

ELAINE CRISTINA FARIA

**CAPACIDADE PARA O TRABALHO E PRODUTIVIDADE
DE PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA**

**Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação da Universidade
Federal de São Paulo, para obtenção
do Título de Doutor em Ciências.**

SÃO PAULO

2017

ELAINE CRISTINA FARIA

**CAPACIDADE PARA O TRABALHO E PRODUTIVIDADE
DE PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação da Universidade Federal
de São Paulo, para obtenção do Título
de Doutor em Ciências.**

**ORIENTADORA: PROFA.DRA.DANIELA FRANCESCATO VEIGA
COORIENTADORA: PROFA. MARIA JOSÉ DE AZEVEDO BRITO
ROCHA**

SÃO PAULO

2017

Faria, Elaine Cristina

Capacidade para o trabalho e produtividade com úlcera venosa. / Elaine Cristina Faria. – São Paulo, 2017.
xiii, 146f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação Cirurgia Translacional.

Título em inglês: Work ability and productivity of people with venous ulcer.

1. Úlcera venosa. 2. Avaliação da capacidade de trabalho. 3. Condições de trabalho. 4. Saúde do Trabalhador. 5. Produtividade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIRURGIA TRANSACIONAL**

COORDENADOR: Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO

DEDICATÓRIA

A Deus, que está em toda parte e que nos ensina,
que as verdadeiras lições de luta e

vida estão nos pequenos detalhes,
e que uma pequena ação feita com amor é mais importante
que grandes ações feitas para a glória pessoal.

À minha família, por ter me compreendido e auxiliado durante mais esta
jornada.

“A verdadeira alegria vem da harmonia profunda entre as pessoas, que
todos experimentam no seu coração e que nos faz sentir a beleza de estar
juntos, de apoiar-se mutuamente no caminho da vida”

Papa Francisco

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a **LYDIA MASAKO FERREIRA**, Professora, Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), pela contribuição científica, pelo profissionalismo e pelo comprometimento e ética.

Ao Prof. Dr. **MIGUEL SABINO NETO**, Professor Adjunto Livre Docente da Disciplina de Cirurgia Plástica, responsável pelo setor de Reconstrução Mamária da Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da UNIFESP e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da UNIFESP, pelo estímulo à formação científica e liderança.

À Prof.^a Dr.^a **DANIELA FRANCESCATO VEIGA**, Professora Afiliada, Livre Docente da Disciplina de Cirurgia Plástica, Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da UNIFESP, minha orientadora, por compartilhar seu conhecimento e principalmente por compreender minhas dificuldades.

À Prof.^a **MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO ROCHA**, Professora Afiliada da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo, minha coorientadora, por transmitir tanta serenidade e pelos conselhos dados nas horas mais oportunas.

Ao Prof. **GERALDO MAGELA SALOMÉ**, Professor Orientador do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade do

Vale do Sapucaí - UNIVÁS, pelo carinho e pelo auxílio na busca por pacientes.

Aos **colegas do doutorado**, pela constante troca, em que juntos tentamos compreender os significados de mais esta etapa de nossas vidas.

À **ANDREIA CRISTINA FEITOSA DO CARMO**, bibliotecária da UNIFESP, pelo seu empenho, agilidade e dedicação.

Aos **alunos do Curso de Enfermagem da UNIVAS** por terem ajudado na identificação dos pacientes e em especial às minhas alunas de Iniciação Científica, **YOLANDA EUSTÁQUIO e VANESSA DE MELO SANTOS**, que contribuíram de forma direta nesta pesquisa, auxiliando na coleta dos dados.

À Prof^ª. **CLAUDIA SANTOS**, pela correção do português.

À Prof^ª. **ALESSANDRA COUTINHO**, pela correção do inglês.

Aos pacientes que aceitaram prontamente responder aos questionários, e por me possibilitarem a oportunidade de aprender.

EPÍGRAFE

“ Sou feita de retalhos.

Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou
costurando na alma.

Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me
fazem ser quem eu sou.

Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior...
Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade...
Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa.

E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras
gentes que vão se tornando parte da gente também.

E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados...

Haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.

Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida
e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos
deixados em mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim
pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias.

E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um
imenso bordado de nós".

Cora Coralina

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	IV
AGRADECIMENTOS.....	V
EPÍGRAFE	VII
LISTA DE ABREVIATURAS	IX
LISTA DE TABELAS.....	XI
RESUMO	XIII
ABSTRACT	XIV
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	5
3. REVISÃO DA LITERATURA	6
4. MÉTODOS	26
4.2. CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA	26
4.3 CASUÍSTICA	27
4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	27
4.4.1 Critérios de Inclusão	27
4.4.2 Critérios de não Inclusão	28
4.4.3 Critérios de Exclusão.....	28
4.5 CARACTERIZAÇÃO DA CASUÍSTICA	28
4.6. PROCEDIMENTOS	33
4.6.1. Descrição do procedimento de mensuração do Índice tornozelo-braço (ITB).....	34
4.6.2 Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT).....	35
4.6.3 Work Productivity and Activity Impairment – General Health (WPAI-GH)	37
4.6.4 Work Limitations Questionnaire (WLQ)	38
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	39
5. RESULTADOS.....	41
6. DISCUSSÃO	55
6.1 SOBRE A CASUÍSTICA	55
6.2 SOBRE CAPACIDADE PARA O TRABALHO	61
7. CONCLUSÃO	69
6. REFÊRENCIAS	70
FONTES CONSULTADAS.....	79
NORMAS ADOTADAS.....	80
APÊNDICES.....	81
ANEXOS	114

LISTA DE ABREVIATURAS

- ADL – *Self-care Activity of Daily living*
- BD – braço direito
- CID – Código Internacional de Doenças
- DAP – Doença Arterial Periférica
- DMS - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- DV – *Doppler* vascular
- ERI – *Effort- Reward Imbalance Questionnaire*
- EVN – Escala visual numérica
- GC – Grupo controle
- GIV – Grupo insuficiência vascular
- GUV – Grupo úlcera venosa
- HDRS – *Hamilton Depression Rating Scale*
- HIN – *Health Improvement Network*
- IADL – *Instrumental Activity of Daily Living*
- ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho
- ITB – Índice Tornozelo Braço
- JSS - *Job Stress Scale*
- MMII – Membros inferiores
- MMSS – Membros superiores
- NFR – *Need For Recovery Scale*
- PA - Pressão arterial
- PAS – Pressão arterial sistólica
- PHQ-9 – *Questionnaire Health Patient*
- QSETES – Questionário sociodemográfico, estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho
- SF-36 – *Short Form -36*

SRQ-20 – *Self Report Questionnaire*

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNIFESP – Universidade federal de São Paulo

WAI – *Work Ability Index*

WLQ – *Work Limitations Questionnaire*

WPAI – GH – *Work Productivity and Activity Impairment- General Health*

WRAPI – *Work- Related Activities Pain Injury*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Idade dos participantes dos grupos Controle, Insuficiência Venosa e Úlcera Venosa.	29
Tabela 2 - Distribuição dos participantes por características sociodemográficas e de trabalho, segundo grupo.	30
Tabela 3 - Profissão dos participantes da pesquisa, por meio da Classificação Brasileira de Ocupação (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2002), segundo grupo.	31
Tabela 4 - Distribuição dos participantes por hábito ou comorbidade, segundo grupo.	32
Tabela 5 - Medidas-resumo das características Clínicas da Úlcera Venosa.	32
Tabela 6 - Medidas resumo dos escores do ICT, WLQ (domínios e total) e WPAI-GH, por grupo.	43
Tabela 7 - Medidas resumo dos escores do ICT, WLQ (domínios e total) e WPAI-GH, por estado civil.	45
Tabela 8 - Medidas resumo dos escores do ICT, WLQ (domínios e total) e WPAI-GH, por cor.	47
Tabela 9 - Medidas resumo dos escores do ICT, WLQ (domínios e total) e WPAI-GH, por zona.	48
Tabela 10 - Medidas resumo dos escores do ICT, WLQ (domínios e total) e WPAI-GH, por tabagismo.	49
Tabela 11 - Medidas resumo dos escores do ICT, WLQ (domínios e total) e WPAI-GH, por HAS.	51
Tabela 12 - Correlação de Pearson entre a idade e os escores do ICT, WLQ (domínios e total) e WPAI-GH.	52
Tabela 13 - Distribuição dos pacientes por ICT (em classes), por características.	53
Tabela 14 - Medidas-resumo da idade por ICT (em classes).	54
Tabela 15 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para ICT.	93
Tabela 16 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WLQ - Gerência de tempo.	94
Tabela 17 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WLQ - Demanda física.	95
Tabela 18 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WLQ - Demanda mental-interpessoal.	96
Tabela 19 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WLQ - Demanda de produção.	97
Tabela 20 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para índice de WLQ.	98

Tabela 21 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WPAI - Absenteísmo.....	99
Tabela 22 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WPAI - Presenteísmo	100
Tabela 23 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WPAI - Absenteísmo + Presenteísmo	101
Tabela 24 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WPAI - Absenteísmo.....	102
Tabela 25 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WPAI - Presenteísmo	103
Tabela 26 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WPAI - Absenteísmo + Presenteísmo	104
Tabela 27 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WPAI - Prejuízo	105
Tabela 28 - Correlação da variável sexo e o ICT, WPAI-GH e WLQ	93
Tabela 29 - Correlação entre a variável Escolaridade e o ICT	107
Tabela 30 - Correlação entre a variável Escolaridade e o WLQ.....	108
Tabela 31 - Correlação entre a variável Escolaridade e o WPAI-GH	109
Tabela 32 - Correlação entre a variável Religião e o ICT, WPAI-GH e WLQ	110
Tabela 33 - Correlação entre a variável município de residência e o ICT, WPAI-GH e WLQ	111
Tabela 34 - Correlação entre a variável Renda e o ICT, WPAI-GH e WLQ	112
Tabela 35 - Correlação entre a variável vínculo empregatício profissão e o ICT, WPAI-GH e o WLQ.....	113

RESUMO

Introdução: A capacidade para o trabalho sofre influência de múltiplos fatores e a presença de morbidades, como as úlceras venosas, pode favorecer seu declínio. **Objetivo:** avaliar a capacidade para o trabalho e a produtividade de pessoas com úlcera venosa. **Métodos:** Trata-se de um estudo multicêntrico, com 300 participantes, de ambos os sexos, média de idade de 46,3 anos, distribuídos em três grupos (grupo controle GC; grupo insuficiência venosa GIV; grupo úlcera venosa GUV). Foram coletados dados sociodemográficos e aplicados os seguintes instrumentos, validados para uso no Brasil: Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), *Work Productivity and Activity Impairment - General Health* (WPAI-GH), *Work Limitations Questionnaire* (WLQ). **Resultados:** A média do ICT no GUV foi menor que no GIV ($p < 0,001$). O GUV apresentou, em média, 20,6 pontos a menos no ICT, comparativamente ao GC, enquanto que o GIV revelou 8,2. O GUV apresentou maior índice e escore em todos os domínios do WLQ que o GIV ($p < 0,001$), maior absenteísmo que o GC (0,28 pontos a mais) e maior presenteísmo ($p < 0,001$), maior absenteísmo + presenteísmo ($p = 0,004$) e maior prejuízo ($p = 0,004$), quando comparado ao GIV. **Conclusão:** A úlcera venosa reduziu a capacidade para o trabalho e a produtividade e conseqüentemente acarretou maior presenteísmo e absenteísmo.

ABSTRACT

Background: Work ability is influenced by multiple factors, such as the presence of morbidities as venous ulcers, which may lead to its decline. **Objective:** To assess work ability and productivity in individuals with venous ulcers. **Methods:** This multicenter study was conducted with 300 participants of both genders, with a mean age of 46.3 years, who were divided into three groups: the control group, venous insufficiency (VI) group, and venous ulcer (VU) group. Sociodemographic characteristics of patients were recorded and the Brazilian-Portuguese versions of the Work Ability Index (WAI), Work Productivity and Activity Impairment - General Health (WPAI-GH) questionnaire, and Work Limitations Questionnaire (WLQ) were applied to all subjects. **Results:** The mean WAI value was significantly lower in the VU group than in the VI group ($p < 0.001$). Mean WAI values in the VU and VI groups were respectively 20.6 and 8.2 points lower compared to the control group. Patients in the VU group reported higher WLQ index and scores on all domains than those in the VI group ($p < 0.001$); 0.28 points higher on absenteeism than controls; and higher presenteeism ($p < 0.001$), higher absenteeism+presenteeism ($p = 0.004$) and greater impairment ($p = 0.004$) when compared with patients in the VI group. **Conclusion:** Venous ulcer reduced the work ability and productivity of patients, leading to increased presenteeism and absenteeism.

1. INTRODUÇÃO

Capacidade para o trabalho, segundo pesquisadores do Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional, é a “capacidade que o indivíduo tem para executar seu trabalho em função das exigências deste, de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais” (TUOMI *et al.*, 1997). Este conceito teve como base o modelo teórico estresse-desgaste no qual, causas físicas e mentais favorecem o desgaste do trabalhador e este influencia a capacidade de enfrentamento, podendo ocasionar diferentes respostas e desencadear reações fisiológicas, psicológicas e comportamentais sobre a saúde e a capacidade para trabalhar, ou seja, é um processo multicausal de interação complexa de diversos elementos (ILMARINEN *et al.*, 1991; TUOMI *et al.*, 2005).

TUOMI *et al.* (2005) conceituaram a capacidade para o trabalho como “o quão bem está, ou estará, um(a) trabalhador(a) no presente, ou em um futuro próximo, e quão capaz pode executar seu trabalho em função das exigências de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais”. Apontaram fatores que interferiram positiva ou negativamente na capacidade para o trabalho, e que são de extrema relevância, pois favoreceram a criação de mecanismos de intervenção com o intuito de amenizar, ou até mesmo eliminar, as causas que geravam declínio no cotidiano laboral do indivíduo.

A saúde do trabalhador é um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O conceito de capacidade para o trabalho está relacionado à potencialidade que o trabalhador tem para executar suas tarefas, em função das exigências do trabalho, de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais. Sua avaliação é importante pois, por meio dela consegue-se realizar uma medida do envelhecimento funcional, que vem apresentando uma modificação no seu perfil pois, tem sido observado um aumento nos diagnósticos de patologias musculoesqueléticas, de problemas relacionados

a distúrbios psicológicos e estes comprometimentos estão relacionados ao envelhecimento da classe trabalhadora (MARTINEZ, LATORRE, FISHER 2009; ISOSAKI *et al.*, 2011).

A avaliação da capacidade para o trabalho auxilia na priorização e na identificação de trabalhadores que necessitam, ou necessitarão num breve período de tempo, do apoio dos serviços de saúde ocupacional, garantindo assim uma atenção precoce, favorecendo a implementação de ações que irão minimizar os efeitos negativos do declínio na capacidade para o trabalho. Assim, um processo sistemático e eficaz de detecção, avaliação e intervenção pode auxiliar na prevenção da diminuição prematura da capacidade para o trabalho (GUTERRES *et al.*, 2011).

Para ter um bom desenvolvimento no trabalho, ou seja, um bom índice de capacidade para o trabalho, o indivíduo necessita estar saudável, porém, não é infrequente encontrar pessoas que sofrem de diferentes tipos de doenças ativas no mercado de trabalho. Muitos sofrem de males inaparentes, outros possuem danos visíveis, que causam dor, desconforto e dificuldade de locomoção como as úlceras venosas (PAUL, PIEPER, TEMPLIN, 2011; WAIDMAN *et al.*, 2011; ANGÉLICO *et al.*, 2012).

A úlcera venosa é consequência da insuficiência venosa crônica, cuja causa está relacionada com a hipertensão venosa prolongada, ocasionada por vários mecanismos, tais como incompetência valvular das veias superficiais e profundas, obstrução venosa, ou uma combinação destes (VALÊNCIA *et al.*, 2001; ABBADE, LASTÓRIA, ROLLO, 2011; KANJOOR, 2011).

A úlcera venosa ocorre em sua maioria na região maleolar e face lateral e medial da tíbia, comprometendo a capacidade de locomoção do indivíduo, além de causar dor e eventualmente exalar odores que podem dificultar sua inserção em seu local de trabalho. Caracteriza-se por uma perda de continuidade da pele que persiste por seis semanas, ou mais, e que acomete 1% da população adulta e 3,6% de pessoas com 65 anos ou mais.

Quando as pesquisas abrangem a somatória das úlceras ativas e cicatrizadas, a prevalência varia entre 1% e 1,3% na população adulta (ABDALLA & DADALTI, 2003; YAMADA & SANTOS, 2005; ABBADE & LASTÓRIA, 2006; BERGAN *et al.*, 2006; GONZALES-CONSUEGRA & VERDÚ, 2011; KANJOOR, 2011; AGALE, 2013; PEREIRA *et al.*, 2014).

Estudos apontam que indivíduos com úlcera sofrem afastamentos do trabalho, aposentadorias precoces, alteração das atividades da vida diária e do lazer, influenciando diretamente nas relações sociais e na qualidade de vida de seus portadores (SILVA *et al.*, 2009; FARIA *et al.*, 2011; COSTA *et al.*, 2011; PAUL, PIEPER, TEMPLIN, 2011).

A úlcera venosa é um problema relevante para a saúde pública nos dias de hoje, pois afeta uma grande parcela da população, tem carácter incapacitante, acarreta absenteísmo devido ao longo período de tratamento e às altas taxas de recidivas, além de influenciar negativamente os aspectos psicológicos, sociais e econômicos (BERGONSE & RIVITTI, 2006; SALIBA, GIANNINI, ROLLO, 2007; SILVA *et al.*, 2009; GONZALES-CONSUEGRA & VERDÚ, 2011).

Pessoas com estado de saúde prejudicado têm maiores taxas de absenteísmo e presenteísmo acarretando menor produtividade (PRIMO, PINHEIRO, SAKURAI, 2007; VAN DEN BERG *et al.*, 2017). Absenteísmo é entendido como falta ao trabalho, sendo que; esta ausência acarreta sobrecarga aos que permanecem exercendo suas atividades, devido ao fato de ter que executar, também, as atividades dos trabalhadores ausentes, o que pode levar tanto ao aparecimento de novos problemas de saúde como à possibilidade de afastamentos futuros (PRIMO, PINHEIRO, SAKURAI, 2007; PROCHNOW *et al.*, 2013; MARTINEZ, LATORRE, FISHER, 2016; VAN DEN BERG *et al.*, 2017).

Contrapondo-se ao absenteísmo, o presenteísmo designa a condição que se refere às pessoas que comparecem ao trabalho, porém não realizam as atividades inerentes às suas funções de modo produtivo, ou seja, não apresentam bom desempenho, seja por problemas físicos e/ou mentais relacionados ao trabalho (PRIMO, PINHEIRO, SAKURAI, 2007; LARANJEIRA, 2009).

A necessidade de se avaliar a capacidade para o trabalho surgiu devido ao contexto de envelhecimento da população mundial, com a perspectiva de promover essa capacidade e melhorar a qualidade do trabalho e a qualidade de vida e bem-estar, favorecendo assim uma aposentadoria ativa e com significado. Diante disto, foram elaborados instrumentos que permitem avaliar e detectar alterações, prever a incidência de incapacidade precoce e subsidiar medidas preventivas de manutenção da saúde dos trabalhadores. O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), o *Work Productivity and Activity Impairment – General Health* (WPAI-GH) e o *Work Limitations Questionnaire* (WLQ) são exemplos de instrumentos utilizados como preditores de situações precoces de perda de capacidade laboral, aposentadorias precoces, absenteísmo por doença e desemprego e perda de produtividade (REILLY, ZBROZEK, DUKES, 1993; TUOMI *et al.*, 2001; LERNER *et al.*, 2001; CICONELLI *et al.*, 2006; SOAREZ *et al.*, 2007; SILVA JUNIOR *et al.*, 2011).

Diante do exposto pretende-se, avaliar o quanto a úlcera venosa pode afetar a capacidade para o trabalho, bem como a produtividade de seus portadores.

2. OBJETIVO

Avaliar a capacidade para o trabalho e a produtividade de pessoas com úlcera venosa.

3. REVISÃO DA LITERATURA

REILLY, ZBROZEK, DUKES (1993) avaliaram as propriedades psicométricas (reprodutibilidade e validade de construto) do instrumento *Work Productivity and Activity Impairment – General Health* (WPAI-HG), para uso em ensaios clínicos. Cento e seis indivíduos empregados e afetados por um problema de saúde foram randomizados e receberam dois questionários autoadministrados, ou um questionário autoadministrado seguido de entrevista por telefone. A validade de constructo, das medidas de tempo perdido no trabalho, comprometimento do trabalho e atividades regulares devido à saúde geral e sintomas, foi avaliada em relação às medidas de percepções gerais de saúde, papel físico e emocional, dor, gravidade dos sintomas e medidas globais de trabalho e interferência na atividade regular. Modelos de regressão linear multivariada foram utilizados para explicar a variação na produtividade e atividade regular do trabalho. Os dados obtidos pela entrevista do WPAI-GH tiveram maior validade de construto e menos omissões do que os obtidos pela autoadministração do instrumento. Todas as medidas de produtividade do trabalho e comprometimento da atividade foram positivamente correlacionadas com medidas que tinham comprovado a validade de construto. Estas medidas de validação tiveram uma variância de 54 a 64% ($p < 0,0001$) nas variáveis de produtividade e de incapacidade de atividade do WPAI-HG. A produtividade global do trabalho (saúde e sintoma) estava significativamente relacionada com as percepções gerais de saúde e com as medidas globais de interferência com a atividade regular.

TUOMI *et al.* (1997) realizaram um estudo com o objetivo de explicar as mudanças na capacidade de trabalho e os fatores relacionados às questões ocupacionais e ao estilo de vida. Foram avaliados 818 trabalhadores. A

capacidade de trabalho foi medida por um índice que descrevia os recursos de saúde dos trabalhadores em relação às suas demandas de trabalho. Os fatores de trabalho incluíram principalmente demandas físicas e mentais, organização social e ambiente de trabalho e fatores físicos. Na avaliação do estilo de vida foram analisados o tabagismo, o consumo de álcool, o exercício físico e o lazer. Observou-se que tanto a melhora quanto o declínio na capacidade de trabalho estiveram fortemente associados às mudanças no estilo de vida e de trabalho durante o acompanhamento.

BELUSCI & FISHER (1999) avaliaram o envelhecimento funcional (capacidade para o trabalho) associado às condições de trabalho. Oitocentos e sete servidores de uma instituição judiciária federal responderam ao questionário Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). As condições de trabalho foram analisadas através do método de análise ergonômica. Nas funções estudadas houve predomínio de demandas cognitivas no trabalho. Os diagnósticos mais referidos foram doenças musculoesqueléticas (e lesões), neurológicas (incluindo distúrbio emocional), respiratórias, digestivas, dermatológicas e cardiovasculares. As mulheres e aqueles com maior tempo de trabalho na instituição e os com cargo de auxiliar operacional de serviços diversos tiveram maiores chances de apresentar ICT baixo ou moderado.

TUOMI *et al.* (2001) coletaram dados de inquéritos transversais entre 1992 e 1997 e as taxas de resposta foram de 77 e 69%, respectivamente. O objetivo foi o de validar um modelo de ações destinadas a promover a capacidade para o trabalho de trabalhadores em fase de envelhecimento. As áreas-alvo trabalhadas na promoção da capacidade profissional foram a capacidade de trabalho, qualidade de trabalho e de aposentadoria. Participaram do estudo 1101 trabalhadores. Os resultados apontaram consistentemente o modelo para promover a capacidade de trabalho. As quatro áreas necessárias para serem desenvolvidas foram: (I) as demandas

de trabalho e o meio ambiente; (II) organização do trabalho e comunidade; (III) promoção da saúde e da capacidade funcional dos trabalhadores; e (IV) promoção da competência profissional. Tais ações estavam fortemente associadas à capacidade de trabalho. A boa capacidade de trabalho foi associada a uma elevada qualidade de satisfação em permanecer no seu trabalho e foi possível também avaliar a percepção dos trabalhadores sobre a aposentadoria cujo resultado foi ativa e significativa.

METZNER & FISHER (2001) analisaram as variáveis que interferiam na percepção de fadiga e na capacidade para o trabalho em trabalhadores que executavam suas atividades em turnos fixos diurnos e noturnos. Foi um estudo transversal, com participação de 43 trabalhadores de turnos diurnos e noturnos de uma indústria têxtil, que respondeu a questionários sobre fadiga, índice de capacidade para o trabalho (ICT), auto avaliação das condições de trabalho e vida e protocolos de atividades diárias durante 14 dias consecutivos. Os fatores que influenciaram a percepção de fadiga associaram-se a estilos de vida dos trabalhadores (a prática de exercício físico era um fator protetor) e a dificuldade em manter o sono, que, se presente, aumentava a percepção de fadiga. Os fatores associados à percepção do ICT foram o tempo de exercício na função e o turno noturno de trabalho: quanto maior o primeiro, menor o ICT; trabalhar à noite aumentava o ICT. A duração da jornada diária de 12 horas podia provocar aumento considerável na carga de trabalho, influenciando a percepção do trabalhador sobre a capacidade para o trabalho, a fadiga e as alterações do sono.

LERNER *et al.* (2001) realizaram um estudo com o objetivo de desenvolver um questionário psicometricamente sólido para medir o impacto no trabalho de problemas de saúde crônicos e/ou tratamento (limitações de trabalho). Foram feitos estudos-piloto (grupos focais, entrevistas cognitivas e um teste de formulários alternativos) e dois ensaios de campo para testar o

desempenho psicométrico do questionário. Os indivíduos do estudo um foram aleatoriamente designados para dois grupos com questionários diferentes, um questionário que avaliava a percepção nas últimas quatro semanas aplicado uma vez, ou uma versão de duas semanas que foi aplicado por duas vezes. As respostas foram comparadas com dados de diários de limitação de trabalho. Para testar a validade de construto, compararam os escores do questionário dos pacientes com aqueles de indivíduos saudáveis e que o tempo de emprego fosse correspondente. O estudo dois foi realizado mediante o envio do questionário via correio, também com a finalidade de avaliar a viabilidade da escala e a validade de construto. Os sujeitos do estudo foram indivíduos empregados (18-64 anos de idade) de vários grupos de condição crônica (estudo 1, n = 48, estudo 2, n = 121). O estudo 1 incluiu os questionários atribuídos e diários semanais. O estudo 2 incluiu o *Short-form-36* (SF-36) e itens de perda de produtividade no trabalho. No estudo 1, as respostas ao questionário eram consistentes com os dados do diário, mas estavam mais altamente correlacionadas com a semana mais recente. Os pacientes apresentaram escores significativamente maiores (pior) de limitação do que os indivíduos controle. No estudo 2, quatro escalas do questionário WLQ de 25 itens alcançaram alfa de Cronbach acima de 0,90 e correlacionaram-se com o estado de saúde e a produtividade de trabalho auto-relatada ($p < 0,05$). Com 25 itens e 4 dimensões (gerência de tempo, demanda física, demanda mental-interpessoal e demanda de produção) e um período de relatório de duas semanas, o WLQ demonstrou alta confiabilidade e validade.

DURAN & COCO (2004) avaliaram a capacidade para o trabalho por meio do ICT entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Participaram do estudo 54 profissionais (40 mulheres e 14 homens), com idades entre 23 e 53 anos (média de 37,3 anos). Utilizou-se o ICT. As

doenças mais referidas com diagnóstico médico foram doença musculoesquelética, cardiovascular, respiratória e neurológica. O ICT apresentou como valor médio o escore de 42,0 (ICT bom) com desvio padrão de 4,5 e mediana 43,0. As doenças musculoesqueléticas auto referidas foram as mais frequentes. Constatou-se que 13,2% da população apresentou ICT moderado; 40,9%, bom e 45,9%, ótimo. Observou-se perda precoce para o trabalho mais acentuada nos trabalhadores mais jovens.

HEMP (2004) realizou uma revisão de literatura e firmou que os empregadores estavam começando a perceber que enfrentavam uma perda quase invisível, mas significativa, da produtividade: o presenteísmo, que era caracterizado por uma redução do trabalho dos indivíduos, devido a doença ou outras condições médicas, levando a uma diminuição da função. Segundo algumas estimativas, o fenômeno custava às empresas norte-americanas mais de US \$ 150 bilhões por ano - muito mais do que o absenteísmo. No entanto, era mais difícil de identificar. Pesquisas nesta área centravam-se em doenças crônicas ou episódicas como alergias sazonais, asma, dores de cabeça, depressão, dor nas costas, artrite e distúrbios gastrointestinais. Os funcionários que sofriam de depressão podiam estar cansados e irritados e, portanto, menos capazes de trabalhar eficazmente como os outros. Aqueles com enxaqueca, que experimentavam visão turva e hipersensibilidade à luz, para não mencionar a dor aguda, provavelmente gastavam um tempo maior olhando para uma tela de computador durante todo o dia. Um número expressivo de empresas estava fazendo um esforço sério para determinar a prevalência de doenças e outras condições médicas que prejudicavam o desempenho no trabalho, calcular a queda relacionada na produtividade e encontrar formas de baixar os custos para combater essa perda.

