

## Sintomas musculoesqueléticos e características sociodemográficas em mulheres\*

**Marcacine, Patrícia Ribeiro; Emílio, Marina Mendonça; Lima, Jéssica Carvalho; Oliveira, Renata Martins**

**Matos; Walsh, Isabel Aparecida Porcatti de**

Sintomas musculoesqueléticos e características sociodemográficas em mulheres\*

Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, vol. 8, núm. 2, 2020

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497963611006>



Este trabalho está sob uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

## Sintomas musculoesqueléticos e características sociodemográficas em mulheres\*

Musculoskeletal symptoms and sociodemographic characteristics in women

Síntomas músculo esqueléticos y características sociodemográficas en mujeres

*Patrícia Ribeiro Marcacine 1  
não informado, Brasil  
patriciaribeiromarcacine@yahoo.com.br*

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497963611006>

*Marina Mendonça Emílio 2  
não informado, Brasil  
mariemilio1@outlook.com*

*Jéssica Carvalho Lima 3  
não informado, Brasil  
jcarvalho.fisio.ufmt@hotmail.com*

*Renata Martins Matos Oliveira 4  
não informado, Brasil  
renatamartinsmatosoliveira@gmail.com*

*Isabel Aparecida Porcatti de Walsh 5  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil  
isabelpwalsh@gmail.com*

Recepção: 18 Dezembro 2019  
Aprovação: 31 Março 2020  
Publicado: 15 Junho 2020

### RESUMO:

Este é um estudo quantitativo realizado em 2014 com 1.486 mulheres e com o objetivo de investigar os sintomas musculoesquelético e sua associação com as características sociodemográficas em mulheres. Foram analisadas características sociodemográficas, presença de síndrome musculoesquelética, limitações nas atividades e necessidade de consultas a profissionais de saúde devido às mesmas. Foi identificado que 62,45% das mulheres relataram a síndrome musculoesquelética em pelo menos uma região do corpo. No entanto, 73,69% não apresentaram limitações nas atividades e 66,35% não consultaram profissional da saúde em função. Maior número de regiões com sintomas, limitações e consulta a profissional foi observado nas mais jovens e que não tinham união estável. A alta prevalência de síndrome musculoesquelética em mulheres é um desafio ao o sistema público de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mulheres, Inquéritos epidemiológicos, Sistema musculoesquelético.

### ABSTRACT:

### AUTOR NOTES

- 1 Fisioterapeuta. Mestre em Atenção à Saúde. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde (PPGAS) pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-1784-2231.
- 2 Fisioterapeuta. Mestre em Fisioterapia. ORCID: 0000-0003-4144-3986.
- 3 Fisioterapeuta. Mestre em Fisioterapia. ORCID: 0000-0003-4144-3986.
- 4 Fisioterapeuta. Mestranda do PPGF pela UFTM/UFU, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4274-1942
- 5 Fisioterapeuta. Doutora em Fisioterapia. Professora Associada do curso de Graduação em Fisioterapia da UFTM e do PPGF da UFTM/UFU Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-2317-1326

The objective was to investigate musculoskeletal symptoms and their association with sociodemographic characteristics in women. This is a quantitative study conducted in 2014 with 1.486 women. Sociodemographic characteristics, presence of musculoskeletal syndrome, limitations in activities and the need to consult health professionals due to limitations were analyzed. It was found that 62.45% women reported musculoskeletal syndrome in at least one region of the body. However, 73.69% had no limitations and 66.35% did not consult a health professional. A greater number of regions with symptoms, limitations, and consultation with a professional were found in the younger women, which did not have a stable union. The high prevalence of musculoskeletal syndromes in women is a challenge to the public health system.

**KEYWORDS:** Womens, Health surveys, Musculoskeletal system.

## RESUMEN:

Este es un estudio cuantitativo realizado en 2014 con 1.486 mujeres y con el objetivo de investigar los síntomas músculo esqueléticos y su asociación con las características sociodemográficas en mujeres. Fueron analizadas características sociodemográficas, presencia de síndrome músculo esquelético, limitaciones en las actividades y necesidad de consultas a profesionales de salud debido a las mismas. Fue identificado que 62,45% de las mujeres relataron un síndrome músculo esquelético en por lo menos una región del cuerpo. Sin embargo, 73,69% no presentaron limitaciones en las actividades y 66,35% no consultaron profesional de la salud en función. Mayor número de regiones con síntomas, limitaciones y consulta a profesional fue observado en las más jóvenes y que no tenían unión estable. La alta prevalencia de síndrome músculo esquelético en mujeres es un desafío al sistema público de salud.

**PALABRAS CLAVE:** Mujeres, Encuestas epidemiológicas, Sistema músculo esquelético.

## INTRODUÇÃO

Os sintomas musculoesqueléticos (SM) têm grande relevância na vida das pessoas e também gera impactos sociais. Estes podem ser provenientes de anormalidades temporárias ou permanentes desse sistema<sup>01</sup>, ocasionadas por traumas, processos infecciosos, lesões por esforço excessivo, vícios posturais, sobrecargas mecânicas, lesões traumáticas não tratadas adequadamente, entre outras causas<sup>02</sup>. Podem ser expressos por meio de autorrelato de dor, formigamento ou dormência em qualquer uma das nove regiões corporais de acordo com o referencial teórico do Questionário Nórdico de Sintomas Musculoesqueléticos (QNSO)<sup>03</sup>.

