

Síntomas músculo esqueléticos y características sociodemográficas en mujeres***Sintomas musculoesqueléticos e características sociodemográficas em mulheres****Musculoskeletal symptoms and sociodemographic characteristics in women****Recibido: 18/12/2019****Aprobado: 31/03/2010****Publicado: 15/05/2020****Patrícia Ribeiro Marcacine¹****Marina Mendonça Emílio²****Jéssica Carvalho Lima³****Renata Martins Matos Oliveira⁴****Isabel Aparecida Porcatti de Walsh⁵**

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.

Descriptor: Mujeres; Encuestas epidemiológicas; Sistema musculo esquelético.

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.

Descritores: Mulheres; Inquéritos epidemiológicos; Sistema musculoesquelético.

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.

Descriptors: Womens; Health surveys; Musculoskeletal system.

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

1. Fisioterapeuta. Magister en Atención a la Salud. Doctoranda por el Programa de Pos-Graduación en Atención a la Salud (PPGAS) por la Universidad Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-1784-2231 E-mail: patriciaribeiromarcacine@yahoo.com.br

2. Fisioterapeuta. Magister en Fisioterapia. ORCID: 0000-0003-4144-3986 E mail:mariemilio1@outlook.com

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

4. Fisioterapeuta. Maestranda del PPGF por la UFTM/UFU, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4274-1942 E-mail: renatamartinsmatosoliveira@gmail.com

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

INTRODUCCIÓN

Los síntomas músculo esqueléticos (SM) tienen gran relevancia en la vida de las personas y también generan impactos sociales. Estos pueden provenir de anomalías temporarias o permanentes de ese síntoma¹, ocasionadas por traumas, procesos infecciosos, lesiones por esfuerzo excesivo, vicios posturales, sobrecargas mecánicas, lesiones traumáticas no tratadas adecuadamente, entre otras causas². Pueden ser expresados por medio de auto relato de dolor, hormigueo o entumecimiento en cualquiera de las nueve regiones corporales de acuerdo con el referencial teórico del Cuestionario Nórdico de Síntomas Músculo esqueléticos (CNSO)³.

Constituyen un problema de gran importancia para la salud pública, dado que presentan alta prevalencia, afectando millones de personas en todo el mundo⁴, pudiendo incapacitarlas para la ejecución de sus actividades. La capacidad de ejecutar las actividades es considerada un indicador del estado de salud y está relacionada a los costos y recursos dirigidos a los cuidados de salud⁵. Así, es necesario mejorar el cuidado para los que sufren con SM con mayor conocimiento en relación a la prevalencia, diagnóstico precoz y manejo adecuado de los mismos.

El dolor músculo esquelético es más prevalente en la población y la principal queja entre los SM⁴. Las mujeres son más afectadas que los hombres, siendo que los aspectos hormonales, el menor umbral y menor tolerancia, así como mayor capacidad para discriminarla y relatarla, están entre las explicaciones para las diferencias entre los sexos^{5,6}.

De acuerdo con la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer, la atención a la salud de la mujer no se debe restringir a asistencia materno-infantil ni a limitarse a las fases de la vida en las cuales la mujer tiene capacidad de reproducción, sino que debe englobar todo su ciclo vital⁷.

La identificación de los SM, su intensidad, la búsqueda de profesionales de la salud y la limitación en las actividades, asociados a los aspectos sociodemográficos, permiten conocer el perfil social y de salud de mujeres con estos síntomas, con el fin de contribuir a la efectividad en la construcción de políticas públicas que tengan como objetivo la calidad de vida y salud.

Este conocimiento puede ser construido utilizándose datos de encuestas de salud, que consisten en estudios de base poblacional esenciales para conocer el perfil de salud, condiciones de vida, situaciones de salud de poblaciones y grupos específicos, la distribución de los factores de riesgo y sus tendencias y desigualdades en salud. Este esbozo de estudio permite el monitoreo de acciones y programas de salud en distintos subgrupos poblacionales y subsidia la elaboración de políticas públicas de salud^{8,9}.

El objetivo de este estudio fue investigar los síntomas músculo esqueléticos y su asociación con las características sociodemográficas en mujeres, analizando datos de la Encuesta de Salud da Mujer de la ciudad de Uberaba/MG.

