

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**LAURA MOELLER**

**ESPONDILITE ANQUILOSANTE E O TRABALHADOR: UMA REVISÃO  
DA LITERATURA**

**CURITIBA**

**2023**

LAURA MOELLER

**ESPONDILITE ANQUILOSANTE E O TRABALHADOR: UMA REVISÃO  
DA LITERATURA**

Artigo apresentado a Especialização em Perícias Médicas, do Departamento de Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à conclusão do Curso.

Orientador: Diogo Rafael Polanski

CURITIBA

2023

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. OBJETIVO.....	5
3. METODOLOGIA.....	6
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	7
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
6. RESUMO.....	18
7. PALAVRAS-CHAVE.....	20
8. ABSTRACT.....	21
9. KEY-WORDS.....	22
10.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

## 1. INTRODUÇÃO

Os termos espondiloartrite / espondiloartropatias são usados em uma família de doenças que têm em comum algumas manifestações, sendo as mais características a inflamação de articulações axiais (especialmente as sacroilíacas), oligoartrite assimétrica (especialmente de extremidades dos membros inferiores), dactilite (dedos em salsicha) e entesites (inflamações nos locais de inserção óssea dos ligamentos ou tendões). (SEPRIANO et al., 2020)

Dentre as principais manifestações clínicas musculoesqueléticas tem-se a dor lombar inflamatória. Usualmente há manifestação com mais de três meses de duração, em pacientes com idades inferiores a 40 anos. Ela tem característica insidiosa, melhora com o exercício e não com o repouso, e há dor noturna. Importante considerar que a morbidade acomete pessoas em franca idade produtiva, comprometendo não somente a qualidade de vida como a produtividade e a empregabilidade.

Percebe-se aumento de presenteísmo e de absenteísmo nos casos dos trabalhadores com EA, sendo observado ainda que idade, nível educacional e demanda no mercado de trabalho podem influenciar a probabilidade de as pessoas pararem de trabalhar. (BOONEN et al., 2001, v. 60, p. 353)

No Brasil, não se tem até o momento dados publicados acerca da empregabilidade e força de trabalho dos pacientes com EA. Percebe-se também que a legislação brasileira acerca dos critérios para a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez ao segurado não sofreram modificações recentes, a despeito da evolução científica no entendimento da doença e o incremento em suas terapias.

Neste sentido, o presente trabalho visa, através de revisão bibliográfica, revisar os fatores de risco para o afastamento dos pacientes com EA de seus trabalhos bem como fornecer uma visão crítica sobre os parâmetros para concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez dos segurados do RGPS.

## **2. OBJETIVO**

O presente trabalho visa através de pesquisa bibliográfica uma revisão sobre os fatores de risco para o afastamento laboral dos pacientes com EA bem como fornecer uma visão crítica sobre os parâmetros para concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez dos segurados do RGPS.

### **3. METODOLOGIA**

Para a realização da pesquisa bibliográfica nas bases PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde no período de 2013 a 2023 utilizaram-se os buscadores “espondilite anquilosante”, “espondilite anquilosante e trabalho”, “espondilite anquilosante e incapacidade”, publicados em inglês ou português.

Os relatos de caso foram excluídos, sendo preferencialmente escolhidos os artigos com maior afinidade ao tema relacionado a realidade da concessão de auxílio-doença ou aposentadoria por incapacidade. Com relação ao uso de escalas de avaliação da gravidade da EA, foram escolhidos artigos de revisão.

#### 4. REVISÃO DE LITERATURA

Os termos espondiloartrite / espondiloartropatias são usados em uma família de doenças, que incluem a espondilite anquilosante (espondilite anquilosante, espondiloartrite axial radiográfica, espondiloartrite axial não-radiográfica), formas de artrite associadas com psoríase e com doenças inflamatórias intestinais e outras condições clínicas. As diferentes formas de espondiloartrite tem em comum algumas manifestações, sendo as mais características a inflamação de articulações axiais (especialmente as sacroilíacas), oligoartrite assimétrica (especialmente de extremidades dos membros inferiores), dactilite (dedos em salsicha) e entesites (inflamações nos locais de inserção óssea dos ligamentos ou tendões). Em comparação com a população em geral, pacientes com espondiloartrite tem frequências maiores do HLA B27 e de sacroileíte diagnosticada por radiografias ou ressonância magnética. (SEPRIANO et al., 2020)

