

Perfil sociodemográfico, morbilidades referidas, bienestar y trabajo remunerado de mujeres: estudio poblacional*

Perfil sociodemográfico, morbilidades referidas, bem-estar e trabalho remunerado de mulheres: estudo populacional

Sociodemographic profile, reported morbidities, well-being, and paid work of women: a population-based study

Marina Mendonça Emílio¹

Jéssica Carvalho Lima²

Vitoria Helena Maciel Coelho³

Lislei Jorge Patrizzi Martins⁴

Isabel Aparecida Porcatti de Walsh⁵

Recibido: 11/01/2019

Aprobado: 09/04/2020

Publicado: 15/05/2020

Estudio transversal de base poblacional realizado en 2014, cuyo objetivo fue verificar las asociaciones entre el perfil sociodemográfico, morbilidades referidas, indicadores de bienestar y trabajo remunerado, analizando datos de la Encuesta de Salud de la Mujer de la ciudad de Uberaba/MG, Brasil. Las características sociodemográficas fueron auto relatadas. Las morbilidades referidas fueron evaluadas por medio de auto relato, a partir de una lista basada en el cuestionario Índice de Capacidad para el Trabajo, y los indicadores de bienestar por medio de algunas preguntas del Cuestionario WHOQOL-bref, de la Escala de Escala de Rastreo Poblacional de Depresión y del *Self-Report Questionnaire*. Participaron 1.483 mujeres (533 con y 950 sin trabajo remunerado). De las mujeres que no ejercían trabajo remunerado, 41,9% estaban en el grupo etario de 60 años o más y 51,26% en unión estable, presentaron promedio de escolaridad de 7,76 ($\pm 5,23$) años y de ingreso *per capita* de 815,98 ($\pm 1082,75$) reales. La mayoría de las que ejercían trabajo remunerado (54,6%) estaba en el grupo etario de 35-59 años y 303 (56,85%) no estaban en unión estable, con promedio de escolaridad de 9,17($\pm 4,90$) años e ingreso *per capita* de 788,55 ($\pm 766,69$) reales. Hubo diferencias significativas entre los grupos, indicando que mujeres sin unión estable y con mayor escolaridad ejercían trabajo remunerado. Las morbilidades más relatadas por todas las mujeres fueron las respiratorias, endocrinas/metabólicas y genitourinarias. Las que ejercían trabajo remunerado estaban significativamente satisfechas/muy satisfechas con el desempeño de las actividades del día a día y relataron nada/muy poco impedimento para realizar actividades debido al dolor. Hubo mayor comprometimiento para las amas de casa con relación a sentirse nerviosa/tensa/preocupada, cansar con facilidad y presentar esfuerzo para realizar tareas habituales.

Descriptor: Mujeres; Encuestas epidemiológicas; Sistema musculoesquelético; Enfermedades no transmisibles; Estado de salud.

Estudo transversal de base populacional realizado em 2014, cujo objetivo foi verificar as associações entre o perfil sociodemográfico, morbilidades referidas, indicadores de bem-estar e trabalho remunerado, analisando dados do Inquérito de Saúde da Mulher da cidade de Uberaba/MG. As características sociodemográficas foram autorrelatadas. As morbilidades referidas foram avaliadas por meio de autorrelato, a partir de uma lista baseada no questionário Índice de Capacidade para o Trabalho, e os indicadores de bem-estar por meio de algumas questões do Questionário WHOQOL-bref, da Escala de Rastreamento Populacional de Depressão e do Self-Report Questionnaire. Participaram 1.483 mulheres (533 com e 950 sem trabalho remunerado). Das mulheres que não exerciam trabalho remunerado, 41,9% estavam na faixa etária de 60 anos ou mais e 51,26% em união estável, apresentaram média de escolaridade de 7,76 ($\pm 5,23$) anos e de renda per capita de 815,98 ($\pm 1082,75$) reais. A maioria das que exerciam trabalho remunerado (54,6%) estava na faixa etária de 35-59 anos e 303 (56,85%) não estavam em união estável, com média de escolaridade de 9,17($\pm 4,90$) anos e renda *per capita* de 788,55 ($\pm 766,69$) reais. Houve diferenças significativas entre os grupos, indicando que mulheres sem união estável e com maior escolaridade exerciam trabalho remunerado. As morbilidades mais relatadas por todas as mulheres foram as respiratórias, endócrinas/metabólicas e genitourinárias. As que exerciam trabalho remunerado estavam significativamente satisfeitas/muito satisfeitas com o desempenho das atividades do dia a dia e relataram nada/muito pouco impedimento para realizar atividades devido à dor. Houve maior comprometimento para as donas de casa com relação a sentir-se nervosa/tensa/preocupada, cansar com facilidade e apresentar esforço para realizar tarefas habituais.

Descritores: Mulheres; Inquéritos epidemiológicos; Sistema musculoesquelético; Doenças não transmissíveis; Nível de saúde.

Cross-section population-based study carried out in 2014, aiming to verify the associations between the sociodemographic profile, referred morbidities, wellbeing indexes, and paid work, analyzing data from the Women's Health Inquiry from the city of Uberaba/MG, Brazil. Sociodemographic characteristics were self-reported. The morbidities referred were evaluated through self-reports, from a list based on the questionnaire Index of Work Capacity, and the wellbeing indexes were assessed through some questions from the WHOQOL-bref, the Scale of Population Depression Screening, and the Self-Report Questionnaire. 1,483 women participated (533 had paying jobs, and 950 did not). From those with no paid work, 41.9% were 60 years old or more, and 51.26% were in stable unions. Their mean educational level was 7.76 (± 5.23), and their mean per capita income was 815.98 (± 1082.75) reais (Brazilian currency). Most of those who did work paying jobs (54.6%) were from 35 to 59 years of age and 303 (56.85%) were not in a stable union. They had a mean educational level of 9.17 (± 4.90) years old and a mean per capita income of 788.55 (± 766.69) reais. There were significant differences between the groups, indicating that women with no stable unions and with higher educational levels had paying jobs. The most commonly reported morbidities by all women were respiratory, endocrine/metabolic, and genitourinary. Those who had paid work were significantly satisfied/very satisfied with their performance of daily-life activities, and reported nothing/very little impairment in carrying out their activities due to pain. Houseworkers were more affected by feelings of nervousness/tension/preoccupation, tired more easily, and required more efforts to carry out daily activities.