MÉTODO

Fueron analizados datos de la Encuesta de Salud de la Mujer de Uberaba (ESA-MUJER), un estudio transversal de base poblacional con muestra probabilística de la población urbana femenina. La selección de la muestra ocurrió de forma aleatoria en múltiples etapas. En la primera etapa, se seleccionaron aleatoriamente 24 de los 36 barrios de la ciudad, siendo respetada la proporción poblacional de cada distrito en relación a la cantidad de barrios.

En la segunda etapa, dentro de cada barrio previamente sorteado, se seleccionó, de forma aleatoria, 25% de los sectores censitarios, y nuevamente fue mantenida la proporción poblacional de cada barrio. Dentro del sector censitario sorteado, los domicilios fueron sistemáticamente seleccionados a partir del intervalo de muestreo, es decir, se dividió la cantidad de domicilios existentes en el referido sector censitario por la cantidad de mujeres que deberían ser entrevistadas. Dentro de cada barrio se seleccionó el sector censitario y por medio

de sorteo aleatorio en el primer domicilio visitado. Los otros fueron considerados en intervalos de muestreo, es decir, cada 32 domicilios.

La muestra total del estudio estuvo compuesta por mujeres, con edad igual o superior a dieciocho años. La colecta de datos fue conducida en residencias de zona urbana de la ciudad, en 2014.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación (CEI) de la Universidad Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), bajo CAAE nº 1826. Las entrevistas fueron realizadas por alumnas de graduación y pos-graduación de la UFTM previamente seleccionadas y entrenadas por los coordinadores del proyecto, para que fuese mantenida la ética y la excelencia en la colecta de las informaciones. Los datos fueron doblemente controlados y digitados, garantizando la calidad de los registros en el banco de datos.

Para el presente estudio fueron utilizados dos instrumentos. El primero fue un cuestionario formulado por los investigadores del grupo ESA-MUJER, que tenía como propósito la caracterización sociodemográfica de esta población. Este poseía las siguientes variables: edad, años de escolaridad, ingreso *per capita*, estado civil (clasificado como “en unión”: casada y en unión estable; o “sin unión”: soltera, separada o viuda) y si era jefe de familia. Los SM fueron evaluados, por medio del CNSO, desarrollado con la finalidad de estandarizar la mensuración de los relatos de estos síntomas y así facilitar la comparación de los resultados entre los estudios relacionados³.

En la última década, la traducción del CNSO ocurrió en varios idiomas, con un índice adecuado de validez para la versión brasilera. Esta herramienta, en que el cuerpo humano está dividido en nueve regiones, está constituida por preguntas de *multiple choice* o binarias en cuanto a la presencia de los SM, licencia/retiro de las actividades de vida diaria e instrumentales, y la búsqueda de profesionales de salud en los últimos doce meses en función de los síntomas¹⁰.

Los análisis estadísticos fueron realizados en el IBM SPSS versión 24.0 para *Windows*. Para análisis descriptivo fueron utilizadas medidas como frecuencia, porcentaje, promedio y desvío-estándar. Posteriormente se realizó el análisis bivariado, empleando el *test t* de Student y el Chi-cuadrado de Pearson. La significancia estadística adoptada fue de 5%.

RESULTADOS

Participaron en este estudio, inicialmente, 1556 mujeres, pero sólo 1.486 fueron consideradas, dado que fueron excluidas las participantes que no respondieron completamente a los datos de interés.

La edad varió de 18 a 94 años (49,39±17,38). La mayoría de las mujeres declaró estar en unión estable (51,7%) y se consideraba jefe de familia (41,4%). El promedio de escolaridad fue 8,27±5,16 años y los ingresos *per capita* promedio fue de 850,90±980,17 reales.

En la Tabla 1 están presentados los resultados del CNSO con la prevalencia de los síntomas, impedimento para realización de las actividades y necesidad de consulta a profesional de salud para cada región del cuerpo y por número de regiones, indicando que 62,45% de las mujeres relataron SO en por lo menos una región del cuerpo en los últimos 12 meses. Sin embargo, 73,69% no relataron impedimentos en la realización de las actividades y 66,35% no consultaron profesional de la salud en función de los mismos.

Tabla 1. Mujeres de acuerdo con síntomas, impedimento para realización de las actividades y necesidad de consulta a profesional de salud para cada parte del cuerpo y por número de regiones. Uberaba, 2014.