Constituem um problema de grande importância para a saúde pública, uma vez que apresentam alta prevalência, afetando milhões de pessoas em todo o mundo<sup>04</sup>, podendo incapacitá-las para a 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<sup>05</sup>. Assim, é necessário melhorar o cuidado para os que sofrem com SM com maior conhecimento em relação à prevalência, diagnóstico precoce e manejo adequado dos mesmos.

A dor musculoesquelética é a mais prevalente na população e a principal queixa entre os SM<sup>04</sup>. As mulheres são mais atingidas pela mesma que os homens, sendo que os aspectos hormonais, o menor limiar e menor tolerância, bem como maior capacidade para discriminá-la e relatá-la, estão entre as explicações para as diferenças entre os sexos<sup>05, 06</sup>.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 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, mas deve englobar todo o seu ciclo vital<sup>07</sup>.

A identificação dos SM, sua intensidade, a busca por profissionais da saúde e a limitação nas atividades, associados aos aspectos sociodemográficos, permitem conhecer o perfil social e de saúde de mulheres com estes sintomas, com o intuito de contribuir para a efetividade na construção de políticas públicas que visem à qualidade de vida e saúde.

Esse conhecimento pode ser construído utilizando-se dados de inquéritos de saúde, que consistem em estudos de base populacional 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<sup>08, 09</sup>.

O objetivo deste estudo foi investigar os sintomas musculoesqueléticos e sua associação com as características sociodemográficas em mulheres, analisando dados do Inquérito de Saúde da Mulher da cidade de Uberaba/MG.

## MÉTODO

Foram analisados dados do Inquérito de Saúde da Mulher de Uberaba (ISA-MULHER), 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, selecionou-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, selecionou-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, ou seja, dividiu-se 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 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 mulheres, com idade igual ou superior a dezoito anos. A coleta de dados foi conduzida 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. As entrevistas foram realizadas por alunas de graduação e pós-graduação da UFTM previamente selecionadas e treinadas pelos coordenadores do projeto, para que fosse mantida a ética e a excelência na coleta das informações. Os dados foram duplamente conferidos e digitados, garantindo a qualidade dos registros no banco de dados.

Para o presente estudo foram utilizados dois instrumentos. O primeiro foi um questionário formulado pelos pesquisadores do grupo ISA-MULHER, que tinha como propósito a caracterização sociodemográfica desta população. Este possuía as seguintes variáveis: idade, anos de escolaridade, renda per capita, estado civil (classificado como “em união”: casada e em união estável; ou “sem união”: solteira, separada ou viúva) e se era chefe de família. Os SM foram avaliados, por meio do QNSO, desenvolvido com a finalidade de padronizar a mensuração dos relatos desses sintomas e assim facilitar a comparação dos resultados entre os estudos relacionados..

Na última década a tradução do QNSO ocorreu em vários idiomas, com um índice adequado de validade para a versão brasileira. Essa ferramenta, em que o corpo humano é dividido em nove regiões, é constituída por questões com escolhas múltiplas ou binárias quanto à presença dos SM, o afastamento das atividades de vida diária e instrumentais, e a procura por profissionais da saúde nos últimos doze meses em função dos sintomas<sup>10</sup>.

As análises estatísticas foram realizadas no IBM SPSS versão 24.0 para *Windows*. Para análise descritiva foram utilizadas medidas como frequência, porcentagem, média e desvio-padrão. Posteriormente realizou-se a análise bivariada, empregando o Teste T de Student e o Qui-quadrado de Pearson. A significância estatística adotada foi de 5%.

## RESULTADOS

Participaram desse estudo, inicialmente, 1556 mulheres, mas apenas 1.486 foram consideradas, uma vez que foram excluídas as participantes que não responderam completamente aos dados de interesse.

A idade variou de 18 a 94 anos ( $49,39 \pm 17,38$ ). A maioria das mulheres declarou estar em união estável (51,7%) e se considerava chefe de família (41,4%). A média de escolaridade foi  $8,27 \pm 5,16$  anos e a renda *per capita* média foi de  $850,90 \pm 980,17$  reais.

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 impedimentos na realização das atividades e 66,35% não consultaram profissional da saúde em função dos mesmos.

TABELA 1.

Mulheres de acordo com sintomas, impedimento para realização das atividades e necessidade de consulta a profissional de saúde para cada parte do corpo e por número de regiões. Uberaba, 2014.

### CARACTERÍSTICAS DOS SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS

Regiões corporais	Número de mulheres com desconforto em cada região	Número de mulheres impedidas de realizar atividades normais	Número de mulheres que consultou profissional da saúde	Número de regiões	Número de mulheres com desconforto e nº de regiões acometidas	Número de mulheres que realizaram atividades normais	Número de mulheres que consultou profissional da saúde
		SIM n (%)	SIM n (%)		n (%)	n (%)	n (%)
Cervical	272 (18,3)	111 (7,5)	142 (9,6)	Zero	558 (37,6)	1095 (73,7)	986 (66,4)
Ombro	383 (25,8)	164 (11,0)	223 (15,0)	Uma	270 (18,1)	111 (7,5)	143 (9,6)
Dorsal	387 (26,0)	148 (10,0)	203 (13,7)	Duas	188 (12,7)	92 (6,2)	104 (7,0)
Cotovelo	159 (10,7)	65 (4,4)	104 (7,0)	Três	121 (8,1)	52 (3,5)	67 (4,5)
Lombar	499 (33,6)	184 (12,4)	263 (17,7)	Quatro	85 (5,7)	31 (2,1)	44 (3,0)
Punho/ mão	389 (26,2)	146 (9,8)	192 (12,9)	Cinco	70 (47,1)	29 (2,0)	334 (22,5)
Quadril/ coxa	342 (23,0)	141 (9,5)	202 (13,6)	Seis	60 (4,0)	19 (1,3)	28 (1,9)
Joelho	370 (24,9)	171 (11,5)	223 (15,0)	Sete	55 (3,6)	17 (1,1)	24 (1,6)
Tornozelo/ pé	329 (22,1)	137 (9,2)	179 (12,0)	Oito	25 (1,7)	12 (0,8)	11 (0,7)
-	-	-	-	Nove	54 (3,63%)	28 (1,9)	46 (3,1)

