

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM PERÍCIAS
MÉDICAS

TARCÍZIO BOTARELLI CESAR

**PERDA DE PRODUTIVIDADE NO TRABALHO RELACIONADA À
ESPONDILITE ANQUILOSANTE**

CURITIBA
2024

TARCÍZIO BOTARELLI CESAR

**PERDA DE PRODUTIVIDADE NO TRABALHO RELACIONADA À
ESPONDILITE ANQUILOSANTE**

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

Orientador: Prof. MSc. Raffaello Popa Di Bernardi

CURITIBA

2024

RESUMO

A Espondilite Anquilosante (EA) é uma doença reumática crônica que afeta principalmente a coluna vertebral, mas também pode atingir outras articulações e órgãos. Caracteriza-se por inflamação nas articulações sacro ilíacas e na coluna, resultando em dor nas costas, rigidez e, em casos avançados, fusão das articulações. Geralmente manifesta-se em indivíduos jovens, impactando a qualidade de vida e a capacidade de trabalho. Além dos sintomas físicos, a EA pode ter implicações emocionais e sociais. A perda de produtividade no trabalho é influenciada significativamente por fatores como tempo de diagnóstico, atividade da doença e aspectos socioeconômicos. Estratégias de tratamento incluem medicamentos, exercícios e adaptações no estilo de vida. O entendimento abrangente da EA é crucial para desenvolver abordagens mais eficazes de tratamento e suporte aos pacientes.

Palavras-Chave: Espondilite Anquilosante. Doenças Reumáticas. Produtividade do Trabalho.

ABSTRACT

Ankylosing Spondylitis (AS) is a chronic rheumatic disease that mainly affects the spine, but can also affect other joints and organs. It is characterized by inflammation in the sacroiliac joints and spine, resulting in back pain, stiffness and, in advanced cases, joint fusion. It generally manifests itself in young individuals, impacting quality of life and work capacity. In addition to physical symptoms, AS can have emotional and social implications. The loss of productivity at work is significantly influenced by factors such as time since diagnosis, disease activity and socioeconomic aspects. Treatment strategies include medications, exercise and lifestyle adaptations. A comprehensive understanding of AS is crucial to developing more effective approaches to treating and supporting patients.

Key-Words: Ankylosing Spondylitis. Rheumatic Diseases. Labor Productivity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EA	- Espondilite Anquilosante
PPT	- Perda de Produtividade no Trabalho
IBP	- Inflamação nas costas persistente
AINEs	- Anti-inflamatórios não esteroides
DII	- Doença Inflamatória Intestinal
PCR	- Proteína C Reativa
AINH	- Anti-inflamatórios não hormonais
EMMs	- Entesites Musculares e Musculoesqueléticas
TNF	- Fator de Necrose Tumoral
IL-17i	- Inibidor de Interleucina-17

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 MÉTODOS	09
3 REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1 Características e Sintomas.....	10
3.2 Variáveis associadas com a Perda de Produtividade no Trabalho (PPT).....	11
3.3 Manejo e Tratamentos	14
4 DISCUSSÃO	18
5 CONCLUSÃO	19
6 REFERÊNCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

A Espondilite Anquilosante (EA) é uma condição inflamatória crônica que afeta de 0,1% a 1,4% da população em geral. Ela se destaca pelo seu impacto na coluna vertebral, resultando em uma progressiva limitação da mobilidade e capacidade funcional. Essa doença possui consequências significativas tanto em nível social quanto econômico, especialmente devido à sua maior incidência em indivíduos com menos de 40 anos. Isso resulta em uma redução nas horas de trabalho, perda de oportunidades profissionais e até aposentadoria precoce. Um dos principais desdobramentos da EA é a perda de produtividade no trabalho (PPT), principalmente associada a limitações físicas, dor crônica, impacto na qualidade de vida, diminuição da autoestima e outros aspectos emocionais, como expectativas, ansiedade e depressão (Martindale et al., 2015).