Há uma considerável variação na prevalência de espondiloartrite reportada mundialmente, dependendo do histórico genético do país ou região estudada. A prevalência de espondilite anquilosante reportada na Europa encontra-se entre 0,12 e 1,0 por cento, dependendo também do histórico de prevalência do HLA B27; sendo na Ásia de 0,17 por cento; 0,1 por cento na América Latina e 0,07 na África. A prevalência para todo o grupo de espondiloartrite tem sido estimada em duas ou três vezes a da espondilite anquilosante isolada. (BAKLAND et al., 2013)

A razão entre homens e mulheres é de 2:1 na espondilite anquilosante, sendo que há um relativo atraso no diagnóstico nas mulheres. (WALSH; MAGREY, 2021)

Dentre as principais manifestações clínicas musculoesqueléticas tem-se a dor lombar inflamatória. Usualmente, a dor lombar se apresenta com mais de três meses de duração, em pacientes com idades inferiores a 40 anos. Ela tem característica insidiosa, melhora com o exercício e não com o repouso, e há dor noturna, além de ter uma ótima resposta ao uso de anti-inflamatórios não esteroidais.

A artrite periférica acomete cerca de 37% dos pacientes com espondilite anquilosante. Predomina nos membros inferiores, principalmente joelhos e tornozelos, associada a edema, sendo frequentemente assimétrica e acometendo 1 a 3 articulações. (LÓPEZ-MEDINA; MOLTO; DOUGADOS, 2020)

A entesite, inflamação das enteses, locais de inserção dos ligamentos, tendões, capsulas articulares, e fáscias aos ossos, é relativamente específica das espondiloartrite. A entesite do tendão de Achilles é a observada mais comumente na prática clínica. Outros locais de entesites são a patela, cristas ilíacas, trocanteres maiores, cotovelos, platô tibiais e junções costochondrais no esterno. (HEUFT-DORENBOSCH et al., 2003)

Outras características são doenças inflamatórias oculares (conjuntivite e uveíte anterior), lesões de pele (psoríase) e genitais, inflamação da mucosa intestinal (havendo associação da espondilite com Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa), associação com doenças infecciosas prévias ou concorrentes, história familiar positiva e aumento das proteínas de fase aguda. Outros termos têm sido utilizados para nominar esta família de doenças, tais como espondiloartropatias. (NAVARRO-COMPÁN et al., 2021)

Em se considerando que os principais sintomas da espondilite são a dor lombar inflamatória crônica, rigidez e a fadiga, acometendo adultos jovens em idade produtiva, muito ela impacta na funcionabilidade global diária e resultam em redução nas atividades físicas e qualidade de vida.

Os objetivos primários do tratamento são otimizar a qualidade de vida a curto e longo prazo com o alívio dos sintomas, manutenção da função, prevenção das complicações na coluna e minimização das manifestações extra-espinhais e extra-articulares e suas comorbidades, bem como a manutenção de um efetivo funcionamento psicossocial.

Em linhas gerais, todos os pacientes devem ser orientados para as medidas não farmacológicas, que incluem a educação sobre a doença, fisioterapia e exercícios, encorajamento para participação em grupos de apoio e cessação do tabagismo.

O tratamento farmacológico inclui analgésicos não-esteroidais, anti-inflamatórios não-esteroidais, drogas modificadoras do curso da doença não-biológicas (sulfassalazina e metotrexato) e drogas modificadoras do curso da doença biológicas.

Tem sido demonstrado que a EA afeta o trabalho dos pacientes. O efeito inclui, em sua visão mais extremada, a necessidade de parar de trabalhar ou mudar de trabalho para um mais adequado às limitações impostas aos pacientes com esta condição. Outro efeito importante tem sido na capacidade de realizar o trabalho, gerando presenteísmo. Neste momento vale lembrar que presenteísmo é um conceito atualmente utilizado para explicar este “absenteísmo de corpo presente”. As pessoas encontram-se presentes no local de trabalho, e, em decorrência de problemas de ordem física ou psicológica, não conseguem cumprir na totalidade as suas funções, ou seja, é o mesmo que “estar no trabalho e ao mesmo tempo fora dele”. (HEMP, 2004) Neste caso, o presenteísmo é visto como limitador da produtividade não só em termos de quantidade de trabalho, mas também em relação ao trabalho realizado, podendo levar a consequências como erros, omissões, dificuldades de concentração, dentre outros. Neste senso, a Organização Internacional do Trabalho – OIT trata o absenteísmo como sendo a “falta ao trabalho por parte do empregado”, enquanto absenteísmo por licença médica consiste no “período de baixa laboral”, considerada como o período ininterrupto de ausência ao trabalho, decorrente de uma incapacidade temporária do indivíduo, para a execução da tarefa a ele atribuída. (OIT ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAHO, 1989)