FRADE *et al.* (2005) caracterizaram clínica e epidemiologicamente a amostra populacional com úlcera de perna atendida nos centros de saúde de Juiz de Fora. Foi composta por 124 pacientes que responderam a um

protocolo clínico, entre janeiro de 1999 e agosto de 2001. Concluíram que as úlceras de perna constituíam um importante agravo à saúde, entre os casos analisados em Juiz de Fora e região, principalmente as do tipo venoso. Tratava-se de enfermidade de evolução longa e recidivante, em geral associada a outras enfermidades crônicas, acometendo essencialmente idosos de baixa renda.

CICONELLI *et al.* (2006) realizaram a tradução para o Português do Brasil, adaptação cultural e testaram a confiabilidade e a validade do questionário *Work Productivity and Activity Impairment-General Health (WPAI-GH)*, em 100 pacientes, provenientes da Disciplina de Reumatologia do Hospital São Paulo/Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. O coeficiente de correlação intraclasse sofreu uma variação de 0,76 a 0,90 e indicou boa confiabilidade. O domínio que avalia porcentagem de horas perdidas no trabalho foi o que apresentou menor alfa de *Cronbach* (0.76). A técnica autoadministrada do questionário apresentou maior alfa de *Cronbach*, e na correlação do WPAI-GH com as variáveis sociodemográficas foi encontrada significância estatística quanto ao sexo, anos de estudo e absenteísmo, já na correlação entre o WPAI-GH e o SF-36 foi obtida significância estatística entre os domínios presenteísmo, perda de produtividade e porcentual de prejuízo (WPAI-GH e capacidade funcional, aspectos físicos e dor (SF-36) ($p < 0,001$), nos domínios presenteísmo e porcentual de prejuízo (WPAI-GH) com vitalidade (SF-36) ($p < 0,001$) e presenteísmo e porcentual de perda de produtividade apresentou significância estatística quando correlacionado aos domínios aspectos sociais e saúde mental do Sf-36 ($p < 0,001$). Houve correlação positiva e significativa entre o WPAI-GH e o SF-36, revelando validade de construto.

BERGONSE & RIVITTI (2006) realizaram um estudo transversal com o objetivo de detectar as alterações arteriais em pacientes com úlcera venosa crônica dos membros inferiores com emprego de método não

invasivo denominado índice tornozelo braço (ITB), que tem a capacidade de identificar aqueles em que estaria contraindicado o tratamento compressivo. Foram estudados 40 doentes portadores de úlcera venosa crônica e realizou-se a avaliação clínica da úlcera descrevendo suas características, bem como o exame físico e a mensuração da pressão sistólica do membro inferior com o auxílio do *doppler* manual e portátil. Foi considerado um ITB < 1 ou seja pacientes com resultados menores eram portadores de doença arterial periférica (DAP) e para os quais não seria indicada a compressão. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas apenas foi identificada uma correlação positiva entre a hipertensão arterial e o ITB em pacientes com úlcera venosa ($p=0,05$).

SOÁREZ *et al.* (2007) realizaram a tradução para o Português do Brasil, adaptaram culturalmente e avaliaram as propriedades psicométricas, a confiabilidade e a validade, do questionário *WLQ*. Foi um estudo transversal e observacional realizado no Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo. Participaram do estudo 150 indivíduos empregados, que responderam às questões de três instrumentos: o *WLQ*, o *SF-36* e o *Self Report Questionnaire (SRQ-20)*. Os questionários foram administrados por entrevista para indivíduos sem escolaridade superior completa e auto-administrados para indivíduos com escolaridade superior. A confiabilidade interobservador foi significativa e alta (entre 0,600 e 0,800) ou muito alta (0,800 a 1,000) em todos os domínios, com exceção de demanda física ($r = 0,497$), que foi moderada. A confiabilidade intraobservador não foi significativa nos domínios gerência de tempo e demanda física. As correlações significativas encontradas para a confiabilidade intraobservador foram moderadas ($r = 0,400$ a $0,600$). A consistência interna foi muito alta (alfa de *Cronbach* de 0,800 a 1,000).

MARTARELLO & BENATTI (2009) realizaram uma pesquisa retrospectiva, de caráter descritivo, utilizando questionários estruturados e

validados (caracterização dos trabalhadores, SF-36 e o questionário nórdico de distúrbios musculoesqueléticos). Participaram da pesquisa 86 trabalhadores do serviço de higiene e limpeza, expostos à imensa diversidade de riscos ocupacionais em um hospital público municipal de urgência, emergência e ensino. O objetivo foi identificar aspectos da qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza. Os resultados confirmaram a existência de problemas em alguma parte do corpo e de sintomas osteomusculares, principalmente nos seguintes seguimentos corporais: ombros, parte superior das costas, pescoço e parte inferior das costas. A diferença entre os grupos de trabalhadores com e sem presença de sintomas osteomusculares apontou significância estatística nos domínios capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental.

BOCKERMAN & LAUKKANEN (2009) avaliaram os preditores de doença (presenteísmo) em comparação com a doença (absentismo). O estudo assinalou os efeitos do tempo de trabalho e exigências de eficiência e diferenciou as estimativas por uma saúde autoavaliada do entrevistado. Foram utilizados dados de um sistema Finlandês (*coVering*), que continha informações de 884 sindicalistas em 2009, considerando o tempo de trabalho correspondente entre desejado/horas de trabalho semanais, tempo de ausência por doença (presenteísmo)/faltas de trabalhadores com problemas de saúde. As estimativas pontuais revelaram que o tempo de trabalho diminuía o absentismo em 7% e aumentava o presenteísmo em 8%, em um grupo de indivíduos sadios. Não houve correlação entre o tempo de trabalho e a prevalência de doença relacionada ao trabalho, sendo que, as exigências em relação à eficiência aumentavam o presenteísmo.

MARTINEZ, LATORRE, FISHER (2009) realizaram um estudo transversal com 475 trabalhadores do setor elétrico no estado de São Paulo (dez municípios em Campinas e região), cujo objetivo foi avaliar a validade e a confiabilidade da versão brasileira do ICT. Foram avaliados a validade

de construto, por meio de análise fatorial confirmatória e da capacidade discriminante; validade de critério, correlacionado o escore do índice com medidas de saúde auto referidas; e confiabilidade, por meio da análise da consistência interna utilizando o coeficiente alfa de *Cronbach*. O índice apresentou boa confiabilidade com coeficiente alfa de *Cronbach* (0,72). A análise fatorial indicou três fatores do construto capacidade para o trabalho: questões relativas aos “recursos mentais” (20,6% da variância), à autopercepção da capacidade para o trabalho (18,9% da variância) e à presença de doenças e limitações decorrentes do estado de saúde (18,4% da variância). O índice discriminou os trabalhadores segundo nível de absenteísmo, identificando média estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre aqueles com absenteísmo elevado (37,2 pontos) e baixo (42,3 pontos). A análise de critério mostrou correlação do índice com todas as dimensões do estado de saúde analisadas ($p < 0,001$). A versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho mostrou propriedades psicométricas satisfatórias quanto à validade de construto, de critério e de confiabilidade, representando uma opção adequada para avaliação da capacidade para o trabalho em abordagens individuais e inquéritos populacionais.

SILVA JUNIOR *et al.* (2011) realizaram um estudo em três hospitais públicos do Rio de Janeiro, com o objetivo de analisar as relações entre organização do trabalho hospitalar, a saúde e o bem-estar dos trabalhadores de enfermagem englobando enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Foram incluídos 1.687 participantes, sendo que, 1.436 terminaram o estudo. Foi utilizado um instrumento que avaliava as variáveis sociodemográficas e ocupacionais, o ICT, escala de demanda-controle e desequilíbrio esforço-recompensa, escala de recuperação após o trabalho e o *SRQ-20*. O ICT apresentou correlação direta e significativa com os escores de recompensa (escala de desequilíbrio esforço-recompensa), controle (escala de demanda-controle) e auto avaliação do estado de saúde.

Correlacionou-se inversamente com recuperação após o trabalho (escala de recuperação após o trabalho), distúrbios psíquicos menores (SRQ-20), com as dimensões esforço e excesso de comprometimento (escala de desequilíbrio esforço-recompensa) e com o escore de demanda (escala de demanda-controle) sua consistência interna nesta pesquisa foi de 0,80 – alfa e 0,87 – ômega.

VASCONCELOS *et al.* (2011) analisaram os fatores associados à capacidade inadequada para o trabalho e à percepção de fadiga entre os profissionais de enfermagem. Estudo transversal desenvolvido com 272 trabalhadores em um hospital de urgência e emergência de Rio Branco/Acre. A coleta de dados ocorreu por meio dos seguintes instrumentos: questionário sobre dados sociodemográficos, condições de trabalho e estilo de vida; o ICT; e questionário de Percepção de Fadiga. A prevalência de capacidade inadequada para o trabalho foi de 40,8%, tendo como fatores associados, sexo feminino, outro vínculo empregatício, número de funcionários insuficiente, tarefas repetitivas e monótonas, três ou mais morbidades sem diagnóstico médico e fadiga elevada.

HILLESHEIN *et al.* (2011) avaliaram o ICT e os aspectos sociodemográficos e laborais de 93 enfermeiros de um hospital universitário. Ao avaliar o ICT, verificou-se que estava adequado, uma vez que 60,1% dos enfermeiros alcançaram escores classificados entre 37 a 43 pontos. No entanto, o tempo de trabalho e a idade tiveram relação inversa com o ICT, indicando a necessidade de se adotar medidas que minimizassem o efeito destas variáveis na capacidade para o trabalho.

UMANN, GUIDO, GRAZZIANO (2012) realizaram um estudo quantitativo, descritivo e transversal com o objetivo de determinar a produtividade estimada e as limitações no trabalho, relacionadas à saúde, em 129 enfermeiros atuantes na assistência direta a pacientes críticos e potencialmente críticos. Utilizaram um instrumento para caracterização

sociodemográfica e funcional e para a avaliação do presenteísmo o WLQ. Quanto à análise do WLQ teve-se a maior perda de produtividade relacionada ao domínio demanda física (25%). Para a demanda de produção obteve-se valor de mediana zero, ou seja, metade da população não sinalizou perda de produtividade relacionada à capacidade de conseguir, em tempo hábil, a quantidade e qualidade de trabalho concluído necessárias. A perda de produtividade relacionada à gerência de tempo e demanda mental interpessoal obteve percentuais de 5 e 8,3%. Constatou-se que havia influência de fatores organizacionais e individuais na produtividade do indivíduo frente às circunstâncias que envolviam a assistência ao adulto crítico e potencialmente crítico.

BIHARI, TORNOCI, BIHARI (2012) analisaram a prevalência e fatores de risco de varizes e doença venosa crônica em Budapeste. Os dados foram coletados por meio de um questionário, bem como por exame físico e doppler, em 566 adultos. A prevalência de varizes de extremidade inferior foi de 57,1% na população estudada. Fatores de risco associados incluíam idade avançada, gravidez, trabalhos que exigiam posicionamento ortostático, trabalhos que envolviam força física, atividades manuais e excesso de peso corporal. Nem o sexo feminino, ou o uso de contraceptivos orais ou de terapia de reposição hormonal, foram identificados como fatores contribuintes. Os dados de prevalência húngaros e os fatores de risco foram semelhantes aos de outros países europeus.

SALOMÉ, BLANES, FERREIRA (2012) avaliaram a ocorrência de sintomas depressivos em pacientes com úlcera venosa. Foi um estudo exploratório, descritivo, analítico e transversal, realizado no Ambulatório de Feridas de um Conjunto Hospitalar, localizado no interior do estado de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, no período compreendido entre dezembro de 2008 e abril de 2009. Foi utilizado o Inventário de Avaliação de Depressão de Beck. Participaram da pesquisa 60

pacientes. A maioria (91,66%) apresentou algum nível de depressão. Houve maior frequência de sintomas leves a moderados (n=39; 65%). Os pacientes apresentaram tristeza, distorção da imagem corporal, auto depreciação, diminuição da libido e retração social. Os sintomas menos representados foram ideação suicida e perda do apetite, sendo referidos por um paciente em cada aspecto. Quanto à idade, 43 pacientes tinham mais de 61 anos, dos quais 38 (88,4%) apresentavam sintomas depressivos leve a grave. Concluiu-se que pacientes com úlcera venosa apresentavam diferentes graus de sintomas depressivos.

OLIVEIRA *et al.* (2012) estudaram pacientes com úlcera venosa atendidos no ambulatório de um hospital universitário. Foram avaliados 49 pacientes com insuficiência venosa crônica, que apresentavam 67 úlceras, predominantemente no terço inferior da perna (68,6%) e com tempo de evolução de até cinco anos (53,8%). Essa população tinha entre 51-70 anos (45,7%), aproximadamente metade era do sexo feminino (55%) e com baixa escolaridade, com insuficiência venosa crônica de forma isolada (35%), ou associada com hipertensão arterial (31%). As lesões apresentavam profundidade superficial (54%), com exsudato seroso (65%), em média quantidade (38,8%) e sem odor fétido (91%). O tecido predominante nas lesões era o de granulação associado a esfacelo (49%), as bordas estavam na maioria dos casos em fase de epitelização (58%). A pele adjacente às úlceras apresentava-se frequentemente descamativa (45%). O produto mais utilizado nas lesões foram os ácidos graxos essenciais (AGE) (32,8%), seguidos pela colagenase (31,3%), que estava disponível na instituição, na época da realização da pesquisa. Apesar da indicação da terapia compressiva ser importante para os pacientes com úlceras venosas, apenas 1,5% utilizavam a Bota de Una. A avaliação criteriosa do enfermeiro, no paciente que apresentava úlcera venosa, auxiliava na determinação de cuidados específicos, direcionados ao tipo de tecido no leito da lesão, ao tamanho, à

presença de exsudato, às doença de base entre outras. Todos estes fatores foram diferenciais porque determinariam o cuidado adequado, conforme as características clínicas de cada paciente, a fim de proporcionar redução do tamanho da lesão, diminuição do tempo e do custo do tratamento e satisfação do indivíduo.

VON BONSDORFF *et al.* (2012) realizaram um estudo longitudinal prospectivo com o objetivo de avaliar a capacidade para o trabalho, por um período de 28 anos, em trabalhadores do setor público da Finlândia. Foram avaliados 2879 trabalhadores finlandeses com tempo médio de trabalho, entre 44 e 58 anos, que responderam ao *Work Ability Index (WAI)*, *Self-care Activity of Daily Living (ADL)* e a *Instrumental Activity of Daily Living (IADL)* em 1981 e novamente em 2009. A avaliação da capacidade de vida diária foi categorizada em excelente, moderada e baixa na primeira aplicação em 1981. Na segunda aplicação em 2009 observou-se que, os trabalhadores que pontuaram moderada capacidade para o trabalho, elevaram sua média de incapacidade em torno de 11- 20% e os que, tinham baixa capacidade para o trabalho, atingiram média entre 27-30%. A capacidade para o trabalho relacionada às demandas mentais e físicas associadas aos recursos mentais e físicos de cada indivíduo foi um preditor de gravidade na eficiência no trabalho 28 anos mais tarde nos funcionários públicos.

BORTOLINI *et al.* (2013) analisaram o absenteísmo dos trabalhadores residentes no município de Água Doce, situado no meio-oeste de Santa Catarina. Foram incluídos os atendimentos nas duas Estratégias de Saúde da Família do município, durante o período de Julho a Setembro de 2012, que necessitaram de atestado médico após a realização de consulta. As patologias foram agrupadas conforme a Classificação do Código Internacional de Doenças (CID – 10). Foram emitidos 110 atestados no período. Os pacientes do sexo feminino corresponderam a 53,64% (n=59). A média de afastamento foi de 1,45 dias. O setor mais atingido foi o

industrial, com 61 atestados (55,46%). As doenças do aparelho respiratório tiveram maior prevalência (26,36%), seguidas pelas doenças osteomusculares (24,54%), do aparelho digestivo (10%) e do sistema nervoso (9%). Identificar as causas de absenteísmo permitiu entender quais patologias levaram ao ocorrido, bem como o setor mais acometido na região.

PETHERICK, CULLUM, PICKETT (2013) utilizaram um banco de dados *Health Improvement Network (HIN)* e identificaram uma coorte de mais de 14000 pacientes com diagnóstico de úlcera venosa, prospectivamente registrada entre os anos de 2001 e 2006, com informações socioeconômicas de área associadas. Os resultados apontaram que o risco de ulceração venosa incidente nas pernas aumentou para os pacientes que viviam em áreas de maior privação social, mesmo após o ajuste por fatores de risco conhecidos como idade e sexo. As avaliações por meio do *doppler* e a taxa de adesão à terapia por compressão foram baixas, com menos de 16% dos pacientes, ainda que, um registro no banco de dados assinalava a prescrição da recomendação do diagnóstico e respectivo tratamento. Pacientes com diagnóstico de úlcera venosa incidente, que viviam nas áreas mais desfavorecidas, foram menos propensos a receber a avaliação por meio do *doppler*, mesmo sendo uma recomendação para auxiliar no diagnóstico e tratamento da doença vascular periférica, do que os pacientes que viviam nas áreas mais favorecidas (*odds ratio* 0,43, intervalo de confiança de 95% 0,24-0,78), porém todos receberam informações sobre a importância da terapia compressiva. Observou-se um gradiente sócio-econômico na úlcera venosa.

PROCHNOW *et al.* (2013) avaliaram a associação entre demandas psicológicas, controle sobre o trabalho e a redução da capacidade para o trabalho, em 498 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do Estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada em 2009, utilizando-se as versões brasileiras do ICT e da *Job Stress Scale (JSS)*. Evidenciaram-se prevalências de 43,3% e de 29,7% de redução da

capacidade laboral e de alta exigência no trabalho (alta demanda psicológica e baixo controle), respectivamente. As chances dos trabalhadores, submetidos a maiores exigências de desempenho, apresentarem redução da capacidade para o trabalho foram maiores e significativas quando comparados aos classificados em baixa exigência. Constatou-se elevada prevalência de redução da capacidade laboral.

PADULA *et al.* (2013) compararam o perfil sociodemográficos, as condições de saúde e a capacidade físico-funcional de trabalhadores jovens e mais velhos e correlacionaram as medidas físico-funcionais ao ICT. Foi um estudo exploratório, transversal, com trabalhadores de uma instituição de ensino superior e uma indústria metalúrgica. Os trabalhadores mais velhos (50 anos ou mais, n= 42) foram pareados em relação ao sexo e ao tipo de ocupação a trabalhadores jovens (menos de 50 anos, n= 37). Foram utilizados: questionário de avaliação multidimensional, contendo dados sociodemográficos, clínicos, percepção da saúde e saúde física, o ICT e uma bateria de testes físico-funcionais. O número de doenças e número de medicamentos de uso regular foram maiores para o grupo de trabalhadores mais velhos. O ICT não apresentou diferença entre os grupos. A capacidade físico-funcional revelou desempenho similar entre os grupos em medidas de velocidade de caminhada, de força muscular e de função física de membro inferiores. Os trabalhadores mais velhos apresentaram um pior desempenho apenas no teste de apoio unipodal direito. O ICT se mostrou correlacionado de forma moderada ao *sit-to-stand test* entre as mulheres do grupo de trabalhadores mais velhos. A avaliação da capacidade para o trabalho e a maior parte dos testes de capacidade físico-funcional no grupo mais velho pareciam não ter sido afetadas pelas condições gerais de saúde desfavoráveis.

BELTRAME, *et al.* (2014) mensuraram o índice de capacidade para o trabalho em trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza para identificar

os fatores associados, em 2013, com 157 trabalhadores do serviço de limpeza de um hospital universitário público do Rio Grande do Sul. Utilizou-se um formulário contendo variáveis sociodemográficas, laborais, de saúde e a versão brasileira do ICT. Como resultado, 79,6% dos trabalhadores foram classificados com boa/ótima capacidade para o trabalho. Os distúrbios mentais leves (31,8%) e os musculoesqueléticos (15,9%) foram os diagnósticos médicos mais prevalentes. Após ajustes, os trabalhadores que não possuíam tempo para o lazer apresentaram uma prevalência 2,67 vezes mais elevada de ter a capacidade para o trabalho reduzida (IC95%=1,23-5,82). As demais variáveis perderam a associação.

MASSON, MONTEIRO, VEDOVATO (2015) avaliaram características sociodemográficas, estilo de vida e condições de saúde relacionadas à fadiga e à capacidade para o trabalho, em 2011. Foi um estudo epidemiológico de corte transversal descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi intencional, constituída por 90 sujeitos atuantes nas micro e pequenas empresas dos mercados livres, galpões permanentes e setor de administração hortifrutigranjeiro da central de abastecimento de Campinas, com taxa de resposta de 73%. Foram utilizados três questionários: Percepção de Fadiga; ICT e questionário com dados sociodemográficos, Estilo de Vida, Aspectos de Saúde e Trabalho (QSETES). A maioria dos entrevistados (55,6%) apresentaram capacidade para o trabalho adequada, com valor médio do ICT total de 43,9 pontos (DP 3,2), variando de 34 a 49 pontos. A média da capacidade atual para o trabalho atribuída pelos sujeitos, foi de 8,6 (DP 1,4), em escala de zero a dez. A consistência entre as variáveis componentes do cálculo do ICT foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, resultando no valor de 0,78, que corresponde ao nível de confiabilidade adequado. As variáveis associadas à capacidade para o trabalho foram: escolaridade, uso de medicamentos, estresse, dor nos últimos seis meses e dor na última semana. Na análise das variáveis relacionadas à

fadiga identificou-se que a escolaridade, estresse, sonolência, dor nos últimos seis meses, dor na última semana e problemas de saúde aumentaram a fadiga.

LERNER *et al.* (2015) testaram uma intervenção destinada a melhorar o trabalho entre adultos de meia-idade e idosos com depressão e limitações no trabalho. Tratou-se de um ensaio clínico randomizado que alocou uma amostra inicial de 431 adultos empregados elegíveis (idade média de 45 anos, divididos aleatoriamente em dois grupos um com intervenção focada no trabalho (G1) e outro com ações focadas nos cuidados habituais (G2). Os critérios de inclusão foram depressão avaliada pelo Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9) e de perda de produtividade pelo WLQ. Foram realizadas três modalidades de intervenções: coordenação de cuidados e terapia. Após quatro avaliações mensais por meio do WLQ os dados foram analisados. A perda de produtividade no trabalho melhorou 44% no G1 versus 13% no G2. Os dias de ausência diminuíram 53% no G1 e 13% no G2. Os sintomas de depressão tiveram um declínio de 51% no G1 *versus* 26% no G2. Ações focadas no trabalho foram mais eficazes que cuidados habituais.

VRIES *et al.* (2015) realizaram um estudo para avaliar a capacidade para o trabalho de pessoas que retornavam ao trabalho após afastamento devido a um quadro de depressão e estudar os fatores associados. Foi um estudo controlado e randomizado em 68 indivíduos com idade entre 18 e 65 anos, com diagnóstico de transtorno depressivo de acordo com o DSM-IV, e com ausência de 25% das horas do contrato de trabalho. Foram feitas avaliações no primeiro contato, aos 6, 12 e 18 meses. Foram utilizados os seguintes instrumentos *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*, *WLQ* e a *Need For Recovery scale (NFR)* que é uma subescala do *Dutch Questionnaire on the Experience and Evaluation of Work (WEEQ)*. Os participantes receberam tratamento e após o retorno ao trabalho melhoraram

sua funcionalidade. As características da personalidade, de saúde e de trabalho tiveram maiores preditores, sendo assim, o traço de personalidade, o estilo de enfrentamento e a capacidade de gerenciar o ambiente de trabalho deveriam ser abordados nas intervenções de saúde mental e retorno ao trabalho.

MARTINEZ, LATORRE, FISHER (2016) testaram o Modelo da Casa da Capacidade para o Trabalho, verificando a hierarquia das dimensões propostas para um grupo de trabalhadores do setor hospitalar. Estudo de coorte (2009– 2011) com 599 trabalhadores de um hospital na cidade de São Paulo. A coleta de dados foi feita por meio de um instrumento autoaplicável que continha questões sobre características sociodemográficas, do estilo de vida e funcionais. A segunda parte foi a versão reduzida da escala de estresse no trabalho (*JSS*) e a terceira parte foi o questionário Desequilíbrio Esforço-Recompensa (*Effort-Reward Imbalance Questionnaire – ERI*). A quarta parte foi o questionário atividades relacionadas ao trabalho que podiam contribuir para dor e/ou lesão (*Work-Related Activities Pain and/or Injury – WRAPI*) e por fim o ICT. Os resultados do alfa de *Cronbach*, usado para avaliar a confiabilidade dos questionários no início do seguimento, foram: ICT = 0,69; demanda = 0,69; controle = 0,57; suporte social = 0,82; esforço = 0,74; recompensa = 0,83; excesso de comprometimento = 0,75; WRAPI = 0,92. Considerando a complexidade dos fenômenos a serem avaliados e sua importância para o entendimento do construto em análise, optaram por manter as dimensões que apresentaram resultados do alfa < 0,70. As variáveis associadas ao comprometimento da capacidade de trabalho em cada dimensão foram: (a) dimensão sociodemográfica: idade < 30 anos ($p = 0,20$), (b) dimensão saúde: história de acidente de trabalho ($p = 0,029$), (c) dimensão competência profissional: baixo nível educacional ($p = 0,008$), (d) dimensão valores: intensificação do excesso de comprometimento ($p < 0,001$), e (e) dimensão trabalho: intensificação do desequilíbrio esforço-

recompensa ($p = 0,009$) e das demandas elevadas ($p = 0,040$). Os resultados do estudo confirmaram as dimensões propostas para o Modelo da Casa da Capacidade para o Trabalho, indicando que era válido como representação de um construto multidimensional de determinação multicausal, podendo ser utilizado na gestão da capacidade de trabalho.

CABRAL *et al.* (2016) avaliaram o impacto da mamoplastia redutora sobre a capacidade para o trabalho e a produtividade de mulheres com hipertrofia mamária. Foram estudados 60 pacientes com hipertrofia mamária, já programada para redução mamária, com idade entre 18 e 60 anos e recrutadas prospectivamente. Foram utilizadas as versões brasileiras dos questionários *WPAI-GH* e o *WLQ* que foram auto-administrados na avaliação pré-operatória e seis meses após a cirurgia. A média de idade do grupo avaliado foi de 33 anos e a mediana do índice de massa corpórea foi de 24kg/m^2 . Houve um impacto significativo na capacidade para o trabalho e produtividade seis meses após a cirurgia com redução no presenteísmo e no absenteísmo, e diminuição das limitações relacionadas ao trabalho ($p < 0,001$) em todos os domínios. A mamoplastia redutora aumentou a capacidade de trabalho e a produtividade de mulheres brasileiras com hipertrofia mamária.

VAN DEN BERG, *et al.* (2017) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre os efeitos dos fatores relacionados ao trabalho na capacidade para o trabalho. Foram selecionados artigos publicados no período de 1985 a 2006, nas bases de dados *PubMed* e *Web Science*, e que utilizavam o *Work Ability Index (WAI)* e o *ICT* como instrumento de medida, bem como variáveis quantitativas com informações sobre os fatores determinantes da capacidade para o trabalho. Foram identificados 20 artigos sendo 14 com desenho transversal e seis longitudinais. Os fatores extrínsecos que contribuíram para o declínio da capacidade para o trabalho foram atividades laborais que exigiam esforço físico vigoroso, complicações musculoesqueléticas, idade avançada, obesidade, atividades que exigiam

esforço mental intenso, falta de autonomia e ambiente físico de trabalho, porém, fatores associados às características individuais também influenciaram como o estilo de vida e condições físicas.

4. MÉTODOS

4.1. Desenho de Pesquisa

Estudo primário, observacional, transversal, analítico e multicêntrico.

Na condução deste projeto foram observadas e seguidas as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP sob o protocolo nº 618. 111 em 16/04/2014. **(Apêndice 1)**

4.2. Cálculo do tamanho da amostra

Para a determinação do número necessário de sujeitos a serem pesquisados foi realizada uma revisão de literatura em busca de artigos sobre prevalência de úlceras venosas e os dados encontrados subsidiaram o cálculo amostral (BERGAN et al 2006; ABBADE, LASTORIA, ROLLO, 2011; ANGÉLICO et al 2012; BIHARI, TORNOCI, BIHARI, 2012).

Foi calculada a necessidade de 93 sujeitos em cada grupo, porém levando em consideração possíveis perdas foram coletadas informações de 100 sujeitos em cada grupo. Foi considerado um nível de significância bilateral (1-alfa) de 95% e um poder (1-beta, probabilidade de detecção) de 80%. A razão de tamanho da amostra, expostos/não expostos será de 1 e a porcentagem de não expostos positivos 18,8 e de expostos positivos de 38,3. A razão de risco/prevalência foi de 2,04.