A região do corpo com maior número de mulheres com SM (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 de o ombro não ter sido uma das regiões com maior número de mulheres com sintomas, ficou 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.

Observa-se que as mulheres mais jovens foram mais acometidas pela presença de sintomas para a região cervical ( $p<0,011$ ) e tornozelo/pé ( $p<0,011$ ), e procuraram profissional da saúde em função dos sintomas para as regiões dorsal ( $p<0,020$ ), quadril/coxa ( $p<0,001$ ) e tornozelo/pé ( $p<0,028$ ).

A escolaridade não foi associada à presença dos sintomas, e o mesmo foi verdade para impedimentos na realização de atividades e procura por profissionais da saúde em função destes.

Maior renda *per capita* implicou em maior número de mulheres com impedimento de atividade em função de sintomas no cotovelo ( $p<0,038$ ).

Quanto ao estado civil, as mulheres que não estavam em relacionamento estável foram 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 mais acometidas pela presença de sintomas em punho/mão ( $p=0,042$ ).

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.

**TABELA 2.**  
Sintomas musculoesqueléticos e aspectos sociodemográficos em mulheres. Uberaba, 2014.

Presença Sintoma	Estado Civil	n (%)	Chefe de família		n (%)	Idade M (DP)	Escolaridade M (DP)	Renda M (DP)	p	
			Sem União	Em União						
			estável	estável						
Cervical	Sim	136 (18,94)	136 (18,43)	0,539	112 (18,21)	160 (18,37)	0,938	47,24 (18,7)	0,011**	7,99 (4,70)
	Não	582 (81,06)	632 (81,57)		503 (81,79)	711 (81,63)		50,0 (16,92)		8,34 (5,28)
Ombro	Sim	204 (53,26)	179 (46,74)	0,025*	221 (25,37)	162 (26,34)	0,674	49,45 (18,96)	0,941	8,02 (5,02)
	Não	514 (46,60)	589 (53,40)		650 (74,63)	453 (73,66)		49,37 (16,8)		8,35 (5,21)
Dorsal	Sim	203 (52,45)	184 (47,55)	0,058	219 (25,14)	168 (27,32)	0,347	49,04 (18,46)	0,644	8,16 (94,74)
	Não	515 (46,86)	584 (53,14)		652 (74,86)	447 (72,68)		49,51 (16,99)		8,30 (5,30)
Cotovelo	Sim	87 (12,15)	72 (9,38)	0,087	91 (10,45)	68 (11,06)	0,708	48,94 (18,48)	0,732	7,81 (4,79)
	Não	631 (87,85)	696 (90,62)		780 (89,55)	547 (88,94)		49,44 (17,25)		8,32 (5,20)
Lombar	Sim	258 (35,93)	241 (31,38)	0,063	288 (33,07)	211 (34,31)	0,617	48,93 (18,90)	0,467	8,17 (4,74)
	Não	460 (64,07)	527 (68,62)		583 (66,93)	404 (65,69)		49,62 (16,56)		8,32 (5,36)
Punho/ Mão	Sim	204 (28,41)	185 (24,09)	0,058	245 (28,13)	144 (23,41)	0,042*	48,16 (18,97)	0,105	8,28 (4,92)
	Não	514 (71,59)	583 (75,91)		626 (71,87)	471 (76,59)		49,83 (16,77)		8,26 (5,24)
Quadril/ Cox a	Sim	184 (25,63)	158 (20,58)	0,021*	204 (23,42)	138 (22,44)	0,658	48,54 (19,54)	0,302	8,33 (5,06)
	Não	534 (74,37)	610 (79,42)		667 (76,58)	477 (77,56)		49,64 (16,68)		8,25 (5,19)
Joelho	Sim	195 (27,16)	175 (22,79)	0,051	222 (25,49)	148 (24,07)	0,532	48,64 (18,65)	0,343	8,01 (4,79)
	Não	523 (72,84)	593 (77,21)		649 (74,51)	467 (75,93)		49,64 (16,94)		8,36 (5,27)
Tornozelo/Pé	Sim	158 (22,01)	171 (22,27)	0,904	203 (23,31)	126 (20,49)	0,197	47,24 (18,78)	0,011**	7,99 (4,70)
	Não	560 (77,99)	597 (77,73)		668 (76,69)	489 (79,51)		50,0 (16,92)		8,34 (5,28)

Legenda n: Frequência; M: Média; DP: Desvio Padrão; \*Qui-quadrado de Pearson (p#0,05); Teste T de Student (p#0,0

**TABELA 3.**  
 Impedimento para atividades por sintomas musculoesqueléticos  
 e aspectos sociodemográficos em mulheres. Uberaba, 2014.