Em um estudo de 301 pacientes com EA em um ambulatório do Reino Unido que utilizava a escala “Work Productivity and Activity Impairment” (tradução livre: Escala de Disfunção no Trabalho e Produtividade), constatou-se que os níveis médios de absenteísmo devido a EA eram de 5%, e os de presenteísmo de 22%. Achados semelhantes de absenteísmo de 9% e presenteísmo de 33% foram demonstrados na análise de 105 pacientes no estudo SPACE (SpondyloArthritis Caught Early), que envolveu 4 centros na Holanda, Noruega e Itália. (SEPRIANO et al., 2020)

Depois da artrite reumatóide (AR), espondilite anquilosante é o tipo de doença inflamatória reumática mais conhecido. Em contraste com a artrite

reumatóide, o conhecimento geral acerca da doença é menos bem estabelecido. Geralmente, a AR é considerada uma doença com relativamente boa capacidade funcional e laborativa mantida entre seus pacientes. Estudos prévios de capacidade laborativa entre pacientes com EA reportaram taxas de empregabilidade entre 34% e 96% após um período médio de 12 anos da doença ou mais. Apesar disso, nenhum destes estudos investigou o efeito independente da duração da doença na participação da força de trabalho. Assim como idade, nível educacional e demanda no mercado de trabalho podem influenciar a probabilidade de as pessoas pararem de trabalhar, é importante considerar estes fatores quando se estuda incapacidade laborativa. Nos pacientes com EA o nível educacional pode ser influenciado pelo início da doença em uma idade relativamente jovem. Em um estudo prévio, controlado para idade e sexo, encontrou-se que a participação na força de trabalho era diminuída em 11% quando comparada com dados referências para população com mesma idade e sexo. A comparação contendo dados de referência com a população em geral permitiu um controle indireto para a demanda no mercado de trabalho. (BOONEN et al., 2001)

A maioria dos estudos de fatores de risco para incapacidade laborativa são considerados limitados por uma margem de possíveis fatores de risco. Fatores estes associados com a empregabilidade incluem idade jovem, status socioeconômicos altos, permanência por longos períodos de tempo em pé, ausência de orientação vocacional e indicadores de atividade de doença maiores. (BOONEN et al., 2001) O enfrentamento comportamental foi identificado com um novo potencial fator de risco em relação ao trabalho. (BOONEN et al., 2001)

No Brasil, não se tem até o momento dados publicados acerca da empregabilidade e força de trabalho dos pacientes com EA.

A despeito da evolução científica na compreensão da fisiopatologia da EA, assim como o desenvolvimento das drogas imunobiológicas, que são capazes de controlar e impedir a progressão da doença, além de serem fornecidos pelo Sistema Único de Saúde desde o ano de 2000, a legislação brasileira continua junto a Lei 8213/1991, em seu "Art. 26. (...) conferindo: "II - auxílio-doença e aposentadoria por invalidez nos casos de acidente de qualquer natureza ou

causa e de doença profissional ou do trabalho, bem como nos casos de segurado que, após filiar-se ao RGPS, for acometido de alguma das doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, atualizada a cada 3 (três) anos, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado”.

Neste sendo, o Art. 151 preconiza: “ Até que seja elaborada a lista de doenças mencionada no inciso II do art. 26, independe de carência a concessão de auxílio-doença e de aposentadoria por invalidez ao segurado que, após filiar-se ao RGPS, for acometido das seguintes doenças: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, esclerose múltipla, hepatopatia grave, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante), síndrome da deficiência imunológica adquirida (aids) ou contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada. (Redação dada pela Lei nº 13.135, de 2015).” (LEI Nº 8213/1991, 1991)

Há de se ver que, apesar da nomenclatura do espectro das espondiloartropatias ser vasto, o termo “espondiloartrose anquilosante” não se encontra vigente na literatura médica atual.