4.3 Casuística

Foram selecionados 300 indivíduos que preencheram os critérios de elegibilidade para o estudo, nos ambulatórios de Cirurgia Vascular do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, Hospital Universitário da Univás – Pouso Alegre, MG, no Consórcio Intermunicipal de Saúde – Pouso Alegre - MG e nas unidades básicas de saúde de municípios do Sul de Minas Gerais.

Os sujeitos foram alocados em três grupos:

- Grupo controle (GC, n=100): pessoas sem queixas de insuficiência venosa;
- Grupo Insuficiência Venosa (GIV, n=100): pessoas que possuíam insuficiência venosa identificada por *doppler* vascular;
- Grupo Úlcera Venosa (GUV, n=100): pessoas que possuíam úlcera venosa.

4.4 Critérios de Elegibilidade

Para a seleção dos pacientes foram considerados os critérios de elegibilidade relacionados a seguir.

4.4.1 Critérios de Inclusão

- Pacientes de ambos os sexos;
- Idade entre 30 e 59 anos de idade;
- Sem queixas de insuficiência venosa (GC), com insuficiência venosa confirmada por *doppler* vascular (GIV) ou com úlcera venosa (GUV);
- Escolaridade mínima de ensino fundamental I;

- Pessoas que trabalhavam fora de casa, com emprego formal ou informal, ou como autônomos.

4.4.2 Critérios de não Inclusão

- Problemas de saúde não relacionados à úlcera que tenham implicado em ausência no trabalho nas últimas duas semanas;
- Recusa em participar.

4.4.3 Critérios de Exclusão

- Pacientes com úlcera venosa nos quais o Índice Tornozelo Braço (ITB) foi inferior a 9 mmHg.

4.5 Caracterização da Casuística

As tabelas 1 e 2 apresentam os dados relativos às variáveis sociodemográficas numéricas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, cor, religião, cidade, zona de residência, faixa salarial, vínculo e profissão), e a comparação entre os grupos estudados foi feita utilizando-se o Teste de Kruskal-Wallis. Os valores individuais das variáveis são apresentados nos apêndices.

Tabela 1 - Idade dos participantes dos grupos Controle, Insuficiência Venosa e Úlcera Venosa.

	Idade (anos)		
	Controle	Insuficiência Venosa	Úlcera Venosa
Variação	26-59	21-59	33-59
Mediana	46	46	49
1 Quartil	39	37	43
3 Quartil	46	46	49
Média	46,0	44,7 ^a	47,8 ^b
Desvio Padrão	7,8	10,0	7,0

Teste de Kruskal-Wallis: $p= 0,034$ a e b - apresentaram médias distintas segundo comparações múltiplas de Duncan.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes por características sociodemográficas e de trabalho, segundo o grupo.

	Grupo			Teste Qui-Quadrado
	Controle	Insuficiência venosa	Úlcera venosa	
	N	N	N	
Sexo				
Masculino	29	27	33	p=0,639
Feminino	71	73	67	
Estado Civil				
Com companheiro	59	68	73	p=0,104
Sem companheiro	41	32	27	
Escolaridade				
Até 4 anos de estudo	36	35	43	p=0,344
De 5 a 8 anos	41	36	40	
Mais de 8 anos	23	29	17	
Cor				
Branca	77	78	63	p=0,029*
Não branca	23	22	37	
Religião				
Católico	75	72	72	p=0,859
Não católico	25	28	28	
Cidade				
Pouso Alegre	9	10	7	p=0,745
Demais cidades	91	90	93	
Zona				
Rural	32	29	26	p=0,646
Urbana	68	71	74	
Faixa Salarial				
Até um salário ^(a)	34	40	39	p=0,644
De 2 a 5 salários	66	60	61	
Vínculo empregatício				
Não	39	38	45	p=0,552
Sim	61	62	55	

a – Salário mínimo vigente no momento da coleta de dados (2014-2015-2016)

Para analisar a casuística de acordo com a profissão exercida, dividiram-se as profissões em grupos de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupação (estabelecida pela Portaria nº 397, de 09/10/2002, do Ministério do Trabalho e Emprego) (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2015).

Tabela 3 - Profissão dos participantes da pesquisa, por meio da Classificação Brasileira de Ocupação (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2002), segundo grupo.

	Grupo		
	Controle	Insuficiência Venosa	Úlcera Venosa
	N	N	N
Profissões			
Profissionais das ciências e das artes	4	6	0
Técnicos de nível médio	1	0	0
Trabalhador de serviços administrativos	6	4	10
Trabalhadores dos serviços, vendedores gerais	67	59	70
Trabalhadores agropecuários	10	12	10
Trabalhadores da produção de bens e serviços	10	13	4
Trabalhadores em serviço de reparação e manutenção	2	6	6

Teste Exato de Fisher - $p=0,052$

São exemplos de profissões compreendidas no grupo "Ocupações técnicas, científicas, artísticas e assemelhadas" os profissionais da área de saúde, como técnicos de enfermagem, enfermeiros e fisioterapeutas, além de professores e músicos. O grupo "Ocupações da prestação de serviços" compreende profissionais como empregadas domésticas e cabeleireiros, e o grupo "Ocupações administrativas", agricultores e comerciantes.

A tabela 4 apresenta as principais características clínicas dos grupos.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes por hábito ou comorbidade, segundo grupo.

	Grupo			Teste Qui-Quadrado ou Exato de Fisher ^a
	Controle	Insuficiência venosa	Úlcera venosa	
	N	N	N	
Tabagismo				
Não	78	79	86	p=0,291
Sim	22	21	14	
Etilismo				
Não	99	100	100	p=1,000 ^a
Sim	1	0	0	
HAS				
Não	74	85	51	p<0,001*
Sim	26	15	49	
Diabetes				
Não	94	96	89	p=0,136
Sim	6	4	11	

A tabela 5 e a figura 1 apresentam as características das lesões presentes no grupo úlcera venosa.

Tabela 5 - Medidas-resumo das características Clínicas da Úlcera Venosa.

	Variação	Mediana	1° Quartil	3° Quartil	Média	Desvio Padrão
Tempo de lesão (meses)	1-240	12,0	4,0	36,0	41,0	57,1
Número de lesões	1-2	1,0	1,0	1,0	1,1	0,3
Número de recidiva	0-10	0,0	0,0	2,0	0,9	1,9
Dor ^a	0-10	9,0	7,0	10,0	8,1	2,5
Extensão (cm)	1-12	2,5	1,0	3,8	3,2	2,7

a = medida pela Escala Visual Numérica (EVN) (SOUSA;SILVA, 2005)

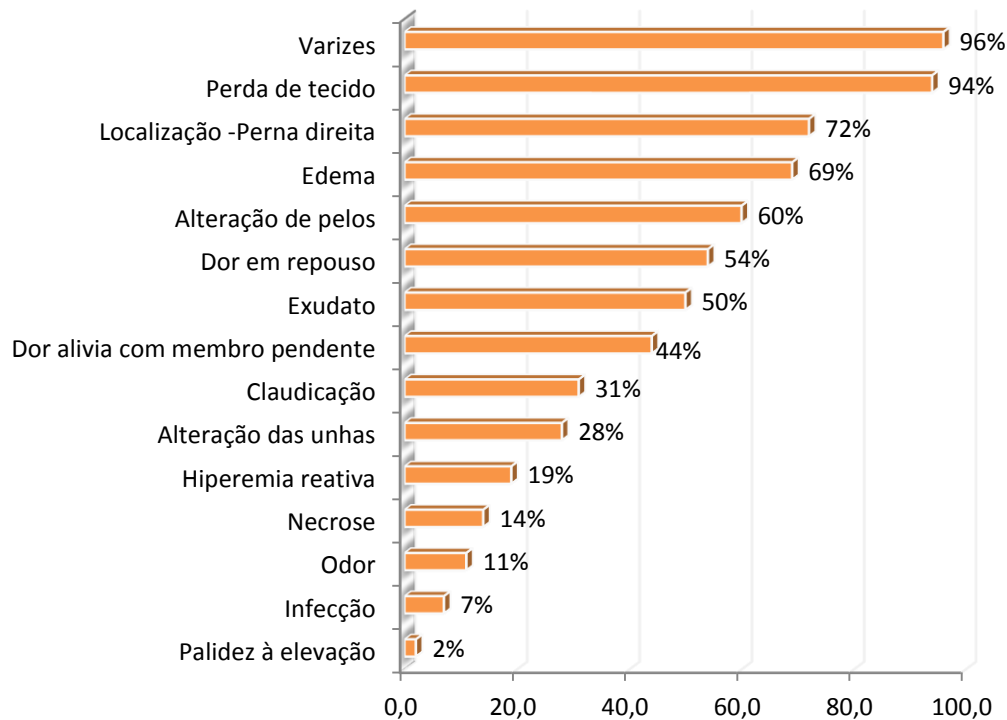


Figura 1 - Características clínicas relacionadas à úlcera venosa.

4.6. Procedimentos

Inicialmente, foi solicitada a autorização dos Secretários Municipais de Saúde dos municípios participantes da pesquisa, do diretor clínico do Hospital das Clínicas Samuel Libânio e do Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde (**Apêndices 2, 3 e 4**). Após a anuência dos mesmos e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp, a pesquisa teve início.

Os indivíduos que preencheram os critérios de elegibilidade foram esclarecidos sobre o estudo e só foram incluídos caso concordassem em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice 5**).

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram aplicados em ambientes privativos, por meio de entrevista, pela pesquisadora e duas alunas de

iniciação científica que receberam treinamento para a aplicação dos mesmos. A aplicação seguiu a seguinte ordem: inicialmente o instrumento para coleta de dados sociodemográficos e clínicos (**Apêndice 6**), seguido pelas versões brasileiras do Índice de Capacidade para o Trabalho (**Anexo 1**), do *Work Productivity and Activity Impairment – General Health* (WPAI-GH) (**Anexo 2**) e do *Work Limitations Questionnaire* (WLQ) (**Anexo 3**)

No grupo úlcera venosa além da avaliação clínica foi empregada técnica para o cálculo do Índice tornozelo-braço (ITB) com a finalidade de excluir pessoas com úlceras mistas ou arteriais. O ITB com Doppler vascular (DV) foi introduzido em 1968 por Carter, e desde então essa metodologia tem sido considerada padrão de referência. Neste estudo foram considerados os pacientes com $ITB \geq 0,9$ de acordo com a classificação de Bonham & Flemister (2002).

4.6.1. Descrição do procedimento de mensuração do Índice tornozelo-braço (ITB)

Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal em ambiente calmo e em repouso por pelo menos cinco minutos, posicionar o manguito de forma confortável, ajustado nos braços, na mesma altura, acima da fossa cubital com o "cuff" direcionado para o trajeto da artéria braquial. Determinar simultaneamente da pressão arterial (PA) nos membros superiores (MMSS). Fazer o registro do maior valor obtidos para confrontá-lo com o valor obtido nos membros inferiores (MMII). Quando os valores de PAS dos MMSS são idênticos elege-se o braço direito (BD). Se ocorrer uma diferença igual ou superior a 10 mmHg, uma segunda medida deverá ser realizada assumindo-se então esses últimos dados.

Após obtida a maior PAS do membro superior avalia-se a pressão nos tornozelos com o auxílio do *doppler* vascular portátil sendo, primeiro o esquerdo e em seguida o direito, com o "cuff" direcionado para o trajeto da artéria tibial posterior. No caso de não se conseguir registro de PA nessa posição, então o "cuff" é direcionado para o trajeto da artéria dorsal do pé.

Para o cálculo do ITB de cada membro a partir dos dados obtidos utiliza-se a fórmula: $ITB = (PAS_t / PAS_b)$ [PAS_t = PAS do tornozelo; PAS_b = PAS do braço].

A intensidade da dor foi assinalada na Escala Visual Numérica (EVN), onde zero é ausência de dor e dez é a dor insuportável. A intensidade de dor foi classificada em: dor leve (1 a 3), moderada (4 a 6) e forte (7 a 9) (SILVA & PAZOS, 2005; SOUSA & SILVA, 2006; PARK, FERREIRA, SANTOS, 2008).

4.6.2 Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)

O Índice de capacidade para o trabalho (TUOMI *et al.*, 1997; TUOMI *et al.*, 2005), é um questionário idealizado por pesquisadores do *Finnish Institute of Occupational Health*, que avalia “o quão bem está ou estará o trabalhador presentemente ou num futuro próximo e quão capaz ele ou ela podem executar seu trabalho em função das exigências, de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais” (TUOMI *et al.*, 2005, p.9). Esse questionário foi traduzido do original em Inglês para o Português por um grupo multidisciplinar de pesquisadores e adaptado para a Língua

Portuguesa falada no Brasil (TUOMI *et al.*, 2005; MARTINEZ, LATORRE, FISHER, 2009).

É um instrumento de origem finlandesa, que permite avaliar, de forma confiável, mudanças na capacidade para o trabalho em diferentes grupos ocupacionais (TUOMI *et al.*, 2005).

É composto por sete itens, com escores obtidos por meio das pontuações das questões que somam um total de 10. As questões são avaliadas em sete dimensões:

- “Capacidade para o trabalho atual e comparada com a melhor de toda a vida”, representada por escore de 0 a 10 pontos;
- “Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho”, por meio de duas questões sobre a natureza do trabalho (físico, mental ou misto) e que, ponderadas, fornecem um escore de 2 a 10 pontos;
- “Número atual de doenças autorreferidas e diagnosticadas por médico”, obtido a partir de uma lista de 51 doenças, definindo um escore de 1 a 7 pontos;
- “Perda estimada para o trabalho devido a doenças”, obtida a partir de uma questão com escore variando de 1 a 6 pontos;
- “Faltas ao trabalho por doenças”, obtida a partir de uma questão sobre o número de faltas, categorizada em cinco grupos, com escore variando de 1 a 5 pontos;
- “Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho”, obtida a partir de uma questão com pontuação de 1, 4 ou 7 pontos;
- “Recursos mentais”, a partir de um escore de 1 a 4 pontos obtidos pela ponderação das respostas de três questões.

Os resultados das sete dimensões fornecem uma medida da capacidade para o trabalho que varia de 7 (pior índice possível) a 49 pontos (melhor

índice possível). A partir desta pontuação a classificação é agrupada em quatro categorias: baixa capacidade (7 a 27), moderada capacidade (28 a 36), boa capacidade (37 a 43) e ótima capacidade (44 a 49) (TUOMI *et al.*, 2005).

4.6.3 Work Productivity and Activity Impairment – General Health (WPAI-GH)

O questionário *WPAI-GH* mede os efeitos da saúde geral e de sintomas específicos na produtividade no trabalho (REILLY, ZBROZEK, DUKES, 1993; CICONELLI *et al.*, 2006). É um dos instrumentos mais usados para esse fim, e foi validado para uso no Brasil por Ciconelli *et al.*, em 2006 (CICONELLI *et al.*, 2006). Este instrumento pode detectar o absenteísmo (dias ou horas de trabalho perdidas devido a um problema de saúde) e o presenteísmo (redução da efetividade de uma pessoa em seu trabalho, devido a um problema de saúde). A perda de produtividade é traduzida pelo prejuízo total à atividade profissional, determinado pela soma de absenteísmo e presenteísmo (CICONELLI *et al.*, 2006).

O WPAI-GH é composto por seis questões sobre se o indivíduo está empregado no momento, o número de horas de trabalho perdidas por problemas de saúde, o número de horas de trabalho perdidas por outras razões (ex.: férias), o número de horas realmente trabalhadas, o quanto os problemas de saúde afetaram sua produtividade no trabalho e o quanto os problemas de saúde afetaram suas atividades regulares nos últimos sete dias.

As questões são computadas e o questionário gera quatro escores, expressos em porcentagens:

1. Porcentagem de horas de trabalho perdidas devido à saúde (absenteísmo);

2. Porcentagem de prejuízo à efetividade no trabalho devido à saúde (presenteísmo);
3. Porcentagem de perda de produtividade geral devido à saúde (absenteísmo + presenteísmo);
4. Porcentagem de prejuízo às atividades diárias devido à saúde.

Escores mais altos são indicativos de maior prejuízo à capacidade de trabalho e menor produtividade.

O escore 3 deste instrumento pode ser transformado em um valor monetário. Para isso, multiplica-se a porcentagem de perda de produtividade geral pelo salário pago por hora pelo empregador para determinar o valor da perda de produtividade.

O resultado é expresso em porcentagem e quanto mais elevada esta for maior será o prejuízo e menor a produtividade.

4.6.4 Work Limitations Questionnaire (WLQ)

O WLQ é um instrumento genérico de avaliação de presenteísmo, desenvolvido para avaliar indivíduos que estejam empregados (LERNER *et al.*, 2001; SOAREZ *et al.*, 2007). Foi validado para uso no Brasil por Soarez *et al.*, em 2007. Possui 25 itens, projetado para medir o grau de interferência dos problemas de saúde no desempenho em tarefas do trabalho e para estimar a perda de produtividade associada a essa interferência (SOAREZ *et al.*, 2007).

Os 25 itens do WLQ são agrupados em quatro domínios de limitação de trabalho:

1. Gerência de tempo;
2. Demanda física;
3. Demanda mental-interpessoal;

4. Demanda de produção.

Cada um dos 25 itens é pontuado e, a seguir, cada um dos quatro domínios é pontuado em uma escala de 0 (sem limitação) a 100 (todo tempo com limitação), que indica a porcentagem de tempo nas duas últimas semanas em que o indivíduo esteve limitado para realizar suas tarefas no trabalho.

Os escores dos quatro domínios são então utilizados para calcular o Índice do WLQ, que é convertido para determinar o impacto da produtividade estimada das limitações no trabalho relacionadas à saúde.

O WLQ é protegido por direitos autorais, e foi obtida autorização para seu uso no presente estudo (**Apêndice 7**).

4.7 Análise Estatística

Inicialmente os dados foram analisados descritivamente. Para as variáveis categóricas foram apresentadas frequências absolutas e relativas e para as variáveis numéricas, medidas-resumo (mínimo e máximo, mediana, quartis, média, desvio padrão).

As existências de associações entre duas variáveis categóricas foram verificadas utilizando-se o teste de Qui-Quadrado, ou alternativamente em casos de amostras pequenas, o teste exato de Fisher. Em se verificando associação, foi utilizado o resíduo ajustado padronizado para localizar as associações locais – caselas com valores absolutos acima de 1,96 indicam evidências de associação entre as categorias relativas a essas caselas.

As associações lineares entre duas variáveis de natureza numérica foram avaliadas via correlação de Pearson.

Foi utilizado o teste t de *Student* para amostras independentes ou Análise de Variâncias – ANOVA para se comparar médias entre dois grupos

e mais de dois grupos, respectivamente. Em se detectando diferenças de médias na ANOVA, tais diferenças foram identificadas utilizando-se as comparações múltiplas de Duncan. Em caso de violação da normalidade dos dados, as médias foram comparadas empregando-se alternativamente o teste não-paramétrico de Mann-Whitney (comparação de médias de dois grupos) ou de Kruskal-Wallis (comparação de médias de mais de dois grupos). Uma vez detectada as diferenças de médias no teste de Kruskal-Wallis, a identificação das diferenças foi realizada via testes de Dunn-Bonferroni mantendo-se um nível de significância global de 5%.

Para avaliar simultaneamente os efeitos de sexo, idade, estado civil, escolaridade, cor, religião, cidade, zona, faixa salarial, profissão, vínculo empregatício, tabagismo, etilismo, HAS e diabetes (variáveis explicativas) sobre a capacidade de trabalho (índice de capacidade para o trabalho), produtividade (*WPAI - GH*) e limitação no trabalho – *WLQ* (variáveis dependentes) foram ajustados modelos de regressões lineares múltiplas. Inicialmente todas as variáveis explicativas foram incluídas nos modelos, em seguida as variáveis não significantes a 5% foram excluídas uma a uma por ordem de significância (método *backward*).

Tanto o teste t de *Student* como a ANOVA e regressão linear têm como um dos pressupostos a normalidade na distribuição dos dados, os quais foram verificados utilizando-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Para todos os testes estatísticos foram adotados um nível de significância de 5%.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o SPSS 20.0 (*Statistical Package for Social Sciences*, Inc., Chicago, USA) e o STATA 12 (*Statistics Data Analysis*).

5. RESULTADOS

A coleta de dados teve duração de 28 meses, tendo início em Maio de 2014 sendo concluída em setembro de 2016.

Observaram-se diferenças de médias, entre os grupos, no Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) ($p < 0,001$), bem como no *Work Productivity and Activity Impairment – General Health* (WPAI – GH). Neste; verificaram-se diferenças para Absenteísmo ($p < 0,001$), Presenteísmo ($p < 0,001$), Absenteísmo + Presenteísmo ($p < 0,001$) e Prejuízo ($p < 0,001$). No *Work Limitations Questionnaire* (WLQ) para os domínios: Gerência de tempo ($p < 0,001$), Demanda física ($p < 0,001$), Demanda mental-interpessoal ($p < 0,001$), Demanda de produção ($p < 0,001$) e para o Escore do índice de WLQ ($p < 0,001$). Desta forma, identificou-se que, para o ICT, a média do grupo controle foi superior à do grupo de insuficiência venosa que, por sua vez, foi superior à do grupo de úlcera venosa (TABELA 6).

Quanto à produtividade, segundo o WPAI - GH, verificou-se que para o Absenteísmo, Presenteísmo e Prejuízo, o grupo de úlcera venosa apresentou média superior à média do grupo insuficiência venosa que, por sua vez, apresentou média superior à do grupo controle. Já observando o Absenteísmo + Presenteísmo, os grupos com úlcera venosa e insuficiência venosa apresentaram médias similares e superiores à do grupo controle (TABELA 6).

Considerando-se as limitações no trabalho, notou-se que para os domínios Gerência de tempo, Demanda mental-interpessoal e Demanda de produção, a média do grupo úlcera venosa foi superior à do grupo insuficiência venosa que, por sua vez, foi superior à do controle. Em relação à Demanda física, verificou-se que o grupo controle apresentou média superior ao do grupo com úlcera que, por sua vez, foi superior ao da insuficiência venosa. Já considerando o Escore do índice de WLQ, observou-se que o grupo com úlcera

venosa apresentou média superior às dos demais grupos, similares entre si (TABELA 6).

Tabela 6 - Medidas resumo dos escores do ICT, WLQ (domínios e total) e WPAI-GH, por grupo

Grupo	Média	Desvio Padrão	Mín-Max	1° Quartil	Mediana	3° Quartil	P
Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)	35,5	10,2	10-49	27,6	38,5	44,0	<0,001 ^a
Controle	44,9 ^A	3,1	38-49	42,6	45,8	47,0	
Insuficiência venosa	36,9 ^B	5,7	26-46	32,0	37,3	42,0	
Úlcera venosa	24,5 ^C	7,8	10-42	19,9	23,5	28,9	
Limitações no trabalho (WLQ)							
Gerência de tempo	27,2	33,7	0-100	0,0	10,0	50,0	<0,001
Controle	3,5 ^C	8,5	0-35	0,0	0,0	3,8	
Insuficiência venosa	11,1 ^B	12,5	0-45	0,0	7,5	13,8	
Úlcera venosa	66,9 ^A	28,0	10-100	50,0	75,0	90,0	
Demanda física	39,5	29,6	0-80	13,3	36,7	80,0	<0,001
Controle	16,3 ^C	16,1	0-53	6,7	10,0	20,0	
Insuficiência venosa	31,4 ^B	17,2	7-80	16,7	30,0	43,3	
Úlcera venosa	70,7 ^A	22,3	0-80	80,0	80,0	80,0	
Demanda mental-interpessoal	16,4	19,4	-3-78	0,0	8,3	27,8	<0,001
Controle	3,3 ^C	8,8	0-53	0,0	0,0	0,0	
Insuficiência venosa	16,1 ^B	16,6	0-53	2,8	8,3	27,8	
Úlcera venosa	29,9 ^A	20,6	-3-78	14,6	27,8	43,8	
Demanda de produção	21,6	29,2	-10-100	0,0	5,0	40,0	<0,001
Controle	2,2 ^C	10,2	-10-85	0,0	0,0	0,0	
Insuficiência venosa	14,1 ^B	21,7	-10-85	0,0	5,0	20,0	
Úlcera venosa	48,6 ^A	28,7	0-100	35,0	45,0	72,5	
Escore do índice de WLQ	6,6	5,6	0-24	2,9	3,7	10,9	<0,001
Controle	3,3 ^B	1,7	0-13	2,9	2,9	2,9	
Insuficiência venosa	4,2 ^B	4,1	0-13	0,7	2,2	5,9	
Úlcera venosa	12,4 ^A	4,9	3-24	9,1	12,1	15,0	
Produtividade (WPAI)							
Absenteísmo	0,12	0,22	0-1	0,00	0,00	0,13	<0,001
Controle	0,01 ^C	0,03	0-20	0,00	0,00	0,00	

Insuficiência venosa	0,06 ^B	0,10	0-35	0,00	0,00	0,09	
Úlcera venosa	0,31 ^A	0,30	0-1	0,00	0,24	0,50	
Presenteísmo	40,2	39,3	0-100	0,0	40,0	80,0	<0,001
Controle	4,4 ^C	15,0	0-100	0,0	0,0	0,0	
Insuficiência venosa	36,4 ^B	30,6	0-100	10,0	40,0	60,0	
Úlcera venosa	79,8 ^A	24,8	0-100	70,0	90,0	100,0	
Absenteísmo + Presenteísmo	27,0	30,1	0-100	0,0	20,0	45,5	<0,001
Controle	4,2 ^B	14,0	0-93	0,0	0,0	0,0	
Insuficiência venosa	33,5 ^A	28,2	0-93	10,0	26,4	50,0	
Úlcera venosa	43,3 ^A	30,1	0-100	25,8	43,4	63,9	
Prejuízo	41,5	39,1	0-100	0,0	40,0	80,0	<0,001
Controle	5,1 ^C	16,5	0-90	0,0	0,0	0,0	
Insuficiência venosa	39,6 ^B	30,8	0-90	10,0	40,0	70,0	
Úlcera venosa	79,7 ^A	24,1	0-100	70,0	90,0	100,0	

p - Nível descritivo da ANOVA^(a) ou de Kruskal-Wallis

(A'), (B') e (C') apresentam médias distintas segundo comparações múltiplas de Duncan.

(A), (B) e (C) apresentam médias distintas segundo comparações múltiplas de Dunn-Bonferroni.

Considerando-se as características sociodemográficas e clínicas, verificaram-se diferenças de médias para Absenteísmo ($p=0,033$) e Presenteísmo ($p=0,049$) (WPAI-GH), por estado civil, ou seja, os pacientes com união estável apresentaram, em média, maior Absenteísmo e Presenteísmo do que aqueles sem união estável (TABELA 7).

Tabela 7 - Medidas resumo dos escores do ICT, WLQ (domínios e total) e WPAI-GH, por estado civil

Estado Civil	Média	Desvio Padrão	Mín/Max	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	p
Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)							0,280
Com companheiro	35,0	10,3	10-49	27,0	36,5	44,0	
Sem companheiro	36,4	10,1	10-49	30,5	39,5	44,0	
Limitações no trabalho (WLQ)							
Gerência de tempo							0,352
Com companheiro	28,5	33,5	0-100	0,0	10,0	50,0	
Sem companheiro	24,6	34,2	0-100	0,0	5,0	35,0	
Demanda física							0,454
Com companheiro	38,5	28,4	0-80	13,3	35,0	75,8	
Sem companheiro	41,4	31,9	0-80	13,3	36,7	80,0	
Demanda mental-interpessoal							0,348
Com companheiro	17,2	19,6	-3-78	0,0	8,3	33,3	
Sem companheiro	14,9	19,0	0-69	0,0	5,6	27,8	
Demanda de produção							0,080
Com companheiro	23,6	29,9	-10-95	0,0	10,0	40,0	
Sem companheiro	17,6	27,4	-10-100	0,0	0,0	30,0	
Escore do índice de WLQ							0,170
Com companheiro	6,9	5,8	0-24	2,9	4,6	11,1	
Sem companheiro	6,0	5,2	0-22	2,9	3,7	9,6	
Produtividade (WPAI)							
Absenteísmo							0,033*
Com companheiro	0,14	0,24	0,-1	0,00	0,00	0,20	
Sem companheiro	0,09	0,18	0-0	0,00	0,00	0,07	
Presenteísmo							0,049*
Com companheiro	43,4	39,3	0-100	0,0	40,0	80,0	
Sem companheiro	33,9	38,7	0-100	0,0	20,0	70,0	
Absenteísmo + Presenteísmo							0,622
Com companheiro	27,6	30,3	0-100	0,0	20,0	45,5	
Sem companheiro	25,8	29,8	0-100	0,0	15,0	47,5	
Prejuízo							0,277
Com companheiro	43,3	38,1	0-100	0,0	40,0	80,0	
Sem companheiro	37,9	41,1	0-100	0,0	10,0	80,0	

p - Nível descritivo do teste t de Student.