Impedimento para realização das atividades	Estado Civil	n (%)		Chefe de família		n (%)		Idade M (DP)		Escolaridade M (DP)		Renda M (DP)	
		Sem União	Em União	Sim	Não	p	Sim	Não	p	p	Escolaridade M (DP)	Renda M (DP)	p
		Estável	Estável	p	Estável	p	Estável	Estável	p	Estável	Estável	p	
Cervical	Sim	66 (59,48)	45 (40,52)	0,015*	46 (7,48)	65 (7,46)	0,990	47,96 (18,17)	0,369	8,49 (5,11)	0,640	690,99 (696,85)	0,199
	Não	652 (47,42)	723 (52,58)		569 (92,53)	806 (92,54)		49,51 (17,31)		8,25 (5,16)		815,46 (999,91)	
Ombro	Sim	91 (55,49)	73 (44,51)	0,051	69 (11,22)	95 (10,91)	0,850	50,03 (18,79)	0,617	7,81 (5,27)	0,231	779,73 (1074,72)	0,715
	Não	627 (47,43)	695 (52,57)		546 (88,78)	776 (89,09)		49,31 (17,20)		8,30 (5,20)		809,42 (968,88)	
Dorsal	Sim	84 (56,77)	64 (43,23)	0,03*	66 (10,73)	82 (9,41)	0,404	49,61 (17,77)	0,872	7,93 (4,78)	0,407	747,67 (743,67)	0,056
	Não	634 (47,38)	704 (52,62)		549 (89,27)	789 (90,59)		49,37 (17,34)		8,31 (5,30)		812,62 (1003,71)	
Cotovelo	Sim	38 (58,46)	27 (41,54)	0,094	27 (4,39)	38 (4,36)	0,980	47,57 (19,27)	0,388	8,40 (5,03)	0,837	1033,37 (1422,89)	0,038**
	Não	680 (47,85)	741 (52,15)		588 (95,61)	833 (95,64)		49,47 (17,29)		8,26 (5,17)		795,70 (955,06)	
Lombar	Sim	105 (57,07)	79 (42,93)	0,011*	74 (12,03)	110 (12,63)	0,731	49,84 (20,0)	0,706	7,66 (5,00)	0,09	760,75 (772,20)	0,503
	Não	613 (47,08)	689 (52,92)		541 (87,97)	761 (87,37)		49,33 (17,13)		8,35 (5,18)		812,57 (1007,00)	
Punho/ mão	Sim	79 (54,11)	67 (45,89)	0,140	50 (8,13)	96 (10,02)	0,065	48,05 (19,18)	0,326	8,26 (5,38)	0,988	886,20 (1311,92)	0,299
	Não	639 (47,69)	701 (52,31)		565 (91,87)	775 (88,98)		49,54 (17,17)		8,27 (5,14)		797,37 (937,78)	
Quadril/ Cox a	Sim	82 (58,17)	59 (41,83)	0,014*	50 (8,13)	91 (10,45)	0,133	47,49 (19,66)	0,172	8,74 (5,12)	0,247	946 (1379,58)	0,075
	Não	636 (47,29)	709 (52,71)		565 (91,87)	780 (89,55)		49,59 (17,12)		8,22 (5,16)		791,41 (928,46)	
Joelho	Sim	98 (57,31)	73 (42,69)	0,012*	71 (11,54)	100 (11,48)	0,970	48,65 (18,81)	0,554	8,04 (4,94)	0,533	886,52 (1237,84)	0,255
	Não	620 (47,15)	695 (52,85)		544 (88,46)	771 (88,52)		49,49 (17,19)		8,30 (5,19)		795,63 (942,19)	
Tornozelo/Pé	Sim	72 (52,55)	659 (47,45)	0,298	51 (8,29)	86 (9,87)	0,2	47,03 (18,79)	0,095	7,62 (4,80)	0,124	798,97 (1025,75)	0,929
	Não	620 (54,42)	703 (45,58)		564 (91,71)	785 (90,13)		49,63 (17,22)		8,33 (5,19)		806,86 (976,52)	

Legenda n: Frequência; M: Média; DP: Desvio Padrão; \*Qui-quadrado de Pearson (p#0,05); Teste T de Student (p#0,05).

**TABELA 4.**  
**Procura de profissional da saúde graças a sintomas musculoesqueléticos**  
**e aspectos sociodemográficos em mulheres. Uberaba, 2014.**