Descriptors: Womens; Health surveys; Musculoskeletal system; Noncommunicable diseases; Health status.

* Estudio parte del Proyecto ISA Mulher que fue financiado por la Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais – FAPEMIG, bajo APQ-01825-12.

1. Fisioterapeuta. Magister en Fisioterapia por el Programa de Pos-Graduación en Fisioterapia (PPGF) de la Universidad Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)/Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberaba/MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4144-3986 E-mail:mariemilio1@outlook.com

2. Fisioterapeuta. Maestranda del Programa de Pos-Graduación en Fisioterapia (PPGF) de la UFTM/UFU, Uberaba/MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0972-1886 E-mail: jcarvalho.fisio.uftm@hotmail.com

3. Fisioterapeuta. Pos-Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Adjunta de la carrera de Graduación en Fisioterapia de la UFTM, Uberaba/MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-1799-2256 E-mail: vhmcoelho@gmail.com

4. Fisioterapeuta. Doctora en Ciencias Médicas. Profesora Asociada de la carrera de Graduación en Fisioterapia de la UFTM y del PPGF de la UFTM/UFU, Uberaba/MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-3729-7675 E-mail: lispatrizzi@gmail.com

5. Fisioterapeuta. Doctor en Salud Pública. Docente en la carrera de Fisioterapia de la Universidad Federal do Ceará, Fortaleza/CE, Brasil. ORCID: 0000-0002-2661-7899 E-mail: shamyrulyvan@gmail.com

6. Fisioterapeuta. Doctora en Fisioterapia. Profesora Asociada de la carrera de Graduación en Fisioterapia de la UFTM y del PPGF da UFTM/UFU Uberaba/MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-2317-1326 E-mail: isabelpwalsh@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El trabajo está directamente relacionado a la época en que los seres humanos comenzaron a modificar la naturaleza y el espacio en el que vivían para la construcción de materiales e instrumentos en pro de sus necesidades humanas básicas. Sin embargo, antiguamente, el lugar de la mujer era dentro de casa, cuidando a los hijos y viviendo en función de estos y del marido. Solo a partir de la mitad del siglo XX el número de mujeres que ejercen actividad remunerada viene creciendo¹. Ellas han conquistado cada vez más su lugar en la sociedad y, por consecuencia, en el mercado de trabajo.

Delante del desempeño femenino exclusivo de esas funciones del hogar, y de su no ejercicio de actividades remuneradas, las mujeres fueron denominadas “amas de casa” y, a pesar de la rutina intensa de trabajo doméstico que las mantiene ocupadas, las tareas domésticas no son contadas como actividades económicas por las estadísticas oficiales disponibles en Brasil, aunque esa jornada de trabajo sea similar a la de una actividad remunerada².

Las actividades domésticas, supuestamente son consideradas como de mayor autonomía, menor presión en cuanto a plazos, sentido de responsabilidad y control sobre las tareas. Además de eso, son desvalorizadas socialmente³, y asociadas al aislamiento de la mujer dentro de casa, al estancamiento y a la enfermedad para quien las realiza exclusivamente⁴.

Ya las mujeres insertas en el mercado de trabajo pueden desempeñar un papel relevante en la construcción de su independencia financiera y de autopercepción de su competencia y valor social, ampliando su autoestima y reflexionando, consecuentemente, en su salud y bienestar⁴. Por otro lado, investigaciones realizadas en diferentes contextos⁵⁻⁶ han mostrado que el trabajo remunerado puede ocasionar enfermedades.

Así, considerando que ambos, trabajo profesional o doméstico, pueden presentar factores de riesgo y de protección, influenciando tanto en los aspectos físicos como en los aspectos mentales de la salud, las investigaciones de salud de las mujeres deben, por lo tanto, considerar los múltiples papeles ejercidos por estas, incluyendo evaluación de los diferentes espacios de la vida en los cuales las mismas actúan. Sin embargo, el trabajo doméstico aún es poco estudiado en lo que se refiere a las repercusiones en la salud de las mujeres, que permanecen como las principales responsables por el mismo, y la mayoría de las investigaciones no lo incluyen en el abordaje del trabajo femenino. En Brasil, son raras las investigaciones de base poblacional dedicadas al análisis del estado de salud en relación al trabajo femenino, principalmente comparando trabajadoras remuneradas con amas de casa². De esta manera, estudios que evalúen morbilidades referidas (MR) e indicadores de bienestar (IBE) en estos dos segmentos podrán contribuir para ampliar el conocimiento de este perfil en la población, forneciendo subsidios para el planeamiento de acciones de promoción de la salud y caracterizándose como una herramienta de vigilancia en salud.

En este contexto, las encuestas populares de salud son esenciales para conocer el perfil de salud, la distribución de los factores de riesgo y sus tendencias, además de las desigualdades en salud. Las informaciones colectadas periódicamente permiten el monitoreo de acciones y programas de salud en distintos subgrupos poblacionales y subsidian el planeamiento y la gestión de las intervenciones en salud colectiva, además de permitir una estimativa de la gravedad del cuadro⁵.

El objetivo del presente estudio fue verificar las asociaciones entre el perfil sociodemográfico, morbilidades referidas, indicadores de bienestar y trabajo remunerado, analizando datos de la Encuesta de Salud de la Mujer de la ciudad de Uberaba/MG.

MÉTODO

Estudio transversal, con abordaje cuantitativo, parte de un proyecto designado Encuesta de Salud de la Mujer (ISA MULHER), realizado en residencias de la zona urbana de la ciudad de

Uberaba – MG en 2014, después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Universidad Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), bajo CAAE nº 1826. Las mujeres participantes fueron seleccionadas a partir de un muestreo probabilístico en múltiples etapas. El cálculo de muestreo fue realizado y considerado ideal con 1530 mujeres, siendo que informaciones adicionales pueden ser obtenidas en material ya publicado⁷.