Ao considerar a variável cor, foram identificadas diferenças de médias para ICT ($p=0,002$) e para WLQ nos seguintes domínios: Demanda mental-interpessoal ($p=0,007$), Demanda de produção ($p<0,001$) e no Escore do índice de WLQ ($p=0,001$). Notou-se ainda diferença para Absenteísmo + Presenteísmo (WPAI-GH). Desta forma, verificou-se que os pacientes não brancos apresentaram médias maiores nos domínios Demanda mental-interpessoal, Demanda de produção e Escore do índice de WLQ (WLQ), quando comparados aos indivíduos de cor branca que, por sua vez, apresentaram médias superiores no ICT e Absenteísmo + Presenteísmo (WPAI-GH) (TABELA 8).

Tabela 8 - Medidas resumo dos escores do ICT, WLQ (domínios e total) e WPAI-GH, por cor

Cor	Média	Desvio Padrão	Mín/Max	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	P
Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)							
Branca	36,6	9,8	10-49	29,0	39,5	44,5	0,002*
Não branca	32,5	10,8	10-48	23,5	34,5	42,1	
Limitações no trabalho (WLQ)							
Gerência de tempo							
Branca	24,8	32,3	0-100	0,0	10,0	45,0	0,059
Não branca	33,5	36,7	0-100	0,0	10,0	80,0	
Demanda física							
Branca	40,8	30,0	0-80	13,3	36,7	80,0	0,215
Não branca	36,0	28,5	0-80	13,3	25,0	66,7	
Demanda mental-interpessoal							
Branca	14,6	18,4	-23-69	0,0	5,6	27,8	0,007*
Não branca	21,3	21,3	0-79	0,0	19,4	33,3	
Demanda de produção							
Branca	16,9	25,1	-10-100	0,0	0,0	35,0	<0,001*
Não branca	34,0	35,3	-10-95	0,0	20,0	65,0	
Escore do índice de WLQ							
Branca	5,9	4,9	0-22	2,9	3,2	9,6	0,001*
Não branca	8,6	6,8	0-24	2,9	5,5	14,5	
Produtividade (WPAI)							
Absenteísmo							
Branca	0,1	0,2	0-1	0,0	0,0	0,1	0,664
Não branca	0,1	0,3	0-1	0,0	0,0	0,1	
Presenteísmo							
Branca	40,4	40,5	0-100	0,0	30,0	80,0	0,900
Não branca	39,8	36,2	0-100	0,0	40,0	70,0	
Absenteísmo + Presenteísmo							
Branca	29,1	31,8	0-100	0,0	20,0	50,0	0,023*
Não branca	21,3	24,2	0-93	0,0	10,0	40,0	
Prejuízo							
Branca	40,4	39,8	0-100	0,0	30,0	80,0	0,428
Não branca	44,4	37,3	0-100	0,0	50,0	80,0	

p - Nível descritivo do teste t de Student.

Ao estratificar-se por região, rural ou urbana, observaram-se diferenças de médias no ICT ($p=0,026$) e domínio Demanda física ($p=0,013$) (WLQ). Assim, notou-se que os participantes residentes na zona rural apresentaram, em

média, maior ICT e maior escore de Demanda física (WLQ), do que os que residiam na zona urbana (TABELA 9).

Tabela 9 - Medidas resumo dos escores do ICT, WLQ (domínios e total) e WPAI-GH, por zona

Zona	Média	Desvio Padrão	Mín/Máx	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	p
Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)							0,026*
Rural	37,4	9,3	10-49	31,5	40,0	45,0	
Urbana	34,7	10,5	10-49	25,5	36,0	44,0	
Limitações no trabalho (WLQ)							
Gerência de tempo							0,294
Rural	24,0	30,7	0-100	0,0	5,0	45,0	
Urbana	28,5	34,9	0-100	0,0	10,0	50,0	
Demanda física							0,013*
Rural	46,1	28,8	0-80	20,0	40,0	80,0	
Urbana	36,8	29,6	0-80	10,0	26,7	75,0	
Demanda mental-interpessoal							0,294
Rural	14,7	16,6	0-56	0,0	8,3	27,8	
Urbana	17,1	20,4	-3-78	0,0	8,3	30,6	
Demanda de produção							0,124
Rural	17,9	24,1	-10-85	0,0	5,0	35,0	
Urbana	23,1	31,0	-10-100	0,0	5,0	40,0	
Escore do índice de WLQ							0,299
Rural	6,1	4,5	0-14	2,9	3,2	10,5	
Urbana	6,8	6,0	0-24	2,9	3,7	11,0	
Produtividade (WPAI)							
Absenteísmo							0,371
Rural	0,1	0,2	0-1	0,0	0,0	0,2	
Urbana	0,1	0,2	0-1	0,0	0,0	0,1	
Presenteísmo							0,388
Rural	37,1	37,0	0-100	0,0	30,0	80,0	
Urbana	41,5	40,2	0-100	0,0	40,0	80,0	
Absenteísmo + Presenteísmo							0,092
Rural	22,8	25,1	0,-89	0,0	20,0	40,5	
Urbana	28,7	31,8	0-89	0,0	20,0	50,0	
Prejuízo							0,245
Rural	37,4	37,4	0-100	0,0	30,0	80,0	
Urbana	43,1	39,8	0-100	0,0	40,0	80,0	

p - Nível descritivo do teste t de Student

Conforme a tabela 10 identificaram-se diferenças de médias de Absenteísmo + Presenteísmo ($p=0,015$) e Prejuízo ($p=0,023$) (WPAI-GH), ao

considerar-se a variável tabagismo. Pode-se notar que os pacientes não fumantes apresentaram médias maiores de Absenteísmo + Presenteísmo e Prejuízo do que os fumantes (TABELA 10).

Tabela 10 - Medidas resumo dos escores do ICT, WLQ (domínios e total) e WPAI-GH, por tabagismo

Tabagismo	Média	Desvio Padrão	Mín/Max	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	P
Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)							0,193
Não	35,1	10,3	10-49	27,5	36,5	44,0	
Sim	37,1	9,8	10-49	31,3	39,5	44,5	
Limitações no trabalho (WLQ)							
Gerência de tempo							0,936
Não	27,2	33,1	0-100	0,0	10,0	50,0	
Sim	26,8	36,6	0-100	0,0	5,0	62,5	
Demanda física							0,854
Não	39,3	29,0	0-80	13,3	36,7	80,0	
Sim	40,2	32,3	0-80	10,0	26,7	80,0	
Demanda mental-interpessoal							0,290
Não	15,8	18,6	-3-69	0,0	8,3	27,8	
Sim	18,9	22,5	0-78	0,0	11,1	33,3	
Demanda de produção							0,171
Não	20,2	26,6	-10-90	0,0	5,0	40,0	
Sim	27,5	37,9	-10-100	0,0	5,0	60,0	
Escore do índice de WLQ							0,277
Não	6,4	5,2	0-21	2,9	3,7	10,9	
Sim	7,5	7,0	0-24	2,9	3,7	11,9	
Produtividade (WPAI)							
Absenteísmo							0,422
Não	0,1	0,2	0-1	0,0	0,0	0,1	
Sim	0,1	0,2	0-1	0,0	0,0	0,1	
Presenteísmo							0,077
Não	42,0	40,0	0-100	0,0	40,0	80,0	
Sim	32,5	35,3	0-100	0,0	20,0	50,0	
Absenteísmo + Presenteísmo							0,015*
Não	28,8	31,0	0-100	0,0	20,0	48,2	
Sim	19,3	24,8	0-93	0,0	1,0	43,9	
Prejuízo							0,023*
Não	43,7	40,0	0-100	0,0	40,0	80,0	
Sim	31,8	34,0	0-100	0,0	20,0	50,0	

p - Nível descritivo do teste t de Student.

De acordo com a tabela 11, observaram-se diferenças de médias para ICT ($p=0,003$) e para os domínios Gerência de tempo ($p=0,029$), Demanda de produção ($p<0,001$) e Escore do índice de WLQ ($p=0,001$) (WLQ), bem como para Presenteísmo ($p<0,001$) e Prejuízo ($p=0,001$) (WPAI-GH), considerando-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Assim, os pacientes com HAS apresentaram, em média, maior Gerência de tempo, Demanda de produção, Escore do índice de WLQ (WLQ), Presenteísmo e Prejuízo (WPAI-GH), do que aqueles sem essa condição clínica. Além disso, os pacientes sem HAS, revelaram maior média de ICT (TABELA 11).

Tabela 11 - Medidas resumo dos escores do ICT, WLQ (domínios e total) e WPAI-GH, por HAS

HAS	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	P
Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)							0,003*
Não	36,7	9,8	10-49	30,9	39,3	44,1	
Sim	32,6	10,8	10-49	23,3	32,0	42,3	
Limitações no trabalho (WLQ)							0,029*
Gerência de tempo							
Não	24,4	34,3	0-100	0,0	5,0	35,0	
Sim	33,7	31,7	0-100	0,0	27,5	50,0	
Demanda física							0,315
Não	38,4	31,3	0-80	10,0	20,0	80,0	
Sim	41,9	25,2	0-80	20,0	43,3	50,0	
Demanda mental-interpessoal							0,174
Não	15,4	19,7	0-78	0,0	5,6	27,8	
Sim	18,7	18,6	-3-56	0,0	16,7	33,3	
Demanda de produção							<0,001*
Não	17,3	27,0	-10-100	0,0	0,0	31,3	
Sim	31,7	31,5	-10-100	0,0	35,0	55,0	
Escore do índice de WLQ							0,001*
Não	5,9	5,4	0-24	2,9	3,1	9,4	
Sim	8,3	5,7	0-18	2,9	9,1	13,0	
Produtividade (WPAI)							0,081
Absenteísmo							
Não	0,1	0,2	0-1	0,0	0,0	0,1	
Sim	0,2	0,2	0-1	0,0	0,0	0,3	
Presenteísmo							<0,001*
Não	34,5	36,8	0-100	0,0	20,0	70,0	
Sim	53,4	42,0	0-100	0,0	50,0	100,0	
Absenteísmo + Presenteísmo							0,353
Não	25,8	28,4	0-100	0,0	20,0	43,9	
Sim	29,6	33,8	0-100	0,0	15,0	50,0	
Prejuízo							0,001*
Não	36,4	37,8	0-100	0,0	30,0	80,0	
Sim	53,2	39,9	0-100	0,0	50,0	92,5	

p - Nível descritivo do teste t de Student.

Ao considerarem-se as variáveis sociodemográficas sexo, escolaridade, religião, cidade, faixa salarial, grupo de profissão e vínculo empregatício, bem como a variável clínica diabetes, não foram identificadas diferenças de médias para nenhum dos os escores (**Apêndice 8**).

A tabela 20 apresenta as correlações de Pearson entre idade e os instrumentos ICT, WLQ (domínios e total) e WPAI-GH. Observou-se fraca

associação positiva entre idade e as variáveis Gerência de tempo ($r=0,123$; $p=0,033$), Escore do índice de WLQ ($r=0,138$; $p=0,017$) e Absenteísmo ($r=0,140$; $p=0,015$), apontando que quanto maior é a idade, maiores serão as pontuações nos escores de Gerência de tempo, Escore do índice de WLQ e Absenteísmo (WPAI-GH) (TABELA 12).

Tabela 12 - Correlação de Pearson entre a idade e os escores do ICT, WLQ (domínios e total) e WPAI-GH

	Correlação de Pearson		N
	R	P	
Índice de Capacidade para o Trabalho	-0,036	0,534	300
Limitações no trabalho (WLQ)			
Gerência de tempo	0,123	0,033	300
Demanda física	0,039	0,504	300
Demanda mental-interpessoal	0,106	0,067	300
Demanda de produção	0,108	0,062	300
Escore do índice de WLQ	0,138	0,017	300
Produtividade (WPAI)			
Absenteísmo	0,140	0,015	300
Presenteísmo	0,016	0,780	300
Absenteísmo + Presenteísmo	-0,103	0,074	300
Prejuízo	0,073	0,205	300

A tabela 13 mostra que houve associação entre ICT (em classes) e cor ($p=0,001$). Os participantes não brancos (32,9%) apresentaram maior porcentagem de baixa capacidade comparativamente aos de cor branca (19,7%) que, por sua vez apresentaram maior porcentagem de alta capacidade (33,9% contra 20,7%) (TABELA 13).

Tabela 13 - Distribuição dos pacientes por ICT (em classes), por características

	Índice de Capacidade para o Trabalho (Classes)								P
	Baixa (7-27)		Moderada (28-36)		Boa (37-43)		Ótima (44-49)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo	70	23,3%	71	23,7%	68	22,7%	91	30,3%	0,457
Masculino	24	27,0%	17	19,1%	23	25,8%	25	28,1%	
Feminino	46	21,8%	54	25,6%	45	21,3%	66	31,3%	
Estado Civil	70	23,3%	71	23,7%	68	22,7%	91	30,3%	0,641
Com companheiro	51	25,5%	47	23,5%	44	22,0%	58	29,0%	
Sem companheiro	19	19,0%	24	24,0%	24	24,0%	33	33,0%	
Escolaridade	70	23,3%	71	23,7%	68	22,7%	91	30,3%	0,094
Até 4 anos de estudo	30	26,3%	31	27,2%	21	18,4%	32	28,1%	
De 5 a 8 anos	27	23,1%	18	15,4%	34	29,1%	38	32,5%	
Mais de 8 anos	13	18,8%	22	31,9%	13	18,8%	21	30,4%	
Cor	70	23,3%	71	23,7%	68	22,7%	91	30,3%	0,021
Branca	43	19,7%	48	22,0%	53	24,3%	74	33,9%	
Não branca	27	32,9%	23	28,0%	15	18,3%	17	20,7%	
Religião	70	23,3%	71	23,7%	68	22,7%	91	30,3%	0,231
Católico	48	21,9%	49	22,4%	56	25,6%	66	30,1%	
Não católico	22	27,2%	22	27,2%	12	14,8%	25	30,9%	
Cidade	70	23,3%	71	23,7%	68	22,7%	91	30,3%	0,254
Pouso Alegre	4	15,4%	10	38,5%	4	15,4%	8	30,8%	
Demais cidades	66	24,1%	61	22,3%	64	23,4%	83	30,3%	
Zona	70	23,3%	71	23,7%	68	22,7%	91	30,3%	0,108
Rural	13	14,9%	20	23,0%	25	28,7%	29	33,3%	
Urbana	57	26,8%	51	23,9%	43	20,2%	62	29,1%	
Faixa Salarial	70	23,3%	71	23,7%	68	22,7%	91	30,3%	0,519
Até um salário	24	21,2%	32	28,3%	25	22,1%	32	28,3%	
De 2 a 5 salários	46	24,6%	39	20,9%	43	23,0%	59	31,6%	
Profissão	70	23,3%	71	23,7%	68	22,7%	91	30,3%	0,778 ^a
1	8	40,0%	3	15,0%	2	10,0%	7	35,0%	
2	1	10,0%	4	40,0%	1	10,0%	4	40,0%	
3	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	
5	46	23,5%	49	25,0%	46	23,5%	55	28,1%	
6	5	15,6%	5	15,6%	10	31,3%	12	37,5%	
7	6	22,2%	7	25,9%	6	22,2%	8	29,6%	
8	4	28,6%	3	21,4%	3	21,4%	4	28,6%	
Vínculo empregatício	70	23,3%	71	23,7%	68	22,7%	91	30,3%	0,982
Não	28	23,0%	29	23,8%	29	23,8%	36	29,5%	
Sim	42	23,6%	42	23,6%	39	21,9%	55	30,9%	

p - Nível descritivo do teste de Qui-Quadrado ou exato de Fisher (^a)

De acordo com a tabela 14 não foram identificadas diferenças de médias de idade por ICT (em classes) (TABELA 14).

Tabela 14 - Medidas-resumo da idade por ICT (em classes)

	Média	Desvio Padrão	Mín/Max	Mediana	3º Quartil	p
Total	46,3	8,4	21-49	47,5	53,0	0,893
Baixa (7-27)	46,7	7,5	26-49	48,0	51,5	
Moderada (28-36)	46,0	8,9	21-49	46,0	54,0	
Boa (37-43)	46,7	9,2	21-49	49,0	53,8	
Ótima (44-49)	45,9	8,2	25-49	46,0	53,0	

p - Nível descritivo da ANOVA

Para avaliar simultaneamente os efeitos de sexo, idade, estado civil, escolaridade, cor, religião, cidade, zona, faixa salarial, profissão, vínculo empregatício, tabagismo, etilismo, HAS, e diabetes (Variáveis explicativas) sobre a capacidade de trabalho (ICT), produtividade (WPAI-GH) e limitação no trabalho (WLQ), variáveis dependentes, foram ajustados modelos de regressões lineares múltiplas que encontram-se nos apêndices. **(Apêndice 8)**

6. DISCUSSÃO

As úlceras venosas podem ser consideradas um importante problema na saúde pública, na medida em que, acometem a população brasileira de um modo geral, ocorrem independentemente de idade, sexo, ou etnia, e são responsáveis por um alto índice de alterações na integridade cutânea e morbidade associada (FRADE *et al.*, 2005; ABBADE & LASTÓRIA, 2006; SALOMÉ & FERREIRA, 2012; DIAS *et al.*, 2014). Porém, não existem dados estatísticos suficientes que comprovem sua ocorrência, os registros relacionados ao atendimento de indivíduos com lesões teciduais crônicas são escassos e os seus dados muitas vezes subestimados. Entretanto, sabe-se que quanto maior a incidência dessas lesões na população, maiores são os gastos públicos e menor é a qualidade de vida do indivíduo portador (BORGONSE & RIVITTI, 2006; MARTARELLO & BENATTI, 2009; FARIA *et al.*, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

6.1 Sobre a Casuística

Observou-se que a média das idades do grupo com úlcera venosa foi superior à do grupo de insuficiência venosa, não sendo possível identificar diferença de médias das idades do grupo controle com os demais grupos. Porém, no modelo de regressão linear múltipla, a diferença na média de idades entre os grupos não foi significativa. Pesquisas apontam que as úlceras venosas têm uma incidência diretamente proporcional à idade, ou seja, aumentam com a idade (FRADE *et al.*, 2005; ABBADE & LASTÓRIA, 2006; ANDRADE & MONTEIRO, 2007; FARIA *et al.*, 2011; ANGÉLICO *et al.*, 2012; SALOMÉ & FERREIRA 2012; DIAS *et al.*, 2014).

Estudos apontaram a prevalência de úlcera venosa na faixa etária entre 50 e 70 anos (MALAQUIAS *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012), porém

Nottingham *et al.* (2012) encontraram uma população com faixa mais jovem. Neste estudo houve a prevalência de pessoas com média de idade de aproximadamente 48 anos no grupo úlcera venosa e 46 anos no grupo total.

Neste estudo foi possível observar que grande parte das pessoas mais jovens acometidas pela úlcera venosa não procuravam por assistência, faziam o curativo em casa, utilizavam medicamentos indicados por conhecidos ou atendentes de farmácia e uma porcentagem considerável informou que seus contatos sociais e de trabalho desconheciam o fato de elas possuírem esta enfermidade. Tal fato pode indicar uma subnotificação da presença de úlcera em pessoas mais jovens.

Observou-se uma predominância de mulheres, com companheiro, com até oito anos de estudo, católicas, residentes em outra cidade, em zona urbana, com renda entre dois e cinco salários mínimos, categoria profissional cinco e com vínculo empregatício. Porém estas variáveis, quando correlacionadas, não apresentaram significância estatística, exceto quanto à etnia, pois houve uma porcentagem maior de pacientes de cor não branca no grupo com úlcera venosa comparativamente aos demais grupos. Tais características também foram observadas em outros estudos que relataram predomínio de mulheres, com companheiro, e renda em diferentes contextos (FRADE *et al.*, 2005; BERGONSE & RIVITTI, 2006; MALAQUIAS *et al.*, 2012). A predominância dos participantes com características étnicas afrodescendentes pode estar relacionada ao fato do Brasil ser um país extremamente miscigenado e vários tipos étnicos se associarem em uma raça única. Entretanto, sabe-se que as úlceras venosas são mais prevalentes em pacientes de etnia negra ou parda (ABBADE & LASTÓRIA, 2006; GOMES *et al.*, 2011; ANGÉLICO *et al.*, 2012; PETHERICK, CULLUM, PICKETT, 2013; SOUZA *et al.*, 2013). MacKenzie *et al.* (2002) alertaram sobre a possibilidade de haver equívoco em relação à afirmativa de que, a úlcera venosa acometeria mulheres e pessoas com mais idade e afirmaram que, a insuficiência venosa além de afetar 30% da

população adulta, os homens apresentavam varizes mais calibrosas. Malaquias *et al.* (2012) encontraram maior prevalência de úlcera venosa em homens com menos de 50 anos e em mulheres acima dos 50 anos.

A prevalência da úlcera venosa em mulheres pode estar relacionada a múltiplos fatores de risco que podem desencadear ou facilitar o aparecimento de varizes, como a gestação, a presença de estrógeno e progesterona tanto de fonte interna quanto externa, doenças ginecológicas que causam o aumento dos órgãos pélvicos e podem ocasionar compressão do sistema circulatório dos membros inferiores, maior suscetibilidade à constipação intestinal, uso de sapatos de salto alto, obesidade, sedentarismo e principalmente uma tendência genética familiar. As mulheres apresentam três vezes mais chances do que os homens de desenvolver úlceras venosas nos membros inferiores (FRADE *et al.*, 2005; ABBADE & LASTÓRIA, 2006; SALIBA, GIANINI, ROLLO, 2007; YAMADA & SANTOS, 2009; FIEBIG *et al.*, 2010; BIHARI, TORNOCI, BIHARI, 2012; COSTA *et al.*, 2012; NOTTINGHAM *et al.*, 2012; SALOMÉ & FERREIRA 2012; SALOMÉ, BLANES, FERREIRA, 2012). Porém cabe ressaltar que, em algumas pesquisas houve prevalência do sexo masculino (MALAQUIAS *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2013). Percebe-se assim que não há ainda na literatura um consenso sobre em qual faixa etária a úlcera venosa é mais frequente e também qual sexo estaria mais predisposto a desenvolvê-la.

No presente estudo notou-se que a maioria dos sujeitos do grupo estudo tinha entre quatro e oito anos de escolaridade. A escolaridade média da população brasileira de 25 anos, ou mais, aumentou entre 2004 e 2013, passando de 6,4 para 7,7 anos de estudo, e esse incremento foi mais intenso entre os 20% com os menores rendimentos, que elevaram de 3,7 para 5,4 os seus anos de estudo (BRASIL, 2014). Porém, as pesquisas apontam que mais da metade das pessoas com problemas venosos não concluíram o ensino fundamental e um dos principais agravantes desta baixa escolaridade parece

estar diretamente relacionada à diminuição da compreensão e assimilação dos cuidados à saúde, em especial no que se refere ao tratamento da lesão (ANGÉLICO *et al.*, 2012; NOTTINGHAM *et al.*, 2012; DIAS *et al.*, 2014; MASSON, MONTEIRO, VEDOVATO, 2015).

A predominância da religião católica identificada neste estudo, é uma característica do país comprovada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014), que foi também assinalada em outros estudos (SILVA *et al.*, 2009; GONZÁLEZ- CONSUEGRA & VERDÚ, 2011; ANGÉLICO *et al.*, 2012; MALAQUIAS *et al.*, 2012; NOTTINGHAM *et al.*, 2012).

Considerando-se a ocupação dos participantes, 65% pertenciam à categoria 5 de acordo com a Classificação Brasileira de Profissões (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2015), que corresponde a empregos que produzem serviços pessoais e à coletividade, bem como àqueles que trabalham na intermediação de vendas de bens e serviços. Os sujeitos da pesquisa exerciam atividades relacionadas à docência, ou atuavam como costureiros, balconistas, diaristas, entre outras. Quanto ao vínculo empregatício, pode-se perceber que pouco mais da metade tinha vínculo formal de trabalho. Esta informação é semelhante à demonstrada pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), na qual 64,2% dos trabalhadores tinham carteira de trabalho assinada, ou seja com vínculo formal e os demais seriam trabalhadores sem carteira de trabalho assinada (DIAS *et al.*, 2014; IBGE, 2015).

Quanto ao tabagismo, 86% dos participantes do presente estudo não fumavam. Estudos apontam que o consumo do cigarro pode interferir de forma desfavorável na cicatrização, por diversos mecanismos. O monóxido de carbono apresenta afinidade pela hemoglobina duzentas vezes maior que o oxigênio, reduzindo, desta forma, a liberação da mesma nos tecidos periféricos. A nicotina causa vasoconstrição, aumenta a pressão arterial e mobiliza ácidos

graxos livres, além de diminuir a proliferação de eritrócitos, macrófagos e fibroblastos, células fundamentais no processo cicatricial (MACEDO *et al.*, 2010; SILVA & MOREIRA, 2011; ANGÉLICO *et al.*, 2012; MALAQUIAS *et al.*, 2012).

Os dados a respeito do etilismo apontam que, 100% dos participantes informou não consumir bebida alcoólica. Vale ressaltar que foram avaliados em relação ao consumo excessivo de álcool, seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabelece que um consumo aceitável é de até 15 doses/semana para homens e 10 para mulheres, sendo que, uma dose equivale a aproximadamente 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho ou 40 ml de uma bebida destilada, considerando que cada uma contém entre 10 e 15 g de etanol (WHO, 2004; SILVA & MOREIRA, 2011; MALAQUIAS *et al.*, 2012).

Na avaliação das comorbidades identificou-se em pacientes com úlcera venosa a presença de elevada hipertensão arterial sistêmica (HAS), quando comparada aos pacientes com insuficiência venosa. Estudos afirmam que a HAS pode interferir no processo cicatricial, por estar associada à aterosclerose (SILVA & MOREIRA, 2011; ANGÉLICO *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012; PETHERICK, CULLUN, PICKETTI, 2013). Estudos experimentais em ratos demonstraram que essa doença também induzia à alteração endotelial, inibição da síntese de colágeno e diminuição do aporte de oxigênio tecidual devido à vasoconstrição, contribuindo, dessa maneira, para o retardo no processo de cicatrização (AZOUBEL *et al.*, 2010)

Em relação à presença de Diabetes *Mellitus* não houve significância estatística entre os grupos. Porém sabe-se que há um comprometimento da cicatrização de lesões teciduais no indivíduo diabético, e este comprometimento é a principal causa do grande número de amputações e, conseqüentemente, do aumento da morbimortalidade uma vez que, nestes indivíduos, há um retardo no afluxo de células inflamatórias para o local do

ferimento. Sabe-se ainda, que a cicatrização normal das lesões teciduais constitui sequência complexa e coordenada de eventos, que envolve migração de células específicas para o local, inflamação, proliferação de diferentes tipos de células, angiogênese, formação de componentes da matriz, remodelamento e, finalmente, o seu fechamento. Todo esse processo está diretamente vinculado ao fluxo sanguíneo constante (JAKUS & RIETBROCK, 2004; BARBOSA, OLIVEIRA, SEARA, 2008).

Quanto às características clínicas das úlceras observou-se que a maior parte dos pacientes com úlcera venosa possuía varizes (96%) e perda de tecido (94%). Verificou-se ainda que as lesões localizavam-se na perna direita (72%), apresentavam edema (69%) e alteração de pelos (60%). Notou-se que, em média, os pacientes tiveram uma lesão com duração média de 41 meses. Além disso, a média de extensão da lesão foi de 3,2 cm. Apesar de serem observadas um número mínimo de zero e máximo de dez recidivas, a média de recidiva foi inferior a um. Com relação à dor, observou-se que a média foi de oito, mostrando-se intensa, em 54% dos pacientes.

Assim como no presente estudo, o predomínio de lesões únicas é encontrado nas pesquisas de modo geral (FRADE *et al.*, 2005; BERGONSE & RIVITTI, 2006; SILVA & MOREIRA, 2011; MALAQUIAS *et al.*, 2012; SALVETTI *et al.*, 2014).

Na avaliação da lesão é fundamental identificar fatores relacionados aos aspectos clínicos (características da dor, sinais de insuficiência venosa crônica (IVC), tempo de lesão e características do membro afetado e da úlcera), assistenciais (diagnóstico, condutas e intervenções) e da qualidade de vida dos pacientes, que podem interferir na evolução da cicatrização da úlcera venosa (MORAES, OLIVEIRA, SOARES, 2008; FARIA *et al.*, 2011; ANGÉLICO *et al.*, 2012; MALAQUIAS *et al.*, 2012). Portanto, os cuidados com as úlceras venosas, devido ao tratamento longo e complexo, exigem atuação interdisciplinar, adoção de protocolos criteriosamente programados,

conhecimento específico, habilidade técnica, articulação entre os níveis de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e também participação ativa dos pacientes e familiares, dentro de uma perspectiva integral da assistência (MACEDO *et al.*, 2010; SALVETTI *et al.*, 2014).