Neste momento, além dos novos conhecimentos científicos agregados nos últimos 25 anos com o surgimento dos medicamentos imunobiológicos, faz-se mister listar a escala de atividade da doença em uso corrente internacionalmente de forma mais comum, além de ter sido validada para o Brasil, com uso corrente em nosso país, a saber:

1) Índice de Atividade da Doença Espondilite Anquilosante de Bath (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI). O BASDAI é uma medida específica para a EA que visa acessar a experiência do indivíduo em relação a atividade da doença na semana anterior. Ela consiste em 6 escalas numeradas de 0 (nada) a 10 (muito severa), que acessam diferentes aspectos da atividade da doença. As respostas foram marcadas em uma linha horizontal de 10 cm (marcada de 0 a 10 cm), onde o paciente avalia como ele se sente, em

relação a cada item, na última semana, e marca na escala: se estiver muito bem corresponde a 0 cm e aumenta progressivamente para muito ruim até 10 cm. As seis questões que compõem o BASDAI são as seguintes:

(1) Como você descreveria o grau de fadiga ou cansaço que você tem tido?;

(2) Como você descreveria o grau total de dor no pescoço, nas costas e no quadril relacionada à sua doença?;

(3) Como você descreveria o grau total de dor e edema (inchaço) nas outras articulações sem contar com pescoço, costas e quadril?;

(4) Como você descreveria o grau total de desconforto que você teve ao toque ou à compressão em regiões do corpo doloridas?;

(5) Como você descreveria a intensidade da rigidez matinal que você tem tido a partir da hora em que você acorda?;

(6) Quanto tempo dura sua rigidez matinal a partir do momento em que você acorda?

## BASDAI, VALIDADO PARA O PORTUGUÊS

**Coloque uma marca em cada linha abaixo, indicando sua resposta para cada questão relacionada à semana passada**

1. Como você descreveria o grau de fadiga ou cansaço que você tem tido?

0 \_\_\_\_\_ 10 cm  
Nenhum \_\_\_\_\_ Intenso

2. Como você descreveria o grau total de dor no pescoço, nas costas e no quadril relacionada à sua doença?

0 \_\_\_\_\_ 10 cm  
Nenhum \_\_\_\_\_ Intenso

3. Como você descreveria o grau total de dor e edema (inchaço) nas outras articulações sem contar com pescoço, costas e quadril?

0 \_\_\_\_\_ 10 cm  
Nenhum \_\_\_\_\_ Intenso

4. Como você descreveria o grau total de desconforto que você teve ao toque ou à compressão em regiões do corpo doloridas?

0 \_\_\_\_\_ 10 cm  
Nenhum \_\_\_\_\_ Intenso

5. Como você descreveria a intensidade da rigidez matinal que você tem tido a partir da hora em que você acorda?

0 \_\_\_\_\_ 10 cm  
Nenhum \_\_\_\_\_ Intenso

6. Quanto tempo dura sua rigidez matinal a partir do momento em que você acorda?

0                      30 min                      1h                      1h30                      2h

**BASDAI:** soma dos valores das questões 1, 2, 3, 4 e a média dos valores da 5 e 6. dividindo este total por 5.

A pontuação final é a média dos 6 itens, sendo que escores mais baixos significam menor atividade da doença. Um escore de 4 ou mais indica alta atividade da doença. O BASDAI provou ter uma boa construção, além de conter validação, inclusive para o Brasil, com alta confiabilidade de teste-reteste. (GARRETT et al., 1994)

Extraí-se da Lei supracitada que os critérios para auxílio-doença e aposentadoria são deformação, mutilação, deficiência ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade. Junto a publicação do Ministério da

Previdência Social / Instituto Nacional do Seguro Social – Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Ortopedia e Traumatologia de dezembro/2010, tem-se em relação à espondilite anquilosante sua descrição fisiopatológica breve, e o seguinte quadro de conduta junto a página 100: (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Instituto Nacional do Seguro Social. Resolução n.º 128, 2010)

#### CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA ESPONDILITE ANCILOSANTE

Prognóstico: favorável.