Segundo Du et al (2023), com o avanço social e econômico e as notáveis mudanças no ambiente e nas condições de trabalho, fica cada vez mais evidente o impacto da exposição profissional na saúde pessoal, abrangendo não apenas a saúde física, mas também a saúde mental. Por exemplo, comportamentos sedentários prolongados e excesso de trabalho têm sido associados a um aumento na prevalência de obesidade e doenças cardiovasculares. Além disso, a crescente pressão no ambiente de trabalho e a carga psicológica estão relacionadas a uma maior probabilidade de problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade.

A permanência prolongada em uma mesma posição ou postura durante o trabalho, como ficar sentado, em pé ou curvado, pode facilmente resultar em fadiga física, tensão muscular, dores nas articulações e outras condições ocupacionais. O trabalho manual, embora seja uma das formas mais antigas da história humana, ainda é necessário em diversas indústrias.

Contudo, ambientes de trabalho desfavoráveis e demandas físicas crônicas no trabalho podem levar a vários distúrbios do sistema de movimento e musculoesqueléticos. Além disso, jornadas de trabalho excessivas e métodos de trabalho pouco razoáveis podem perturbar os ritmos biológicos individuais, resultando em problemas de sono e outros problemas de saúde relacionados,

como observado em trabalhos por turnos.

O fato da Espondilite Anquilosante (EA) ser uma doença que afeta principalmente indivíduos jovens em idade produtiva torna a capacidade de trabalho e a produtividade inerentemente relevantes. As evidências indicam que o impacto na produtividade laboral pode ser significativo. De fato, diversos estudos ao longo do tempo que abordaram essa questão crucial demonstraram consequências substanciais na capacidade de trabalho das pessoas afetadas (Nikiphorou et al., 2020).

De acordo com Martindale et al (2015), além das restrições físicas e dos aspectos ligados à própria condição, vários outros elementos podem impactar a perda de produtividade no trabalho em casos de Espondilite Anquilosante, tais como fatores demográficos, emocionais, socioeconômicos, hábitos de vida e condições ocupacionais são algumas das variáveis que podem influenciar a PPT. Uma compreensão mais aprofundada desses potenciais fatores de risco pode orientar a formulação de estratégias preventivas mais eficazes, visando manter os pacientes com EA ativos no mercado de trabalho.

Diante do exposto, torna-se relevante este estudo na área de Perícias Médicas para obtenção de um diagnóstico preciso, garantindo o direito social previsto na Constituição Federal, a fim de proteger as necessidades dos trabalhadores, assim como determinar os impedimentos relevantes, verificando condições de trabalho, nexos causal, concessão de benefícios e recuperação precoce da saúde do trabalhador.

2 MÉTODOS

O desenvolvimento desta revisão de literatura foi realizado por meio de busca em bases de dados eletrônicas, tais como Scielo e PubMed. Foram considerados os períodos de 2001 a 2023, incluindo os idiomas português e inglês. Os descritores utilizados para a busca das pesquisas foram Espondilite Anquilosante, Doenças Reumáticas, Produtividade do Trabalho, Espondiloartrite Axial, Espondiloartrite Axial não Radiográfica e Tratamento.

Para a seleção dos artigos, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: resultados de pesquisa de acordo com a relevância relacionada ao título e aos objetivos da revisão, baseados na leitura dos seus respectivos resumos, restringindo-se à perda de produtividade no trabalho relacionada à Espondilite Anquilosante e as possíveis alternativas de manutenção dos pacientes afetados ativos no ambiente de trabalho. Realizou-se uma leitura crítica de cada artigo selecionado e em seguida foram realizadas comparações das informações de cada um deles.