CARACTERÍSTICAS DE LOS SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS							
Regiones corporales	Número de mujeres con malestar en cada región Sí n (%)	Número de mujeres impedidas de realizar actividades normales Sí n (%)	Número de mujeres que consultaron profesional de la salud Sí n (%)	Número de regiones	Número de mujeres con malestar y nº de regiones afectadas n (%)	Número de mujeres impedidas de realizar actividades normales n (%)	Número de mujeres que consultó profesional de la salud n (%)
Cervical	272 (18,3)	111 (7,5)	142 (9,6)	Cero	558 (37,6)	1095 (73,7)	986 (66,4)
Hombros	383 (25,8)	164 (11,0)	223 (15,0)	Una	270 (18,1)	111 (7,5)	143 (9,6)
Dorsal	387 (26,0)	148 (10,0)	203 (13,7)	Dos	188 (12,7)	92 (6,2)	104 (7,0)
Codos	159 (10,7)	65 (4,4)	104 (7,0)	Tres	121 (8,1)	52 (3,5)	67 (4,5)
Lumbar	499 (33,6)	184 (12,4)	263 (17,7)	Cuatro	85 (5,7)	31 (2,1)	44 (3,0)
Puños/ Manos	389 (26,2)	146 (9,8)	192 (12,9)	Cinco	70 (47,1)	29 (2,0)	334 (22,5)
Caderas/ Muslos	342 (23,0)	141 (9,5)	202 (13,6)	Seis	60 (4,0)	19 (1,3)	28 (1,9)
Rodillas	370 (24,9)	171 (11,5)	223 (15,0)	Siete	55 (3,6)	17 (1,1)	24 (1,6)
Tobillos/ Pies	329 (22,1)	137 (9,2)	179 (12,0)	Ocho	25 (1,7)	12 (0,8)	11 (0,7)
-	-	-	-	Nueve	54 (3,63%)	28 (1,9)	46 (3,1)

La región del cuerpo con mayor número de mujeres con SM (33,6%), que causó más limitaciones en las actividades (12,4%) y que llevó a una mayor búsqueda de profesionales de la salud (17,7%) fue la columna lumbar. A pesar de que el hombro no fue una de las regiones con mayor número de mujeres con síntomas, se posicionó debajo de la columna lumbar para limitaciones en las actividades y mayor búsqueda de profesionales de la salud. Contrariamente, la región del puño/mano, aunque haya sido la segunda con mayor número de mujeres con síntomas, no está entre las que más causaron incapacidad o búsqueda por profesional.

Se observa que las mujeres más jóvenes fueron más afectadas por la presencia de síntomas en la región cervical ($p < 0,011$) y tobillo/pie ($p < 0,011$), y buscaron profesional de la salud en función de los síntomas en las regiones dorsal ($p < 0,020$), cadera/muslo ($p < 0,001$) y tobillo/pie ($p < 0,028$).

La escolaridad no fue asociada a la presencia de los síntomas, y lo mismo fue verdad para impedimentos en la realización de actividades y búsqueda de profesionales de la salud en función de estos.

Mayor ingreso *per capita* implicó un mayor número de mujeres con impedimento de actividad en función de síntomas en el codo ($p < 0,038$).

En cuanto al estado civil, las mujeres que no estaban en una relación estable fueron más afectadas por la presencia de síntomas en el hombro ($p = 0,025$) y cadera/muslo ($p = 0,021$), también impedidas para la realización de actividades para cervical ($p = 0,015$), columna dorsal ($p = 0,030$), columna lumbar ($0,011$), cadera/muslo ($0,014$) y rodilla ($0,012$), y buscaron más al profesional de la salud en función de los síntomas para todas las regiones ($p < 0,05$), con excepción del tobillo/pie. Las que se consideran jefes de familia fueron más afectadas por la presencia de síntomas en puño/mano ($p = 0,042$).

Las tablas 2, 3 y 4 presentan respectivamente las asociaciones entre presencia de los síntomas, impedimento para realización de actividades y búsqueda de profesional de la salud con aspectos sociodemográficos.

Tabla 2. Síntomas músculo esqueléticos y aspectos sociodemográficos en mujeres. Uberaba, 2014.