6.2 Sobre Capacidade para o Trabalho

O índice de capacidade para o trabalho (ICT) é um instrumento que avalia a percepção do trabalhador em relação ao quão bem está, ou estará, neste momento ou num futuro próximo, e quão bem ele pode executar seu trabalho, em função das exigências, de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais (TUOMI *et al.*, 2005).

É uma estratégia que surgiu devido ao contexto de envelhecimento da população mundial, pelo próprio aumento da expectativa de vida, e com a perspectiva de promover a capacidade para o trabalho e melhorar a qualidade do trabalho, a qualidade de vida e bem-estar, favorecendo assim uma aposentadoria ativa e com significado. Permite ainda avaliar e detectar alterações, prever a incidência de incapacidade precoce e subsidiar medidas preventivas de manutenção da saúde dos trabalhadores. É considerado um preditor de situações precoces de perda de capacidade laboral, aposentadorias precoces, absenteísmo por doença e desemprego (TUOMI *et al.*, 2001; SILVA JUNIOR *et al.*, 2011).

Neste estudo, ao analisar os resultados dos escores do ICT, evidenciou-se que pessoas não brancas e hipertensas e que exerciam atividades laborais descontínuas tiveram menor escore. Já os indivíduos brancos, que residiam na zona rural e exerciam atividades laborais contínuas, tiveram escores maiores no ICT, ou seja, a úlcera venosa afeta de forma significativa a capacidade de trabalho do indivíduo.

Pesquisas apontam que a capacidade para o trabalho sofre interferência direta da condição de saúde e do estilo de vida e que para a manutenção da mesma há a necessidade de avaliações frequentes e intervenções pontuais, individuais e ou coletivas (REILLY, ZBROZEK, DUKES, 1993; TUOMI *et al.*, 1997; BELUSCI & FISHER, 1999; TUOMI *et al.*, 2001; LERNER *et al.*; 2001; HILLESHEIN *et al.*, 2011; SILVA JR. *et al.*, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2011; PASCHOALIN, GRIEP, LISBOA, 2012; VON BONSDORFF *et al.*, 2012; PROCHNOW *et al.*, 2013; VAN DEN BERG *et al.*, 2017). No estudo de Malaquias *et al.* (2012) foi evidenciado que pessoas com úlcera venosa que apresentavam alterações clínicas marcantes e feridas mais profundas não exerciam atividade laboral no momento da pesquisa.

O grupo estudado informou ocupações laborais que exigiam capacidade física e funcional e suas atividades diárias eram repetitivas. Estudos comprovam que funções com atividades repetitivas, falta de reconhecimento, condições precárias de trabalho e a execução de tarefas que exigem esforço físico constante são fatores que influem na redução da capacidade para o trabalho (TUOMI *et al.*, 1997; BELUSCI & FISHER, 1999; TUOMI *et al.*, 2001; HEMP, 2004; BOKERMAN & LAUKKANEN, 2009; SILVA *et al.* 2010; VASCONCELOS *et al.*, 2011; VAN DEN BERG *et al.*, 2017)

Quando a capacidade para o trabalho foi avaliada em outros grupos (trabalhadores do setor elétrico, enfermagem, setor de saneamento básico) notou-se que ela sofre declínio influenciado pela presença de doenças osteomusculares, tempo de serviço, idade, trabalho em turnos e desvalorização salarial (MARTINEZ & LATORRE, 2008; MARTINEZ, LATORRE, FISHER 2009). Neste estudo observou-se que a presença de úlcera venosa reduziu a capacidade para o trabalho e esta redução foi mais expressiva em pessoas não brancas, que residiam na zona urbana e que eram hipertensas. Vale ressaltar que independentemente da idade pessoas com úlcera venosa tiveram menor

capacidade para o trabalho porém, esta relação entre úlcera venosa e capacidade para o trabalho deve ser investigada em outros contextos.

A úlcera venosa leva a perda tecidual devido à baixa irrigação sanguínea. A reepitelização da área lesada é um processo longo e que envolve inúmeros fatores. Neste interim o trabalhador sofre alterações na sua capacidade funcional e por consequência reduz sua capacidade para o trabalho. Este processo pode ser temporário, ou seja, uma vez reestabelecida a saúde há uma melhoria na capacidade para o trabalho, ou pode ser permanente, necessitando de afastamento das atividades laborais (BELUSCI & FISHER, 1999; HEMP, 2004; BOKERMAN & LAUKKANEN, 2009; FARIA *et al.*, 2011). A pesquisa apontou que os participantes tinham em média uma lesão com aproximadamente três centímetros, com um tempo mediano de perda tecidual de um ano e na grande maioria era a primeira ocorrência e a média de dor percebida foi intensa.

A saúde é considerada um determinante importante da capacidade para o trabalho. Desta forma, quanto melhor o estado de saúde, melhor a condição da capacidade para o trabalho, independente das características demográficas e ocupacionais (MARTARELLO & BENATTI, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2012; MASSON, MONTEIRO, VEDOVATO, 2015). Os dados encontrados neste estudo reforçam a afirmativa acima uma vez que, as pessoas que possuíam comorbidade associadas a úlcera venosa tiveram menores índices de capacidade para o trabalho, sofreram maiores interferência nas atividades relacionadas a capacidade física e em relação ao tempo de execução das tarefas, além de apresentarem maiores escores de limitação no trabalho.

O declínio do nível de capacidade para o trabalho repercutiu em doenças e sintomas, aposentadoria ou afastamento por incapacidade e morte precoce. Os principais fatores identificados como agentes de modificações na capacidade para o trabalho do trabalhador em fase de envelhecimento foram o envelhecimento biológico, a saúde, o trabalho e os estilos de vida (TUOMI *et*

al., 1997; TUOMI *et al.*, 2001; DURAN & COCO, 2004; VRIES *et al.*, 2015; MARTINEZ, LATORRE, FISHER, 2016).

Na avaliação da produtividade e capacidade para o trabalho por meio do *Work Productivity and Activity Impairment-General Health (WPAI-GH)* foi observado que pessoas com úlcera venosa, não brancas, com idade mais elevada, com melhor escolaridade, com baixa renda e com atividade laborativa relacionada ao setor agropecuário tiveram maior escore de absenteísmo. Outro dado relevante foi que a cada aumento de um ano na idade ocorria um aumento de 0,003 no domínio absenteísmo. A probabilidade do indivíduo com úlcera venosa se ausentar das atividades relacionadas ao trabalho foi de aproximadamente um terço e, mesmo este indivíduo estando presente no local de trabalho sua capacidade de execução das tarefas exigidas foi de apenas 20%.

Pesquisas apontam que as lesões nas pernas e nos pés estavam presentes em aproximadamente 16% da população estudada e dentre todos os participantes da pesquisa os que tinham alguma comorbidade apresentavam menor produtividade, além disto, o abandono precoce da atividade laboral também foi identificado em pessoas com presença de lesões (REILLY, ZBROZEK, DUKES, 1993; BELUSCI & FISHER, 1999; CICONELLI *et al.*, 2006; MALAQUIAS *et al.*, 2012; NOTTINGHAN, 2012; BORTOLINI *et al.*, 2013).

Neste estudo o aumento do absenteísmo levou à queda na efetividade em serviço, ou seja, aumento do presenteísmo, e ambos associados geraram um declínio na produtividade causando um prejuízo.

O absenteísmo está relacionado a fatores psicossociais e sua avaliação é de extrema importância, não somente como indicador da situação epidemiológica, mas também com o intuito de avaliar as condições laborais dos trabalhadores, compreender os riscos aos quais estão expostos, perceber o clima organizacional do ambiente de trabalho e ainda identificar o grau de

comprometimento dos indivíduos com o serviço. Além disso, em estudos sobre produtividade em que prevalecem comorbidades na população a ser estudada, é importante fazer uso de avaliações adicionais como escalas que avaliem depressão, capacidade funcional, avaliações clínicas e laboratoriais e funcionais (REILLY, ZBROZEK, DUKES, 1993; PRIMO, PINHEIRO & SAKURAI, 2007; MARTARELLO & BENATTI, 2009; SILVA *et al.*, 2010; UMANN, GUIDO, GRAZZIANO, 2012; BORTOLINI *et al.*, 2013).

Neste estudo, indivíduos de etnia branca, hipertensos e com úlcera venosa tiveram maior escore de presenteísmo, ou seja, não realizavam as atividades inerentes às suas funções de modo produtivo. Autores afirmam que o presenteísmo está relacionado a problemas de saúde e perda de produtividade e ainda apontam que, o monitoramento deste é de extrema importância, mesmo sendo mais difícil de ser percebido uma vez que, o trabalhador está no seu posto de trabalho. Trabalhadores com alto presenteísmo interferem no fluxo de trabalho dos demais e em algumas ocupações podem até comprometer a integridade física pessoal e do outro. Variáveis como cansaço, alteração no padrão de sono, estresse, dor e redução da capacidade funcional causam declínio na produtividade e expõem o trabalhador a riscos (METZNER & FISHER, 2001; HEMP, 2004; LARANJEIRA, 2009; MARTARELLO & BENATTI, 2009; SILVA *et al.*, 2010; PASCHOALIN, GRIEP, LISBOA, 2012; UMANN, GUIDO, GRAZZIANO, 2012; BELTRAME *et al.*, 2014).

O domínio porcentagem de perda de produtividade geral apresentou-se mais elevado em indivíduos brancos, não fumantes, com renda até um salário mínimo, que residiam na zona urbana, exerciam atividades laborais relacionadas aos grupos 1, 5 e 6 da classificação brasileira de ocupações e que tinham úlcera venosa. No domínio que avaliou porcentagem de prejuízo às atividades diárias observou-se que, ser hipertenso e ter úlcera venosa acarretou em maior prejuízo às atividades laborativas.

Estudos apontam que pessoas com problemas de saúde apresentam piores escores em relação a limitações no trabalho (LERNER *et al.*, 2001; PRIMO, PINHEIRO, SAKURAI, 2007; SOAREZ *et al.*, 2007; BOCKERMAN & LAUKKANEN, 2009; UMANN, GUIDO, GRAZZIANO, 2012; LERNER *et al.*, 2015). Estudo realizado por Cabral *et al.*, (2016) identificou que após intervenção no fator que interferia na capacidade para o trabalho houve melhora considerável na mesma e aumento da produtividade. Estudo realizado por Vries *et al.*, (2015) demonstrou que desenvolver habilidades no gerenciamento dos problemas de saúde apresentados pelos colaboradores foi um fator que contribuiu para a recuperação da capacidade para o trabalho, Padula *et al.*, (2013) também observaram que quando as condições de saúde e de trabalho foram controladas não houve diferença na capacidade para o trabalho mesmo em grupos com idades divergentes.

Neste estudo, a avaliação das limitações no trabalho realizada pelo *Work Limitations Questionnaire* (WLQ) apontou que pacientes com úlcera venosa, não brancos, fumantes, com atividades laborais descontínuas e com maior renda apresentaram maiores limitações no trabalho. O domínio gerência de tempo encontrou-se prejudicado devido à presença de úlcera venosa, HAS, possuir baixa renda e pertencer ao grupo um e sete da classificação brasileira de ocupações. Já os pacientes que não eram católicos e residiam na zona rural tiveram menor escore no domínio demanda física. As variáveis úlcera venosa e hábito de fumar elevaram o escore do domínio demanda mental e interpessoal e o domínio demanda de produção foi afetado em pacientes com úlcera, que fumavam e eram afrodescendentes. As limitações relacionadas ao trabalho ocorreram em especial nas atividades que exigiam esforço físico e deviam ser realizadas em um espaço de tempo delimitado, ou seja, elas necessitavam de um acréscimo de aproximadamente 16% nas horas de trabalho para compensar a produtividade perdida.

A literatura aponta que a presença de úlcera venosa interfere na capacidade dos indivíduos realizarem suas tarefas cotidianas que envolvem deslocamento, em mover ou carregar objetos, por exemplo, permanecer em uma mesma posição por mais de 15 minutos, fazer movimentos repetitivos e utilizar algumas ferramentas necessárias para o bom funcionamento do trabalho (FARIA *et al.*, 2011; GOMES *et al.*, 2011; GONZÁLEZ-CONSUEGRA & VERDÚ, 2011; SILVA & MOREIRA, 2011).

Neste estudo, ao considerar as atividades que envolviam relacionamento interpessoal e carga de trabalho, tempo de término de atividade, erros relacionados a problemas de saúde e sentimento de realização, houve significância estatística, porém a média do domínio que avaliou estas variáveis foi melhor quando comparada as demais. Este achado pode estar relacionado ao local do acometimento, uma vez que, a úlcera estava localizada nos membros inferiores e em especial na região maleolar, comprometendo assim a marcha e conseqüentemente o deslocamento e a agilidade justificando assim maiores escores nos domínios gerência de tempo e demanda física.

Estudos sobre qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa, e que avaliaram aspectos físicos e possuíam questões que se assemelhavam às do *WLQ*, apresentaram significância estatística, ou seja, a presença de úlcera venosa interferiu negativamente nas atividades de trabalho, que por sua vez repercutiram sobre os aspectos sociais e econômicos (FRANÇA & TAVARES, 2003; HEINEN *et al.*, 2006; KOUPIDIS *et al.*, 2008; FARIA *et al.*, 2011).

As alterações apresentadas em relação às limitações no trabalho podem estar vinculadas às alterações na deambulação, à intensidade da dor e a uma multiplicidade de fatores, porém não foi possível avaliar todas as variáveis envolvidas uma vez que o estudo possui a limitação de ser transversal.

Mediante os resultados encontrados seria importante a realização de estudo em que houvesse a avaliação da capacidade para o trabalho em dois ou três tempos ou seja, seria necessário avaliar a capacidade para o trabalho do

indivíduo com a úlcera ativa, fazer um acompanhamento do processo de cicatrização da mesma e novamente avaliar a capacidade para o trabalho já com este participante reabilitado para retornar às suas atividades laborais e até mesmo alguns meses após seu retorno ao trabalho.

7. CONCLUSÃO

A úlcera venosa diminuiu a capacidade para o trabalho e a produtividade de seus portadores e elevou o absenteísmo e o presenteísmo.

6. REFÊRENCIAS

Abbate LPF, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *An Bras Dermatol.* 2006;81(6):509-22.

Abbate LPF, Lastória S, Rollo Hde A. Venous ulcer: clinical characteristics and risk factors. *Int J Dermatol.* 2011;50(4):405-11.

Abdalla S, Dadalti P. Uso da sulfadiazina de prata associada ao nitrato de cério em úlceras venosas: relato de dois casos. *An Bras Dermatol.* 2003;78:227-33.

Amorim JSC, Salla S, Trelha CS. Fatores associados à capacidade para o trabalho em idosos: revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(4):830-841.

Andrade CB, Monteiro MI. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(2):237-44.

Angélico RCP, Oliveira AKA, Silva DDN, Vasconcelos QLDAQ, Costa IKF, Torres GV. Perfil sociodemográfico, saúde e clínico de pessoas com úlceras venosas atendidos em um hospital universitário. *Rev enferm UFPE.* 2012; 6(1):62-8.

Azoubel R, Torres GV, Silva LWS, Gomes FV, Reis LA. Efeitos da terapia física descongestiva na cicatrização de úlceras venosas. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;4(4):1085-92.

Barbosa JHP, Oliveira SL, Seara LT. O papel dos produtos finais da glicação avançada (AGEs) no desencadeamento das complicações vasculares do diabetes. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008;52(6):940-950.

Bellusci SM, Fischer FM. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. *Rev Saúde Pública.* 1999;33(6):602-9.

Beltrame MT, Magnago TSBS, Kirchof ALC, Marconato CS, Morais BX. Capacidade para o trabalho no serviço hospitalar de limpeza e fatores associados. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2017; 35(4):49-57.

- Bergan JJ, Schmid-Schönbein GW, Smith PD, Nicolaidis AN, Boisseau MR, Eklof B. Chronic venous disease. *N Engl J Med*. 2006;355:488-498.
- Bergonse FN, Rivitti EA. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):131-5.
- Bihari I, Tornoci L, Bihari P. Epidemiological study on varicose veins in Budapest. *Phlebology*. 2012;27(2):77-81.
- Böckerman P, Laukkanen E. What makes you work while you are sick? Evidence from a survey of workers. *Eur J Public Health*. 2010;20(1):43-6.
- Bortolini SM, Panazolo CA, Debarba LV, Sampietro RB, Braga DC. Absenteísmo no trabalho por doença no município de Água Doce, Santa Catarina. *Revista da AMRIGS*. 2013;57(2):122-126.
- Cabral IV, Garcia ED, Sobrinho RN, Pinto NL, Juliano Y, Veiga-Filho J, Ferreira LM, Veiga DF. Increased Capacity for Work and Productivity After Breast Reduction. *Aesthet Surg J*. 2016;37(1):57-62.
- Ciconelli RM, Soarez PC, Kowalski CCG, Ferraz MB. The Brazilian Portuguese version of the Work Productivity and Activity Impairment – General Health (WPAI-GH) Questionnaire. *São Paulo Med J*. 2006;124(6):325-332.
- Costa IKF, Nóbrega WG, Costa IKF, Torres GV, Lira ALBC, Tourinho FSV, EndersBC. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do modelo adaptativo de Roy. *Gaúcha Enferm*. 2011;32(3):561-68.
- Costa LM, Higino WJF, Leal FJ, Couto RC. Clinical and social profile of CVD patients. *J Vasc Bras* 2012;11(2):108-113.
- Dias TYAF, Costa IKF, Melo MDM, Torres SMSGSO, Maia EMC, Torres GV. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com e sem úlcera venosa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(4):576-81.
- Duran ECM, Cocco MIM. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(1):43-9.

Faria EC, Hochnan B, Blanes L, Mesquita-filho M, Ferreira LM. Health-related quality of life, self-esteem, and functional status of patients with leg ulcers. *International Journal of Lower Extremity Wounds*. 2011; 23: 4-10,

Fiebig A, Krusche P, Wolf A, Krawczak M, Timm B, Nikolaus S, Frings N, Schreiber S. Heritability of chronic venous disease. *Hum Genet*. 2010; 127(6):669-674.

Frade MAC, Cursi IB, Andrade FF, Soares SC, Ribeiro WS, Santos SV, Foss NT. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. *An Bras Dermatol*. 2005;80(1):41-6.

Gomes T, Cade NV, Rohr RV, Fejoli MM. Caracterização das lesões crônicas e os fatores associados em moradores de um território de saúde em Vitória, Espírito Santo. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2011;13(1):52-57.

González-Consuegra RV, Verdú J. Quality of life in people with venous leg ulcers: an integrative review. *J Adv Nurs*. 2011;67(5):18.

Guterres A, Duarte D, Siqueira FV, Silva MC. Prevalência e fatores associados a dor nas costas dos motoristas e cobradores do transporte coletivo da cidade de Pelotas (RS). *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2011;16(3):240-5.

Heinen MM, Persoon A, Kerkhof P, Otero M, Achterberg T. Ulcer-related problems and health care needs in patients with venous leg ulceration: a descriptive, cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2006;44(8):1296-303.

Hemp P. Presenteeism: at work- but out of it. *Harvard Business Review* 2004;82:49-58.

Hilleshein EF, Souza LM, Lautert L, Paz AA, Catalan VM, Teixeira MG, Mello DB. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(3):509-15.

Ilmarinen J, Tuomi K, Eskelinen L, Nygard CH, Huuhtanen P, Klockars M. Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. *Scan J Work Environ Health*. 1991a;17(Suppl 1):7-11.

IBGE. Pesquisa mensal de emprego [Internet]. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015. [citado 2017 mai 19]. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/

Isosaki M, Cardoso E, Clina DMR, Alves ACC, Rocha LE. Prevalência de sintomas osteomusculares entre trabalhadores de um Serviço de Nutrição Hospitalar em São Paulo, SP. *Rev. bras. Saúde ocup.* 2011;36(124):238-246.

Jakus V, Rietbrock N. Advanced glycation end-products and the progress of diabetic vascular complications. *Physiol Res.* 2004;53(2):131-42.

Kanjoor JR. Venous ulcer: Current concepts. *Indian J Plast Surg.* 2011;44(1):109-11.

Koupidis SA, Parakevas KI, Stathopoulos V, Mikhailidis DP. Impact of lower extremity venous ulcers due chronic venous insufficiency on quality of life. *Open Cardiovasc Med.J.* 2008;2:1055-9.

Laranjeira CA. O Contexto Organizacional e a Experiência de Estress: uma Perspectiva Integrativa. *Rev. salud pública.* 2009;11(1):123-133.

Lerner D, Amick BC, Rogers WH, Malspeis S, Bungay K, Cynn D. The Work Limitations Questionnaire. *Med Care.* 2001;39(1):72-85.

Lerner D, Adler DA, Rogers WH, Chang H, Greenhill A, Cymermann E, Azocar F. Randomized Clinical Trial of a Telephone Depression Intervention to Reduce Employee Presenteeism and Absenteeism. *Psychiatr Serv.* 2015;66(6):570–577.

Macêdo EAB de, Oliveira AKA de, Melo GSM, Nobrega WG, Costa IKF, Dantas DV, Mendes FRP, Torres GV. Caracterização sócio-demográfica dos pacientes com úlcera venosa atendidos em um hospital universitário. *Rev enferm. UFPE.* 2010;4(spe):1863-867

MacKenzie RK, Brown DA, Allan PL, Bradbury AW, Ruckley CV. A comparison of patients who developed venous leg ulceration before and after their 50th Birthday. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2002;26(1):176-8.

Malaquias SG, Bachion MM, Sant'Ana SMSC, Dallarmi CCB, Lino Junior RS, Ferreira PS. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;6(2):302-10.

- Martarello NA, Benatti MCC. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Rev. esc. enferm. USP.* 2009;43(2):422-428.
- Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Rev. Saúde Pública.* 2009;43(3):525-532.
- Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010;15(Suppl 1):1553-1561.
- Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Testando o Modelo da Casa da Capacidade para o Trabalho entre profissionais do setor hospitalar. *Rev. bras. epidemiol.* 2016;19(2):403-418.
- Masson VA, Monteiro MI, Vedovato TG. Trabalhadores da CEASA: fatores associados à fadiga e capacidade para o trabalho. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(3):460-6.
- Metzner RJ, Fischer FM. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. *Rev. Saude Publica* 2001;35(6):548-558.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2013
- Ministério do Trabalho e Emprego. CBO - Classificação Brasileira de Ocupações (Brazilian Classification of Occupations). Site do Ministério do Trabalho e Emprego.
<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/saibaMais.jsf>
- Morais GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(1):98-105.
- Nottingham IC, Victor JF, Brito CKD, Feitosa SMS, Monteiro LS, Balbino AC. Avaliação dos aspectos biopsicossociais das pessoas com úlcera venosa. *Rev enferm UFPE.* 2012;6(7):1582-8.
- Oliveira BGRB, Nogueira GA, Carvalho MR, Abreu AM. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. *Rev. Eletr. Enf.* 2012;14(1):156-63.

Padula RS, Comper MLC, Moraes SA, Sabbagh C, Pagliato Junior W, Perracini MR. Índice de capacidade para o trabalho e capacidade funcional em trabalhadores mais velhos. *Braz. J. Phys.* 2013;17(4):382-391.

Park SH, Ferreira KASL, Santos VLGC. Understanding pain and quality of life for patients with chronic venous ulcers. *Wounds* 2008;20:163-168.

Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MTL. A produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado. *Rev APS.* 2012;15(3):306-311.

Paul JC, Pieper B, Templin TN. Itch: Association with chronic venous disease, pain, and quality of Life. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing.* 2011;38(1):46-54.

Pereira RC, Santos EF, Queiroz MA, Massahud Jr. MR, Carvalho MRF, Salomé GM. Depressão e bem-estar em indivíduo idoso com úlcera venosa. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2014;29(4):567-574

Petherick ES, Cullum NA, Pickett KE. Investigation of the effect of deprivation on the burden and management of venous leg ulcers: a cohort study using the THIN database. *PLoS One.* 2013;8(3):e58948.

Prochnow A, Magnago TSBS, Urbanetto JS, Beck CLC, Lima SBS, Greco PBT. Capacidade para o trabalho na enfermagem: relação com demandas psicológicas e controle sobre o trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(6):1298-305.

Primo GMG, Pinheiro TMM, Sakurai E. Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados. *Rev Med Minas Gerais.* 2007;17(Suppl4):S260-S8.

Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. The validity and reproducibility of a Work Productivity and Activity Impairment instrument. *Pharmacoeconomics.* 1993;4(5):353-365.

Saliba OA, Giannini M, Rollo HA. Métodos de diagnóstico não-invasivos para avaliação da insuficiência venosa dos membros inferiores. *J Vasc Bras.* 2007;6(3):266-75.

Salvetti MG, Costa IKF, Dantas DV, Freitas CCS, Vasconcelos QLDAQ, Torres GV. Prevalência de dor e fatores associados em pacientes com úlcera venosa. *Rev. dor.* 2014;5(1):17-20.

Salomé GM, Blanes L, Ferreria LM. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com úlcera venosa. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(1):124-9.

Salomé GM, Ferreira LM. Qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa em terapia compressiva por bota de Unna. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(3):466-71

Santos FP, Rocha MAH. Depressão ocupacional: impacto na saúde Mental do colaborador. *Braz J Health*, 2012;3(2):32-50.

Silva LG, Haddad MCL, Domansky RC, Vituri DW. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público. *Rev. Eletr. Enf.* 2010;12(1):158-63.

Silva Junior SHA, Vasconcelos AGG, Griep RH, Rotenberg L. validade e confiabilidade do ICT em trabalhadores de enfermagem. *Cad. Saúde Pública* .2011;27(6):1077-1087.

Silva FAA, Moreira TMM. Características sociodemográficas e clínicas de clientes com úlcera venosa de perna. *Rev. enferm. UERJ.* 2011;19(3):468-472.

Silva FAA, Freitas CHA, Jorge MSB, Moreira TMM, Alcântara MCM. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(6):889-93.

Silva LD, Pazos AL. A influencia da dor na qualidade de vida do paciente com lesão crônica de pele. *Rev Enferm UERJ* 2005;13:375-81.

Soarez PC, Kowalski CCG, Ferraz MB, Ciconelli RM. Tradução para português brasileiro e validação de um questionário de avaliação de produtividade. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.* 2007;22(1):21-28.

Souza DMST, Borges FR, Juliano Y, Veiga DF, Ferreria LM. Qualidade de vida e autoestima de pacientes com úlcera crônica. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(3):283-8.

Sousa FF, Silva J. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Rev Dor.* 2005;6(1):469-513.

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Índice de Capacidade para o Trabalho. São Carlos: EduFSCar; 2005.

Tuomi K, Ilmarinen J, Seitsamo J, Huuhtanen P, Martikainen R, Nygård C-H, Klockars M. Summary of the Finnish research project (1981-1992) to promote the health and work ability of aging workers. *Scand J Work Environ Health*. 1997; 23(Suppl1):66-71.

Tuomi K, Huuhtanen P, Nykyri E, Ilmarinen J. Work ability, quality of work and retirement. *Occup. Med.* 2001;51(5):318-324.

Umann J, Guido LA, Grazziano ES. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(1):[08 telas].

Valencia IC, Falabella A, Kirsner RS, Eaglstein WH. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44(3):401-21.

Van Den Berg TI, Elders LA, de Zwart BC, Burdorf A, Berg VD. The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2009;66(4):211-20.

Vasconcelos SP, Fischer FM, Reis AO, Moreno CRC. Fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção de fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia Ocidental. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(4):688-97.

Von Bonsdorff , MB, Seitsamo J, Ilmarinen J, Nygård CH, Von Bonsdorff ME, Rantanen T. Work ability as a determinant of old age disability severity: evidence from the 28-year Finnish Longitudinal Study on Municipal Employees. *Aging Clin Exp Res*. 2012;24(4):354-60.

Vries G, Koeter MWJ, Neiuwenhuijsen K, Hees HL, Schene AH. Predictors of impaired work functioning in employees with major depression in remission. *Journal of affective disorders*. 2015;185:180-187.

Waidman MAP, Rocha SC, Correa JL, Brischiliari A, Marcon SS. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(4):691-9.

Yamada BFA, Santos VLCG. Construção e validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers: versão feridas. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009;43(spe):1105-1113.

Yamada BFA, Santos VLCG. Quality of life of individuals with chronic venous ulcers. *Wounds*. 2005;17(7):178-89.

WHO. Global Status Report on Alcohol 2004 [Internet]. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004. [cited 2017 19 mai]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf

FONTES CONSULTADAS

Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. 1986 p.

Collins Gem. Dicionário de Inglês-Português, Português- Inglês, editora CS-Collins Sons, 2005. 640p.