Las características sociodemográficas fueron auto relatadas e indicadas por edad (clasificada en las categorías: 18 a 34 años, 35 a 59 años, y 60 años o más), años de escolaridad, ingreso *per capita* autor relatadas e indicadas por edad (clasificada en las categorías: 18 a 34 años, 35 a 59 años, y 60 años o más), años de escolaridad, ingreso *per capita* (calculada por la división del ingreso familiar mensual por el número de personas que residían en la casa), estado civil (clasificado como en unión estable: casada o unión estable, y sin unión: soltera, separada o viuda) y ejercicio de trabajo remunerado (Sí o No).

Las MR fueron evaluadas por medio de auto relato, a partir de una lista basada en el cuestionario Índice de Capacidad para el Trabajo⁸, con la adición de algunas hechas por los autores, presentando morbilidades referentes a los diversos sistemas: Sistema cardíaco (hipertensión arterial, enfermedad coronaria, dolor en el pecho durante el ejercicio, infarto del miocardio, trombosis coronaria, insuficiencia cardíaca, cardiomegalia, chagas, otra enfermedad cardiovascular); Sistema respiratorio (infecciones repetidas del tracto respiratorio – amigdalitis, sinusitis aguda, bronquitis aguda, bronquitis crónica, sinusitis crónica, asma, enfisema, tuberculosis pulmonar, otra enfermedad respiratoria); Sistema emocional (disturbio emocional severo o disturbio emocional leve); Sistema neurológico (problema o disminución de la audición, enfermedad o lesión de la visión, enfermedad neurológica — accidente vascular cerebral, neuralgia, jaqueca, epilepsia, convulsiones, otra enfermedad neurológica o de los órganos de los sentidos); Sistema digestivo (piedras o enfermedad de la vesícula biliar, enfermedad del páncreas o del hígado, úlcera gástrica o duodenal, gastritis o irritación duodenal, colitis o irritación duodenal, otra enfermedad digestiva); Sistema genitourinario (infección de las vías urinarias, diarrea, constipación, gases, enfermedades de los riñones, enfermedades en los genitales y aparato reproductor, otra enfermedad genitourinaria); Tumoral (tumor benigno, tumor maligno); y Endócrino/Metabólico (obesidad, diabetes, varices, colesterol alto, bocio u otra enfermedad de la tiroides, hipotiroidismo, hipertiroidismo, otra enfermedad endócrina o metabólica). Fue considerado que la mujer presentaba comprometimiento en determinado sistema cuando relató una o más morbilidades dentro del mismo.

Para la evaluación de los IBE, fueron utilizadas algunas preguntas del Cuestionario WHOQOL- bref⁶, de la Escala de Escala de Rastreo Poblacional de Depresión (CES-D – *Center for Epidemiologic Studies-Depression*), validada para uso en Brasil⁹ y del *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20), para rastreo de trastornos mentales no-psicóticos, desarrollado por la Organización Mundial de Salud¹⁰, siendo realizadas las siguientes preguntas con las respectivas opciones de respuestas: "¿Cómo evaluarías tu calidad de vida?" (Muy mala/Mala, Ni buena ni mala, Buena/Muy buena); "¿Cuán satisfecha estás con tu salud?" (Muy insatisfecha/Insatisfecha, Ni satisfecha ni insatisfecha, Satisfecha/Muy satisfecha); "¿Cuán satisfecha estás con tu capacidad de desempeñar las actividades de tu día a día?" (Muy insatisfecha/Insatisfecha, Ni satisfecha ni insatisfecha, Satisfecha/Muy satisfecha); "¿En qué medida crees que tu dolor (físico) impide que hagas lo que necesitas? (Nada/Muy poco, Más o menos, Bastante/Extremadamente); "¿Te sientes nerviosa, tensa o preocupada?" (Sí o no); "¿Te sientes cansada todo el tiempo?" (Sí o no); "¿Te cansas con facilidad?" (Sí o no); "¿Cuán satisfecha estás con tu capacidad de desempeñar las actividades del día a día?" (Muy insatisfecha/Insatisfecha, Ni satisfecha ni insatisfecha, Satisfecha/Muy satisfecha); "¿Sientes que necesitas esfuerzo para desempeñar las actividades de tu día a día?" (Sí o No); "¿Cuán satisfecha estás con tu sueño?" (Muy insatisfecha/Insatisfecha, Ni satisfecha ni insatisfecha, Satisfecha/Muy satisfecha), y "¿Duermes mal?" (Sí o no).

Inicialmente los datos fueron almacenados en el programa EpiData, versión 3.1, y posteriormente fueron transferidos para una planilla del programa Microsoft Office Excel® 2007, donde se realizó la validación y la consistencia de los datos. Enseguida, el banco de datos fue importado al programa de la IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 24.0, para la realización de los análisis estadísticos.

La normalidad de los datos fue evaluada por el *test* de Kolmogorov Smirnov, que indicó una distribución no normal. Para análisis univariante fueron utilizadas medidas como frecuencia y porcentaje, y medidas de variabilidad como promedio y desvío estándar. Posteriormente fue realizado el análisis bivariado, con significancia estadística de 5%, donde fueron empleados los *Tests* de Mann-Whitney y Chi-cuadrado de Pearson. Las asociaciones encontradas fueron evaluadas por el *test* de los residuos ajustados.

RESULTADOS

Participaron en el presente estudio 1.483 mujeres. La mayoría (950 - 64,06%) no ejercía trabajo remunerado. De estas, 398 (41,90%) estaban en el grupo etario de 60 años o más, la mayoría (487 - 51,26%) en unión estable, presentando promedio de escolaridad de 7,76 ($\pm 5,23$) años y de ingreso *per capita* de 815,98 ($\pm 1082,75$) reales.

El número de mujeres que ejercía trabajo remunerado fue de 533 (35,94 %). De estas, la mayoría (291 - 54,60%) estaba en el grupo etario de 35-59 años, y 303 (56,85%) no estaban en unión estable. El promedio de escolaridad fue de 9,17($\pm 4,90$) años y la de ingreso *per capita*, de 788,55 ($\pm 766,69$) reales.

Hubo diferencias significativas entre los dos segmentos ($p < 0,05$) para todas estas variables, a excepción del ingreso *per capita*, según presentado en la Tabla 1, indicando mujeres sin unión estable, con menor ingreso *per capita* y mayor escolaridad ejerciendo trabajo remunerado.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de la población. ISA-Mulher, Uberaba, 2014.

