**. v.66, n.7 p.471-9, 2009.
11. HOY, D et al. The epidemiology of low back pain. **Best Pract Res Clin Rheumatol**, v.24, n.6 p.769-81, 2010.
12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013, IBGE. Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: **IBGE**; 2014.

13. SANTOS, Álvaro da Silva. Do Programa Materno Infantil ao Programa Integral à Saúde da Mulher: impacto na abordagem assistencial. **Saúde Coletiva**. v.39, p.96-98,2010.
14. SEGRI, Neuber José et al. Inquérito de saúde: comparação dos entrevistados segundo posse de linha telefônica residencial. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.3 p.503-512, 2010.
15. URQUHART, Donna M et al. Low back pain and disability in community-based women: prevalence and associated factors. **Menopause**, v.16, n.1 p.24-9, 2009.
16. WENDT, Ariane do Santos et al. Funcionalidade e incapacidade em pacientes comprometimento musculoesquelético. **R. bras. CieMov**, v.25, n.4 p.15-22, 2017.

Anexo1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “**Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2014**”

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo “**Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2014**”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são:

- Determinar a prevalência de doenças crônicas, Transtorno Mental Comum (TMC), depressão;
- Estudar a qualidade de vida geral, quociente sexual, capacidade para o trabalho, a qualidade de vida entre mulheres com endometriose, a qualidade de vida entre as mulheres com incontinência urinária;
- Determinar o risco para desenvolver câncer de mama de acordo com o histórico familiar e verificar a frequência de realização dos exames preventivos de câncer;
- Verificar as queixas durante a gestação e a saúde da mulher no climatério e o impacto da fibromialgia nas entrevistadas em que o diagnóstico for confirmado, entre as mulheres entrevistadas por este estudo de base populacional na cidade de Uberaba, MG, no ano de 2014.

Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO (maiores de 21 anos)

Título do Projeto: “**Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2014**”

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,//.....

_____	_____
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal	Documento de identidade
_____	_____
Assinatura do pesquisador responsável	Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores responsáveis:

Prof. Dr. Shamy S de Castro (9192 8122)

Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh(37006644)

Profa. Dra. Maria Cristina Cortez Carneiro Meirelles (37006644)

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO (menores de 21 anos)



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “**Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2014**”

TERMO DE ESCLARECIMENTO

O seu filho (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo:

Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a participação de seu (a) filho (a) é importante. Os objetivos deste trabalho são:

- Determinar a prevalência de doenças crônicas, Transtorno Mental Comum (TMC), depressão;
- Estudar a qualidade de vida geral, quociente sexual, capacidade para o trabalho, a qualidade de vida entre mulheres com endometriose, a qualidade de vida entre as mulheres com incontinência urinária;
- Determinar o risco para desenvolver câncer de mama de acordo com o histórico familiar e verificar a frequência de realização dos exames preventivos de câncer;
- Verificar as queixas durante a gestação e a saúde da mulher no climatério e o impacto da fibromialgia nas entrevistadas em que o diagnóstico for confirmado, entre as mulheres entrevistadas por este estudo de base populacional na cidade de Uberaba, MG, no ano de 2014.

Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo. Pela participação de seu (a) filho (a) no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, e terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. O nome da criança não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois será identificado com um número, preservando assim sua identidade.

Anexo 2: Carta de Confirmação de Submissão do Artigo 1ª Revista Ciência & Saúde Coletiva

17/05/2018

ScholarOne Manuscripts

 Ciência & Saúde Coletiva[Home](#)[Author](#)

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC 2018-1337

Title

Caracterização dos sintomas osteomusculares e condições sociodemográficas em mulheres: Resultados do Inquérito de Saúde da Mulher de Uberaba-MG

Authors

Emílio, Marina

Pinto, Juliana

Meirelles, Maria

Castro, Shamyra

Walsh, Eduardo

Walsh, Isabel

Date Submitted

17 May 2018

Anexo 3: Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob CAAE nº 1826



10/10

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: INQUÉRITO DE SAÚDE DA MULHER NA CIDADE DE UBERABA-MG, 2011. (ISA-MULHER, 2011)
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Samyr Sulyvan de Castro
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 03/12/2010
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1826

10. JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO – Não pertinente.

11. ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA

Item	Valor unitário	Valor total
Computador	R\$2.828,00	R\$5.656,00
Impressora	R\$ 600,00	R\$600,00
Material de consumo	R\$1.000,00	R\$ 1.000,00
Bolsa Apoio Técnico	R\$1.072,89	R\$17.166,24
Amostragem/estatístico	R\$1.000,00	R\$1.000,00
Entrevistas	R\$ 35,00	R\$14.000,00
Total		R\$ 39.422,24

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

A remuneração dos coordenadores do projeto será o salário de professor de dedicação exclusiva. E para os profissionais foi solicitada bolsa de apoio técnico (BAT) FAPEMIG e as entrevistadoras receberão por entrevista realizada (R\$35,00).