Presencia Síntoma		Estado Civil n (%)			Jefe de familia n (%)			Edad P (DE)		Escolaridad P (DE)		Ingresos P (DE)	
		Sin Unión Estable	En Unión estable	p	Sí	No	p		p		p		
Cervical	Sí	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)	0,272	768,48 (895,19)	0,430
	No	582 (81,06)	632 (81,57)		503 (81,79)	711 (81,63)		50,0 (16,92)		8,34 (5,28)		816,88 (1004,04)	
Hombros	Sí	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)	0,270	779,18 (946,90)	0,533
	No	514 (46,60)	589 (53,40)		650 (74,63)	453 (73,66)		49,37 (16,8)		8,35 (5,21)		815,50 (9992,59)	
Dorsal	Sí	203 (52,45)	184 (47,55)	0,058	219 (25,14)	168 (27,32)	0,347	49,04 (18,46)	0,644	8,16 (4,74)	0,638	763,93 (899,36)	0,326
	No	515 (46,86)	584 (53,14)		652 (74,86)	447 (72,68)		49,51 (16,99)		8,30 (5,30)		821,00 (1007,93)	
Codos	Sí	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)	0,239	875,99 (1286,23)	0,344
	No	631 (87,85)	696 (90,62)		780 (89,55)	547 (88,94)		49,44 (17,25)		8,32 (5,20)		797,79 (938,00)	
Lumbar	Sí	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)	0,604	806,84 (955,69)	0,984
	No	460 (64,07)	527 (68,62)		583 (66,93)	404 (65,69)		49,62 (16,56)		8,32 (5,36)		805,77 (993,75)	
Puños/ manos	Sí	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)	0,958	783,37 (976,29)	0,595
	No	514 (71,59)	583 (75,91)		626 (71,87)	471 (76,59)		49,83 (16,77)		8,26 (5,24)		814,21 (982,76)	
Caderas/ muslos	Sí	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)	0,77	819,78 (1086,55)	0,800
	No	534 (74,37)	610 (79,42)		667 (76,58)	477 (77,56)		49,64 (16,68)		8,25 (5,19)		802,04 (947,38)	
Rodillas	Sí	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)	0,273	776,32 (879,16)	0,501
	No	523 (72,84)	593 (77,21)		649 (74,51)	467 (75,93)		49,64 (16,94)		8,36 (5,27)		815,99 (1012,36)	
Tobillos/ pies	Sí	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)	0,272	768,48 (895,19)	0,430
	No	560 (77,99)	597 (77,73)		668 (76,69)	489 (79,51)		50,0 (16,92)		8,34 (5,28)		816,88 (1004,04)	

Abreviaciones: n: Frecuencia; P: Promedio; DE: Desvío Estándar; *Chi-cuadrado de Pearson ($p < 0,05$); Test t de Student ($p < 0,05$).

Tabla 3. Impedimento para actividades por síntomas músculo esqueléticos y aspectos sociodemográficos en mujeres. Uberaba, 2014.

Impedimento para realización de las actividades	Estado Civil n (%)			Jefe de familia n (%)			Edad P (DE)		Escolaridad P (DE)		Ingresos P (DE)		
	Sin Unión Estable	En Unión Estable	p	Sí	No	p	p		p		p		
Cervical	Sí	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
	No	652(47,42)	723 (52,58)		569 (92,53)	806 (92,54)		49,51 (17,31)		8,25 (5,16)		815,46 (999,91)	
Hombros	Sí	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
	No	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	Sí	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
	No	634 (47,38)	704 (52,62)		549 (89,27)	789 (90,59)		49,37 (17,34)		8,31 (5,30)		812,62 (1003,71)	
Codos	Sí	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**
	No	680 (47,85)	741 (52,15)		588 (95,61)	833 (95,64)		49,47 (17,29)		8,26 (5,17)		795,70 (955,06)	
Lumbar	Sí	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
	No	613 (47,08)	689 (52,92)		541 (87,97)	761 (87,37)		49,33 (17,13)		8,35 (5,18)		812,57 (1007,00)	
Puños/manos	Sí	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
	No	639 (47,69)	701 (52,31)		565(91,87)	775(88,98)		49,54 (17,17)		8,27 (5,14)		797,37 (937,78)	
Caderas/muslos	Sí	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
	No	636 (47,29)	709 (52,71)		565(91,87)	780(89,55)		49,59 (17,12)		8,22 (5,16)		791,41 (928,46)	
Rodillas	Sí	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
	No	620 (47,15)	695 (52,85)		544(88,46)	771(88,52)		49,49 (17,19)		8,30 (5,19)		795,63 (942,19)	
Tobillos/pies	Sí	72 (52,55)	659 (47,45)	0,298	51(8,29)	86(9,87)	0,2 99	47,03 (18,79)	0,095	7,62 (4,80)	0,124	798,97 (1025,75)	0,929
	No	620 (54,42)	703 (45,58)		564(91,71)	785(90,13)		49,63 (17,22)		8,33 (5,19)		806,86 (976,52)	

Abreviaciones: n: Frecuencia; P: Promedio; DE: Desvío Estándar; *Chi-cuadrado de Pearson ($p < 0,05$); Test t de Student ($p < 0,05$).