Consulta a profissional	Estado Civil n (%)				Chefe de família n (%)				Idade M (DP)		Escolaridade M (DP)		Renda M (DP)	
	Sem União	Em União	p	Sim	Não	p		p	M (DP)	p	M (DP)	p		
	estável	estável		(10,41)	(8,96)		(18,07)		(4,79)		(588,82)			
Cervical	Sim	85 (59,86)	57 (40,14)	0,004*	64 (10,41)	78 (8,96)	0,349	48,29 (18,07)	0,427	8,11 (4,79)	0,696	686,56 (588,82)	0,127	
	Não	633 (47,10)	711 (52,90)		551 (89,59)	793 (91,04)		49,51 (17,31)		8,29 (5,20)		818,53 (1012,86)		
Ombro	Sim	134 (60,09)	89 (39,91)	0,001*	97 (15,77)	126 (14,49)	0,487	48,83 (19,24)	0,602	8,24 (5,17)	0,939	762,04 (943,64)	0,467	
	Não	584 (47,75)	679 (52,25)		518 (84,23)	745 (85,50)		49,49 (17,03)		8,2 (5,16)		813,94 (987,42)		
Dorsal	Sim	114 (56,16)	89 (43,84)	0,016*	88 (14,31)	115 (13,20)	0,541	46,75 (18,14)		0,020**	8,15 (4,67)	0,725	724,94 (666,23)	0,204
	Não	604 (47,08)	679 (52,92)		527 (85,69)	756 (86,80)		49,81 (17,23)		8,29 (5,23)		819,02 (1021,52)		
Cotovelo	Sim	61 (58,65)	43 (41,35)	0,029*	45 (7,32)	59 (6,77)	0,686	48,80 (19,27)	0,719	7,94 (4,84)	0,507	949,33 (1477,05)	0,123	
	Não	657 (51,25)	725 (48,75)		570 (92,68)	812 (93,23)		49,43 (17,23)		8,30 (5,18)		795,31 (932,60)		
Lombar	Sim	148 (56,28)	115 (43,72)	0,004*	116 (18,86)	147 (16,88)	0,323	47,58 (18,51)	0,062	8,26 (4,89)	0,985	741,49 (715,97)	0,239	
	Não	570 (46,61)	653 (53,39)		499 (81,14)	724 (83,12)		49,78 (17,11)		8,27 (5,18)		820,00 (1028,81)		
Punho/ Mão	Sim	112 (58,33)	80 (41,67)	0,003*	77 (12,52)	115 (13,20)	0,699	47,74 (19,21)	0,159	8,26 (5,18)	0,986	875,97 (1185,20)	0,290	
	Não	606 (46,83)	688 (53,17)		538 (87,48)	756 (86,80)		49,64 (17,08)		8,27 (5,18)		795,73 (946,71)		
Quadril/ Cox a	Sim	112 (55,45)	90 (44,55)	0,029*	76 (12,36)	126 (14,47)	0,243	45,76 (19,18)	0,001**	8,51 (4,96)	0,462	826,68 (1207,20)	0,749	
	Não	606 (48,76)	678 (51,24)		539 (87,64)	745 (85,53)		49,46 (17,02)		8,23 (5,19)		802,88 (940,63)		
Joelho	Sim	124 (55,61)	99 (44,39)	0,018*	87 (14,15)	136 (15,61)	0,435	48,04 (19,01)	0,208	8,15 (4,92)	0,713	803,12 (1119,29)	0,901	
	Não	594 (47,03)	669 (52,97)		528 (85,85)	735 (84,39)		49,63 (17,07)		8,29 (5,20)		806,66 (954,82)		
Tornozelo/Pé	Sim	93 (51,97)	86 (48,03)	0,299	68 (11,06)	111 (12,74)	0,325	46,72 (18,81)	0,028**	7,74 (4,75)	0,144	734,15 (891,06)	0,295	
	Não	625 (47,82)	682 (52,18)		547 (88,94)	760 (87,26)		49,76 (17,15)		8,34 (5,21)		816,03 (992,43)		

Legenda: n: Frequência; M: Média; DP: Desvio Padrão; \*Qui-quadrado de Pearson (p#0,05); Teste T de Student (p#0,05).

## DISCUSSÃO

As ações e estratégias visando à atenção integral à saúde da mulher dependem, em grande parte, da identificação das vulnerabilidades que devem ser priorizados pelas políticas públicas de saúde, por meio do conhecimento das características relacionadas aos problemas de saúde que comprometem o bem-estar e a qualidade de vida dessa população. Nesse caso, os inquéritos de saúde são ferramentas essenciais para o estudo de condições de vida e de saúde em amostras representativas de populações.

Este estudo indicou que 62,45% das mulheres relataram SM em pelo menos uma região nos últimos 12 meses. Estudos abordam que a prevalência dos SM na população feminina decorre de aspectos biológicos

e comportamentais (hormônios, desigualdades relacionadas a altura, força, condições aeróbicas, vias do circuito da dor, variações no sistema nervoso central)<sup>05,11</sup>.

Ainda, o grande número de mulheres com relatos de SM pode ser atribuído a sua maior percepção quanto aos sinais das doenças<sup>12</sup>, bem como pelo fato de apresentarem maior frequência de dor de origem musculoesquelética e visceral, assim como relatarem dor como um sintoma em uma consulta ao profissional de saúde<sup>13</sup>. No entanto, 73,69% das que relatam sintomas negaram impedimento na realização das atividades e 66,35% não consultaram profissional da saúde.

Ressalta-se que o fato das mulheres continuarem a desenvolver suas atividades independente dos SM pode estar relacionado à autoeficácia elevada, o que as levaria a serem mais persistentes e, em geral, manterem a maior parte de suas atividades, apesar dos sintomas<sup>14</sup>. Assim, é necessário a conscientização da mulher sobre o conhecimento de suas dores e limitações, da importância de realizar o tratamento adequado e da sua autorresponsabilização diante da intervenção e dos cuidados para que possa ter uma melhora nas queixas e nos sintomas. Também é essencial a abordagem dos processos referentes à construção da visão de autoeficácia apresentado pela mulher.

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, independentemente do tempo de sua duração. A resiliência está relacionada à habilidade de se adequar a diferentes situações que geram estresse, mesmo com a diminuição da compreensão deste. Quando se têm altos níveis de aceitação e adaptação a quadros dolorosos, aumenta a resiliência, gerando reflexos positivos no processo de prevenção de estresse emocional<sup>15</sup>. Nesse sentido, uma das temáticas a serem trabalhadas com esta população, durante as intervenções terapêuticas, deve ser a resiliência e o que a norteia.