Variables	Ejerce trabajo remunerado		<i>p</i>
	Frecuencia (%)		
	SÍ	NO	
Edad			
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			
En unión estable	230 (43,15)	487 (51,26)	0,003*
Sin unión estable	303 (56,85)	463 (48,74)	
		Promedio (DE)	
Ingreso per capita	788,55 (766,69)	815,98 (1082,75)	0,423
Escolaridad	9,17 (4,90)	7,76 (5,23)	0,001**

Abreviaciones: DA=Desvío Estándar; * $p < 0,05$ - Chi-cuadrado de Pearson con residuos ajustados estandarizados estadísticamente significativos; ** $p < 0,05$ - *Test* de Mann-Whitney.

La Tabla 2 presenta la prevalencia de las MR. Las más relatadas para las mujeres con trabajo remunerado fueron las respiratorias (48,41%), endócrinas/metabólicas (40,90%) y genitourinarias (37,71%). Ya para las amas de casa fueron las respiratorias (51,05%), genitourinarias (44,53%) y endócrinas/metabólicas (39,47%). Mayor porcentaje de amas de casa presentó MR en el sistema digestivo ($p = 0,005$) y genitourinario ($p = 0,011$).

Los resultados referentes a los IBE están presentados en la Tabla 3. Se observa que la mayoría de las mujeres (amas de casa y con trabajo remunerado) consideraron su calidad de vida Buena/Muy buena, estaban Satisfechas/Muy satisfechas con su salud y con el desempeño de las actividades del día a día, presentaban Nada/Muy poco impedimento para realizar actividades debido al dolor, se sentían nerviosas/tensas/preocupadas, no se sentían cansadas,

no se cansaban con facilidad, no refirieron esfuerzo para realizar tareas habituales, y estaban Satisfechas/Muy satisfechas con el sueño y no dormían mal.

Tabla 2. Prevalencia de las morbilidades referidas. ISA-Mulher, Uberaba, 2014.

Morbilidades Referidas		Frecuencia (%)		p
		Trabajo Remunerado		
		SÍM	NÃO	
Cardíacas	Sí	139 (26,08)	264 (27,79)	0,477
Respiratorias	Sí	258 (48,41)	485 (51,05)	0,328
Emocionales	Sí	131 (24,58)	231 (24,32)	0,910
Neurológicas	Sí	125 (23,45)	236 (24,84)	0,550
Digestivas	Sí	140(26,27)	316 (33,26)	0,005*
Genitourinarias	Sí	201(37,71)	423 (44,53)	0,011*
Tumorales	Sí	33(6,19)	80 (8,42)	0,120
Endócrinas/Metabólicas	Sí	218 (40,90)	375 (39,47)	0,590

Abreviaciones: *p< 0,05 – Chi-cuadrado de Pearson.

No obstante, mayores valores (positivos) de los residuos ajustados indican fuerte asociación de la satisfacción/Mucha Satisfacción con el desempeño de las actividades del día a día y trabajo remunerado (p<0,040) y Nada/Muy Poco para el Impedimento para realizar actividades debido al dolor (p=0,013). Inclusive, hubo mayor comprometimiento para las amas de casa con relación a sentirse nerviosa/tensa/preocupada (p=0,009), cansar con facilidad (0,004) y presentar esfuerzo para realizar tareas habituales (p=0,009).

Tabla 3. Indicadores de bienestar. ISA-Mulher, Uberaba, 2014.

Indicadores de Bienestar		Trabajo Remunerado		p
		Frecuencia (%)		
		SÍ	NO	
Evaluación de la calidad de vida				
Muy Mala/Mala		26 (4,88)	52 (5,47)	0,082
Ni Buena/Ni Mala		110 (20,64)	242 (25,48)	
Buena /Muy Buena		397 (74,48)	656 (69,05)	
Satisfacción con la salud				
Muy Insatisfecho/ Insatisfecho		85 (15,95)	166 (17,47)	0,074
Ni Insatisfecho/ Ni Satisfecho		77 (14,45)	175 (18,42)	
Satisfecho /Muy Satisfecho		371 (69,60)	609 (64,11)	
Satisfacción con el desempeño de las actividades del día a día				
Muy Insatisfecho/ Insatisfecho		50 (9,38)	99 (10,42)	0,040
Ni Insatisfecho/ Ni Satisfecho		61 (11,45)	151 (15,89)	
Satisfecho /Muy Satisfecho		422 (79,17)	700 (73,69)	
Impedimento para realizar actividades debido al dolor				
Nada/ Muy Poco		367 (68,86)	582 (61,26)	0,013*
Más o Menos		80 (15,00)	183 (19,27)	
Bastante/ Extremadamente		86 (16,14)	185 (19,47)	
Nerviosa/tensa/preocupada	Sí	306 (57,41)	611 (64,32)	0,009*
	No	227 (42,59)	339 (35,68)	
Cansada	Sí	112 (21,01)	240 (25,26)	0,057
	No	421 (78,99)	710 (74,74)	
Cansa con facilidad	Sí	149 (27,95)	335 (35,26)	0,004*
	No	384 (72,05)	615 (64,74)	
Esfuerzo para realizar tareas habituales	Sí	94 (17,64)	223 (23,47)	0,009*
	No	439 (82,36)	727 (76,53)	
Satisfacción con el sueño				
Muy Insatisfecho/ Insatisfecho		176 (33,02)	306 (32,22)	0,883
Ni Insatisfecho/ Ni Satisfecho		132 (24,77)	246 (25,89)	
Satisfecho /Muy Satisfecho		225 (42,21)	398 (41,89)	
Duerme mal	Sí	181(33,96)	353 (37,16)	0,237
	No	352(66,04)	597 (62,84)	

*p< 0,05 -Chi-cuadrado de Independencia.

DISCUSIÓN

El número de mujeres que ejercía trabajo remunerado fue de 533 (35,94 %). Este número es menor que el promedio de la población brasilera, ya que los datos del IBGE de 2014 indicaban que, en Brasil, de 77.771 mujeres con edad mayor que 18 años, 39.431 (50,70%) estaban ocupadas, siendo esta tasa de 42,91% para la región sudeste, donde se sitúa la ciudad de Uberaba¹¹.