AUSÊNCIA DE INCAPACIDADE (T1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>T1 em AX1 em casos iniciais e compatíveis com a profissão.</li> </ul>
DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muito variável.</li> <li>DCB prolongada ou R2: em casos sintomáticos, na vigência de tratamento com pequeno comprometimento da coluna.</li> <li><b>Trata-se de doença que isenta de carência.</b></li> </ul>
REABILITAÇÃO PROFISSIONAL (RP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Em casos incompatíveis com a profissão e com potencial laborativo residual.</li> </ul>
REVISÃO EM 2 ANOS (R2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar caso a caso em situações de complicação pós-operatória.</li> </ul>
LIMITE INDEFINIDO (LI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Em casos de incapacidade funcional permanente, não passíveis de Reabilitação Profissional.</li> </ul>
BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Em casos graves, com pouca mobilidade da coluna por anilose ampla e em casos irreversíveis (comprometimento da respiração), com incapacidade para o trabalho e para a vida independente. Renda familiar compatível com a legislação específica (Lei Nº 8.742/93 e Decreto Nº 6.214/07).</li> </ul>

**Atenção!** Trata-se de doença que isenta de carência. Atentar para a correta fixação da DID e DII!

Todavia, não há discriminação específica para a uniformização destes critérios, que requer por parte do perito embasamento científico sólido com permanente atualização, atualização científica relacionada aos fatores de risco da doença e da doença para com o trabalho anteriormente citados nesta revisão, bem como, a título de sugestão, a utilização de escala de índice de atividade da doença (BASDAI). Todavia, por se tratar de ferramenta totalmente preenchida pelo periciando, em situação diversa à da assistência à saúde, há de se considerar enfaticamente possibilidade de metassimulação, quando os sintomas são exagerados. A metassimulação, altamente passível de ocorrer em situações

como esta, invalidaria o emprego da referida escala e sim, exige a expertise do perito na sua avaliação do quadro clínico e da funcionabilidade do periciando.

Assim, infere-se por maior transparência e equidade nos processos, bem como pela qualificação do perito, o que repercutiria em diminuição dos estigmas socioculturais da doença e melhor cuidado do paciente bem como sua adequada inserção no ambiente de trabalho.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As espondiloartropatias são um termo utilizado para uma família de doenças que inclui a espondilite anquilosante. Dentre as principais manifestações clínicas musculoesqueléticas tem-se a dor lombar inflamatória. Paciente usualmente há manifestação com mais de três meses de duração, em pacientes com idades inferiores a 40 anos, sendo a razão entre homens e mulheres é de 2:1. Ela tem característica insidiosa, melhora com o exercício e não com o repouso, e há dor noturna, além de ter uma ótima resposta ao uso de anti-inflamatórios não esteroidais.

Os principais sintomas da espondilite são a dor lombar inflamatória crônica, rigidez e a fadiga, acometendo adultos jovens em idade produtiva; o que muito impacta na funcionabilidade global diária e resultam em redução nas atividades físicas e qualidade de vida. Vale lembrar que a dor lombar foi a principal causa de afastamento por doença junto a Previdência Social em 2020.

No Brasil, não se tem até o momento dados publicados acerca da empregabilidade e força de trabalho dos pacientes com EA. Sabe-se que no exterior, fatores de risco para incapacidade nos pacientes com EA são idade jovem, status socioeconômicos altos, permanência por longos períodos de tempo em pé, ausência de orientação vocacional e indicadores de atividade da doença maiores. Destes, somente os indicadores de atividade da doença estão diretamente relacionados a morbidade, sendo os outros de cunho individual, social ou ocupacional.

A legislação brasileira continua junto a Lei 8213/1991, em seu “Art. 26. (...) conferindo auxílio-doença e aposentadoria por invalidez nos casos de segurado que, após filiar-se ao RGPS, for acometido de alguma das doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado. A EA está contemplada nesta lista.

Neste momento, além dos novos conhecimentos científicos agregados nos últimos 25 anos com o surgimento dos medicamentos imunobiológicos, faz-se mister listar a escala de atividade da doença em uso corrente internacionalmente de forma mais comum, além de ter sido validada para o Brasil, o Índice de Atividade da Doença Espondilite Anquilosante de Bath (BASDAI).

Não há na Lei citada discriminação específica para uniformização de critérios para os beneficiários portadores de EA junto ao INSS. Quando da sugestão do uso do BASDAI como ferramenta para a avaliação destes doentes, infere-se maior transparência e equidade nos processos. Todavia, a possibilidade de metassimulação por parte dos periciandos a invalidaria, o que exige, portanto, a expertise do perito na avaliação do quadro clínico e da funcionabilidade dos pacientes. Desta forma, presume-se possível diminuição dos estigmas socioculturais da doença e melhor cuidado do paciente bem como sua adequada inserção no ambiente de trabalho.