No entanto, deve-se levar em conta que esses resultados também podem indicar falta de cuidado adequado com sua saúde, o que pode levá-las a sofrer mais tarde 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<sup>15,16</sup>.

Os impedimentos para realização das atividades e a procura por profissionais podem ocorrer com sintomas de intensidade moderada ou alta. Nesses casos, a resolutividade pode ser menor. Desta forma, os profissionais de saúde devem estar preparados para atender os pacientes com SM, tendo uma visão ampliada tanto durante a avaliação quanto no tratamento, pois as dores, em especial as crônicas, sofrem influências de aspectos orgânicos, psicológicos e sociais<sup>17</sup>. Assim, é fundamental a análise do contexto em que as mulheres estão inseridas.

A região do corpo com maior número de mulheres com SM, que causou mais limitações nas atividades e que levou à maior procura por profissionais da saúde foi a coluna lombar. Apesar disso, somente 52,71% das 263 mulheres que apresentaram sintomas nessa região procuraram profissionais da saúde. Em uma revisão sistemática de determinação dos fatores de busca por serviços de saúde, descobriu-se que menos de 60% das pessoas que apresentam dor lombar procuram tratamento<sup>18</sup>, sendo esses resultados similares aos do presente estudo. Essa é uma região de alta prevalência de dor, tanto no Brasil como no mundo, e corresponde à maior causa de incapacidade e de afastamento das atividades laborais no mundo<sup>17</sup>. Já no Brasil, informações da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 mostram que 18,5% da população brasileira referiram dor crônica na coluna, sendo 15,5% em homens e 21,1% em mulheres<sup>17,19,20</sup>.

O fato de as mulheres apresentarem maior prevalência tem 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 anatomofuncionais 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, lordose e contraturas musculares (em função do aumento do peso), e mudanças de postura (em função do crescimento do feto). Já no pós-parto, pode estar relacionada às inadequações posturais ao amamentar, ao peso da criança, entre outros fatores<sup>19,20</sup>.

No presente estudo, a incapacidade referente a sintomas na coluna esteve presente em 12,4% das mulheres. Este resultado está em consonância com outra investigação que ressalta a incapacidade em pacientes com dor lombar crônica, variando de 11% a 76%. Essa grande variação deve-se tanto aos conceitos de incapacidade adotados quanto aos métodos diferentes utilizados para medir esse fenômeno<sup>20</sup>. Destaca-se que neste estudo foi utilizado o QNSO, mas existem outros instrumentos desenvolvidos para a avaliação da região lombar<sup>20,21</sup>, 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.

Quanto à idade, identificou-se que as mulheres com menores médias de idade apresentaram maior número de sintomas em região cervical e tornozelos/pés, bem como maior procura por profissionais e incapacidade para as regiões cervical, quadris/coxas e tornozelos/pés. Nesse sentido, em uma pesquisa realizada sobre os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, observou-se que a prevalência de problema crônico de coluna aumenta com a idade, sendo que as maiores frequências foram encontradas entre os sujeitos com mais de 60 anos<sup>22</sup>. Já um estudo realizado no setor de arquivo médico do Centro de Saúde Butantã (CSEB) apontou que a chance de indivíduos acima de 40 anos procurarem o serviço de saúde por problemas musculoesqueléticos é maior<sup>23</sup>.

No entanto, deve-se considerar um estudo prévio que reportou que um número cada vez maior de universitários jovens vem sendo acometido por dores na coluna e outras articulações<sup>24</sup>, o que leva a inferir que a dor musculoesquelética afeta todas as idades, em algum momento da vida. Desta forma, deve-se incentivar os cuidados com o sistema musculoesquelético em todas as idades, em especial na idade produtiva, e este cuidado deve ser implementado de maneira que as mulheres tenham autopercepção e autorresponsabilidade sobre ele.

A escolaridade não foi associada à presença dos SM, tampouco o foram os impedimentos para a realização de atividades e a procura por profissionais da saúde em função deles. Contrariamente, com relação à escolaridade, 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 Unidade Básica de Saúde de São Paulo, indicou que os níveis de dor foram maiores para mulheres com baixo nível de escolaridade, e que adultos sem instrução ou que não completaram o Ensino Fundamental relataram mais problemas crônicos de coluna<sup>25</sup>. A epidemiologia e os fatores associados aos SM avaliados de maneira ampla é escassa, já que os estudos dedicam-se ao estudo da dor, limitando assim o entendimento das características desses sintomas e suas implicações para o bem-estar, especialmente em mulheres.

As mulheres que não estavam em relacionamento estável apresentaram mais impedimentos para atividades e maiores comprometimento quanto ao número de sintomas e busca por profissionais da saúde para algumas regiões avaliadas. Assim, graças às responsabilidades familiares, econômicas e sociais das mulheres que estão em um relacionamento estável, a hipótese de que esse tipo de relacionamento poderia ser uma força contra a presença de sintomas e a diminuição da capacidade de realização das atividades não foi comprovada.

Apesar de, muitas vezes, família e filhos representarem uma dupla jornada 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<sup>26,27</sup>. 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 dessas relações e do nível de afetividade e satisfação com as mesmas.

Considerando a alta prevalência e a cronicidade dos SM 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 sua prevalência em grupos sociais economicamente vulneráveis, bem como sua associação com restrição de atividades e com um maior uso de serviços de saúde, sugerem que esses sintomas podem ter impacto sobre a vida profissional e social dessas mulheres, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida.