Los resultados indicaron que las mujeres que no ejercían trabajo remunerado eran mayores ($p < 0,001$), 398 (41,90%) de ellas en el grupo etario de 60 años o más, mientras que la mayoría de las mujeres con trabajo remunerado estaba en el grupo etario de 35-59 años (54,60%), edad de la población económicamente activa. Los datos referentes al grupo etario de las que no ejercían trabajo remunerado pueden estar relacionados a la jubilación, lo que puede haber ocurrido con parte de estas, dado que, en Brasil, según datos del Anuario Estadístico de la Previdencia Social de 2014, fueron concedidos 621.515 beneficios por edad en 2012, 654.523 en 2013, y 645.687 en 2014¹¹. Para el estado de Minas Gerais, estos beneficios fueron 31.763 en 2012, 35.222 en 2013 y 37.377 en 2014¹¹.

Para las mujeres, la jubilación significaba una salida definitiva del mercado de trabajo, muchas veces porque ésta ya ocurría precozmente debido a la nupcialidad y a la fecundidad. El recibimiento del beneficio ocurría para ellas en 1998, 10,1 años más tarde que su salida del trabajo, y en 2008 esta diferencia fue reducida a 7,3 años¹².

No obstante, cabe recordar que una de las consecuencias del proceso del envejecimiento global es el aumento de la proporción de ancianos en la población activa. En este sentido, factores asociados a su permanencia en el mercado de trabajo han sido ampliamente estudiados e investigaciones conducidas en países de altos ingresos muestran las condiciones de salud como uno de los principales determinantes de la permanencia de los ancianos en el mercado de trabajo, así como de su retorno al trabajo después de la jubilación¹³.

Ya el hecho de la mayoría de las mujeres insertas en el mercado de trabajo estar en el grupo etario de los 35-59 años, superando el de las mujeres de los 18 a los 34 años, puede ser un indicativo de que entre las más jóvenes existe la opción por la frecuencia exclusiva a la escuela, que pospone su ingreso al mercado de trabajo. Otra explicación para este resultado se vincula al hecho de que la participación femenina en el mercado de trabajo está estrechamente ligada a la edad de los hijos, pues niños menores son más dependientes y demandan mayores cuidados, los cuales aún son casi exclusivamente atribuidos a las mujeres tornando más difícil la inserción o la continuidad en este mercado.

La presencia de hijos en edad preescolar, con más intensidad, y de niños en el grupo etario de 6 a 10 años de edad, son obstáculos destacados para el ingreso femenino en la fuerza de trabajo, mientras que hijos por encima de esta edad parecen no interferir en la decisión de ingreso en la fuerza de trabajo por las mujeres¹⁴. Además de esto, el pico de probabilidad de participación femenina ocurre en el grupo etario entre 30 y 39 años de edad, seguido por el grupo posterior, de 40 a 50 años, reflejando en alguna medida el ciclo de fecundidad y casamiento.

La mayoría de las mujeres que no ejercían trabajo remunerado estaban en unión estable, un total de 51,26%, contra 43,15% entre las que ejercían trabajo remunerado ($p < 0,003$). Un estudio¹⁵ mostró que ser casada, con o sin hijos, reduce la probabilidad de la mujer trabajar, cuando es comparada con mujeres solteras sin hijos, llamando la atención para el hecho de que la reducción de la chance de trabajo fue significativamente mayor para las casadas, sugiriendo que las mujeres tienden a reducir su participación en el mercado de trabajo después de la nupcialidad.

El promedio de escolaridad fue significativamente ($p < 0,001$) diferente entre las mujeres que no ejercían trabajo remunerado ($7,76 \pm 5,23$ años) y las que lo hacían ($9,17 \pm 4,90$ años). Mayores niveles de escolaridad muestran un efecto positivo sobre la oferta de trabajo femenino, ya que ella está asociada al estatus ocupacional, propiciando mayor oportunidad de ejercer

ocupaciones más calificadas con mejores remuneraciones, autonomía y prestigio¹⁴, e, inclusive, mejores condiciones de vida, mayor grado de satisfacción de necesidades, mayor facilidad en la adquisición de conocimientos, además de influir actitudes y comportamientos que producen efectos positivos en la salud y, en particular, en la salud mental¹⁶.

Por otro lado, las mujeres que no ejercen trabajo remunerado, con niveles inferiores de escolaridad, presentan peor calidad de vida relacionada a la salud y prevalencias más elevadas de enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales y depresión². El potencial intelectual contribuye en la promoción de comportamientos saludables en mujeres más instruidas, mientras que peor condición de salud, evaluada por medio de varios indicadores, en mujeres con menor nivel de escolaridad¹⁷.

No hubo diferencia significativa entre los segmentos para ingresos *per capita*, indicando que, a pesar del trabajo remunerado, este no trajo mayor poder adquisitivo para esas familias. En este sentido, un estudio¹⁴ levanta evidencias de que familias consideradas potencialmente pobres tienen una probabilidad más alta de tener a la mujer en la fuerza de trabajo. Lo que sucede con las mujeres que necesitan trabajar para proporcionar su sustento y de su familia es el fenómeno “feminización de la pobreza”, que puede ser justificado por el modo de participación de las mujeres en el mercado de trabajo por los siguientes motivos: trabajo en tiempo parcial o temporario; discriminación salarial; concentración en ocupaciones que exigen menor cualificación y salarios más bajos; y participación en los más bajos niveles de la economía informal¹⁸.

Las MR han sido evaluadas como buenas medidas de las condiciones de salud, pues se aproximan a las informaciones obtenidas por medio de exámenes clínicos¹⁹, siendo objetivos importantes de estrategias políticas nacionales e internacionales^{20,21}, porque constituyen en la actualidad la principal causa de mortalidad, respondiendo también por la mayor carga de morbilidad, incapacidades y costos con salud, sirviendo no solamente para conocer las demandas por servicios, sino también para evaluar las políticas de salud y auxiliar en nuevas propuestas en salud pública.

Estudio²² apunta que las trabajadoras remuneradas presentaron menores prevalencias de enfermedades crónicas, de limitaciones provocadas por las enfermedades y de trastornos mentales, además de menores tasas de mortalidad en relación a las amas de casa. Sin embargo, en el presente estudio, las MR más relatadas por las mujeres con y sin trabajo remunerado fueron las del sistema respiratorio (48,41% y 51,05%), sin diferencias significativas entre los dos segmentos. Otra investigación²³, al comparar las mujeres del municipio de São Paulo que ejercen o no actividad remunerada y sus morbilidades, también encontró mayor prevalencia para las enfermedades respiratorias, no obstante, en este estudio tales enfermedades fueron más prevalentes para las mujeres que ejercen trabajo remunerado.