Tabla 4. Búsqueda de profesional de la salud gracias a síntomas músculo esqueléticos y aspectos sociodemográficos en mujeres. Uberaba, 2014.

Consulta a profesional		Estado Civil n (%)			Jefe de familia n (%)			Edad P (DE)		Escolaridad P (DE)		Ingresos P (DE)	
		Sin Unión estable	En Unión estable	p	Sí	No	p		p	P (DE)	p	P (DE)	p
Cervical	Sí	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
	No	633 (47,10)	711 (52,90)		551 (89,59)	793 (91,04)		49,51 ((17,31)		8,29 (5,20)		818,53 (1012,86)	
Hombros	Sí	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
	No	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	Sí	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
	No	604 (47,08)	679 (52,92)		527 (85,69)	756 (86,80)		49,81 (17,23)		8,29 (5,23)		819,02(1021,52)	
Codos	Sí	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
	No	657 (51,25)	725 (48,75)		570 (92,68)	812 (93,23)		49,43 (17,23)		8,30(5,18)		795,31(932,60)	
Lumbar	Sí	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
	No	570 (46,61)	653 (53,39)		499 (81,14)	724 (83,12)		49,78 (17,11)		8,27 (5,18)		820,00(1028,81)	
Puños/ manos	Sí	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
	No	606 (46,83)	688 (53,17)		538 (87,48)	756 (86,80)		49,64 (17,08)		8,27 (5,18)		795,73(946,71)	
Caderas/ muslos	Sí	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
	No	606 (48,76)	678 (51,24)		539 (87,64)	745 (85,53)		49,46 (17,02)		8,23 (5,19)		802,88(940,63)	
Rodillas	Sí	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
	No	594 (47,03)	669 (52,97)		528 (85,85)	735 (84,39)		49,63 (17,07)		8,29(5,20)		806,66(954,82)	
Tobillos/ pies	Sí	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
	No	625 (47,82)	682 (52,18)		547 (88,94)	760 (87,26)		49,76 (17,15)		8,34 (5,21)		816,03(992,43)	

Abreviaciones: n: Frecuencia; P: Promedio; DE: Desvío Estándar; *Chi-cuadrado de Pearson ($p < 0,05$); Test t de Student ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

Las acciones y estrategias con el fin de una atención integral a la salud de la mujer dependen, en gran parte, de la identificación de las vulnerabilidades que deben ser priorizados por las políticas públicas de salud, por medio del conocimiento de las características relacionadas a los problemas de salud que comprometen el bienestar y calidad de vida de esa población. En ese caso, las encuestas de salud son herramientas esenciales para el estudio de condiciones de vida y de salud en muestras representativas de poblaciones.

Este estudio indicó que 62,45% de las mujeres relataron SM en por lo menos una región en los últimos 12 meses. Estudios abordan que la prevalencia de los SM en la población femenina surge de aspectos biológicos y comportamentales (hormonas, desigualdades relacionadas a altura, fuerza, condiciones aeróbicas, vías del circuito del dolor, variaciones en el sistema nervioso central)^{5,11}.

Además, el gran número de mujeres con relatos de SM puede ser atribuido a su mayor percepción en cuanto a las señales de las enfermedades¹², así como por el hecho de presentar mayor frecuencia de dolor de origen músculo esquelético y visceral, así como relatar dolor como un síntoma en una consulta al profesional de salud¹³. Sin embargo, 73,69% de las que relatan síntomas niegan impedimento en la realización de las actividades y 66,35% no consultaron profesional de la salud.

Se resalta el hecho de que las mujeres continúan a desarrollar sus actividades independientemente de los SM, esto puede estar relacionado a la autoeficacia elevada, lo que las llevaría a ser más persistentes y, en general, mantener la mayor parte de sus actividades, a pesar de los síntomas¹⁴. Así, es necesaria la concientización de la mujer sobre el conocimiento de sus dolores y limitaciones, de la importancia de realizar el tratamiento adecuado y de su auto responsabilización delante de la intervención y de los cuidados para que pueda tener una mejora en las quejas y en los síntomas. También es esencial el abordaje de los procesos referentes a la construcción de la visión de autoeficacia presentado por la mujer.