É preciso considerar que as questões sociais possuem grandes contribuições na presença dos SM e levar em conta que a participação das mulheres no mercado de trabalho tem aumentado consideravelmente. Associada a suas atividades laborais está a dupla jornada de trabalho, englobando os cuidados domiciliares e com a família, sendo que muitas também são responsáveis financeiras por seus lares.

É preciso ainda considerar a precarização do trabalho com baixos salários, entre outras situações que refletem de forma insidiosa na saúde das mulheres<sup>25,28</sup>, e o presenteísmo, segundo o qual a trabalhadora, mesmo com a presença de sintomas dolorosos e as limitações advindas desse quadro, continua a realizar suas atividades laborais, gerando redução de seu desempenho produtivo e acarretando reflexos em sua saúde física, mental, social e até financeira<sup>29</sup>.

## CONCLUSÃO

Apesar da alta prevalência dos SM, muitas mulheres não apresentam incapacidade em função dos mesmos e não procuram profissionais de saúde. Um maior número de regiões com sintomas, o impedimento para realização das atividades e a procura por profissionais são associados a mulheres com menores médias de idade e sem união estável.

Esses resultados são preocupantes, particularmente porque o sistema público de saúde não está preparado para atender às necessidades exigidas por este cenário, tais como a atenção prolongada, intensiva e de alto custo.

Como limitação desse estudo, aponta-se a falta da análise dos SM conforme exercício ou não de trabalho remunerado, o que poderia, em parte, responder a questões sobre a influência do trabalho profissional sobre os sintomas.

Contudo, as informações obtidas por este estudo contribuem para a adoção de estratégias orientadas à promoção da atenção integral à saúde da mulher, considerando os grupos vulneráveis que possuem maior probabilidade de apresentar limitações funcionais em decorrência de SM. Para se mudar esse quadro, serão necessários uma maior compreensão dos sintomas musculoesqueléticos e seus determinantes, bem como um olhar epidemiológico e interdisciplinar.

## REFERÊNCIAS

1. Rodrigues EV, Gomes ARS, Guimarães ATB, Drabovski B, Rox R, Ramos FS, et al. Effects of muscular endurance training on musculoskeletal disorders in teachers. *Fisioter Mov*. [Internet]. 2015 [citado em 04 fev 2020]; 28(3):535-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v28n3/0103-5150-fm-28-3-0535.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.028.003.AO12>
2. Rocha RER, Prado Filho K, Silva FN, Boscari M, Amer SAK, Almeida DC. Sintomas musculoesqueléticos e estresse não alteram a qualidade de vida de professores da educação básica. *Fisioter Pesqui*. [Internet]. 2017 [citado em 04 fev 2020]; 24(3):259-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v24n3/2316-9117-fp-24-03-00259.pdf>. DOI: [10.1590/1809-2950/16447524032017](http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/16447524032017)
3. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sorensen F, Andersson G, et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon*. [Internet]. 1987 [citado em 04 fev 2020]; 18(4):223-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ae/v18n4/0003-2719-ae-18-04-0223.pdf>. DOI: [10.1590/0003-2719-ae-18-04-0223](http://dx.doi.org/10.1590/0003-2719-ae-18-04-0223)

- em 04 fev 2020]; 18(3):233-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15676628>. DOI: 10.1016/0003-6870(87)90010-x
4. Almeida LMS, Dumith SC. Associação entre sintomas osteomusculares e estresse percebido em servidores públicos de uma Universidade Federal do Sul do Brasil. *Br J Pain* [Internet]. 2018 [citado em 04 fev 2020]; 1(1):9-14. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/brjp/v1n1/pt\\_1806-0013-brjp-01-01-0009.pdf](http://www.scielo.br/pdf/brjp/v1n1/pt_1806-0013-brjp-01-01-0009.pdf). DOI: 10.5935/2595-0118.20180004
  5. Assunção AA, Abreu MNS. Fatores associados a distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autorreferidos em adultos brasileiros. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado em 04 fev 2020]; 51(Supl 1):10s. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000282.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000282>
  6. Silva LF, Teixeira SL. Prevalência de dor osteomuscular em trabalhadores de indústria de artefatos de couro: estudo transversal em um município do estado de Minas Gerais. *Rev Dor* [Internet]. 2017 [citado em 04 fev 2020]; 18(2):135-40. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rdor/v18n2/pt\\_1806-0013-r dor-18-02-0135.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rdor/v18n2/pt_1806-0013-r dor-18-02-0135.pdf). DOI: 10.5935/1806-0013.20170027
  7. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [citado em 04 fev 2020]. 80 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)
  8. Alves MCGP, Escuder MML, Goldbaum M, Barros MBA, Fisberg RM, Cesar CLG. Plano de amostragem em inquéritos de saúde, município de São Paulo, 2015. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado em 04 fev 2020]; 52:81. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000471.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000471.pdf). DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000471>
  9. Castilho EA, Goldbaum M. Doenças crônicas não transmissíveis e inquéritos populacionais. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado em 04 fev 2020]; 51(Supl 1):1s. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-8787201705100supl1ed.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-8787201705100supl1ed.pdf). DOI: 10.159/S1518-8787.201705100supl1ed
  10. Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2002 [citado em 04 fev 2020]; 36(3):307-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n3/10492.pdf>
  11. Ferreira GD, Silva MC, Rombaldi AJ, Wrege ED, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev Bras Fisioter.* [Internet]. 2011 [citado em 04 fev 2020]; 15(1):31-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552011005000001>
  12. Jensen MP, Chen C, Brugge AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *J Pain* [Internet]. 2003 [citado em 03 set 2019]; 4(7):407-14. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14622683>. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1526-5900\(03\)00716-8](https://doi.org/10.1016/S1526-5900(03)00716-8)
  13. Bingefors K, Isacson D. Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain: a gender perspective. *Eur J Pain* [Internet]. 2004 [citado em 04 fev 2020]; 8(5):435-50. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15324775>. DOI: 10.1016/j.ejpain.2004.01.005
  14. Bonafé FSS, Marôco J, Campos JADB. Pain self-efficacy questionnaire and its use in samples with different pain duration time. *Br J Pain* [Internet]. 2018 [citado em 22 set 2019]; 1(1):33-9. Disponível em: <http://www.sciel.br/pdf/brjp/v1n1/1806-0013-brjp-01-01-0033.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20180008>
  15. Souza I, Vasconcelos AGG, Caumo W, Baptista AF. Perfil de resiliência em pacientes com dor crônica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado em 25 set 2019]; 33(1):e00146915. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00146915.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00146915>
  16. Stefane T, Santos AM, Marinovic A, Hortense P. Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2013 [citado em 04 fev 2020]; 26(1):14-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/04.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100004>