Ferreira ABH. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1999, 2128p.

Siegel S, Castellan Jr NJ. Non parametrics statistics. 2 ed. New York: McGraw-Hill, 1988.

Dunn, O. J. 1964. Multiple comparisons using rank sums. *Technometrics*, 6, 241-252.

Wooldridge, J. M. 2006. *Introductory Econometrics: A Modern Approach*. 3 ed. Cincinnati, OH: South-Western.

NORMAS ADOTADAS

Consulta ao DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. www.bireme.br - terminologia em saúde: Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde – Resolução no. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília – D.F.; 1996. 24p.


Orientação Normativa para Elaboração e apresentação de Teses. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica Reparadora UNIFESP-EPM.

Rother ET; Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. 2 ed. São Paulo: BC; 2005.

Terminologia Anatômica. Terminologia Anatômica Internacional. São Paulo: Manole; 2001. 248p.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP/ HOSPITAL SÃO PAULO		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: CAPACIDADE PARA O TRABALHO E PRODUTIVIDADE DE PESSOAS COM ÚLCERA VARICOSA		
Pesquisador: Elaine Cristina Faria		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 18138514.0.1001.5505		
Instituição Proponente: Faculdade Paulista de Medicina		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 618.111		
Data da Relatoria: 16/04/2014		
Apresentação do Projeto:		
Conforme parecer CEP. 542.442 de 26/2/2014		
Objetivo da Pesquisa:		
Conforme parecer CEP. 542.442 de 26/2/2014		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
Conforme parecer CEP. 542.442 de 26/2/2014		
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:		
Conforme parecer CEP. 542.442 de 26/2/2014		
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:		
Trata-se de respostas de pendências		
Recomendações:		
não se aplicam		
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:		
QUANTO AO TCLE:		
1- deverá estar em papel timbrado da instituição proponente;		
2- as páginas devem estar numeradas, exemplo: 1/2; 2/2;		
<p>Endereço: Rua Botucatu, 572-1º Andar Conj. 14 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.029-061 UF: SP Município: SÃO PAULO Telefone: (11)5539-7192 Fax: (11)5571-1032 E-mail: cep@unifesp.br</p>		
Página 31 de 39		

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer R10.111

3- Deve estar descrito no TCLE que o documento será elaborado em 2 VIAS sendo que uma, devidamente rubricada, deverá ficar em poder do participante da pesquisa.

resposta: foi apresentada nova versão do TCLE conforme solicitado - PENDENCIA ATENDIDA

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

SAO PAULO, 16 de Abril de 2014

Assinado por:

José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua. Boicatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)5539-7182 Fax: (11)5571-1082 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

Processo 102/10-12

Apêndice 2 - Carta de Solicitação para a execução da pesquisa ao Secretário de Saúde de Pouso Alegre

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE POUSO ALEGRE

Pouso Alegre, 29 de Agosto de 2013.



Ilustríssimo Dr. Luiz Augusto de Faria Cardoso.

Assunto: Autorização para realização de Tese de Doutorado.


Eu Elaine Cristina Faria, enfermeira, docente da UNIVAS e doutoranda na UNIFESP, venho por meio desta, solicitar a autorização de Vossa Senhoria para realização de uma pesquisa intitulada **CAPACIDADE PARA O TRABALHO E PRODUTIVIDADE DE PESSOAS COM ÚLCERA VARICOSA**, a coleta de dados será nas unidades de Saúde da Família do Município para fins de elaboração de Tese de Doutorado.

O presente trabalho tem o objetivo de Avaliar a capacidade para o trabalho e a produtividade de pessoas com úlcera varicosa.

As informações obtidas serão utilizadas para estudo e os participantes terão garantia do anonimato, sigilo das informações prestadas, e será realizada seguindo os preceitos da Resolução 196/96, que regulamenta os estudos com seres humanos.

Desde já, agradeço pela atenção recebida.

Atenciosamente,


Elaine Cristina Faria
Enfermeira, docente- UNIVAS

Carta de Solicitação para a execução da pesquisa a Secretária de Saúde de Poços de Caldas

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE POÇOS DE CALDAS

Pouso Alegre, 09 de Outubro de 2013.

Ilustríssima Sra. Maria Aparecida Linhares.

Assunto: Autorização para realização de Tese de Doutorado.


Eu Elaine Cristina Faria, enfermeira, docente da UNIVAS e doutoranda na UNIFESP, venho por meio desta, solicitar a autorização de Vossa Senhoria para realização de uma pesquisa intitulada **CAPACIDADE PARA O TRABALHO E PRODUTIVIDADE DE PESSOAS COM ÚLCERA VARICOSA**, a coleta de dados será nas Unidades de Saúde da Família deste município, para fins de elaboração de Tese de Doutorado.

O presente trabalho tem o objetivo de Avaliar a capacidade para o trabalho e a produtividade de pessoas com úlcera varicosa.

As informações obtidas serão utilizadas para estudo e os participantes terão garantia do anonimato, sigilo das informações prestadas, e será realizada seguindo os preceitos da Resolução 196/96, que regulamenta os estudos com seres humanos.

Desde já, agradeço pela atenção recebida.

Atenciosamente,


Elaine Cristina Faria
Enfermeira, docente- UNIVAS

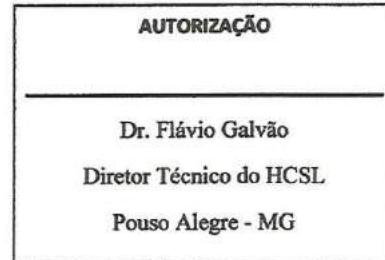

Dra. Aparecida Linhares Pimenta

Secretária Municipal de Saúde de Poços de Caldas

Apêndice 3 – Carta de Solicitação para a execução da pesquisa ao Diretor Clínico do Hospital das Clínicas Samuel Libânio de Saúde de Pouso Alegre

AO DIRETOR TÉCNICO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBANIO

Pouso Alegre, 29 de Agosto de 2013.



Ilustríssimo Dr. Flávio Galvão.

Assunto: Autorização para realização de Tese de Doutorado.

Eu Elaine Cristina Faria, enfermeira, docente da UNIVAS e doutoranda na UNIFESP, venho por meio desta, solicitar a autorização de Vossa Senhoria para realização de uma pesquisa intitulada **CAPACIDADE PARA O TRABALHO E PRODUTIVIDADE DE PESSOAS COM ÚLCERA VARICOSA**, a coleta de dados será no ambulatório de TAP que realiza atendimento as segundas e quartas sob a coordenação da Dr^ª. Eliana Nacarato Viana de Andrade, para fins de elaboração de Tese de Doutorado.


O presente trabalho tem o objetivo de Avaliar a capacidade para o trabalho e a produtividade de pessoas com úlcera varicosa.

As informações obtidas serão utilizadas para estudo e os participantes terão garantia do anonimato, sigilo das informações prestadas, e será realizada seguindo os preceitos da Resolução 196/96, que regulamenta os estudos com seres humanos.

Desde já, agradeço pela atenção recebida.

Atenciosamente,


 Elaine Cristina Faria
 Enfermeira, docente- UNIVAS


 Dr. Flávio Galvão Lima
 HCSL - Pouso Alegre/MG

Apêndice 4 – Carta de Solicitação para a execução da pesquisa ao Diretor Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Pouso Alegre

Pouso Alegre, 29 de Março, de 2016

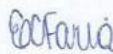
Prezado Sr. José Carlos de Oliveira

Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde

Eu, Elaine Cristina Faria, pesquisadora responsável juntamente com as acadêmicas do curso de Enfermagem, Yolanda Eustáquio e Vanessa de Melo Santos, vimos por meio desta, solicitar autorização de Vossa Senhoria para realização de uma Pesquisa nesta instituição (CISAMESP) - cujo o título é **INFLUÊNCIA DA ÚLCERA VENOSA NA CAPACIDADE PARA O TRABALHO E PRODUTIVIDADE**. Esta pesquisa faz parte do Programa de Bolsas de Iniciação Científica da UNIVAS

O trabalho tem por objetivo: Avaliar a influência da úlcera venosa na capacidade para o trabalho e produtividade de seus portadores. As informações obtidas serão utilizadas para fins científicos e os participantes terão garantia do anonimato, obedecendo a Resolução n°. 466/12.

Atenciosamente,



Elaine Cristina Faria

Pesquisadora responsável



José Carlos de Oliveira
Secretário Executivo
CISAMESP

Apêndice 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. **Responsáveis:** Ms. Elaine Cristina Faria, Dra. Daniela Francescato Veiga.
2. **Título do trabalho:** "Capacidade para o trabalho e produtividade de pessoas com úlcera venosa"

Eu compreendo que fui convidado(a) para participar como voluntário(a) nesta pesquisa.

Serão convidados a participar desta pesquisa pessoas que têm úlcera varicosa. Além disso, serão convidados a participar, como controle, pessoas com idades parecidas que nunca tiveram úlcera venosa. O objetivo deste estudo é avaliar se o fato de ter úlcera varicosa influencia na vida profissional das pessoas. Para isso, serão aplicados dois questionários, que já foram validados para uso no Brasil.

Sua participação neste estudo não é remunerada, assim também como os pesquisadores não terão qualquer benefício financeiro com ele.

Você não terá benefício direto com a realização desta pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Ms. Elaine Cristina Faria, você pode contatá-la pelo telefone: (35) 9984 5643. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (CEP): Rua Botucatu, 572, 1º andar conjunto 14 CEP 04023-061 São Paulo - tel: 55 (11) 5571-1062 / fax: 55 (11) 5539-7162. Horário de atendimento: das 9:00 as 13:00hs : e-mail: cepunifesp@unifesp.br

Os pacientes serão informadas sobre os resultados parciais da pesquisa, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo, e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

3. **Riscos para a paciente:** Sua participação neste estudo não acarreta riscos à sua saúde, e você tem assegurado seu direito à privacidade.
4. **Direito de privacidade:** Você tem garantida a liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo em qualquer momento sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento. As informações obtidas serão

analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

5. **Declaração de danos:** Caso ocorra algum dano à sua pessoa, ainda que improvável, resultante diretamente de sua participação nesta pesquisa, o pesquisador e a Instituição serão os responsáveis. Você terá também, gratuitamente, todo o tratamento para recuperar algum dano causado pela pesquisa.

6. Recusa ou retirada

Eu compreendo que minha participação é voluntária e eu posso recusar e retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso prejudique meu cuidado atual ou futuro nesta Instituição.

Eu confirmo que os pesquisadores me explicaram os objetivos desta pesquisa e os procedimentos a que serei submetida (responder aos questionários) e que li e compreendi este formulário de consentimento. Portanto, concordo em participar desta pesquisa, e uma cópia deste termo ficará em meu poder.

Local: _____, ____/____/____

Paciente ou Responsável

Pesquisador

Apêndice 6 – Protocolo de dados sócio-demográficos e clínicos

Nº protocolo: _____

Grupo: () GIV () Controle GUV () Idade _____

Cor da pele observada: _____ Sexo: _____ Religião: _____

Estado civil: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____

zona: Rural () Urbana ()

Escolaridade:

() analfabeto () de 1 a 4 anos () de 5 a 8 anos () mais de 8 anos

1. História social:

() tabagismo há _____ anos _____ cigarro/dia _____ parou há _____

() etilismo há _____ anos _____ doses/dia _____ parou há _____

Profissão: _____ Vínculo empregatício? () sim () não

Empregador: () empresa () pessoa física () autônomo Há quanto tempo? _____

Faixa salarial (salários mínimos): () até 1 () de 2 a 5 () 5 a 10 () acima de 10

3. História Clínica:

Há quanto tempo possui a lesão? _____ () Diabético () Hipertenso

Recidivas: _____

Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localização do úlcera: _____

Nº de ulcerações: _____

Tipo de curativo: _____

Artéria	Pressão sistólica tibial	Pressão sistólica pediosa	Pressão sistólica braquial	ITB
Direta				
Esquerda				

Avaliação vascular:

Edema: sim () não () varizes: sim () não () claudicação: sim () não () dor em repouso:

sim () não () dor alivia com membro pendente: sim () não () alteração de pelos:

sim () não () alteração das unhas: sim () não () palidez à elevação: sim () não ()

hiperemia reativa: sim () não ()

Apêndices 7 – Autorização dos Autores

Instructions for Confidentiality Disclosure Agreement

Please complete all fields using a word processor.

The following two pages contain the standard Confidentiality Disclosure Agreement (CDA) for the Work Limitations Questionnaire (WLQ). In order to review the questionnaire, please complete the blank fields in full and return the CDA in our office with the signature of an appropriate representative from your business or academic institution.

Upon receipt of both the CDA and the User Profile, we will send you a copy of the WLQ for review. If you decide to use the WLQ in your study, you must obtain a license from our office. We will use the information you provide on the User Profile to determine which license option is appropriate to your study.

The blank fields in the CDA should be completed as follows:

Display Paragraph: Please enter the name of your business or academic institution into the first field and the state in which your institution is located in the second field. Please enter the street address and city in the third field.

Signature Page: Please enter the full name of your company or academic institution in the field above the signature line. In the fields below the signature line, provide the name and title of the person signing the CDA.

Please note: The person who signs the CDA must be an authorized representative of the company or academic institution to which you belong. For commercial organizations, this individual is usually the CEO or General Counsel. For academic institutions, please consult your Technology Licensing office for an appropriate representative. Students may sign the CDA on their own behalf.

Please contact our office with any questions at: customers_wfq@shfamedical.com

Client ID: _____

**CONFIDENTIAL DISCLOSURE AGREEMENT
FOR RECIPIENTS OF THE WLOPP**

This agreement is made by and between Tufts Medical Center, Inc., a Massachusetts not-for-profit corporation having an address at 300 Washington Street, Box 345, Boston, MA 02111 ("Tufts Medical Center") and Federal University of São Paulo's business corporation duly organized and existing under the laws of São Paulo having a place of business located at Rua Napoleão de Barros, 715, 4º andar - São Paulo, ("Recipient"). The parties, intending to be legally bound, agree that:

1. For purposes of this Agreement, the term "Information" shall mean any and all knowledge, data, trade secrets, formulas, product specifications, copyrighted information, processes, practices, techniques and know-how relating to the Work Limitations Questionnaire Products Package ("WLOPP"), including but not limited to the Work Limitations Questionnaire ("WLQ"), WLQ Proficiency Loss Index®, the Work Limitations Predictive Model, and other related materials, such as scoring algorithms, instructions, and normative/comparative data.

2. Recipient shall protect the disclosed information by using the same degree of care, but no less than a reasonable degree of care, to prevent the unauthorized disclosure of the Information as Recipient uses to protect its own confidential information of a like nature. Recipient will use the Information solely for the evaluation of whether Recipient wishes to obtain a license to the WLOPP and not for any other purpose. Recipient will disclose the Information only to its officers and employees directly associated with such evaluation. Recipient may share the Information with a third party solely for the purposes set forth above, PROVIDED that the third party enters into a Confidentiality Disclosure Agreement (CDA) with Recipient, at least as stringent as this CDA. Recipient will retain a copy of all such CDAs, and make them available to Tufts Medical Center upon request.

3. The Information delivered by Tufts Medical Center to Recipient or its representatives pursuant to this Agreement is confidential and proprietary to Tufts Medical Center. The furnishing of Information hereunder shall not be construed to grant a license or transfer any interest, under any patent, trademark, copyright, or any other proprietary or intellectual property rights now or hereafter held by Tufts Medical Center.

4. The obligations of Recipient of non-disclosure and the limitation upon the right to use the Information shall not apply to the extent that Recipient can demonstrate by written records that the Information:

- (a) was in the possession of Recipient before receipt from Tufts Medical Center;
- (b) is or becomes available to the public through no fault of Recipient;
- (c) is received in good faith by Recipient from a third party and is not subject to an obligation of confidentiality owed to Tufts Medical Center or any third party; or
- (d) is independently developed by Recipient by employees without access to or knowledge of the Information.

Client ID: _____

5. In the event that Recipient is required by judicial or administrative process to disclose Information, Recipient shall promptly notify Tufts Medical Center to allow Tufts Medical Center, if possible, a reasonable time to oppose such process.

6. All information (including all copies thereof) shall at all times remain the property of Tufts Medical Center and shall be returned or destroyed by Recipient upon the earlier of (a) request by Tufts Medical Center, or (b) termination or expiration of this Agreement, provided that Recipient may retain one copy of the information in its legal archives solely for the purpose of monitoring its ongoing obligations under this Agreement.

7. Unless earlier terminated as provided in this Paragraph, this Agreement shall continue in full force and effect for one (1) year from the Effective Date. This Agreement may be terminated early by either party at any time upon thirty (30) days' written notice to the other party. The obligations of Recipient with respect to Information shall survive the expiration or early termination of this Agreement for a period of seven (7) years.

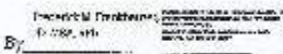
8. The parties do not intend that any agency or partnership relationship be created between them by this Agreement.

9. This Agreement sets forth the entire agreement between the parties as to the subject matter herein, and none of the terms of this Agreement shall be amended or modified except in writing, signed by the parties.

10. This Agreement and the legal relationship of the parties to it, shall be governed by, and construed and interpreted under the law of the Commonwealth of Massachusetts, without reference to conflict of law principles.

The Effective Date of this Agreement is the date on which it has been executed by an authorized official of each party.

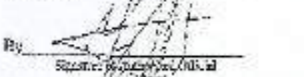
Tufts Medical Center, Inc.

By: 
 Frederick M. Frankhauser, MD, MBA
 Director, Grants and Contracts

Name: Frederick M. Frankhauser, MD, MBA

Title: Director, Grants and Contracts

Recipient

By: 
 Edgardo Sabino Neto, MD, PhD

Name: Edgardo Sabino Neto

Title: Coordinator of the graduate program in transdisciplinary surgery (UNTSF)

Apêndice 8 – Tabelas de 15 a 35

	Modelo Inicial		Modelo Inicial	
	Coefficiente (IC95%)	P	Coefficiente (IC95%)	p
Grupo (ref.=Controle)				
Úlcera venosa	-21,03 (-22,78 ; -19,28)	<0,001	-20,59 (-22,20 ; -18,98)	<0,001
Insuficiência venosa	-8,03 (-9,68 ; -6,39)	<0,001	-8,19 (-9,80 ; -6,58)	<0,001
Sexo Masculino (ref.=Feminino)	0,84 (-1,41 ; 3,08)	0,463	-	ns
Idade (anos)	0,02 (-0,08 ; 0,12)	0,668	-	ns
Estado Civil - Sem companheiro (ref.= Com companheiro)	-0,87 (-2,88 ; 1,14)	0,396	-	ns
Escolaridade (ref.=5 a 8 anos)				
Até 4 anos de estudo	-0,25 (-2,34 ; 1,84)	0,814	-	ns
Mais de 8 anos	-0,31 (-3,04 ; 2,42)	0,823	-	ns
Cor - Não branca (ref.= Branca)	-1,92 (-3,96 ; 0,11)	0,064	-	ns
Religião - Não católico (ref.=Católico)	0,11 (-1,97 ; 2,18)	0,919	-	ns
Cidade - Pouso Alegre (ref = Demais)	0,05 (-2,73 ; 2,82)	0,974	-	ns
Zona - Rural (ref. = Urbana)	0,32 (-1,93 ; 2,58)	0,777	-	ns
Faixa Salarial - Até 1 SM (ref.= 2 a 5 SM)	1,32 (-0,77 ; 3,40)	0,215	-	ns
Profissão (ref.=5 ou 3)				
1	-1,63 (-5,71 ; 2,44)	0,431	-	ns
2	-0,64 (-5,28 ; 3,99)	0,785	-	ns
6	2,32 (-0,71 ; 5,35)	0,134	2,87 (0,74 ; 4,99)	0,008
7	-2,29 (-5,15 ; 0,57)	0,116	-	ns
8	3,56 (-0,44 ; 7,55)	0,081	3,35 (0,23 ; 6,47)	0,036
Sem vínculo empregatício (ref.= com vínculo)	0,10 (-1,73 ; 1,93)	0,916	-	ns
Tabagismo (ref.=Não)	0,77 (-1,57 ; 3,11)	0,517	-	ns
HAS (ref.=Não)	1,56 (-0,41 ; 3,53)	0,120	-	ns
Diabetes (ref.=Não)	1,34 (-2,72 ; 5,40)	0,516	-	ns
Constante	43,43 (37,62 ; 49,24)	<0,001	44,59 (43,44 ; 45,75)	<0,001
R ² (%)	70,3		68,9	
R ² ajustado (%)	68,0		68,4	

Tabela 15 -Resultado do modelo de regressão linear múltipla para ICT

N=300

R² - Coeficiente de Determinação

ns –não significante

Tabela 16 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WLQ - Gerência de tempo

	Modelo Inicial		Modelo Inicial	
	Coefficiente (IC95%)	p	Coefficiente (IC95%)	p
Grupo (ref.=Controle)				
Úlcera venosa	66,81 (61,54 ; 72,08)	<0,001	66,77 (61,79 ; 71,74)	<0,001
Insuficiência venosa	6,95 (1,99 ; 11,91)	0,006	6,68 (1,83 ; 11,54)	0,007
Sexo Masculino (ref.=Feminino)	-0,22 (-6,98 ; 6,55)	0,950	-	ns
Idade (anos)	0,08 (-0,22 ; 0,38)	0,584	-	ns
Estado Civil - Sem companheiro (ref.= Com companheiro)	1,73 (-4,33 ; 7,78)	0,575	-	ns
Escolaridade (ref.=5 a 8 anos)				
Até 4 anos de estudo	1,49 (-4,78 ; 7,77)	0,640	-	ns
Mais de 8 anos	1,39 (-6,82 ; 9,61)	0,739	-	ns
Cor - Não branca (ref.= Branca)	0,97 (-5,16 ; 7,10)	0,755	-	ns
Religião - Não católico (ref.=Católico)	-6,31 (-12,57 ; -0,06)	0,048	-	ns
Cidade - Pouso Alegre (ref = Demais)	-1,28 (-9,64 ; 7,08)	0,763	-	ns
Zona - Rural (ref. = Urbana)	-2,24 (-9,04 ; 4,56)	0,518	-	ns
Faixa Salarial - Até 1 SM (ref.= 2 a 5 SM)	-10,24 (-16,52 ; -3,96)	0,001	-8,52 (-12,71 ; -4,33)	<0,001
Profissão (ref.=5 ou 3)				
1	-13,68 (-25,95 ; -1,4)	0,029	-11,7 (-20,49 ; -2,91)	0,009
2	-5,8 (-19,77 ; 8,16)	0,414	-	ns
6	-1,66 (-10,80 ; 7,48)	0,721	-	ns
7	7,88 (-0,73 ; 16,49)	0,073	9,04 (2,05 ; 16,04)	0,011
8	7,38 (-4,65 ; 19,41)	0,228	-	ns
Sem vínculo empregatício (ref.= com vínculo)	2,02 (-3,50 ; 7,54)	0,471	-	ns
Tabagismo (ref.=Não)	3,69 (-3,35 ; 10,73)	0,303	-	ns
HAS (ref.=Não)	-8,48 (-14,42 ; -2,54)	0,005	-8,40 (-13,39 ; -3,41)	0,001
Diabetes (ref.=Não)	-5,4 (-17,62 ; 6,83)	0,386	-	ns
Constante	4,99 (-12,5 ; 22,49)	0,575	8,38 (4,37 ; 12,39)	<0,001
R ² (%)	75,1		74,2	
R ² ajustado (%)	73,3		73,6	

N=300

R² - Coeficiente de Determinação

ns – não significante

Tabela 17 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WLQ - Demanda física

	Modelo Inicial		Modelo Inicial	
	Coefficiente (IC95%)	p	Coefficiente (IC95%)	p
Grupo (ref.=Controle)				
Úlcera venosa	-38,17 (-43,63 ; -32,71)	<0,001	-38,80 (-43,80 ; -33,80)	<0,001
Insuficiência venosa	-54,6 (-59,73 ; -49,46)	<0,001	-54,99 (-59,99 ; -49,99)	<0,001
Sexo Masculino (ref.=Feminino)	0,89 (-6,12 ; 7,89)	0,803	-	ns
Idade (anos)	0,03 (-0,28 ; 0,34)	0,829	-	ns
Estado Civil - Sem companheiro (ref.= Com companheiro)	1,16 (-5,11 ; 7,43)	0,715	-	ns
Escolaridade (ref.=5 a 8 anos)				
Até 4 anos de estudo	-0,38 (-6,88 ; 6,12)	0,909	-	ns
Mais de 8 anos	4,62 (-3,89 ; 13,13)	0,286	-	ns
Cor - Não branca (ref.= Branca)	-2,02 (-8,37 ; 4,33)	0,532	-	ns
Religião - Não católico (ref.=Católico)	8,59 (2,11 ; 15,07)	0,010	8,71 (3,56 ; 13,86)	0,001
Cidade - Pouso Alegre (ref = Demais)	-5,07 (-13,72 ; 3,59)	0,250	-	ns
Zona - Rural (ref. = Urbana)	12,12 (5,08 ; 19,16)	0,001	8,99 (3,89 ; 14,09)	0,001
Faixa Salarial - Até 1 SM (ref.= 2 a 5 SM)	6,41 (-0,10 ; 12,91)	0,053	5,79 (1,21 ; 10,37)	0,013
Profissão (ref.=5 ou 3)				
1	3,88 (-8,83 ; 16,60)	0,548	-	ns
2	-1,03 (-15,49 ; 13,43)	0,889	-	ns
6	-4,41 (-13,87 ; 5,06)	0,360	-	ns
7	3,19 (-5,72 ; 12,11)	0,481	-	ns
8	-2,21 (-14,66 ; 10,25)	0,728	-	ns
Sem vínculo empregatício (ref.= com vínculo)	-3,14 (-8,86 ; 2,57)	0,280	-	ns
Tabagismo (ref.=Não)	2,04 (-5,25 ; 9,34)	0,581	-	ns
HAS (ref.=Não)	1,24 (-4,91 ; 7,39)	0,692	-	ns
Diabetes (ref.=Não)	-6,00 (-18,66 ; 6,66)	0,351	-10,95 (-19,98 ; -1,91)	0,018
Constante	60,99 (42,87 ; 79,11)	<0,001	64,37 (59,8 ; 68,94)	<0,001
R ² (%)	65,4		64,3	
R ² ajustado (%)	62,8		63,5	

N=300

R² - Coeficiente de Determinação

ns - não significante

Tabela 18 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WLQ - Demanda mental-interpessoal

	Modelo Inicial		Modelo Inicial	
	Coefficiente (IC95%)	p	Coefficiente (IC95%)	p
Grupo (ref.=Controle)				
Úlcera venosa	27,66 (22,84 ; 32,48)	<0,001	27,1 (22,63 ; 31,56)	<0,001
Insuficiência venosa	13,11 (8,58 ; 17,65)	<0,001	12,86 (8,41 ; 17,31)	<0,001
Sexo Masculino (ref.=Feminino)	-1,85 (-8,04 ; 4,33)	0,556	-	ns
Idade (anos)	0,12 (-0,15 ; 0,40)	0,377	-	ns
Estado Civil - Sem companheiro (ref.= Com companheiro)	-2,27 (-7,8 ; 3,27)	0,421	-	ns
Escolaridade (ref.=5 a 8 anos)				
Até 4 anos de estudo	-4,22 (-9,96 ; 1,53)	0,150	-	ns
Mais de 8 anos	1,43 (-6,09 ; 8,94)	0,709	-	ns
Cor - Não branca (ref.= Branca)	2,39 (-3,22 ; 8,00)	0,402	-	ns
Religião - Não católico (ref.=Católico)	-1,15 (-6,87 ; 4,57)	0,692	-	ns
Cidade - Pouso Alegre (ref = Demais)	-0,20 (-7,85 ; 7,44)	0,958	-	ns
Zona - Rural (ref. = Urbana)	-1,85 (-8,07 ; 4,37)	0,560	-	ns
Faixa Salarial - Até 1 SM (ref.= 2 a 5 SM)	-4,09 (-9,84 ; 1,65)	0,162	-	ns
Profissão (ref.=5 ou 3)				
1	-12,26 (-23,49 ; -1,03)	0,033	-	ns
2	-3,46 (-16,24 ; 9,31)	0,594	-	ns
6	-6,07 (-14,43 ; 2,29)	0,154	-	ns
7	-0,30 (-8,17 ; 7,58)	0,940	-	ns
8	-9,97 (-20,97 ; 1,04)	0,076	-	ns
Sem vínculo empregatício (ref.= com vínculo)	5,34 (0,29 ; 10,39)	0,038	-	ns
Tabagismo (ref.=Não)	4,09 (-2,35 ; 10,53)	0,212	5,41 (0,76 ; 10,05)	0,023
HAS (ref.=Não)	-2,20 (-7,63 ; 3,24)	0,427	-	ns
Diabetes (ref.=Não)	0,25 (-10,93 ; 11,43)	0,965	-	ns
Constante	1,2 (-14,8 ; 17,21)	0,882	2,06 (-1,25 ; 5,37)	0,221
R ² (%)	37,1		32,8	
R ² ajustado (%)	32,3		32,1	