A pesar de que la enfermedad respiratoria está entre las más relatadas, una investigación²⁴ identificó una caída en las tasas de mortalidad y de morbilidad hospitalaria para este grupo de enfermedades, tanto en el asma como en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, interpretando como posibles causas de esta caída el mejor acceso a la atención a la salud y la disminución del tabaquismo. Sin embargo, el presente estudio no evaluó esos parámetros.

Ya para las MR en el sistema genitourinario y digestivo, las diferencias entre los grupos fueron significativas ($p=0,011$ e $p=0,005$), con mayor comprometimiento para las mujeres que no ejercen trabajo remunerado.

En cuanto al sistema genitourinario este resultado puede estar relacionado en una investigación²⁵ que apuntó que mujeres más jóvenes (40 a 50 años), con actividad social y profesional, toman iniciativa para solicitar tratamiento, mientras que las amas de casa y las mujeres jubiladas con más de 50 años son reacias en relatar sus síntomas y encuentran dificultades de adaptación en el tratamiento.

Para el sistema digestivo, un estudio observacional en escala nacional²⁶ muestra que los síntomas gastrointestinales están presentes en el cotidiano de dos tercios de las mujeres brasileras, sin distinción de clase social y en todas las regiones del país, afectando más significativamente su calidad de vida. El mismo estudio muestra que los principales síntomas gastrointestinales relatados fueron funcionales y las causas atribuidas por las mujeres fueron aquellas relacionadas al estilo de vida y hábitos alimentarios.

Las manifestaciones del sistema digestivo son percibidos y mediados por la persona que las siente e incluyen señales y síntomas clínicos que sugieren posibles infecciones y/o enfermedades gástricas, de modo que la asistencia a las personas con estas manifestaciones necesita ser investigada, y factores de naturaleza sociodemográfica, como sexo, edad, escolaridad, entre otros, se agrupan en perfiles individuales y se relacionan a los factores de naturaleza ambiental, como por ejemplo la cultura alimentaria, que incluye hábitos de consumo y preparación de los alimentos; las condiciones de trabajo, como exigencia física, mental y tiempo utilizado para realizar el trabajo; la acumulación de actividades laborales y la frustración en la ejecución de las mismas; y el uso de pesticidas en el cultivo²⁷.

Una investigación²⁸ descubrió que las mujeres con menos años de escolaridad eran más propensas a relatar obesidad y consumo inadecuado de frutas, verduras y hojas. La mayoría de las mujeres evaluadas en el estudio relató que los síntomas gastrointestinales afectaron su calidad de vida, afectando principalmente el humor, la concentración y la vida sexual²⁶.

El intestino, por tener una fuerte conexión con el cerebro, se torna un importante catalizador emocional, pudiendo modular negativamente el comportamiento de las mujeres, originando un ciclo vicioso que comienza con sentimientos negativos como baja autoestima, estrés, angustia, rabia y ansiedad, desencadenando malestar intestinal que lleva al desequilibrio interno en el cuerpo femenino^{26,28}. Estas consideraciones podrían explicar, por lo menos en parte, el hecho de que las mujeres sin trabajo remunerado sean más propensas a estos acontecimientos.

La percepción del individuo sobre su salud es importante, independientemente de tener o no alguna enfermedad. El sentimiento de bienestar trasciende la presencia de problemas, aunque presente relaciones bien establecidas con las condiciones clínicas y con los indicadores de morbilidad y mortalidad¹⁹. Así, el bienestar debe estar en constante monitoreo, pues tiende a ser sustancialmente perjudicado por las enfermedades crónicas y por problemas emocionales. En cuanto a estos indicadores, evaluados en el presente estudio, se observó que la mayoría de las mujeres (con y sin trabajo remunerado) consideraron su calidad de vida Buena/Muy buena y estaban Satisfechas/Muy satisfechas con su salud y con el sueño, y no dormían mal, sin diferencia estadística entre ellas. Contrariamente, otra investigación¹⁷, comparando la calidad de vida relacionada a la salud de mujeres trabajadoras remuneradas con amas de casa, verificó que las que trabajaban fuera presentaban mejores puntuaciones.

La mayoría de las mujeres (con y sin trabajo remunerado) también estaba Satisfecha/Muy satisfecha con su desempeño en las actividades del día a día, presentaban Nada/Muy pocos impedimentos para realizar actividades debido al dolor, no se cansaban con facilidad, y no referían esfuerzo para realizar tareas habituales. No obstante, hubo mayor comprometimiento para las amas de casa con relación a estos indicadores ($p=0,040$; $p=0,013$; $p=0,004$; y $p=0,009$, respectivamente).

Como puede ser observado, los IBE hasta aquí presentados identificaron bajo comprometimiento, lo que remite a pensar en los motivos para que eso haya ocurrido. Uno de ellos podría ser el miedo de ser impedidas de sus actividades usuales que, en situaciones de crisis, portadores de trastornos mentales comunes pueden salir o ser removidos del trabajo e inclusive perder el derecho de realizar trabajos domésticos en sus propias casas²⁹. Por otro lado, el hecho de que las mujeres sin trabajo remunerado presenten mayor comprometimiento puede estar relacionado al hecho de que el trabajo profesional puede proporcionar, para las

mujeres, nuevas experiencias, mayor oportunidad de socialización y una forma de escape del confinamiento del espacio doméstico³⁰.

Contrariamente a los resultados de bajo comprometimiento en los IBE anteriormente presentados, la mayoría de las mujeres (con y sin trabajo remunerado) se sentían nerviosas/tensas/preocupadas, con mayor comprometimiento en comparación con aquellas sin trabajo remunerado ($p=0,009$). La monotonía de la rutina doméstica, asociada a la poca posibilidad de cambio, trae frustraciones para las mujeres que desean realización profesional y no buscan formas de realizar lo que desean, sea por tener hijos o por presión de sus maridos. Se destaca, también, que la formalización del trabajo remunerado es importante, pues implica en mayor protección social, amparo de leyes trabajadoras que garantizan el auxilio a enfermedades, salario de maternidad, auxilio por accidente de trabajo, pensiones y jubilaciones³¹.