## 6. RESUMO

As espondiloartropatias são doenças que incluem a espondilite anquilosante, cuja principal manifestação clínica musculoesquelética é a dor lombar inflamatória crônica, rigidez e fadiga. Usualmente há manifestação com mais de três meses de duração, em pacientes com idades inferiores a 40 anos, sendo a razão entre homens e mulheres é de 2:1. Isto muito impacta na funcionabilidade global diária e resulta em redução nas atividades físicas e qualidade de vida, bem como aumento de absenteísmo e afastamentos por doença. No Brasil, não se tem até o momento dados publicados acerca da empregabilidade e força de trabalho dos pacientes com EA. Sabe-se que fatores de risco para incapacidade nos pacientes com EA são idade jovem, status socioeconômicos altos, permanência por longos períodos de tempo em pé, ausência de orientação vocacional e indicadores de atividade da doença maiores. A legislação brasileira continua junto a Lei 13135/2015, em seu “Art. 26. (...) conferindo auxílio-doença e aposentadoria por invalidez nos casos de segurado que, após filiar-se ao RGPS, for acometido de alguma das doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado. A EA está contemplada nesta lista. Neste momento, além dos novos conhecimentos científicos agregados nos últimos 25 anos com o surgimento dos medicamentos imunobiológicos, faz-se mister listar a escala de atividade da doença em uso corrente internacionalmente de forma mais comum, além de ter sido validada para o Brasil, o Índice de Atividade da Doença Espondilite Anquilosante de Bath (BASDAI). Não há na Lei citada discriminação específica para uniformização de critérios para os beneficiários portadores de EA junto ao INSS. Quando da sugestão do uso do BASDAI como ferramenta para a avaliação destes doentes, infere-se maior transparência e equidade nos processos. Vale considerar que tal ferramenta, por ser totalmente baseada na opinião do periciando sobre seu quadro clínico, é passível de metassimulação. Assim sendo, a expertise do perito merece

destaque e é de crucial importância na avaliação da funcionabilidade destes pacientes.

Desta forma, presume-se possível diminuição dos estigmas socioculturais da doença e melhor cuidado do paciente bem como sua adequada inserção no ambiente de trabalho.

## **7. PALAVRAS-CHAVE:**

1. Espondiloartropatia
2. Espondilite anquilosante
3. Perícia médica
4. Instituto Nacional da Previdência Social
5. BASDAI.

## 8. ABSTRACT

Spondyloarthropathies are diseases that include ankylosing spondylitis, whose main musculoskeletal clinical manifestation is chronic inflammatory low back pain, stiffness, and fatigue. Usually, the first clinical manifestation is low back pain lasting more than three months in patients under 40 years of age, and the ratio between men and women is 2:1. These impacts on daily overall functionability and results in reduced physical activities and quality of life, as well as increased absenteeism and sick leave. In Brazil, there are no published data on the employability and workforce of patients with AS. It is known that risk factors for disability in patients with AS are young age, high socioeconomic status, standing for long periods of time, absence of vocational guidance and major indicators of disease activity. The Brazilian legislation continues along with Law 13135/2015, in its "Art. 26. (...) conferring sickness benefit and disability retirement in the cases of insured persons who, after joining the RGPS, are affected by any of the diseases and affections specified in a list drawn up by the Ministries of Health and Social Security, according to the criteria of stigma, deformation, mutilation, disability, or other factor that confers specificity and severity that deserve particularized treatment". EA is included in this list. At this moment, in addition to the new scientific knowledge added in the last 25 years with the emergence of immunobiological drugs, it is necessary to list the scale of disease activity in current use internationally in a more widespread way, remembering that this scale has been validated for Brazil, the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI). There is no specific discrimination in the Law cited for standardization of criteria for beneficiaries with AE with the INSS. It is worth considering that such a tool, as it is entirely based on the patient's opinion about their clinical condition, is capable of metasimulation. Therefore, the expert's expertise deserves to be highlighted and is of crucial importance in evaluating the functionality of these patients. When the BASDAI is suggested as a tool for the evaluation of these patients, greater transparency and equity in the processes are inferred. Thus, it is presumed possible to reduce the sociocultural stigmas of the disease and better care of the patient as well as their adequate insertion in the work environment.