Para esta Revisão de Literatura foram selecionados 24 artigos, com o objetivo de reunir e sintetizar conhecimentos sobre a Espondilite Anquilosante, considerando também a sua relevância no contexto das Perícias Médicas. Essa análise serviu como uma ferramenta para aprofundar a compreensão sobre a perda de produtividade no trabalho relacionada à doença, bem como para explorar alternativas que possibilitem a manutenção da atividade laboral dos pacientes afetados. A integração desses estudos permitiu a formulação de conclusões gerais, contribuindo para a prática pericial na avaliação do impacto da EA na condição na vida profissional dos indivíduos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Características e Sintomas

A EA é uma doença reumática sistêmica, autoimune, inflamatória e crônica que afeta predominantemente o esqueleto axial, embora também possa envolver articulações periféricas, enteses e órgãos extra articulares, como pele, olhos e intestinos. Esta condição geralmente se manifesta em indivíduos com menos de 45 anos, atingindo seu pico de início entre 20 e 30 anos. A presença de inflamação crônica nas articulações sacro ilíacas e na coluna resulta em sintomas como dor nas costas e rigidez. Ao longo do tempo, esse processo inflamatório pode levar à formação anormal de novos ossos, causar danos estruturais e, em última instância, resultar na fusão das articulações sacro ilíacas e da coluna em alguns pacientes, condição conhecida como coluna de bambu (Magrey et al., 2020).

Segundo Costa et al (2017), a característica marcante da EA é a inflamação nas costas persistente (IBP), que se manifesta como uma dor crônica nas costas com início insidioso, durando mais de 3 meses, e ocorrendo antes dos 40 a 45 anos de idade. Essa dor nas costas muitas vezes desperta os indivíduos na segunda metade da noite e não melhora com o repouso, mas sim com a atividade física. Outros sinais da IBP incluem rigidez matinal persistente por mais de 30 minutos e uma boa resposta aos Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINEs).

Ao relatar seus sintomas, muitos pacientes com espondilite também mencionam dor alternada nas nádegas ou no quadril, enquanto a dor no pescoço pode ser um sintoma precoce em até 50% dos casos. Outras características clínicas comuns em pacientes com essa condição incluem artrite inflamatória periférica, entesite e dactilite. Cerca de 30% dos pacientes apresentam inflamação nas articulações periféricas, frequentemente uma oligoartrite assimétrica, afetando principalmente as articulações das extremidades inferiores, como tornozelo, joelho e quadril. A artrite periférica é ligeiramente mais prevalente em mulheres (Poddubnyy et al., 2012).

Taurog et al (2016) enfatiza que os pacientes com Espondilite Anquilosante frequentemente apresentam manifestações extra articulares, como uveíte,

psoríase e doença inflamatória intestinal (DII), além de comorbidades adicionais associadas à EA, incluindo fadiga, osteoporose, doença cardiovascular e apneia do sono. A uveíte anterior é a manifestação extra articular mais comum na EA, afetando entre 25% a 35% dos pacientes, sendo aguda, unilateral e podendo ser autolimitada, com recorrência comum e possível envolvimento do olho alternativo. A DII sintomática ocorre em cerca de 4% a 6% dos casos de EA, enquanto a inflamação assintomática da mucosa ileal e do cólon é encontrada em até 50% dos pacientes. A psoríase é observada em aproximadamente 10% dos casos de EA.

Pacientes com EA geralmente apresentam mobilidade reduzida na coluna devido à atividade da doença, resultando posteriormente na formação de sindesmófitos e fusão óssea das vértebras. No entanto, é importante observar que pacientes com EA precoce podem ter exames físicos da coluna vertebral completamente normais, tornando essencial a busca por outras características da espondilite no exame clínico. A presença de articulações sensíveis ou inchadas, sensibilidade no tendão de Aquiles ou na inserção da fáscia plantar, dedos em "salsicha" ou lesões cutâneas psoriásicas pode apoiar o diagnóstico de Espondilite Anquilosante (Moltó et al., 2018).

Para Van et al (2017), não existem testes laboratoriais específicos para o diagnóstico de EA, sendo que o teste do antígeno leucocitário humano B27 desempenha um papel importante, embora a positividade isolada não confirme o diagnóstico, e um resultado negativo não exclua a possibilidade de EA. Os níveis séricos de PCR podem estar elevados em cerca de 60% dos pacientes, mas essa elevação não é sensível nem específica para EA.