Además, estos resultados pueden indicar niveles más elevados de resiliencia de estas mujeres que están asociados a mayores niveles de aceptación del dolor y adaptación a este, independientemente del tiempo de su duración. La resiliencia está relacionada a la habilidad de adecuarse a diferentes situaciones que generan estrés, inclusive con la disminución de la comprensión de este. Cuando se tienen altos niveles de aceptación y adaptación a cuadros dolorosos, aumenta la resiliencia, generando reflejos positivos en el proceso de prevención de estrés emocional¹⁵. En este sentido, una de las temáticas a ser trabajadas con esta población, durante las intervenciones terapéuticas, debe ser la resiliencia y lo que la norrea.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que estos resultados también pueden indicar falta de cuidado adecuado con su salud, lo que puede llevarlas a sufrir más tardíamente los daños, considerando que estos síntomas son crónicos, dado que se refieren a los últimos 12 meses y, si no son tratados de forma adecuada, pueden impactar negativamente en su calidad de vida^{15,16}.

Los impedimentos para realización de las actividades y la búsqueda de profesionales pueden ocurrir con síntomas de intensidad moderada o alta. En estos casos, la resolutivez puede ser menor. De esta forma, los profesionales de salud deben estar preparados para atender a los pacientes con SM, teniendo una visión ampliada tanto durante la evaluación como en el tratamiento, pues los dolores, en especial los crónicos, sufren influencias de aspectos orgánicos, psicológicos o sociales¹⁷. Así, es fundamental el análisis del contexto en que las mujeres están insertas.

La región del cuerpo con mayor número de mujeres con SM, que causó más limitaciones en las actividades y que llevó a una mayor búsqueda de profesionales de la salud fue la columna lumbar. A pesar de esto, sólo 52,71% de las 263 mujeres que presentaron síntomas en esta región buscaron profesionales de la salud. En una revisión sistemática de determinación de los factores de búsqueda de servicios de la salud, se descubrió que menos de 60% de las personas

que presentan dolor lumbar buscan tratamiento¹⁸, siendo estos resultados similares a los del presente estudio. Esta es una región de alta prevalencia de dolor, tanto en Brasil como en el mundo, y corresponde a la mayor causa de incapacidad y de licencia de las actividades laborales en el mundo¹⁷. Ya en Brasil, informaciones de la Investigación Nacional de Salud de 2013 muestran que 18,5% de la población brasileira refirieron dolor crónico en la columna, siendo 15,5% en hombres y 21,1% en mujeres^{17,19,20}.

El hecho de que las mujeres presenten mayor prevalencia ha sido explicado por la realización de tareas domésticas en mayor intensidad, mayor exposición a los trabajos repetitivos, posición no ergonómica y trabajo en gran velocidad, además de las características anatomofuncionales como menor estatura, menor masa muscular, menor masa ósea, articulaciones más frágiles y menos adaptadas al esfuerzo físico extenuante, que pueden acarrear más sobrecarga en la columna.

El embarazo también puede ser un factor explicativo, dado que en este hay un aumento de la flexibilidad de los ligamientos de la columna y cadera, lordosis y contracturas musculares (en función del aumento del peso), y cambios de postura (en función del crecimiento del feto). Ya en el pos-parto, puede estar relacionado a las inadecuaciones posturales al amamantar, al peso del niño, entre otros factores^{19,20}.

En el presente estudio, la incapacidad referente a síntomas en la columna estuvo presente en 12,4% de las mujeres. Este resultado está en consonancia con otra investigación que resalta la incapacidad en pacientes con dolor lumbar crónico, variando de 11% a 76%. Esta gran variación se debe tanto a los conceptos de incapacidad adoptados como a los métodos diferentes utilizados para medir este fenómeno²⁰. Se destaca que en este estudio fue utilizado el CNSO, pero existen otros instrumentos desarrollados para la evaluación de la región lumbar^{20,21}, que pueden fornecer subsidios para que el profesional de salud identifique las alteraciones contribuyendo al manejo más adecuado del dolor e incapacidad para la elección de abordajes terapéuticos más efectivos.

En cuanto a la edad, se identificó que las mujeres con menores promedios de edad presentaron mayor número de síntomas en región cervical y tobillos/pies, así como mayor búsqueda de profesionales e incapacidad para las regiones cervical, caderas/muslos y tobillos/pies. En este sentido, en una investigación realizada sobre los datos de la Investigación Nacional de Salud (INS) de 2013, se observó que la prevalencia de problema crónico de la columna aumenta con la edad, siendo que las mayores frecuencias fueron encontradas entre los sujetos con más de 60 años²². Ya un estudio realizado en el sector de archivo médico del Centro de Salud Butantã (CSEB) apuntó que la posibilidad de individuos con más de 40 años buscar el servicio de salud por problemas esqueléticos es mayor²³.