El sentimiento de seguridad en el trabajo se relaciona con mejor salud³², y el trabajo remunerado puede traer un resultado del contra equilibrio de sus factores positivos y negativos, como aumento del estrés de un lado y de la mejoría de la autoestima y apoyo social o más amplio del otro. En general, hay un debate prolongado sobre cuáles mujeres (con y sin trabajo remunerado) son más felices y saludables. Los resultados obtenidos a partir de datos transnacionales de 28 países mostraron que las amas de casa fueron un poco más felices que las que trabajan en tiempo integral, pero no tienen ventaja sobre los trabajadores de media jornada³³.

Se debe, no obstante, considerar que los beneficios producidos por el trabajo remunerado dependen, entre otros factores, del cargo ocupado y del nivel socioeconómico de la mujer. En trabajos de mala calidad psicosocial, que incluyen bajos niveles de control sobre los mismos, baja exigencia y complejidad, inseguridad y remuneración injusta, no conceden los mismos beneficios a la salud que trabajos con alta calidad³⁴.

Considerando el número expresivo de mujeres que presentó comprometimiento en la salud y que la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer, en sus directrices, se propone alcanzar mujeres en todos los ciclos de la vida, y que se observan dificultades al atender en la salud de las mujeres de forma integral, por cuestiones estructurales que comprometen la cantidad y la calidad de la prestación de los servicios de salud, aún hay muchos desafíos para que se camine en la garantía de la atención a la salud de la mujer³⁵.

CONCLUSIÓN

La mayoría de las mujeres no ejerce trabajo remunerado. En cuanto a los IBE, la mayoría considera su calidad de vida Buena/Muy buena y estaba Satisfecha/Muy satisfecha con su salud y con el sueño y no duerme mal. No hubo diferencias significativas entre los segmentos para estas variables.

Ya para las MR en el sistema genitourinario y digestivo, desempeño de las actividades del día a día, impedimento para realizar actividades debido al dolor, cansancio con facilidad, esfuerzo para realizar tareas habituales, y sentirse nerviosa/tensa/preocupada, las diferencias entre los segmentos son significativas, con mayor comprometimiento para las mujeres sin trabajo remunerado.

Se resalta la limitación de estos resultados, especialmente en cuanto a las morbilidades, dado que fueron basados en auto relatos. Sin embargo, encuestas de salud realizadas en diversos países han mostrado que los datos obtenidos sobre la prevalencia de enfermedades crónicas presentan buena fidelidad cuando son comparados con registros médicos o exámenes clínicos.

Los resultados presentados son de extrema importancia para conocer el perfil de las mujeres trabajadoras, subsidiando las políticas públicas de salud en la inversión y desarrollo de estrategias preventivas y curativas para las mismas.

REFERÊNCIAS

1. Byles J, Tavener M, Robinson I, Parkinson L, Smith PW, Stevenson D, et al. Transform in retirement: new definitions of life after work. *J Women Aging* [Internet]. 2013 [citado em 03 feb 2020]; 25(1):24-44. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/233825663_Transforming_Retirement_New_Definitions_of_Life_After_Work. DOI: 10.1080/08952841.2012.717855
2. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2018 [citado em 03 feb 2020]; 23(8):2543-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n8/1413-8123-csc-23-08-2543.pdf>. DOI: 10.1590/1413-81232018238.13652016
3. Rocha EKG, Pinto FM. O desafio conceitual do trabalho doméstico à psicologia do trabalho. *Fractal: Rev Psicol*. [Internet]. 2018 [citado em 03 feb 2020]; 30(2):145-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v30n2/1984-0292-fractal-30-02-145.pdf> DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5874>
4. Fiorin PC, Oliveira CT, Dias ACG. Percepções de mulheres sobre a relação entre trabalho e maternidade. *Rev Bras Orientaç Prof*. [Internet]. 2014; 15(1):25-35. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v15n1/05.pdf>
5. Assunção AA, Abreu MNS. Factor associated with self-reported work-related musculo skeletal disorders in Brazilian adults. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado em 20 ago 2018]; 51(Suppl 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 VM, Pereira IVS, Rocha MJL, Caldeira AP. Morbidity in users of Family Health teams in the northeast of Minas Gerais based on the International Classification of Primary Care. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2014 [citado em 03 feb 2020]; 17(4):954-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n4/1415-790X-rbepid-17-04-00954.pdf>. DOI: 10.1590/1809-4503201400040013
7. Henriques IF, Walsh IAP, Meirelles MCCC, Pereira GA, Castro SS. Relation of common mental disorder, physical activity and body mass index in women, population-based study. *J Phys Educ*. [Internet]. 2017 [citado em 20 ago 2018]; 28:e2819. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jpe/v28/2448-2455-jpe-28-e2819.pdf>. DOI: 10.4025/jphyseduc.v28i1.2819
8. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Índice de capacidade para o trabalho. São Carlos: EDUFSCAR; 2005.
9. Fernandes RCL, Rozenthal M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* [Internet]. 2008 [citado em 03 feb 2020]; 30(3):192-200. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n3/v30n3a08.pdf>
10. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. 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 Saude Publica* [Internet]. 2008 [citado em 03 feb 2020]; 24(2):380-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/16.pdf>
11. Ministério do Trabalho e Previdência Social (Brasil), DATAPREV. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília, DF: MTPS/DATAPREV; 2014.
12. Camarano AA, Kanso S. O que estão fazendo os jovens que não estudam, não trabalham e não procuram trabalho? *Merc Trab* [Internet]. 2012 [citado em 03 feb 2020]; 53:37-44. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3855/1/bmt53_nt03_jovens.pdf
13. Mazzonna F. The long lasting effects of education on old age health: evidence of gender differences. *Soc Sci Med*. [Internet]. 2014 [citado em 03 feb 2020]; 101:129-38. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24560233>. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.10.042
14. Ramos L, Aguas MFF, Furtado LMS. Participação feminina na força de trabalho metropolitana: o papel do status socioeconômico das famílias. *Econ Aplic*. [Internet]. 2011 [citado em 03 feb 2020]; 15(4):595-611. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ecoa/v15n4/04.pdf>