3.2 Variáveis associadas com a Perda de Produtividade no Trabalho (PPT)

A maioria dos estudos destaca uma correlação significativa entre a perda de produtividade no trabalho e uma maior atividade da doença, além de uma função e mobilidade prejudicadas em pacientes com Espondilite Anquilosante. Não é surpreendente que a duração prolongada dos sintomas e o atraso no diagnóstico da EA também contribuam para um maior risco de incapacidade para o trabalho. Estudos indicam que a taxa de afastamento do trabalho aumenta

significativamente a cada ano após o diagnóstico, começando em 5% no primeiro ano e atingindo 31% para aqueles com mais de 20 anos de diagnóstico. Após 5 e 15 anos de diagnóstico, a PPT aumenta de 13% para 23% (Zhao et al., 2019).

Em uma pesquisa com 121 militares com EA na Turquia, Cakar et al (2009) observaram que aqueles com tempo de diagnóstico superior a oito anos tinham maior propensão à incapacidade laboral, em comparação com aqueles com menos de cinco anos de diagnóstico. No entanto, é crucial destacar que a idade do indivíduo no momento do diagnóstico desempenha um papel crucial nessa avaliação, a fim de evitar que seja considerada um fator de confusão. Em termos gerais, o início precoce da doença está associado a uma maior probabilidade de incapacidade precoce.

Alguns estudos identificaram uma associação significativa entre antecedentes familiares de Espondilite Anquilosante e a perda de produtividade no trabalho. Em um estudo realizado por Forejtová et al (2008), que envolveu pouco mais de 1000 pacientes com EA, foi constatado que 20% da amostra tinha histórico de EA em parentes de primeiro grau. Além disso, aqueles com antecedentes familiares apresentaram condições de saúde mais desfavoráveis e maior incapacidade. A PPT foi associada à maior intensidade e gravidade da doença, além de um prognóstico mais desfavorável entre os familiares.

Segundo Healey et al (2011), a idade avançada é considerada um dos fatores de risco mais significativos para a incapacidade em pacientes com EA. Em média, aqueles que se encontram permanentemente incapacitados têm uma idade 6-10 anos mais avançada. Portanto, a manifestação precoce da doença ou um diagnóstico tardio aumentam o risco de abandono precoce do trabalho. Adicionalmente, pacientes diagnosticados tardiamente com EA podem se aposentar mais precocemente devido às maiores dificuldades de adaptação a outras atividades profissionais.

Os estudos apresentam descobertas contraditórias em relação ao gênero na Espondilite Anquilosante. Alguns autores indicam que os homens são mais propensos à incapacidade para o trabalho, enquanto outros afirmam que são as mulheres ou relatam nenhuma relação significativa. Uma das justificativas para uma maior perda de produtividade no trabalho em homens é a frequência mais

elevada de danos estruturais e um prognóstico axial mais desfavorável. No entanto, observações de Ward e Kuzis (2001) sugerem que as mulheres recebem o dobro de benefícios em comparação com os homens, especialmente no primeiro ano, indicando que fadiga, dor e limitações são mais relevantes no gênero feminino.

Um nível mais elevado de escolaridade está positivamente associado à permanência no mercado de trabalho. Esse achado pode ser explicado por diversos aspectos, incluindo um melhor nível socioeconômico e educacional. Além disso, a capacidade aprimorada de adaptação a novos trabalhos e a adesão a práticas ergonômicas podem contribuir para essa correlação positiva.

Ao receber o diagnóstico de Espondilite Anquilosante, o paciente confronta a perspectiva de lidar com a cronicidade da doença, enfrentando uma série de desafios relacionados à limitação funcional, dor, expectativas, dependência de terceiros, reações adversas ao tratamento e prognóstico. O somatório dessas dificuldades pode resultar em um impacto significativo em seu bem-estar e qualidade de vida, influenciando, por conseguinte, sua capacidade produtiva. Dessa forma, o suporte social é reconhecido como um fator de proteção contra a PPT, pois envolve principalmente o apoio emocional proveniente de amigos e familiares. Esse suporte desempenha um papel crucial no reforço de comportamentos saudáveis, na adesão ao tratamento e no enfrentamento eficaz da doença (Dheodar et al., 2016).