N=300

R² - Coeficiente de Determinação

ns – não significante

Tabela 19 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WLQ - Demanda de produção

	Modelo Inicial		Modelo Inicial	
	Coefficiente (IC95%)	p	Coefficiente (IC95%)	P
Grupo (ref.=Controle)				
Úlcera venosa	47,28 (41,21 ; 53,36)	<0,001	46,90 (41,24 ; 52,56)	<0,001
Insuficiência venosa	13,33 (7,62 ; 19,05)	<0,001	13,29 (7,71 ; 18,88)	<0,001
Sexo Masculino (ref.=Feminino)	0,93 (-6,86 ; 8,73)	0,814	-	ns
Idade (anos)	0,10 (-0,25 ; 0,44)	0,585	-	ns
Estado Civil - Sem companheiro (ref.= Com companheiro)	-1,67 (-8,65 ; 5,31)	0,638	-	ns
Escolaridade (ref.=5 a 8 anos)				
Até 4 anos de estudo	-5,46 (-12,70 ; 1,78)	0,139	-	ns
Mais de 8 anos	-1,04 (-10,51 ; 8,42)	0,828	-	ns
Cor - Não branca (ref.= Branca)	12,48 (5,41 ; 19,54)	0,001	14,33 (8,14 ; 20,52)	<0,001
Religião - Não católico (ref.=Católico)	-9,22 (-16,43 ; -2,01)	0,012	-6,55 (-12,02 ; -1,08)	0,019
Cidade - Pouso Alegre (ref = Demais)	-0,41 (-10,05 ; 9,22)	0,933	-	ns
Zona - Rural (ref. = Urbana)	-4,10 (-11,94 ; 3,74)	0,304	-	ns
Faixa Salarial - Até 1 SM (ref.= 2 a 5 SM)	-8,10 (-15,34 ; -0,86)	0,029	-8,15 (-13,41 ; -2,88)	0,003
Profissão (ref.=5 ou 3)				
1	-7,53 (-21,68 ; 6,62)	0,296	-	ns
2	-8,47 (-24,57 ; 7,63)	0,301	-	ns
6	-7,72 (-18,25 ; 2,82)	0,150	-	ns
7	3,82 (-6,11 ; 13,74)	0,449	-	ns
8	-19,67 (-33,54 ; -5,80)	0,006	-16,4 (-27,77 ; -5,03)	0,005
Sem vínculo empregatício (ref.= com vínculo)	0,15 (-6,21 ; 6,51)	0,964	-	ns
Tabagismo (ref.=Não)	6,51 (-1,60 ; 14,63)	0,115	8,52 (2,48 ; 14,55)	0,006
HAS (ref.=Não)	-1,37 (-8,22 ; 5,47)	0,693	-	ns
Diabetes (ref.=Não)	-9,48 (-23,57 ; 4,61)	0,186	-11,25 (-21,82 ; -0,67)	0,037
Constante	4,86 (-15,31 ; 25,03)	0,636	2,39 (-2,31 ; 7,09)	0,318
R ² (%)	55,8		54,6	
R ² ajustado (%)	52,5		53,3	

N=300

R² - Coeficiente de Determinação

ns – não significativa

Tabela 20 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para índice de WLQ

	Modelo Inicial		Modelo Inicial	
	Coefficiente (IC95%)	p	Coefficiente (IC95%)	p
Grupo (ref.=Controle)				
Úlcera venosa	9,5 (8,39 ; 10,61)	<0,001	9,23 (8,19 ; 10,27)	<0,001
Insuficiência venosa	1,04 (0,00 ; 2,08)	0,050	1,10 (0,08 ; 2,13)	0,035
Sexo Masculino (ref.=Feminino)	-0,06 (-1,48 ; 1,36)	0,937	-	ns
Idade (anos)	0,03 (-0,04 ; 0,09)	0,394	-	ns
Estado Civil - Sem companheiro (ref.= Com companheiro)	-0,27 (-1,54 ; 1,00)	0,676	-	ns
Escolaridade (ref.=5 a 8 anos)				
Até 4 anos de estudo	-0,92 (-2,24 ; 0,39)	0,168	-	ns
Mais de 8 anos	0,26 (-1,46 ; 1,98)	0,767	-	ns
Cor - Não branca (ref.= Branca)	1,53 (0,24 ; 2,81)	0,020	1,31 (0,28 ; 2,35)	0,013
Religião - Não católico (ref.=Católico)	-1,08 (-2,39 ; 0,23)	0,106	-	ns
Cidade - Pouso Alegre (ref = Demais)	-0,31 (-2,06 ; 1,45)	0,731	-	ns
Zona - Rural (ref. = Urbana)	-0,28 (-1,71 ; 1,14)	0,696	-	ns
Faixa Salarial - Até 1 SM (ref.= 2 a 5 SM)	-1,51 (-2,83 ; -0,19)	0,025	-1,17 (-2,1 ; -0,24)	0,014
Profissão (ref.=5 ou 3)				
1	-2,49 (-5,07 ; 0,08)	0,058	-	ns
2	-1,55 (-4,48 ; 1,38)	0,300	-	ns
6	-1,64 (-3,56 ; 0,28)	0,093	-	ns
7	0,87 (-0,94 ; 2,67)	0,344	-	ns
8	-2,77 (-5,29 ; -0,24)	0,032	-2,47 (-4,5 ; -0,45)	0,017
Sem vínculo empregatício (ref.= com vínculo)	0,51 (-0,65 ; 1,67)	0,385	-	ns
Tabagismo (ref.=Não)	1,33 (-0,14 ; 2,81)	0,076	1,84 (0,76 ; 2,93)	0,001
HAS (ref.=Não)	-0,72 (-1,96 ; 0,53)	0,257	-	ns
Diabetes (ref.=Não)	-1,46 (-4,02 ; 1,11)	0,264	-	ns
Constante	3,07 (-0,60 ; 6,74)	0,101	3,00 (2,18 ; 3,81)	<0,001
R ² (%)	60,2		57,9	
R ² ajustado (%)	57,2		57,1	

N=300

R² - Coeficiente de Determinação

ns – não significante

Tabela 21 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WPAI - Absenteísmo

	Modelo Inicial		Modelo Inicial	
	Coefficiente (IC95%)	p	Coefficiente (IC95%)	p
Grupo (ref.=Controle)				
Úlcera venosa		<0,0		<0,0
	0,30 (0,24 ; 0,35)	01	0,28 (0,24 ; 0,32)	01
Insuficiência venosa	0,04 (-0,01 ; 0,09)	0,11 8	-	ns
Sexo Masculino (ref.=Feminino)	-0,02 (-0,08 ; 0,05)	0,64 8	-	ns
Idade (anos)		0,04	0,003 (0,001 ; 0,006)	0,01 9
Estado Civil - Sem companheiro (ref.= Com companheiro)	-0,02 (-0,08 ; 0,04)	0,50 2	-	ns
Escolaridade (ref.=5 a 8 anos)				
Até 4 anos de estudo	-0,01 (-0,07 ; 0,05)	0,76 5	-	ns
Mais de 8 anos	0,06 (-0,02 ; 0,14)	0,16 1	0,053 (0,002 ; 0,105)	0,04 1
Cor - Não branca (ref.= Branca)	-0,02 (-0,08 ; 0,04)	0,45 3	0,08 (0,04 ; 0,13)	0,00 1
Religião - Não católico (ref.=Católico)		<0,0		
	0,12 (0,05 ; 0,18)	01	-	ns
Cidade - Pouso Alegre (ref = Demais)	-0,05 (-0,13 ; 0,03)	0,24 4	-	ns
Zona - Rural (ref. = Urbana)	0,01 (-0,06 ; 0,08)	0,76 4	-	ns
Faixa Salarial - Até 1 SM (ref.= 2 a 5 SM)	0,05 (-0,01 ; 0,11)	0,10 7	0,06 (0,02 ; 0,11)	0,00 7
Profissão (ref.=5 ou 3)				
1	-0,04 (-0,17 ; 0,08)	0,48 3	-	ns
2	0,03 (-0,11 ; 0,17)	0,62 9	-	ns
6	0,14 (0,05 ; 0,24)	0,00 2	0,17 (0,10 ; 0,24)	<0,0 01
7	-0,02 (-0,11 ; 0,06)	0,61 4	-	ns
8	-0,04 (-0,16 ; 0,08)	0,54 0	-	ns
Sem vínculo empregatício (ref.= com vínculo)	0,04 (-0,01 ; 0,10)	0,14 1	-	ns
Tabagismo (ref.=Não)	0,01 (-0,06 ; 0,08)	0,68 6	-	ns
HAS (ref.=Não)	0,01 (-0,05 ; 0,07)	0,73 5	-	ns
Diabetes (ref.=Não)	-0,07 (-0,19 ; 0,05)	0,25 3	-0,10 (-0,18 ; - 0,01)	0,02 3
Constante	-0,2 (-0,38 ; - 0,03)	0,02 4	-0,18 (-0,31 ; - 0,06)	0,00 5
R ² (%)	44,2		42,3	
R ² ajustado (%)	40,0		40,9	

N=300

R² - Coeficiente de Determinação

ns - não significante

Tabela 22 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WPAI - Presenteísmo

	Modelo Inicial		Modelo Inicial	
	Coefficiente (IC95%)	p	Coefficiente (IC95%)	p
Grupo (ref.=Controle)				
Úlcera venosa	74,91 (67,6 ; 82,22)	<0,001	76,83 (70,11 ; 83,55)	<0,001
Insuficiência venosa	31,75 (24,88 ; 38,63)	<0,001	31,90 (25,23 ; 38,56)	<0,001
Sexo Masculino (ref.=Feminino)	-3,50 (-12,88 ; 5,88)	0,463	-	ns
Idade (anos)	-0,12 (-0,53 ; 0,30)	0,577	-	ns
Estado Civil - Sem companheiro (ref.= Com companheiro)	-4,26 (-12,65 ; 4,14)	0,319	-	ns
Escolaridade (ref.=5 a 8 anos)				
Até 4 anos de estudo	3,43 (-5,28 ; 12,14)	0,439	-	ns
Mais de 8 anos	-0,31 (-11,7 ; 11,09)	0,958	-	ns
Cor - Não branca (ref.= Branca)	-12,83 (-21,34 ; -4,33)	0,003	-10,22 (-16,4 ; -4,04)	0,001
Religião - Não católico (ref.=Católico)	-3,27 (-11,95 ; 5,41)	0,459	-	ns
Cidade - Pouso Alegre (ref = Demais)	-6,45 (-18,04 ; 5,15)	0,275	-	ns
Zona - Rural (ref. = Urbana)	-9,34 (-18,77 ; 0,10)	0,052	-	ns
Faixa Salarial - Até 1 SM (ref.= 2 a 5 SM)	-0,04 (-8,75 ; 8,67)	0,993	-	ns
Profissão (ref.=5 ou 3)				
1	-8,32 (-25,35 ; 8,71)	0,337	-	ns
2	-14,3 (-33,68 ; 5,07)	0,147	-	ns
6	6,01 (-6,67 ; 18,68)	0,352	-	ns
7	-3,26 (-15,21 ; 8,68)	0,591	-	ns
8	-4,90 (-21,59 ; 11,79)	0,563	-	ns
Sem vínculo empregatício (ref.= com vínculo)	-1,88 (-9,54 ; 5,77)	0,628	-	ns
Tabagismo (ref.=Não)	-3,62 (-13,39 ; 6,14)	0,466	-	ns
HAS (ref.=Não)	4,17 (-4,07 ; 12,41)	0,320	-	ns
Diabetes (ref.=Não)	-4,66 (-21,62 ; 12,29)	0,589	-	ns
Constante	20,45 (-3,82 ; 44,73)	0,098	6,75 (1,83 ; 11,67)	0,007
R ² (%)	64,8		63,3	
R ² ajustado (%)	62,1		62,9	

N=300

R² - Coeficiente de Determinação

ns – não significante

Tabela 23 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WPAI - Absenteísmo + Presenteísmo

	Modelo Inicial		Modelo Inicial	
	Coefficiente (IC95%)	p	Coefficiente (IC95%)	p
Grupo (ref.=Controle)				
Úlcera venosa	39,52 (32,24 ; 46,8)	<0,001	39,2 (32,43 ; 45,96)	<0,001
Insuficiência venosa	28,73 (21,88 ; 35,58)	<0,001	29,02 (22,34 ; 35,7)	<0,001
Sexo Masculino (ref.=Feminino)	-4,38 (-13,73 ; 4,96)	0,356	-	ns
Idade (anos)	-0,26 (-0,68 ; 0,15)	0,212	-	ns
Estado Civil - Sem companheiro (ref.= Com companheiro)	-2,72 (-11,08 ; 5,64)	0,523	-	ns
Escolaridade (ref.=5 a 8 anos)				
Até 4 anos de estudo	5,48 (-3,20 ; 14,15)	0,215	-	ns
Mais de 8 anos	1,18 (-10,17 ; 12,53)	0,838	-	ns
Cor - Não branca (ref.= Branca)	-15,78 (-24,25 ; -7,32)	0,000	-14,95 (-21,91 ; -7,99)	<0,001
Religião - Não católico (ref.=Católico)	-2,44 (-11,08 ; 6,21)	0,579	-	ns
Cidade - Pouso Alegre (ref = Demais)	-1,53 (-13,08 ; 10,01)	0,794	-	ns
Zona - Rural (ref. = Urbana)	-7,05 (-16,44 ; 2,35)	0,141	-6,90 (-13,28 ; -0,53)	0,034
Faixa Salarial - Até 1 SM (ref.= 2 a 5 SM)	2,08 (-6,60 ; 10,76)	0,638	8,84 (2,65 ; 15,03)	0,005
Profissão (ref.=5 ou 3)				
1	8,55 (-8,41 ; 25,51)	0,322	14,07 (2,57 ; 25,57)	0,017
2	-15,65 (-34,94 ; 3,64)	0,111	-	ns
6	-4,32 (-16,95 ; 8,30)	0,501	-	ns
7	-12,68 (-24,58 ; -0,79)	0,037	-10,16 (-19,78 ; -0,54)	0,038
8	-2,65 (-19,27 ; 13,97)	0,754	-	ns
Sem vínculo empregatício (ref.= com vínculo)	1,57 (-6,05 ; 9,20)	0,685	-	ns
Tabagismo (ref.=Não)	-3,91 (-13,64 ; 5,82)	0,429	-	ns
HAS (ref.=Não)	-4,18 (-12,38 ; 4,03)	0,317	-	ns
Diabetes (ref.=Não)	2,08 (-14,8 ; 18,96)	0,809	-	ns
Constante	25,51 (1,34 ; 49,68)	0,039	6,97 (1,15 ; 12,8)	0,019
R ² (%)	40,3		38,3	
R ² ajustado (%)	35,8		36,8	

N=300

R² - Coeficiente de Determinação

ns - não significante

Tabela 24 -Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WPAI - Absenteísmo

	Modelo Inicial		Modelo Inicial	
	Coefficiente (IC95%)	p	Coefficiente (IC95%)	p
Grupo (ref.=Controle)				
Úlcera venosa	0,30 (0,24 ; 0,35)	<0,001	0,28 (0,24 ; 0,32)	<0,001
Insuficiência venosa	0,04 (-0,01 ; 0,09)	0,118	-	ns
Sexo Masculino (ref.=Feminino)	-0,02 (-0,08 ; 0,05)	0,648	-	ns
Idade (anos)	0,003 (0 ; 0,006)	0,042	0,003 (0,001 ; 0,006)	0,019
Estado Civil - Sem companheiro (ref.= Com companheiro)	-0,02 (-0,08 ; 0,04)	0,502	-	ns
Escolaridade (ref.=5 a 8 anos)				
Até 4 anos de estudo	-0,01 (-0,07 ; 0,05)	0,765	-	ns
Mais de 8 anos	0,06 (-0,02 ; 0,14)	0,161	0,053 (0,002 ; 0,105)	0,041
Cor - Não branca (ref.= Branca)	-0,02 (-0,08 ; 0,04)	0,453	0,08 (0,04 ; 0,13)	0,001
Religião - Não católico (ref.=Católico)	0,12 (0,05 ; 0,18)	<0,001	-	ns
Cidade - Pouso Alegre (ref = Demais)	-0,05 (-0,13 ; 0,03)	0,244	-	ns
Zona - Rural (ref. = Urbana)	0,01 (-0,06 ; 0,08)	0,764	-	ns
Faixa Salarial - Até 1 SM (ref.= 2 a 5 SM)	0,05 (-0,01 ; 0,11)	0,107	0,06 (0,02 ; 0,11)	0,007
Profissão (ref.=5 ou 3)				
1	-0,04 (-0,17 ; 0,08)	0,483	-	ns
2	0,03 (-0,11 ; 0,17)	0,629	-	ns
6	0,14 (0,05 ; 0,24)	0,002	0,17 (0,10 ; 0,24)	<0,001
7	-0,02 (-0,11 ; 0,06)	0,614	-	ns
8	-0,04 (-0,16 ; 0,08)	0,540	-	ns
Sem vínculo empregatício (ref.= com vínculo)	0,04 (-0,01 ; 0,10)	0,141	-	ns
Tabagismo (ref.=Não)	0,01 (-0,06 ; 0,08)	0,686	-	ns
HAS (ref.=Não)	0,01 (-0,05 ; 0,07)	0,735	-	ns
Diabetes (ref.=Não)	-0,07 (-0,19 ; 0,05)	0,253	-0,10 (-0,18 ; -0,01)	0,023
Constante	-0,2 (-0,38 ; -0,03)	0,024	-0,18 (-0,31 ; -0,06)	0,005
R ² (%)		44,2		42,3
R ² ajustado (%)		40,0		40,9

N=300

R² - Coeficiente de Determinação

ns –não significante

Tabela 25 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WPAI - Presenteísmo

	Modelo Inicial		Modelo Inicial	
	Coefficiente (IC95%)	p	Coefficiente (IC95%)	p
Grupo (ref.=Controle)				
Úlcera venosa	74,91 (67,6 ; 82,22)	<0,001	76,83 (70,11 ; 83,55)	<0,001
Insuficiência venosa	31,75 (24,88 ; 38,63)	<0,001	31,90 (25,23 ; 38,56)	<0,001
Sexo Masculino (ref.=Feminino)	-3,50 (-12,88 ; 5,88)	0,463	-	ns
Idade (anos)	-0,12 (-0,53 ; 0,30)	0,577	-	ns
Estado Civil - Sem companheiro (ref.= Com companheiro)	-4,26 (-12,65 ; 4,14)	0,319	-	ns
Escolaridade (ref.=5 a 8 anos)				
Até 4 anos de estudo	3,43 (-5,28 ; 12,14)	0,439	-	ns
Mais de 8 anos	-0,31 (-11,7 ; 11,09)	0,958	-	ns
Cor - Não branca (ref.= Branca)	-12,83 (-21,34 ; - 4,33)	0,003	-10,22 (-16,4 ; - 4,04)	0,001
Religião - Não católico (ref.=Católico)	-3,27 (-11,95 ; 5,41)	0,459	-	ns
Cidade - Pouso Alegre (ref = Demais)	-6,45 (-18,04 ; 5,15)	0,275	-	ns
Zona - Rural (ref. = Urbana)	-9,34 (-18,77 ; 0,10)	0,052	-	ns
Faixa Salarial - Até 1 SM (ref.= 2 a 5 SM)	-0,04 (-8,75 ; 8,67)	0,993	-	ns
Profissão (ref.=5 ou 3)				
1	-8,32 (-25,35 ; 8,71)	0,337	-	ns
2	-14,3 (-33,68 ; 5,07)	0,147	-	ns
6	6,01 (-6,67 ; 18,68)	0,352	-	ns
7	-3,26 (-15,21 ; 8,68)	0,591	-	ns
8	-4,90 (-21,59 ; 11,79)	0,563	-	ns
Sem vínculo empregatício (ref.= com vínculo)	-1,88 (-9,54 ; 5,77)	0,628	-	ns
Tabagismo (ref.=Não)	-3,62 (-13,39 ; 6,14)	0,466	-	ns
HAS (ref.=Não)	4,17 (-4,07 ; 12,41)	0,320	-	ns
	-4,66 (-21,62 ; 12,29)	0,589	-	ns
Diabetes (ref.=Não)				
Constante	20,45 (-3,82 ; 44,73)	0,098	6,75 (1,83 ; 11,67)	0,007
R ² (%)	64,8		63,3	
R ² ajustado (%)	62,1		62,9	

N=300

R² - Coeficiente de Determinação

ns – não significante

Tabela 26 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WPAI - Absenteísmo + Presenteísmo

	Modelo Inicial		Modelo Inicial	
	Coefficiente (IC95%)	p	Coefficiente (IC95%)	p
Grupo (ref.=Controle)				
Úlcera venosa	39,52 (32,24 ; 46,8)	<0,001	39,2 (32,43 ; 45,96)	<0,001
Insuficiência venosa	28,73 (21,88 ; 35,58)	<0,001	29,02 (22,34 ; 35,7)	<0,001
Sexo Masculino (ref.=Feminino)	-4,38 (-13,73 ; 4,96)	0,356	-	ns
Idade (anos)	-0,26 (-0,68 ; 0,15)	0,212	-	ns
Estado Civil - Sem companheiro (ref.= Com companheiro)	-2,72 (-11,08 ; 5,64)	0,523	-	ns
Escolaridade (ref.=5 a 8 anos)				
Até 4 anos de estudo	5,48 (-3,20 ; 14,15)	0,215	-	ns
Mais de 8 anos	1,18 (-10,17 ; 12,53)	0,838	-	ns
Cor - Não branca (ref.= Branca)	-15,78 (-24,25 ; -7,32)	0,000	-14,95 (-21,91 ; -7,99)	<0,001
Religião - Não católico (ref.=Católico)	-2,44 (-11,08 ; 6,21)	0,579	-	ns
Cidade - Pouso Alegre (ref = Demais)	-1,53 (-13,08 ; 10,01)	0,794	-	ns
Zona - Rural (ref. = Urbana)	-7,05 (-16,44 ; 2,35)	0,141	-6,90 (-13,28 ; -0,53)	0,034
Faixa Salarial - Até 1 SM (ref.= 2 a 5 SM)	2,08 (-6,60 ; 10,76)	0,638	8,84 (2,65 ; 15,03)	0,005
Profissão (ref.=5 ou 3)				
1	8,55 (-8,41 ; 25,51)	0,322	14,07 (2,57 ; 25,57)	0,017
2	-15,65 (-34,94 ; 3,64)	0,111	-	ns
6	-4,32 (-16,95 ; 8,30)	0,501	-	ns
7	-12,68 (-24,58 ; -0,79)	0,037	-10,16 (-19,78 ; -0,54)	0,038
8	-2,65 (-19,27 ; 13,97)	0,754	-	ns
Sem vínculo empregatício (ref.= com vínculo)	1,57 (-6,05 ; 9,20)	0,685	-	ns
Tabagismo (ref.=Não)	-3,91 (-13,64 ; 5,82)	0,429	-	ns
HAS (ref.=Não)	-4,18 (-12,38 ; 4,03)	0,317	-	ns
Diabetes (ref.=Não)	2,08 (-14,8 ; 18,96)	0,809	-	ns
Constante	25,51 (1,34 ; 49,68)	0,039	6,97 (1,15 ; 12,8)	0,019
R ² (%)	40,3		38,3	
R ² ajustado (%)	35,8		36,8	

N=300

R² - Coeficiente de Determinação

ns - não significante

Tabela 27 - Resultado do modelo de regressão linear múltipla para WPAI - Prejuízo

	Modelo Inicial		Modelo Inicial	
	Coefficiente (IC95%)	p	Coefficiente (IC95%)	p
Grupo (ref.=Controle)				
Úlcera venosa	74,89 (67,45 ; 82,34)	<0,001	74,6 (67,77 ; 81,43)	<0,001
Insuficiência venosa	35,28 (28,28 ; 42,29)	<0,001	34,5 (27,67 ; 41,33)	<0,001
Sexo Masculino (ref.=Feminino)	-1,79 (-11,35 ; 7,77)	0,713	-	ns
Idade (anos)	0,29 (-0,13 ; 0,71)	0,177	-	ns
Estado Civil - Sem companheiro (ref.= Com companheiro)	4,00 (-4,55 ; 12,55)	0,358	-	ns
Escolaridade (ref.=5 a 8 anos)				
Até 4 anos de estudo	-2,48 (-11,35 ; 6,39)	0,583	-	ns
Mais de 8 anos	2,44 (-9,17 ; 14,04)	0,679	-	ns
Cor - Não branca (ref.= Branca)	-3,17 (-11,83 ; 5,50)	0,472	-	ns
Religião - Não católico (ref.=Católico)	-0,55 (-9,39 ; 8,29)	0,903	-	ns
Cidade - Pouso Alegre (ref = Demais)	-8,06 (-19,87 ; 3,75)	0,180	-	ns
Zona - Rural (ref. = Urbana)	-1,75 (-11,35 ; 7,86)	0,721	-	ns
Faixa Salarial - Até 1 SM (ref.= 2 a 5 SM)	-4,3 (-13,18 ; 4,57)	0,341	-	ns
Profissão (ref.=5 ou 3)				
1	5,62 (-11,73 ; 22,96)	0,524	-	ns
2	0,30 (-19,43 ; 20,03)	0,976	-	ns
6	-3,69 (-16,61 ; 9,22)	0,574	-	ns
7	6,11 (-6,06 ; 18,27)	0,324	-	ns
8	3,46 (-13,53 ; 20,46)	0,689	-	ns
Sem vínculo empregatício (ref.= com vínculo)	4,26 (-3,53 ; 12,06)	0,283	-	ns
Tabagismo (ref.=Não)	-5,27 (-15,22 ; 4,68)	0,298	-	ns
HAS (ref.=Não)	-0,25 (-8,64 ; 8,15)	0,954	-	ns
Diabetes (ref.=Não)	1,47 (-15,79 ; 18,74)	0,867	-	ns
Constante	-6,79 (-31,51 ; 17,94)	0,589	5,1 (0,27 ; 9,93)	0,039
R ² (%)	63,1		60,9	
R ² ajustado (%)	60,3		60,7	

N=300

R² - Coeficiente de Determinação

ns – não significante

Tabela 28 - Correlação da variável sexo e o ICT, WPAI-GH e WLQ

Sexo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	N	p
Índice de Capacidade para o Trabalho									
Masculino	35,2	10,7	10,0	49,0	25,5	39,0	43,8	89	0,816
Feminino	35,5	10,1	10,0	49,0	28,0	38,5	44,0	211	
Limitações no trabalho (WLQ)									
Gerência de tempo									
Masculino	32,1	38,2	0,0	100,0	0,0	10,0	75,0	89	0,126
Feminino	25,1	31,6	0,0	100,0	0,0	10,0	45,0	211	
Demanda física									
Masculino	40,9	29,3	0,0	80,0	13,3	36,7	78,3	89	0,600
Feminino	38,9	29,8	0,0	80,0	13,3	33,3	80,0	211	
Demanda mental-Interpessoal									
Masculino	15,2	18,9	-2,8	77,8	0,0	8,3	27,8	89	0,485
Feminino	16,9	19,6	0,0	69,4	0,0	8,3	33,3	211	
Demanda de Produção									
Masculino	23,0	30,1	-10,0	95,0	0,0	5,0	40,0	89	0,581
Feminino	21,0	28,9	-10,0	100,0	0,0	5,0	40,0	211	
Escore do índice de WLQ									
Masculino	6,9	5,9	0,2	24,0	2,9	3,7	11,1	89	0,515
Feminino	6,5	5,5	0,2	22,5	2,9	3,7	10,6	211	
Produtividade (WPAI)									
Absenteísmo									
Masculino	0,1	0,3	0,0	1,0	0,0	0,0	0,1	89	0,523
Feminino	0,1	0,2	0,0	1,0	0,0	0,0	0,1	211	
Presenteísmo									
Masculino	42,4	41,1	0,0	100,0	0,0	40,0	80,0	89	0,538
Feminino	39,3	38,6	0,0	100,0	0,0	40,0	70,0	211	
Absenteísmo + Presenteísmo									
Masculino	23,4	30,4	0,0	100,0	0,0	10,0	40,5	89	0,182
Feminino	28,5	29,9	0,0	100,0	0,0	25,5	50,0	211	
Prejuízo									
Masculino	43,0	40,2	0,0	100,0	0,0	40,0	80,0	89	0,653
Feminino	40,8	38,7	0,0	100,0	0,0	40,0	80,0	211	

p - Nível descritivo do teste t de Student.