No obstante, se debe considerar un estudio previo que reportó que un número cada vez mayor de universitarios jóvenes viene siendo afectado por dolores en la columna y otras articulaciones²⁴, lo que lleva a inferir que el dolor músculo esquelético afecta a todas las edades, en algún momento de la vida. De esta forma, se deben incentivar los cuidados con el sistema músculo esquelético en todas las edades, en especial en la edad productiva, y este cuidado debe ser implementado de manera que las mujeres tengan autopercepción y auto responsabilidad sobre él.

La escolaridad no fue asociada a la presencia de los SM, tampoco lo fueron los impedimentos para la realización de actividades y la búsqueda de profesionales de la salud en función de ellos. Contrariamente, en relación a la escolaridad, un estudio de carácter transversal, en que fueron incluidas mujeres con edad entre 40 y 60 años insertas en el programa de Estrategia Salud de la Familia de una Unidad Básica de Salud de São Paulo, indicó que los niveles de dolor fueron mayores para mujeres con bajo nivel de escolaridad, y que adultos sin instrucción o que no completaron la Enseñanza Primaria relataron más problemas crónicos de la columna²⁵. La epidemiología y los factores asociados a los SM evaluados de manera amplia es escasa, ya que los estudios se dedican al estudio del dolor, limitando así el

entendimiento de las características de estos síntomas y sus implicaciones para el bienestar, especialmente en mujeres.

Las mujeres que no estaban en una relación estable presentaron más impedimentos para actividades y mayor comprometimiento en cuanto al número de síntomas y búsqueda de profesionales de la salud para algunas regiones evaluadas. Así, gracias a las responsabilidades familiares, económicas y sociales de las mujeres que están en una relación estable, la hipótesis de que este tipo de relación podría ser una fuerza contra la presencia de síntomas y la disminución de la capacidad de realización de las actividades no fue comprobada.

A pesar de, muchas veces, familia e hijos representan una doble jornada que impacta negativamente en el organismo por la imposición de sobrecarga y estrés físico y mental, por otro lado, la familia también puede representar apoyo social, ofreciendo soporte y auxiliando en la reducción de la sobrecarga. En este sentido, estudios demostraron efectos benéficos de vivir con un compañero durante la enfermedad crónica^{26,27}. Así, el estado civil y la composición familiar se revelan factores paradójicos y necesitan un examen más profundizado, teniendo en cuenta que la dinámica familiar puede ser factor de riesgo para algunos y factor de protección para otros, dependiendo de la calidad de estas relaciones y del nivel de afectividad y satisfacción con las mismas.

Considerando la alta prevalencia y la cronicidad de los SM presentados por las mujeres, se destaca la necesidad de un abordaje integral y resolutivo orientado a la prevención, tratamiento y manejo adecuado de esas condiciones, dado que su prevalencia en grupos sociales económicamente vulnerables, así como su asociación con restricción de actividades y con un mayor uso de servicios de salud, sugieren que estos síntomas pueden tener impacto sobre la vida profesional y social de estas mujeres, contribuyendo a la disminución de la calidad de vida.

Es necesario considerar que las cuestiones sociales poseen grandes contribuciones en la presencia de los SM y tener en cuenta que la participación de las mujeres en el mercado de trabajo ha aumentado considerablemente. Asociada a sus actividades laborales está la doble jornada de trabajo, englobando los cuidados domiciliarios y de la familia, siendo que muchas también son las responsables financieras por sus hogares.

Es necesario considerar también la precarización del trabajo con bajos salarios, entre otras situaciones que reflejan de forma insidiosa en la salud de las mujeres^{5,28}, y el presentismo, según el cual la trabajadora, inclusive con la presencia de síntomas dolorosos y las limitaciones provenientes de ese cuadro, continúa realizando sus actividades laborales, generando reducción de su desempeño productivo y acarreando reflejos en su salud física, mental, social y financiera²⁹.

CONCLUSIÓN

A pesar de la alta prevalencia de los SM, muchas mujeres no presentan incapacidad en función de los mismos y no buscan profesionales de salud. Un mayor número de regiones con síntomas, el impedimento para la realización de las actividades y la búsqueda de profesionales son asociadas a mujeres con menores promedios de edad y sin unión estable.