13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

O consentimento livre e esclarecido será obtido no momento anterior à entrevista pelas entrevistadoras e após o esclarecimento do objeto e objetivos da pesquisa para as entrevistadas.

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

PARECER DO CEP: APROVADO


(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 02/04/2011

11


Anexo 4: Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares

Esta figura mostra como o corpo foi dividido. Por favor, me responda qual parte está ou foi afetada, se houver alguma.

	C.1. Nos últimos 12 meses, você teve problemas (como dor, formigamento/dormência) em:	C.2. Nos últimos 12 meses, você foi impedida de realizar atividades normais (por exemplo: trabalho, atividades domésticas e de lazer) por causa desse problema em:	C.3. Nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional da área da saúde (médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição em:	C.4. Com que frequência você tem tido estes problemas nos últimos 12 meses? 0 - Não 1 - Raramente 2 - Com frequência 3 - Sempre	C.5. Qual a duração destes problemas? 0 - Sem desconforto 1 - Até uma semana 2 - Até um mês 3 - Mais de um mês	
	PESCOÇO	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	(0) (1) (2) (3)	(0) (1) (2) (3)
	OMBROS	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	(0) (1) (2) (3)	(0) (1) (2) (3)
	PARTE SUPERIOR DAS COSTAS	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	(0) (1) (2) (3)	(0) (1) (2) (3)
	COTOVELO	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	(0) (1) (2) (3)	(0) (1) (2) (3)
	PARTE INFERIOR DAS COSTAS	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	(0) (1) (2) (3)	(0) (1) (2) (3)
	PUNHOS/ MÃOS	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	(0) (1) (2) (3)	(0) (1) (2) (3)
	QUADRIL/ COXAS	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	(0) (1) (2) (3)	(0) (1) (2) (3)
	JOELHOS	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	(0) (1) (2) (3)	(0) (1) (2) (3)
	TORNOZELOS/ PÉS	() Não () Sim	() Não () Sim	() Não () Sim	(0) (1) (2) (3)	(0) (1) (2) (3)

Anexo 5: Escala Visual Analógica

Considerando os problemas que você teve qual é a intensidade deles atualmente, considerando o valor “0” como nenhum desconforto e o valor “10” como o pior desconforto que já sentiu na sua vida.

	Sem desconforto		Pior desconforto possível
	C.9. Pescoço	0	10
	C.10. Ombros	0	10
	C.11. Parte superior das costas	0	10
	C.12. Cotovelos	0	10
	C.13. Parte inferior das costas	0	10
	C.14. Punhos/ mãos	0	10
	C.15. Quadril/ coxas	0	10
	C.16. Joelhos	0	10
	C.17. Tornozelos/ pés	0	10

Anexo 6: Características sociodemográficas

INQUERITO SAÚDE DA MULHER NO MUNICÍPIO DE UBERABA, MG UFTM

CONTROLE DA COLETA OS DADOS

CCD.1. Entrevistador: _____ CCD.2. N° da entrevista: _____

CCD.3. CÓDIGO IDENTIFICADOR:

--	--	--	--

COD-SETOR

No.ENTREVISTADOR COD-BAIRRO CENS. CEP No.CASA No.ENTREVISTA

Visita n°:	Hora de início da entrevista:	Hora final da entrevista:	Data da entrevista:	Realizada completamente?	* Qual o Motivo?	* O que faltou?
	__:__:	__:__:	__/__/__	() Sim () Não*		
	__:__:	__:__:	__/__/__	() Sim () Não*		
	__:__:	__:__:	__/__/__	() Sim () Não*		

CCD.4. Endereço (Rua, Av.): _____ CCD.5. n°: _____

CCD.6. Complemento: _____ CCD.7. CEP: _____ - _____

CCD.8. Bairro/Nome: _____ CCD.9. Código: _____

CCD.10. Código Setor Censitário: _____ CCD.11. Telefone 1: () _____ CCD.12. Telefone 2: () _____

BLOCO A – Identificação e Caracterização Sociodemográficas e Epidemiológicas

A.1. Nome da entrevistada: _____

A.2. Data de nascimento: __/__/__

A.3. Qual é o seu estado civil? () Solteiro () em união () separada () viúva

A.4. Quantos anos de estudo você tem? _____

A.5. Qual é a cor da sua pele? () Branca () Parda () Preta () Amarela ()

Vermelha

() Outra: _____

A.6. Qual é a sua Religião e/ou Doutrina? () Católica () Evangélica () Espírita () Ateu () Outra: _____

A.7. Qual a renda familiar total mensal (R\$)? _____

A.8. Quantas pessoas residem na casa? _____

A.9. Quantas pessoas contribuem com a renda familiar? _____ A.10. Você é chefe da família? () Não () Sim

INFORMAÇÕES PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS ESPECÍFICOS:

A.11. Você exerce trabalho remunerado?	() Não	() Sim → Pegue Bloco M	-
A.12. Você tem endometriose?	() Não	() Sim → Pegue Bloco N	() Não sei

A.13. Você tem incontinência urinária?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim → Pegue Bloco O	<input type="checkbox"/> Não sei
A.14. Você está grávida atualmente?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim → Pegue Bloco P	<input type="checkbox"/> Não sei
A.15. Você está vivenciando o climatério atualmente?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim → Pegue Bloco Q	<input type="checkbox"/> Não sei
A.16. Você tem fibromialgia?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim → Pegue Bloco R	<input type="checkbox"/> Não sei
A.17. Você tem vida sexual ativa?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim → Pegue Bloco S	-

Anexo 7: Morbidades referidas

Qual dessas lesões ou doenças você possui ATUALMENTE?