17. Desconsi MB, Bartz PT, Fiegenbaum TR, Candotti CT, Vieira A. Tratamento de pacientes com dor lombar crônica inespecífica por fisioterapeutas: um estudo transversal. *Fisioter Pesqui.* [Internet]. 2019 [citado em 29 set 2019]; 26(1):15-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v26n1/2316-9117-fp-26-01-15.pdf>. DOI: 10.1590/1809-2950/17003626012019
18. Ferreira ML, Machado G, Latimer J, Maher C, Ferreira PH, Smeets RJ. Factors defining care-seeking in low back pain: a meta-analysis of population based surveys. *Eur J Pain* [Internet]. 2010 [citado em 01 out 2019]; 14(7):747.e1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20036168>. DOI: 10.1016/j.ejpain.2009.11.005
19. Nascimento PRC, Costa LOP. Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado em 01 out 2019]; 31(6):1141-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1141.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00046114>
20. Ferreira GD, Silva MC, Rombaldi AJ, Wrege ED, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do sul do Brasil: estudo de base populacional. *Braz J Phys Ther.* (Impr.). 2011 [citado em 01 out. 2019]; 15(1):31-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552011005000001> Repetida com ref. 11
21. Madeira HGR, Garcia JBS, Lima MVV, Serra HO. Incapacidade e fatores associados à lombalgia durante a gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2013 [citado em 02 out 2019]; 35(12):541-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n12/03.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013001200003>
22. Oliveira MM, Andrade SSCA, Souza CAV, Ponte JN, Szwarcwald CL, Malta DC. Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) autorreferidos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [citado em 08 out 2019]; 24(2):287-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00287.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200011>
23. Trindade KMC, Schmitt ACB, Casarotto RA. Queixas musculoesqueléticas em uma Unidade Básica de Saúde: implicações para o planejamento das ações em saúde e fisioterapia. *Fisioter Pesqui.* [Internet]. 2013 [citado em 09 out 2019]; 20(3):228-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v20n3/06.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502013000300006>
24. Gomes Neto M, Sampaio GS, Santos OS. Frequência e fatores associados a dores musculoesqueléticas em estudantes universitários. *Revista Pesquisa em Fisioterapia* [citado em 08 out 2019] 2016; 6(1):26-34. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/790/566> DOI: <http://dx.doi.org/10.17267//2238-2704rpf.v6i1.790>
25. Dedicação AC, Sato TO, Avila MA, Moccellin AS, Saldanha MES, Driusso P. Prevalência de dor musculoesquelética em mulheres climatéricas em uma Unidade Básica de Saúde de São Paulo/SP. *Rev Dor* [Internet]. 2017 [citado em 09 out 2019]; 18(3):212-16. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rdor/v18n3/pt\\_1806-0013-rdor-18-03-0212.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rdor/v18n3/pt_1806-0013-rdor-18-03-0212.pdf). DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170104>
26. Taylor SS, Davis MC, Zautra AJ. Relationship status and quality moderate daily pain-related changes in physical disability, affect, and cognitions in women with chronic pain. *Pain* [Internet]. 2013 [citado em 12 out 2019]; 154(1):147–53. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23200258>. DOI: 10.1016/j.pain.2012.10.004
27. Ward MM, Leigh JP. Marital status and the progression of functional disability in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* [Internet]. 1993 [citado em 12 out 2019]; 36(5):581-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8489537>. DOI: <https://doi.org/10.1002/art.1780360502>
28. Marcacine PR, Castro SS, Castro SS, Meirelles MCCC, Haas VJ, Walsh IAP. Qualidade de vida, fatores sociodemográficos e ocupacionais de mulheres trabalhadoras. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [citado em 03 set 2019]; 24(3):749-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n3/1413-8123-csc-24-03-0749.pdf>. DOI: 10.1590/1413-81232018243.31972016
29. Santos HEC, Marziale MHP, Felli VEA. Presenteísmo e sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm.* [Internet]. 2018 [citado em 08 set 2019]; 26:e3006. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e3006.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3006.pdf). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2185.3006>