Alguns estudos indicam que o hábito de fumar é um fator de risco significativo para a perda de produtividade no trabalho. A redução da capacidade pulmonar e cardíaca associada ao tabagismo pode impactar diretamente o desempenho laboral de pacientes com Espondilite Anquilosante, além de resultar em uma resposta clínica ao tratamento menos eficaz, de acordo com López-Medina et al (2019). A prática regular de atividade física é geralmente recomendada para pacientes com EA. Os exercícios não apenas reduzem os sintomas, mas também contribuem para uma postura mais adequada, melhoram a mobilidade, ajudam a preservar a função e reduzem a necessidade de anti-inflamatórios não hormonais (AINH). Dessa forma, os pacientes se tornam mais energizados e preparados para desempenhar suas atividades laborais. Vale

ressaltar que a regularidade e a frequência dos exercícios são mais importantes do que a escolha específica da modalidade de atividade física.

A ausência no trabalho é comum em pacientes com EA, especialmente durante períodos de maior atividade da doença. Anualmente, estudos revisados indicam que o número de dias perdidos varia de 8 a 46 dias por paciente, sendo essa taxa três vezes maior do que a observada na população em geral. Conforme um estudo prospectivo conduzido por Ramos-Remus et al (2011), a frequência de absenteísmo em pacientes com EA diminuiu ao longo dos últimos 15 anos, passando de 77% em 1993 para 53% em 2007. Além disso, houve uma redução nos dias de trabalho perdidos e na proporção de pessoas com incapacidade permanente, sugerindo uma possível diminuição do impacto da EA sobre a capacidade produtiva. Esse cenário reflete provavelmente os avanços no tratamento da doença, embora outros fatores, como necessidade financeira, sistema de seguro social, nível de escolaridade e satisfação com o trabalho, também possam influenciar essas mudanças.

3.3 Manejo e Tratamentos

Para Ortolano et al (2022), o tratamento de pacientes com Espondilite Anquilosante deve ser personalizado, levando em consideração os sinais e sintomas presentes da doença, como manifestações axiais, periféricas e entesites musculares e musculoesqueléticas (EMMs). Além disso, as características individuais do paciente, incluindo comorbidades e fatores psicossociais, devem ser consideradas para uma abordagem terapêutica eficaz.

O acompanhamento da doença em pacientes com EA deve abranger resultados relatados pelo paciente, como descobertas clínicas, exames laboratoriais e de imagem, utilizando os instrumentos apropriados e pertinentes para a manifestação clínica. A frequência desse monitoramento deve ser determinada de forma individualizada, levando em consideração os sintomas, a gravidade da condição e o tratamento específico.

O tratamento deve ser direcionado de acordo com um objetivo de tratamento predefinido. Os pacientes devem receber informações sobre a EA e

serem encorajados a incorporar a prática regular de exercícios e a cessação do tabagismo em seu estilo de vida. A fisioterapia também deve ser considerada como parte integrante do plano de cuidados.

Pacientes que enfrentam dor e rigidez devem iniciar o tratamento medicamentoso com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) até atingir a dose máxima, considerando cuidadosamente os riscos e benefícios. Para aqueles que respondem positivamente aos AINEs, a continuidade do uso é preferida, se necessário, para manter o controle dos sintomas. Analgésicos, como paracetamol e medicamentos opioides semelhantes, podem ser uma opção a ser considerada para o tratamento da dor residual, especialmente quando os tratamentos anteriormente recomendados falharam, são contraindicados e/ou mal tolerados. Injeções de glicocorticoides direcionadas à região inflamada do sistema musculoesquelético podem ser uma opção considerada (Van Riel et al., 2016).

Navarro-Compán et al (2018) afirma que se houver histórico de uveíte recorrente ou doença inflamatória intestinal ativa, a preferência deve ser dada a um anticorpo monoclonal contra o fator de necrose tumoral (TNF). Para pacientes com psoríase significativa, um inibidor de interleucina-17 (IL-17i) pode ser a opção preferencial. A falta de resposta ao tratamento deve motivar uma reavaliação do diagnóstico e a consideração da possível presença de comorbidades.