Músculo - esqueléticas		
B.2.1-1	Lesões nas costas	
B.2.1-2	Lesões nos braços/mãos	
B.2.1-3	Lesões nas pernas/pés	
B.2.1-4	Lesões em outras partes do corpo.	
B.2.1-4a	Onde?	
B.2.1-4b	Que tipo de lesão?	
B.2.1-5	Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	
B.2.1-6	Doença da parte inferior das costas com dores frequentes	
B.2.1-7	Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	
B.2.1-8	Doença musculoesquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes.	
B.2.1-9	Artrite reumatoide	
B.2.1-10	Outra doença músculo esquelética.	
B.2.1-10a	Qual?	
Cardíacas		
B.2.1-11	Hipertensão arterial (pressão alta)	
B.2.1-12	Doença coronariana, dor no peito durante o exercício (angina pectoris)	
B.2.1-13	Infarto do miocárdio, trombose coronariana	
B.2.1-14	Insuficiência cardíaca	
B.2.1-15	*Cardiomegalia	
B.2.1-16	*Chagas	
B.2.1-17	Outra doença cardiovascular.	
B.2.1-17a	Qual?	
Respiratórias		
B.2.1-18	Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	
B.2.1-19	Bronquite crônica	
B.2.1-20	Sinusite crônica	
B.2.1-21	Asma	
B.2.1-22	Enfisema	
B.2.1-23	Tuberculose pulmonar	
B.2.1-24	Outra doença respiratória.	
B.2.1-24a	Qual?	
Emocionais		
B.2.1-25	Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa)	
B.2.1-26	Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	
Neurológicas		
B.2.1-27	Problema ou diminuição da audição	
B.2.1-28	Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lente de contato de grau)	
B.2.1-29	Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	
B.2.1-30	*Convulsões	
B.2.1-31	Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos.	
B.2.1-31a	Qual?	
Digestivas		
B.2.1-32	Pedras ou doença da vesícula biliar	
B.2.1-33	Doença do pâncreas ou do fígado	
B.2.1-34	Úlcera gástrica ou duodenal	
B.2.1-35	Gastrite ou irritação duodenal	
B.2.1-36	Colite ou irritação duodenal	
B.2.1-37	Outra doença digestiva.	
B.2.1-37a	Qual?	
Genitourinárias		
B.2.1-38	Infecção das vias urinárias	
B.2.1-39	Diarreia	

B.2.1-40	Constipação	
B.2.1-41	Gazes	
B.2.1-42	Doenças dos rins	
B.2.1-43	Doenças nos genitais e aparelho reprodutor (p. ex. problema nas trompas ou na próstata)	
B.2.1-44	Outra doença geniturinária. Qual?	
B.2.1-44a	Qual?	
Dermatológicas		
B.2.1-45	Alergia, eczema	
B.2.1-46	Outra erupção.	
B.2.1-46a	Qual?	
B.2.1-47	Outra doença da pele.	
B.2.1-47a	Qual?	
Tumorais		
B.2.1-48	Tumor benigno.	
B.2.1-48a	*Onde?	
B.2.1-49	Tumor maligno (Câncer).	
B.2.1-49b	Onde?	
Endócrinas / Metabólicas		
B.2.1-50	Obesidade	
B.2.1-51	Diabetes	
B.2.1-52	Varizes	
B.2.1-53	Colesterol alto	
B.2.1-54	Bócio ou outra doença da tireoide	
B.2.1-55	*Hipotireoidismo?	
B.2.1-56	*Hipertireoidismo?	
B.2.1-57	Outra doença endócrina ou metabólica.	
B.2.1-57a	Qual?	
Sanguíneas		
B.2.1-58	Anemia	
B.2.1-59	Outra doença do sangue.	
B.2.1-59a	Qual?	
Congênicas		
B.2.1-60	Defeito de nascimento.	
B.2.1-60a	Qual?	
B.2.1-61	Outro problema ou doença.	
B.2.1-61a	Qual?	

Anexo 8: Indicadores de bem-estar

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeita você está com o seu sono?					
Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
Como você avaliaria sua qualidade de vida?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeita você está com a sua saúde?					

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?					

	NÃO	SIM
Dorme mal?		
Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?		
Sente-se cansada o tempo todo?		
Você se cansa com facilidade?		