## **9. KEYWORDS:**

1. Spondyloarthropathy
2. Ankylosing spondylitis
3. Medical expertise
4. National Institute of Social Security
5. BASDAI.

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAKLAND, G; NOSSENT, HC. Epidemiology of spondyloarthritis: a review. **Curr Rheumatol Rep**, [s. l.], v. 15, n. 9, p. 351, 2013.

BOONEN, A; CHORUS, A; MIEDEMA, H; VAN DER HEIJDE, D; VAN DER TEMPEL, H; VAN DER LINDEN, S. Employment work disability and work days lost in patients with ankylosing spondylitis: a cross sectional study of Dutch patients. **Ann Rheum Dis**, [s. l.], v. 60, p. 353-8, 2001.

BOONEN, A; DE VET, H; VAN DER, HD; VAN DER, LS. Work status ant its determinants among patients with ankylosing spondylitis: A sistematic literature review. **J Rheumatol**, [s. l.], v. 28, p. 1056-62, 2001.

BOONEN, A; CHORUS, A; MIEDEMA, H; VAN DER, HD; LANDEWÉ, R; SCHOUTEN, H. Withdrawal from the labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. **Ann Rheum Dis**, [s. l.], v. 60, p. 1033-9, 2001.

GARRETT, S; JENKINSON, T; KENNEDY, LG; WHITELOCK, H; GAISFORD, P; CALIN, A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. **The Journal of Rheumatology**, [s. l.], v. 21, n. 12, p. 2286-2291, 1994.

HEMP, P. Preseteism at work - but out of it. **Havard Business Review**, [s. l.], v. 82, ed. 10, p. 49-58, 2004.

HEUFT-DORENBOSCH, L; SPOORENBERG, A; VAN TUBERGEN, A; LANDEWÉ, R; VAN DER TEMPEL, H; MIELANTS, H; DOUGADOS, M; VAN DER HEIJDE, D. Assement of enthesitis in ankylosing spondylitis. **Ann Rheum Dis**, [s. l.], v. 62, ed. 3, p. 127-32, 2003.

LEI Nº 13.135, DE 17 DE JUNHO DE 2015. Lei nº 13.135, de 17 de junho de 2015. Ltera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 de junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e nº 10.666, de 8 de maio de

2003, e dá outras providências. **LEI Nº 13.135, DE 17 DE JUNHO DE 2015.**, Brasília: Diário Oficial da União, 17 jun. 2015.

LÓPEZ-MEDINA, C; MOLTO, A; DOUGADOS, M. Peripheral manifestations in spondyloarthritis and their effect: An ancillary analysis of the ASAS-COMOSPA Study. **J Rheumatol**, [s. l.], v. 47, ed. 2, p. 211, 2020.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Instituto Nacional do Seguro Social. Resolução n.º 128, de 16 de dezembro de 2010. Aprova o Manual de Procedimentos de Benefícios por Incapacidade (MPBI) – Volume I: Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Ortopedia e Traumatologia, Volume II: Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Transtornos Mentais e Volume III: Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Clínica Médica (Parte I). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 dez. 2010. p. 732. Disponível em: (<https://pt.scribd.com/document/254805154/Diretrizes-de-Apoio-a-Decisao-Medico-pericial-Em-Ortopedia-e-Traumatologia#>)

NAVARRO-COMPÁN, V; SEPRIANO, A; EL-ZORKANY, B; VAN DER HEIJDE, D. Axial spondyloarthritis. **Ann Rheum Dis**, [s. l.], v. 80, ed. 12, p. 1511, 2021.

OIT ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAHO (Madri, Esp). Absentismo: causa y control. [S. l.: s. n.], 1989. v. 5-12.

SEPRIANO, A; RAMIRO, S; VAN DER HEIJDE, D; VAN GAALEN, F; HOONHOUT, P; MOLTO, A; SARAUX, A; RAMONDA, R; DOUGADOS, M; LANDEWÉ, R. What is axial spondyloarthritis? A latent class and transition analysis in the SPACE and DESIR cohorts. **Ann Rheum Dis**, [s. l.], v. 79, ed. 3, p. 324, 2020.

WLASH, JA; MAGREY, MJ. Clinical manifestations and diagnosis of axial spondyloarthritis. **Clin Rheumatol**, [s. l.], v. 27, ed. 8, p. 547, 2021.