15. Queiroz VS, Orellana Aragón JA. Alocação de tempo em trabalho pelas mulheres brasileiras. *Estud Econ.* [Internet]. 2015 [citado em 03 feb 2020]; 45(4):787-819. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ee/v45n4/0101-4161-ee-45-04-0787.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-416145484vqj>
16. Brown GW, Harris T. Social origins of depression: a reply. *Psychol Med.* 1978; 8(4):577-88.
17. Senicato C, Lima MG, Barros MBA. Ser trabalhadora remunerada ou dona de casa associa-se à qualidade de vida relacionada à saúde? *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado em 20 ago 2018]; 32(8):e00085415. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00085415.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00085415>
18. Novellino MSF. Os estudos sobre feminização da pobreza e políticas públicas para mulheres. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais [Internet]; 2004; Caxambu. Caxambu, MG: ABEP; 2004 [citado em 03 feb 2020]. 12p. Disponible en: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/1304/1268>
19. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Measurements of reported morbidity and interrelations with health dimensions. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2008 [citado em 03 feb 2020]; 42(1):8. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/en_6088.pdf
20. Ministério da Saúde (Br), 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 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 03 feb 2020]. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
20. General Assembly (United Nations). Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases [Internet]. New York; 2011 [citado em 03 feb 2020]. Disponible en: https://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf
21. Malta DC, Oliveira MM, Andrade SSCA, Caiaffa WT, Souza MFM, Bernal RTI. Factors associated with chronic back pain in adults in Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [citado 20 ago 2018]; 51(Suppl 1):9s. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000052.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000052>
22. Gomes KRO, Tanaka ACA. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2003 [citado em 03 feb 2020]; 37(1):75-82. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13547.pdf>
23. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 [citado em 03 feb 2020]; 377(9781):1949-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561658>. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9
24. Kelleher CJ, Cardozo LD, Tooze-Hobson PM. Quality of life and urinary incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 1995; 7:404-8.
25. Del'Arco APWT, Magalhães P, Quilici FA. SIM Brasil study - women's gastrointestinal health: gastrointestinal symptoms and impact on the Brazilian women quality of life. *Arq Gastroenterol.* [Internet]. 2017 [citado em 03 feb 2020]; 54(2):115-22. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ag/v54n2/1678-4219-ag-s0004280320170000009.pdf>. DOI: dx.doi.org/10.1590/S0004-2803.201700000-09
26. Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Couto AM, Gelati TR. Prevalência de sinais e sintomas digestórios em trabalhadoras rurais e fatores associados. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 [citado em 03 feb 2020]; 28(5):460-6. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/1982-0194-ape-28-05-0460.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500077>
27. Mpofu JJ, Moura L, Farr SL, Malta DC, Iser BM, Ivata Bernal RT, et al. Associations between noncommunicable disease risk factors, race, education, and health insurance status among women of reproductive age in Brazil - 2011. *Prev Med Rep.* [Internet]. 2016 [citado em 03 feb 2020]; 3:333-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27419033>. DOI: 10.1016/j.pmedr.2016.03.015

28. Zambroni-de-Souza PC. Trabalhando com saúde: trabalho e transtornos mentais graves. *Psicol Estud.* [Internet]. 2006 [citado en 03 feb 2020]; 11(1):175-83. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a20.pdf>
29. Lima SCC. Trabalho doméstico: uma trajetória silenciosa de mulheres. Rio de Janeiro: Virtual Científica; 2003.
30. Dytz JLG, Lima MG, Rocha SMM. O modo de vida e a saúde mental de mulheres de baixa renda. *Saude Debate* [Internet]. 2003 [citado en 03 feb 2020]; 63:15-24. Disponible en: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3853/1/ARTIGO_ModoVidaSa%C3%BAdeMental.pdf
31. Inoue A, Kawakami N, Eguchi H, Tsutsumi A. 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* [Internet]. 2016 [citado en 03 feb 2020]; 58(5):460-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5356980/>. DOI: 10.1539/joh.16-0129-OA
32. Treas J, Lippe T, Chloe TT. The happy homemaker?: married women's well-being in cross-national perspective. *Social Forces* [Internet]. 2011 [citado en 03 feb 2020]; 90:111-32. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/254964997_The_Happy_Homemaker_Married_Women's_Well-Being_in_Cross-National_Perspective. DOI: DOI: 10.2307/41682634
33. Butterworth P, Leach LS, Strazdins L, Olesen SC, Rodgers B, Broom DH. The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occup Environ Med.* [Internet]. 2011 [citado en 03 feb 2020]; 68(11):806-12. Disponible en: <https://oem.bmj.com/content/68/11/806>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/oem.2010.059030>
34. Gomes R. Editorial: Desafios da atenção à saúde integral da mulher. *Ciênc Saude Coletiva* [Internet]. 2011 [citado en 03 feb 2020]; 16(5):2358. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a01v16n5.pdf>

CONTRIBUCIONES

Isabel Aparecida Porcatti de Walsh actuou en la concepción, delineamiento, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión. **Marina Mendonça Emílio** y **Jéssica Carvalho Lima** contribuyeron en el análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión. **Vitoria Helena Maciel Coelho** y **Lislei Jorge Patrizzi Martins** participaron en la interpretación de los datos, redacción y revisión.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Emílio MM, Lima JC, Coelho VHM, Martins LJP, Walsh IAP. Perfil sociodemográfico, morbidades referidas, bienestar y trabajo remunerado de mujeres: estudio poblacional. *REFACS* [Internet]. 2020 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 8(2):177-188. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (ABNT)

EMÍLIO, M. M.; LIMA, J. C.; COELHO, V. H. M.; MARTINS, L. J. P.; WALSH, I. A. P. de. Perfil sociodemográfico, morbidades referidas, bienestar y trabajo remunerado de mujeres: estudio poblacional. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 8, n. 1, p. 177-188, 2020. Disponible en: *agregar link de acceso*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (APA)

Emílio, M. M., Lima, J. C., Coelho, V. H. M., Martins, L. J. P. & Walsh, I. A. P. (2020). Perfil sociodemográfico, morbidades referidas, bienestar y trabajo remunerado de mujeres: estudio poblacional. *REFACS*, 8(1), 177-188. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso de agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*