Estos resultados son preocupantes, particularmente porque el sistema público de salud no está preparado para atender a las necesidades exigidas por este escenario, tales como la atención prolongada, intensiva y de alto costo.

Como limitación de este estudio, se apunta la falta de análisis de los SM según ejercicio o no de trabajo remunerado, lo que podría, en parte, responder a cuestiones sobre la influencia del trabajo profesional sobre los síntomas.

Sin embargo, las informaciones obtenidas por este estudio contribuyen a la adopción de estrategias orientadas a la promoción de la atención integral a la salud de la mujer, considerando a los grupos vulnerables que poseen mayor probabilidad de presentar limitaciones funcionales como consecuencia de SM. Para cambiar este cuadro, serán necesarios

una mayor comprensión de los síntomas músculo esqueléticos y sus determinantes, así como una mirada epidemiológica e interdisciplinaria.

REFERENCIAS

- 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 en 04 feb 2020]; 28(3):535-44. Disponible en: <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.A012>
- 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 en 04 feb 2020]; 24(3):259-66. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v24n3/2316-9117-fp-24-03-00259.pdf>. DOI: 10.1590/1809-2950/16447524032017
- 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 en 04 feb 2020]; 18(3):233-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15676628>. DOI: 10.1016/0003-6870(87)90010-x
- 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 en 04 feb 2020]; 1(1):9-14. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/brjp/v1n1/pt_1806-0013-brjp-01-01-0009.pdf. DOI: 10.5935/2595-0118.20180004
- Assunção AA, Abreu MNS. Fatores associados a distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autorreferidos em adultos brasileiros. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado en 04 feb 2020]; 51(Supl 1):10s. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000282.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000282>
- 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 en 04 feb 2020]; 18(2):135-40. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v18n2/pt_1806-0013-rdor-18-02-0135.pdf. DOI: 10.5935/1806-0013.20170027
- 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 en 04 feb 2020]. 80 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios). Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
- 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 en 04 feb 2020]; 52:81. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000471.pdf. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000471>
- Castilho EA, Goldbaum M. Doenças crônicas não transmissíveis e inquéritos populacionais. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado en 04 feb 2020]; 51(Supl 1):1s. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-8787201705100supl1ed.pdf. DOI: 10.159/S1518-8787.201705100supl1ed
- Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbididade. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2002 [citado en 04 feb 2020]; 36(3):307-12. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n3/10492.pdf>
- 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 en 04 feb 2020]; 15(1):31-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552011005000001>
- Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *J Pain* [Internet]. 2003 [citado en 03 set 2019]; 4(7):407-14. Disponible en: <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)
- 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.scielo.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, Fiengenbaum 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 oct 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 oct 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 oct. 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 oct 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 oct 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 oct 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 oct 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. Dedicção AC, Sato TO, Avila MA, Moccasin 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 oct 2019]; 18(3):212-16. Disponível em: 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 en 12 oct 2019]; 154(1):147-53. Disponible en: <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 en 12 oct 2019]; 36(5):581-8. Disponible en: <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. *Ciêns Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [citado en 03 set 2019]; 24(3):749-60. Disponible en: <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 en 08 set 2019]; 26:e3006. Disponible en: 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>

CONTRIBUCIONES

Shamyr Sulyvan de Castro, Isabel Aparecida Porcatti de Walsh y Patrícia Ribeiro Marcacine contribuyeron en la concepción, delineamiento, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión. **Jéssica Carvalho Lima, Marina Mendonça Emílio y Renata Martins Matos Oliveira** participaron en la interpretación de los datos, redacción y revisión.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Marcacine PR, Emílio MM, Lima JC, Castro SS, Walsh IAP. Sintomas musculoesqueléticos e características sociodemográficas em mulheres. *REFACS* [Internet]. 2020 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 8(2):219-231. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*

Cómo citar este artículo (ABNT)

MARCACINE, P. R.; EMÍLIO, M. M.; LIMA, J. C.; CASTRO, S. S.; WALSH, I. A. P. Sintomas musculoesqueléticos e características sociodemográficas em mulheres. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 8, n. 2, p. 219-231, 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)

Marcacine, P.R., Emílio, M.M., Lima, J.C., Castro, S.S. & Walsh, I.A.P. (2020). Sintomas musculoesqueléticos e características sociodemográficas em mulheres. *REFACS*, 8(2), 219-231. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso de agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.