A artroplastia total do quadril deve ser considerada em pacientes que apresentam dor ou incapacidade persistentes, mesmo em idade avançada, e que apresentam evidência radiográfica de dano estrutural. Em casos de deformidade incapacitante grave, a osteotomia corretiva da coluna vertebral em centros especializados também pode ser uma opção a ser considerada.

Se houver uma alteração significativa no curso da doença, é importante considerar outras causas além da inflamação, como uma possível fratura da coluna vertebral. Nesse caso, uma avaliação adequada, incluindo exames de imagem, deve ser realizada para determinar a causa subjacente da mudança no quadro clínico.

As decisões relacionadas à carreira profissional, incluindo carga horária e tipo de atividade, são geralmente personalizadas e dependentes das

características individuais de cada paciente. Barlow et al (2001) relataram que 15% dos pacientes com EA fazem ajustes em suas carreiras conforme a atividade da doença, frequentemente reduzindo as horas de trabalho e adaptando o ambiente profissional.

Para pacientes com EA, o risco de perda de produtividade no trabalho, seja permanente ou temporária, aumenta com o aumento do esforço, especialmente em atividades físicas exigentes, como ajoelhar-se, carregar objetos, flexionar e rastejar. Isso é particularmente relevante em setores como agricultura, indústria, transporte e construção civil, assim como em profissões que envolvem longas jornadas de trabalho. Atividades com menor demanda física, como prestação de serviços administrativos e gerenciais, tendem a facilitar a manutenção desses pacientes no mercado de trabalho (Jacobs et al., 2011)

Devido à EA, os pacientes muitas vezes se veem envolvidos em atividades mais passivas e sedentárias, resultando em uma redução no número de horas de trabalho e, em alguns casos, uma transição para o trabalho autônomo. As principais consequências negativas dessas modificações incluem a perda de independência, autoestima, frustrações e satisfação profissional. Por outro lado, essas mudanças podem permitir que os pacientes dediquem mais tempo à família e ao tratamento de sua condição.

O setor industrial é o ambiente mais diretamente associado à perda de produtividade no trabalho em pacientes com Espondilite Anquilosante, especialmente devido às dificuldades de acesso ao local de trabalho, inadequação ergonômica e falta de colaboração por parte dos colegas e superiores.

Reilly et al (2010) afirmam que a readaptação no ambiente de trabalho é crucial como uma política de recursos humanos em empresas, pois cerca de 70% dos pacientes com EA que se afastam do trabalho devido à doença poderiam continuar empregados se modificações fossem realizadas no ambiente de trabalho. Isso inclui a redução de atividades monótonas que prejudicam a postura e ajustes relacionados à temperatura. Essas medidas podem ser fundamentais para manter a empregabilidade e a qualidade de vida desses pacientes.

Ao discutir a possibilidade de aposentadoria precoce no ambiente de trabalho, é essencial considerar também as variáveis socioeconômicas, especialmente aquelas relacionadas às políticas de seguridade social, taxas de desemprego, prosperidade econômica e o sistema de saúde específico de cada país (Loza et al., 2022). Esses fatores desempenham um papel crucial na tomada de decisões sobre aposentadoria, impactando diretamente a estabilidade financeira e a qualidade de vida dos indivíduos envolvidos.

4 DISCUSSÃO

A frequência da perda de produtividade no trabalho em pacientes com Espondilite Anquilosante varia entre os estudos, sendo influenciada por fatores relacionados à doença, hábitos de vida, características demográficas, socioeconômicas, emocionais, culturais, e ocupacionais. Embora inicialmente se acreditasse que a perda de produtividade fosse mais comum em homens devido ao maior acometimento pela doença, estudos revelam resultados contraditórios, com algumas pesquisas indicando maior incapacidade nas mulheres. A hereditariedade, distúrbios psicopatológicos e fatores socioeconômicos também desempenham papéis significativos.