Tabela 28 - Correlação entre a variável Escolaridade e o ICT

Escolaridade	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1° Quartil	Mediana	3° Quartil	N	p
Índice de Capacidade para o Trabalho									0,294
Até 4 anos de estudo	34,4	10,1	10,0	49,0	27,0	35,5	44,0	114	
De 5 a 8 anos	36,0	11,0	10,0	49,0	27,8	40,0	44,0	117	
Mais de 8 anos	36,3	9,1	13,0	49,0	30,5	36,0	45,3	69	

Teste Kruskal-Wallis

Tabela 29 - Correlação entre a variável Escolaridade e o WLQ

Escolaridade	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1° Quartil	Mediana	3° Quartil	N	p
Limitações no trabalho (WLQ)									
Gerência de tempo									0,713
Até 4 anos de estudo	29,5	37,0	0,0	100,0	0,0	10,0	50,0	114	
De 5 a 8 anos	27,3	32,8	0,0	100,0	0,0	10,0	50,0	117	
Mais de 8 anos	23,1	29,5	0,0	100,0	0,0	10,0	42,5	69	
Demanda física									0,934
Até 4 anos de estudo	39,9	29,7	0,0	80,0	13,3	33,3	80,0	114	
De 5 a 8 anos	38,9	29,2	0,0	80,0	13,3	36,7	75,0	117	
Mais de 8 anos	39,8	30,5	0,0	80,0	10,0	43,3	80,0	69	
Demanda mental-interpessoal									0,863
Até 4 anos de estudo	16,1	19,8	-2,8	69,4	0,0	8,3	27,8	114	
De 5 a 8 anos	17,4	19,7	0,0	77,8	0,0	11,1	33,3	117	
Mais de 8 anos	15,1	18,5	0,0	52,8	0,0	5,6	27,8	69	
Demanda de produção									0,145
Até 4 anos de estudo	21,5	29,6	-10,0	90,0	0,0	5,0	40,0	114	
De 5 a 8 anos	25,6	32,0	-10,0	100,0	0,0	10,0	42,5	117	
Mais de 8 anos	15,0	21,7	0,0	80,0	0,0	0,0	30,0	69	
Score do índice de WLQ									0,344
Até 4 anos de estudo	6,7	5,7	0,2	21,2	2,9	3,7	10,9	114	
De 5 a 8 anos	7,1	5,9	0,2	24,0	2,9	4,3	11,8	117	
Mais de 8 anos	5,6	4,7	0,2	17,0	2,6	3,2	9,6	69	

Teste Kruskal-Wallis

Tabela 30 - Correlação entre a variável Escolaridade e o WPAI-GH

Escolaridade	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	N	P
Produtividade (WPAI)									
Absenteísmo									0,420
Até 4 anos de estudo	0,1	0,2	0,0	1,0	0,0	0,0	0,1	114	
De 5 a 8 anos	0,1	0,2	0,0	1,0	0,0	0,0	0,1	117	
Mais de 8 anos	0,1	0,2	0,0	0,5	0,0	0,0	0,3	69	
Presenteísmo									0,839
Até 4 anos de estudo	41,1	40,8	0,0	100,0	0,0	30,0	80,0	114	
De 5 a 8 anos	40,4	39,0	0,0	100,0	0,0	40,0	80,0	117	
Mais de 8 anos	38,3	37,8	0,0	100,0	0,0	30,0	80,0	69	
Absenteísmo + Presenteísmo									0,837
Até 4 anos de estudo	27,3	31,3	0,0	100,0	0,0	20,0	43,4	114	
De 5 a 8 anos	26,2	30,7	0,0	100,0	0,0	10,0	48,2	117	
Mais de 8 anos	27,8	27,1	0,0	93,1	0,0	26,4	47,8	69	
Prejuízo									0,825
Até 4 anos de estudo	42,4	40,2	0,0	100,0	0,0	40,0	90,0	114	
De 5 a 8 anos	42,2	38,8	0,0	100,0	0,0	40,0	80,0	117	
Mais de 8 anos	38,7	38,3	0,0	100,0	0,0	30,0	75,0	69	

Teste Kruskal-Wallis

Tabela 31 - Correlação entre a variável Religião e o ICT, WPAI-GH e WLQ

Religião	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	N	p
Índice de Capacidade para o Trabalho									0,464
Católico	35,7	10,2	10,0	49,0	28,0	39,0	44,0	219	
Não católico	34,7	10,5	10,0	49,0	25,5	35,5	44,3	81	
Limitações no trabalho (WLQ)									
Gerência de tempo									0,789
Católico	26,8	34,1	0,0	100,0	0,0	10,0	50,0	219	
Não católico	28,0	33,0	0,0	100,0	0,0	10,0	50,0	81	
Demanda física									0,367
Católico	38,5	30,0	0,0	80,0	13,3	30,0	80,0	219	
Não católico	42,0	28,6	0,0	80,0	15,0	43,3	78,3	81	
Demanda mental-interpessoal									0,610
Católico	16,8	19,0	-2,8	69,4	0,0	8,3	27,8	219	
Não católico	15,5	20,4	0,0	77,8	0,0	5,6	27,8	81	
Demanda de produção									0,143
Católico	23,0	30,4	-10,0	100,0	0,0	5,0	40,0	219	
Não católico	17,8	25,5	-10,0	95,0	0,0	0,0	40,0	81	
Escore do índice de WLQ									0,503
Católico	6,7	5,7	0,2	22,5	2,9	3,7	11,1	219	
Não católico	6,2	5,3	0,5	24,0	2,9	3,7	10,1	81	
Produtividade (WPAI)									
Absenteísmo									0,054
Católico	0,1	0,2	0,0	1,0	0,0	0,0	0,1	219	
Não católico	0,2	0,2	0,0	1,0	0,0	0,0	0,3	81	
Presenteísmo									0,833
Católico	39,9	38,9	0,0	100,0	0,0	30,0	80,0	219	
Não católico	41,0	40,5	0,0	100,0	0,0	40,0	80,0	81	
Absenteísmo + Presenteísmo									0,881
Católico	26,8	30,4	0,0	100,0	0,0	20,0	45,5	219	
Não católico	27,4	29,4	0,0	100,0	0,0	26,4	46,5	81	
Prejuízo									0,891
Católico	41,3	38,4	0,0	100,0	0,0	40,0	80,0	219	
Não católico	42,0	41,4	0,0	100,0	0,0	40,0	90,0	81	

p - Nível descritivo do teste t de Student.

Tabela 32 - Correlação entre a variável município de residência e o ICT, WPAI-GH e WLQ

Cidade	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	N	p
Índice de Capacidade para o Trabalho									0,735
Pouso Alegre	36,8	8,0	21,5	47,0	30,9	35,8	44,8	26	
Demais cidades	35,3	10,4	10,0	49,0	27,5	38,5	44,0	274	
Limitações no trabalho (WLQ)									
Gerência de tempo									0,972
Pouso Alegre	24,4	30,1	0,0	85,0	0,0	10,0	45,0	26	
Demais cidades	27,4	34,1	0,0	100,0	0,0	10,0	50,0	274	
Demanda física									0,859
Pouso Alegre	37,8	30,7	0,0	80,0	10,0	25,0	80,0	26	
Demais cidades	39,6	29,6	0,0	80,0	13,3	36,7	80,0	274	
Demanda mental-interpessoal									0,988
Pouso Alegre	13,6	14,4	0,0	52,8	0,0	12,5	19,4	26	
Demais cidades	16,7	19,8	-2,8	77,8	0,0	8,3	27,8	274	
Demanda de produção									0,203
Pouso Alegre	11,2	18,4	0,0	55,0	0,0	0,0	10,0	26	
Demais cidades	22,6	29,8	-10,0	100,0	0,0	5,0	40,0	274	
Escore do índice de WLQ									0,640
Pouso Alegre	5,0	3,2	0,7	11,1	2,9	4,6	6,7	26	
Demais cidades	6,7	5,8	0,2	24,0	2,9	3,7	11,1	274	
Produtividade (WPAI)									
Absenteísmo									0,999
Pouso Alegre	0,1	0,2	0,0	0,5	0,0	0,0	0,2	26	
Demais cidades	0,1	0,2	0,0	1,0	0,0	0,0	0,1	274	
Presenteísmo									0,184
Pouso Alegre	30,8	33,1	0,0	80,0	0,0	20,0	62,5	26	
Demais cidades	41,1	39,8	0,0	100,0	0,0	40,0	80,0	274	
Absenteísmo + Presenteísmo									0,725
Pouso Alegre	25,1	28,1	0,0	80,0	0,0	20,0	52,2	26	
Demais cidades	27,2	30,3	0,0	100,0	0,0	20,0	45,5	274	
Prejuízo									0,239
Pouso Alegre	33,5	37,1	0,0	90,0	0,0	20,0	72,5	26	
Demais cidades	42,2	39,3	0,0	100,0	0,0	40,0	80,0	274	

p - Nível descritivo do teste de Mann-Whitney.

Tabela 33 - Correlação entre a variável Renda e o ICT, WPAI-GH e WLQ

Faixa Salarial	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	N	p
Índice de Capacidade para o Trabalho									0,610
Até um salário	35,1	10,1	10,0	49,0	28,0	36,5	44,0	113	
De 2 a 5 salários	35,7	10,4	10,0	49,0	27,5	39,0	44,5	187	
Limitações no trabalho (WLQ)									
Gerência de tempo									0,278
Até um salário	24,5	31,4	0,0	100,0	0,0	10,0	37,5	113	
De 2 a 5 salários	28,8	35,1	0,0	100,0	0,0	10,0	50,0	187	
Demanda física									0,844
Até um salário	39,9	30,0	0,0	80,0	11,7	36,7	80,0	113	
De 2 a 5 salários	39,2	29,4	0,0	80,0	13,3	33,3	80,0	187	
Demanda mental-interpessoal									0,664
Até um salário	17,0	21,5	-2,8	77,8	0,0	8,3	27,8	113	
De 2 a 5 salários	16,0	18,1	0,0	69,4	0,0	8,3	33,3	187	
Demanda de produção									0,696
Até um salário	20,8	29,3	-10,0	95,0	0,0	5,0	40,0	113	
De 2 a 5 salários	22,1	29,2	-10,0	100,0	0,0	5,0	40,0	187	
Escore do índice de WLQ									0,734
Até um salário	6,4	5,8	0,5	24,0	2,9	3,7	10,5	113	
De 2 a 5 salários	6,7	5,5	0,2	22,5	2,9	4,3	11,1	187	
Produtividade (WPAI)									
Absenteísmo									0,718
Até um salário	0,1	0,3	0,0	1,0	0,0	0,0	0,1	113	
De 2 a 5 salários	0,1	0,2	0,0	0,8	0,0	0,0	0,2	187	
Presenteísmo									0,898
Até um salário	39,8	38,1	0,0	100,0	0,0	40,0	70,0	113	
De 2 a 5 salários	40,4	40,2	0,0	100,0	0,0	40,0	80,0	187	
Absenteísmo + Presenteísmo									0,357
Até um salário	29,0	30,6	0,0	100,0	0,0	25,5	44,2	113	
De 2 a 5 salários	25,7	29,8	0,0	100,0	0,0	10,0	45,5	187	
Prejuízo									0,572
Até um salário	39,8	36,8	0,0	100,0	0,0	40,0	80,0	113	
De 2 a 5 salários	42,5	40,5	0,0	100,0	0,0	40,0	80,0	187	

p - Nível descritivo do teste t de Student.

Tabela 34 - Correlação entre a variável vínculo empregatício profissão e o ICT, WPAI-GH e o WLQ

Vínculo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	N	p
Índice de Capacidade para o Trabalho									0,558
Não	35,0	10,7	10,0	49,0	27,9	37,5	44,0	122	
Sim	35,7	9,9	10,0	49,0	27,5	38,8	44,0	178	
Limitações no trabalho (WLQ)									
Gerência de tempo									0,688
Não	28,1	34,3	0,0	100,0	0,0	10,0	50,0	122	
Sim	26,5	33,4	0,0	100,0	0,0	10,0	50,0	178	
Demanda física									0,139
Não	36,4	29,5	0,0	80,0	13,3	30,0	80,0	122	
Sim	41,6	29,6	0,0	80,0	13,3	43,3	80,0	178	
Demanda mental-interpessoal									0,177
Não	18,2	20,3	0,0	69,4	0,0	11,1	33,3	122	
Sim	15,2	18,7	-2,8	77,8	0,0	5,6	27,8	178	
Demanda de produção									0,810
Não	22,1	28,7	-10,0	100,0	0,0	10,0	40,0	122	
Sim	21,3	29,6	-10,0	95,0	0,0	5,0	40,0	178	
Escore do índice de WLQ									0,677
Não	6,8	5,6	0,2	22,5	2,9	4,6	10,9	122	
Sim	6,5	5,6	0,2	24,0	2,9	3,7	10,9	178	
Produtividade (WPAI)									
Absenteísmo									0,340
Não	0,1	0,2	0,0	0,8	0,0	0,0	0,1	122	
Sim	0,1	0,2	0,0	1,0	0,0	0,0	0,1	178	
Presenteísmo									0,560
Não	41,8	39,1	0,0	100,0	0,0	40,0	80,0	122	
Sim	39,1	39,5	0,0	100,0	0,0	40,0	80,0	178	
Absenteísmo + Presenteísmo									0,091
Não	30,5	29,5	0,0	100,0	0,0	25,8	50,0	122	
Sim	24,5	30,3	0,0	100,0	0,0	1,0	45,5	178	
Prejuízo									0,098
Não	46,0	39,6	0,0	100,0	0,0	40,0	80,0	122	
Sim	38,4	38,6	0,0	100,0	0,0	30,0	80,0	178	

p - Nível descritivo do teste t de Student.

ANEXOS

Anexo 1 - Índice de Capacidade para o Trabalho

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

Assinale com X um número na escala de zero a dez, que designe quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estou incapaz para o trabalho										Estou em minha melhor capacidade para o trabalho

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo.)

Muito boa	5
Boa	4
Moderada	3
Baixa	2
Muito baixa	1

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais de seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer.)

Muito boa	5
Boa	4
Moderada	3
Baixa	2
Muito baixa	1

Em sua opinião, quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
1 lesão nas costas	2	1
2 lesão nos braços/mãos	2	1
3 lesão nas pernas/pés	2	1
4 lesão em outras partes do corpo	2	1

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
5 doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores freqüentes	2	1
6 doença da parte inferior das costas com dores freqüentes	2	1
7 dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	2	1
8 doença músculo-esquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores freqüentes	2	1
9 artrite reumatóide	2	1
10 outra doença músculo-esquelética	2	1

Qual?

11 hipertensão arterial (pressão alta)	2	1
12 doença coronariana, dor no peito	2	1
durante exercício (angina pectoris)	2	1
13 infarto do miocárdio, trombose coronariana	2	1
14 insuficiência cardíaca	2	1
15 outra doença cardiovascular	2	1

Qual?

16 infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	2	1
17 bronquite crônica	2	1
18 sinusite crônica	2	1
19 asma	2	1
20 enfisema	2	1
21 tuberculose pulmonar	2	1
22 outra doença respiratória	2	1

Qual?

23 distúrbio emocional severo (depressão severa)	2	1
24 distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	2	1

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
25 problema ou diminuição da audição	2	1
26 doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	2	1
27 doença neurológica (acidente vascular cerebral ou "derrame", neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	2	1
28 outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos	2	1

Qual?

29 pedras ou doença da vesícula biliar	2	1
30 doença do pâncreas ou do fígado	2	1
31 úlcera gástrica ou duodenal	2	1
32 gastrite ou irritação duodenal	2	1
33 colite ou irritação do cólon	2	1
34 outra doença digestiva	2	1

Qual?

35 infecção das vias urinárias	2	1
36 doença dos rins	2	1
37 doença nos genitais e aparelho reprodutor (problema nas trompas ou na próstata)	2	1
38 outra doença geniturinária	2	1

Qual?

39 alergia, eczema	2	1
40 outra erupção	2	1

Qual?

	Em minha opinião	Diagnóstico médico
42 tumor benigno	2	1
43 tumor maligno (câncer)	2	1

Onde?

44 obesidade	2	1
45 diabetes	2	1
46 bócio ou outra doença da tireóide	2	1
47 outra doença endócrina ou metabólica	2	1

Qual?

48 anemia	2	1
49 outra doença do sangue	2	1

Qual?

50 defeito de nascimento	2	1
--------------------------------	---------	---

Qual?

51 outro problema ou doença	2	1
-----------------------------------	---------	---

Qual?

Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta.)

Não há impedimento/Eu não tenho doenças	6
Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas	5
Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	4

Freqüentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	3
Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial	2
Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar	1

Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

Nenhum	5
Até 9 dias	4
De 10 a 24 dias	3
De 25 a 99 dias	2
De 100 a 365 dias	1

Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?

é improvável	1
não estou muito certo	4
bastante provável	7

Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

Sempre	4
Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0

Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

Sempre	4
Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0

Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

Continuamente	4
Quase sempre	3
Às vezes	2

Raramente 1
 Nunca 0

Consentimento informado (promoção e manutenção da capacidade para o trabalho em geral).
 Você consente que um resumo desses dados e do escore de sua capacidade para o trabalho sejam
 incluídos em seu prontuário de saúde?

Sim
 Não

Como calcular o Índice de Capacidade para o trabalho

Item	Nº de questões	Número de pontos (escore) das respostas
1. Capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida	1	0-10 pontos (valor assinalado no questionário)
2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	2	Número de pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho (fórmula para o cálculo na página seguinte)
3. Número de doenças atuais diagnosticadas por médico	1 (lista de 51 doenças)	Pelo menos 5 doenças = 1 ponto 4 doenças = 2 pontos 3 doenças = 3 pontos 2 doenças = 4 pontos 1 doença = 5 pontos Nenhuma doença = 7 pontos (são contadas somente doenças <i>diagnosticadas por médico</i>)
4. Perda estimada para o trabalho por causa de doenças	1	1-6 pontos (valor circulado no questionário; o pior valor será escolhido)
5. Faltas ao trabalho por doenças no último ano (12 meses)	1	1-5 pontos (valor circulado no questionário)
6. Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos	1	1,4 ou 7 pontos (valor circulado no questionário)
7. Recursos mentais*	3	Os pontos das questões são somados e o resultado é contado da seguinte forma: Soma 0-3 = 1 ponto Soma 4-6 = 2 pontos Soma 7-9 = 3 pontos Soma 10-12 = 4 pontos

Anexo 2– Questionário de Saúde Geral WPAI (Produtividade e Capacidade Diminuída no Trabalho) WPAI-GH

WPAI (PRODUTIVIDADE E CAPACIDADE DIMINUÍDA NO TRABALHO)																								
QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL																								
<p>As questões abaixo perguntam a respeito do efeito dos seus problemas de saúde na sua capacidade de trabalhar e realizar atividades regularmente. Por problemas de saúde estamos nos referindo a qualquer problema físico ou emocional ou sintoma.</p>																								
<p>1) Você está atualmente empregado (trabalho remunerado)? (Marque Sim ou Não, se for Não, pule para a questão 6)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </p>																								
<p>As próximas questões se referem aos últimos sete dias, não incluindo o dia de hoje</p>																								
<p>2) Durante os últimos sete dias, quantas horas você deixou de trabalhar por causa dos seus problemas de saúde? <i>Inclua as horas não trabalhadas quando você esteve doente, chegou atrasado, saiu mais cedo etc., por causa de sua saúde ou problemas digestivos. Não inclua o tempo que você perdeu para participar deste estudo.</i></p>	<p>HORAS</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/>																							
<p>3) Durante os últimos sete dias, quantas horas você deixou de trabalhar por causa de qualquer outra razão, como férias, feriados, tempo livre para participar deste estudo?</p>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/>																							
<p>4) Durante os últimos sete dias, quantas horas você trabalhou? Se "0", escreva "0" e pule para a questão 6.</p>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/>																							
<p>5) Durante os últimos sete dias, quanto os seus problemas de saúde afetaram a sua produtividade enquanto você estava trabalhando? Pense nos dias que você esteve limitado na quantidade ou tipo de trabalho que você poderia fazer, dias em que você fez menos do que você gostaria, ou dias em que você foi menos cuidadoso do que o normal no seu trabalho. <i>Se os problemas de saúde afetaram seu trabalho só um pouco, escolha um número baixo. Escolha um número alto se os problemas de saúde afetaram demais o seu trabalho.</i></p>																								
<p>Problemas de saúde não afetaram meu trabalho</p>	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">0</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">2</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">3</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">4</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">6</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">7</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">8</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">9</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: center; padding-top: 5px;">CIRCULE UM NÚMERO</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CIRCULE UM NÚMERO											<p>Problemas de saúde me impediram completamente de trabalhar</p>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
CIRCULE UM NÚMERO																								
<p>6) Durante os últimos sete dias, quanto seus problemas de saúde afetaram a sua capacidade de fazer suas atividades regulares diárias, (outras além do trabalho no seu emprego)? Por atividades regulares, queremos dizer atividades comuns que você faz em casa, fazer compras, cuidar das crianças, ginástica, estudo etc. <i>Pense nas vezes que você esteve limitado na quantidade ou tipo de atividades que você pode fazer e nas vezes que você fez menos do que você gostaria. Se os problemas de saúde afetaram suas atividades só um pouco, escolha um número baixo. Escolha um número alto se os problemas de saúde afetaram demais suas atividades.</i></p>																								
<p>Problemas de saúde não afetaram meu trabalho</p>	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">0</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">2</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">3</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">4</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">6</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">7</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">8</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">9</td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 10px;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: center; padding-top: 5px;">CIRCULE UM NÚMERO</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CIRCULE UM NÚMERO											<p>Problemas de saúde me impediram de fazer meu trabalho</p>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
CIRCULE UM NÚMERO																								

Pontuação do WPAI-GH

Os resultados do WPAI-GH são expressos em porcentagens de prejuízo, com números maiores indicando maior prejuízo e menor produtividade, ou seja, piores resultados.

Questões:

Q1 = Atualmente empregado ou não

Q2 = Horas perdidas devido a problemas de saúde

Q3 = Horas perdidas por outras razões

Q4 = Horas realmente trabalhadas

Q5 = Grau em que a saúde afetou a produtividade no trabalho

Q6 = Grau em que a saúde afetou atividades regulares

Escores:

Multiplique os escores por 100 para expressar as porcentagens.

1. Porcentagem de horas de trabalho perdidas devido à saúde (absenteísmo):
 $Q2/(Q2+Q4)$
2. Porcentagem de menor efetividade no trabalho devido à saúde (presenteísmo):
 $Q5/10$
3. Porcentagem de prejuízo total ao trabalho devido à saúde (absenteísmo + presenteísmo): $Q2/(Q2+Q4)+[(1-Q2/(Q2+Q4))x(Q5/10)]$
4. Porcentagem de prejuízo às atividades diárias devido à saúde: $Q6/10$

Anexo 3 – Questionário de Limitações no Trabalho – WLQ

Preencha a data de hoje

Dia		Mês		Ano	

Instruções

Problemas de saúde podem dificultar a realização de certas tarefas referentes ao trabalho das pessoas. Nós estamos interessados em aprender como sua saúde pode ter afetado seu trabalho durante as 2 últimas semanas.

- 1) As perguntas do questionário pedem que você pense sobre sua saúde física e/ou emocional, ou seja, qualquer problema de saúde que você já teve há algum tempo ou esteja tendo no momento e quaisquer efeitos causados por tratamentos que você fez ou esteja fazendo devido a algum problema de saúde física ou emocional. Problemas emocionais podem incluir depressão ou ansiedade.

A maioria das perguntas é de múltipla escolha. Você deverá respondê-las marcando os quadrados.

Por exemplo:

O quanto você está satisfeito(a) com cada um dos seguintes tópicos?

Marque um quadrado referente a cada tópico das linhas **a** e **b**.

		Insatisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
a.	Escolas da sua cidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b.	Segurança da sua cidade. . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estas marcações nos contam que você está muito satisfeito com as escolas da sua cidade e moderadamente satisfeito com a segurança da sua cidade.

As próximas perguntas referem-se às dificuldades com relação às pessoas com quem você entrou em contato no trabalho. Elas incluem patrões, supervisores, colegas de trabalho, clientes, ou o público.

4. Nas 2 últimas semanas, por quanto tempo a sua saúde física e/ou seus problemas emocionais dificultaram você a fazer as seguintes tarefas?

Marque um quadrado referente a cada tópico das linhas a até c.

	Todo o tempo (100%)	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo (cerca de 50%)	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo (0%)	Não se aplica ao meu trabalho
a. Seus problemas dificultaram falar, pessoalmente, com outros em reuniões ou ao telefone.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
b. Seus problemas dificultaram controlar seu temperamento ao lidar com as pessoas enquanto trabalhava. .	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
c. Seus problemas dificultaram ajudar outras pessoas a terminar o trabalho.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀

Pontuação do WLQ

Questão	Escores	Pontuação
1	Se "Todo o tempo (100%)" = 5 Se "A maior parte do tempo" = 4 Se "Alguma parte do tempo (cerca de 50%)" = 3 Se "Uma pequena parte do tempo" = 2 Se "Nenhuma parte do tempo (0%)" = 1	$\frac{a+b+c+d+e}{5}$
2	Se "Todo o tempo (100%)" = 1 Se "A maior parte do tempo" = 2 Se "Alguma parte do tempo (cerca de 50%)" = 3 Se "Uma pequena parte do tempo" = 4 Se "Nenhuma parte do tempo (0%)" = 5	$\frac{a+b+c+d+e+f}{6}$
3	Se "Todo o tempo (100%)" = 5 Se "A maior parte do tempo" = 4 Se "Alguma parte do tempo (cerca de 50%)" = 3 Se "Uma pequena parte do tempo" = 2 Se "Nenhuma parte do tempo (0%)" = 1	$\frac{a+b+c+d+e+f}{6}$
4	Se "Todo o tempo (100%)" = 5 Se "A maior parte do tempo" = 4 Se "Alguma parte do tempo (cerca de 50%)" = 3 Se "Uma pequena parte do tempo" = 2 Se "Nenhuma parte do tempo (0%)" = 1	$\frac{a+b+c}{3}$
5	Se "Todo o tempo (100%)" = 5 Se "A maior parte do tempo" = 4 Se "Alguma parte do tempo (cerca de 50%)" = 3 Se "Uma pequena parte do tempo" = 2 Se "Nenhuma parte do tempo (0%)" = 1	$\frac{a+b+c+d+e}{5}$

Cálculos das escalas dos quatro domínios do WLQ e do Índice do WLQ

Quadro 2 – Cálculo do *Raw Scale* (0 a 100)

Domínios	Questão	Cálculo ¹	Limites (Inferior– Superior)	Score range
Gerência de tempo	1	$\frac{(a+b+c+d+e - 5)}{(25 - 5)}$	5 - 25	20
Demanda física	2	$\frac{(a+b+c+d+e+f - 6)}{(36 - 6)}$	6 - 36	30
Demanda mental-interpessoal	3 e 4	$\frac{(a+b+c+d+e+f+a+b+c - 9)}{(45 - 9)}$	9 - 45	36
Demanda de produção	5	$\frac{(a+b+c+d+e - 5)}{(25 - 5)}$	5 - 25	20

Legenda:

¹Para efetuar o cálculo utiliza-se a seguinte fórmula:

$$100 \times \frac{(\text{soma dos escores de todos os itens} - \text{escore mínimo})}{(\text{escore máximo} - \text{escore mínimo})}$$

Na seqüência, para se efetuar o cálculo do escore do índice do WLQ utiliza-se a seguinte fórmula:

$$\text{Índice do WLQ} = (\beta_1 \times \text{WLQ Gerência de tempo} + \beta_2 \times \text{WLQ Demanda física} + \beta_3 \times \text{WLQ Demanda mental-interpessoal} + \beta_4 \times \text{WLQ Demanda de produção})$$

Onde,

$$\beta_1 = 0,00048, \beta_2 = 0,00036, \beta_3 = 0,00096 \text{ e } \beta_4 = 0,00106$$

Tabela de conversão para determinar o impacto da produtividade estimada das limitações no trabalho relacionadas à saúde baseadas no Índice do WLQ

Escore do índice do WLQ	% de decréscimo na produtividade (comparada aos saudáveis)	% de acréscimo nas horas de trabalho para compensar a produtividade perdida
0 →	--	--
5 →	4,9	5,1
10 →	9,5	10,5
15 →	14,1	16,2
20 →	18,1	22,1
25 →	22,1	28,4
30 →	25,9	34,9
35 →	29,5	41,9
40 →	32,9	49,2
45 →	36,2	56,8
≥50 →	39,4	64,9

Legenda:

A coluna 1 corresponde ao escore do índice do WLQ e pode ser interpretada das seguintes formas:

- O percentual estimado de produtividade perdida comparada a um trabalhador saudável padrão (coluna 2); e/ou
- A quantidade estimada de horas de trabalho adicionais que seriam requeridas para produzir a quantidade equivalente de produção de um trabalhador saudável padrão (coluna 3)