Estratégias para minimizar o impacto incluem orientar os pacientes para tarefas menos exigentes, adaptar ambientes de trabalho ergonomicamente, e promover conscientização nas empresas. Programas de aconselhamento e planejamento profissional são indicados para direcionar a carreira e manter a capacidade produtiva da melhor forma possível.

Contudo, é importante reconhecer as limitações dos estudos e a necessidade de mais pesquisas longitudinais para compreender melhor a progressão dessas variáveis na perda de capacidade produtiva em pacientes com EA. A incapacidade produtiva em pacientes com Espondilite Anquilosante transcende a mera perda do trabalho, permeando diversas dimensões da vida. Envolve não apenas desafios econômicos, mas também impactos sociais e emocionais, gerando preocupações sobre o futuro e a autonomia. Essa complexidade destaca a importância de abordagens diferenciadas e estratégias abrangentes para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, indo além das questões profissionais.

5 CONCLUSÃO

Com a existência da Espondilite Anquilosante e a compreensão crescente de seus impactos multidimensionais, novos estudos são cruciais. Uma abordagem abrangente que considere não apenas os aspectos físicos, mas também a saúde mental dos profissionais é essencial. Políticas de saúde e segurança no trabalho voltadas para valorização dos profissionais médicos podem contribuir não apenas para o enfrentamento da doença, mas também para a promoção de ambientes de trabalho mais saudáveis e sustentáveis.

Ademais, do ponto de vista da Perícia Médica Trabalhista, é essencial considerar como a Espondilite Anquilosante impacta não apenas a produtividade, mas também os direitos dos trabalhadores. A avaliação precisa da capacidade funcional dos pacientes é crucial para garantir que recebam o suporte necessário, seja por meio de adaptações no ambiente de trabalho ou de benefícios previdenciários. Os peritos médicos têm um papel fundamental na identificação das limitações decorrentes da doença, contribuindo para decisões que possam melhorar a qualidade de vida e a manutenção do emprego desses indivíduos.

A atuação da Perícia Médica deve incluir a elaboração de laudos que reflitam não apenas a situação clínica dos pacientes, mas também a influência de fatores sociais e emocionais em sua capacidade de trabalho. A análise multidimensional das condições de saúde e de vida dos trabalhadores com Espondilite Anquilosante pode auxiliar na construção de políticas de prevenção e intervenção, promovendo um ambiente de trabalho mais inclusivo.

Diante do exposto, o reconhecimento da complexidade dessa condição e a atuação proativa da Perícia Médica são fundamentais para mitigar os efeitos da doença e garantir a dignidade e a autonomia dos trabalhadores afetados.

REFERÊNCIAS

1. Barlow JH, Wright CC, Williams B, Keat A. Work disability among people with ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum.* 2001; 45(5):424-9.
2. Cakar E, Taskaynatan MA, Dincer U, Kiralp MZ, Durmus O, Oztgöl A. Work disability in ankylosing spondylitis: differences among working and work-disabled patients. *Clin Rheumatol.* 2009; 28(11):1309-14.
3. Costa V, Singh J.A. Avaliação e manejo do paciente com suspeita de doença inflamatória da coluna. *Mayo Clin Proc.* 2017; 92: 555-564.
4. Deodhar A, Fio V, Kay J. O termo 'espondiloartrite axial não radiográfica' é muito mais importante para classificar do que para diagnosticar pacientes com espondiloartrite axial. *Ann Rheum Dis* 2016; 75: 791-4.
5. Du K, Zhang CY, Li A, Hu JZ, Guo R, Li SM. Causality of occupational exposure on rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis: a two-sample mendelian randomization study. *Front Immunol.* 2023 Oct 2;14:1223810.
6. Forejtová S, Mann H, Stolfa J, Vedral K, Fenclová I, Némethová D, et al. Factors influencing health status and disability of patients with ankylosing spondylitis in the Czech Republic. *Clin Rheumatol.* 2008;27(8):1005-13.
7. Healey EL, Haywood KL, Jordan KP, Garratt A, Packham JC. Impact of ankylosing spondylitis on work in patients across the UK. *Scand J Rheumatol.* 2011;40(1):34-40.
8. Jacobs P, Bissonnette R, Guenther LC. Socioeconomic burden of immune-mediated inflammatory diseases - focusing on work productivity and disability. *J Rheumatol Suppl.* 2011;88:55-61.
9. López-Medina C, Ramiro S, Van der Heijde D. Características e carga da doença em pacientes com espondiloartrite axial radiográfica e não radiográfica: uma comparação por revisão sistemática da literatura e meta-análise. *RMD Aberto* 2019.
10. Loza E, Carmona L, Woolf A. Implementação de recomendações em doenças reumáticas e músculo-esqueléticas: considerações para desenvolvimento e aceitação. *Ann Rheum Dis* 2022 ; 81 : 1344-7.
11. Magrey MN, Danve AS, Ermann J, Walsh JA. Recognizing Axial Spondyloarthritis: A Guide for Primary Care. *Mayo Clin Proc.* 2020 Nov;95(11):2499-2508. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.02.007.
12. Martindale J, Shukla R, Goodacre J. The impact of ankylosing spondylitis/axial spondyloarthritis on work productivity. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2015 Jun;29(3):512-23. doi: 10.1016/j.berh.2015.04.002.

13. Moltó A, Nikiphorou E, Comorbidades na espondiloartrite. *Front Med (Lausana)*. 2018; 5 : 62.
14. Navarro-Compán V, Ramiro S, Landewé R, et al. Em pacientes com espondiloartrite axial, a inflamação na ressonância magnética da coluna vertebral está longitudinalmente relacionada à atividade da doença apenas em homens: 2 anos da coorte DESIR de espondiloartrite axial. *Ann Rheum Dis* 2018.
15. Nikiphorou E, Ramiro S. Work Disability in Axial Spondyloarthritis. *Curr Rheumatol Rep*. 2020 Jul 27;22(9):55. doi: 10.1007/s11926-020-00932-5.
16. Ortolano A, Webers C, Sepriano A. Eficácia e segurança de intervenções não farmacológicas e farmacológicas não biológicas: uma revisão sistemática da literatura Informando a atualização de 2022 das recomendações ASAS-EULAR para o tratamento da espondiloartrite axial, 2022.
17. Poddubnyy D, Siper J. Progressão radiográfica na espondilite anquilosante/espondiloartrite axial: quão rápida e clinicamente significativa? *Curr Opin Rheumatol*. 2012; 24 : 363-369.
18. Ramos-Remus C, Hernandez-Rios G, Duran-Barragan S, Sanchez-Ortiz A, Aceves-Avila FJ, Castillo-Ortiz JD, et al. Fifteen-year trends of long-term disability and sick leaves in ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol*. 2011;30(3):361-7.
19. Reilly MC, Gooch KL, Wong RL, Kupper H, van der Heijde D. Validity, reliability and responsiveness of the Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire in ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)*. 2010;49(4):812-9.
20. Taurog JD, Chabra A, Colbert RA. Espondilite anquilosante e espondiloartrite axial. *N Engl J Med*. 2016; 374 : 2563-2574.
21. Van der Heijde D, Ramiro S, Landewé R. Atualização de 2016 das recomendações de manejo ASAS-EULAR para espondiloartrite axial. *Ann Rheum Dis*. 2017; 76 : 978- 991.
22. Van Riel P, Alten R, Combe B. Melhorar a gestão da artrite inflamatória através de uma monitorização mais rigorosa dos pacientes e da utilização de ferramentas electrónicas inovadoras . *RMD Aberto* 2016.
23. Ward M, Kuzis S. Functional disability in patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol*. 2001;28(2): 315-21.
24. Zhao SS, Ermann J, Xu C. Comparação de comorbidades e tratamento entre espondilite anquilosante e espondiloartrite axial não radiográfica nos Estados Unidos . *Reumatologia* 2019 ; 58 : 2025–30.