O valor de alcançar a **remissão** em doenças reumáticas inflamatórias

Um glossário de evidências

Atualização de 2025

Global Remission Coalition

Sobre

Este glossário de evidências resume pesquisas recentes sobre doenças reumáticas e o valor de buscar a remissão.

Este documento acompanha o relatório da Global Alliance for Patient Access intitulado *"O valor de alcançar a remissão em doenças reumáticas inflamatórias"* (abril de 2024) e traz atualizações à versão do documento de acompanhamento emitida em junho de 2024.

Remissão	**4**
Prevalência	**8**
Impacto	**10**
Ação precoce	**13**
Benefícios da remissão	**15**
Soluções comprovadas	**25**

A Global Alliance for Patient Access fez uma parceria com a Patvocates para compilar as pesquisas destacadas neste glossário.

A **edição 2025 do glossário de evidências** apresenta novos dados para:

Aprofundar a compreensão da remissão: o que ela realmente significa para os pacientes, o quanto seu impacto pode ser transformador e como as próximas diretrizes de tratamento devem refletir cada vez mais a perspectiva do paciente e apoiar o acesso a vários tipos de medicamentos para o tratamento, quando necessário.

Apresentar o impacto em todas as faixas etárias, ressaltando que a artrite reumatoide e a gota estão se tornando mais comuns entre adolescentes e jovens adultos, com consequências potencialmente vitalícias se não houver tratamento precoce.

Enfatizar a ligação entre as doenças reumáticas e musculoesqueléticas (MSK)* e a dor crônica, ressaltando os efeitos amplos e prolongados da dor crônica nos indivíduos e na sociedade.

Destacar a importância da intervenção precoce no ambiente de trabalho, com estratégias de retorno ao trabalho estruturadas para evitar transições para o desemprego prolongado e a dependência de benefícios por doença ou incapacidade.

*No contexto deste glossário de evidências, a categoria das doenças MSK abrange as doenças reumáticas.

Remissão

O que é remissão?

Remissão é quando a atividade de uma doença (seus sinais e sintomas) desaparece: **"A atividade da doença já era".**[1] Os reumatologistas muitas vezes veem a remissão ou baixa atividade da doença (LDA) apenas como resultados de exames de sangue, ressonâncias magnéticas e escores de inflamação — com base nos critérios de remissão ACR/EULAR.[2] Para os pacientes, a remissão significa muito mais. As pessoas que alcançam a remissão frequentemente veem uma **transformação em seu cotidiano:** menos dor, menos fadiga e retorno às rotinas normais. A remissão pode desencadear um efeito dominó positivo:

- **Menos dor** significa mais liberdade de movimento, o que melhora a capacidade física
- **Melhor capacidade física** permite mais atividades e conquistas cotidianas
- Essas **conquistas** criam um senso de sucesso e autoconfiança
- A **confiança** ajuda na interação social, a encontrar um emprego e a ter um bom desempenho no trabalho
- A **vida social** e o emprego aumentam a autonomia, a independência, a estabilidade financeira e a saúde mental
- Tudo isso leva a uma **vida melhor e mais gratificante**[3]

A OMERACT trabalhou para definir e medir a remissão do ponto de vista do paciente. Ela identificou três áreas centrais: **dor, fadiga** e **independência.** A independência é difícil de medir. A maioria das ferramentas se concentra apenas na função física, que é só uma parte da independência. Os pacientes descrevem a independência por meio de quatro temas principais:

- Retorno ao estado anterior à doença reumática
- Capacidade física e funcional
- Sensação de liberdade, sem precisar depender dos outros
- Controle sobre a organização da própria vida

Podemos resumir isso como: "Ser capaz de fazer o que quiser, quando quiser, do jeito que quiser" e "Quase esquecer que tem uma doença".[4,5,6] Como a dor, a fadiga e a perda de independência têm um impacto tão prejudicial, todo paciente precisa ter o direito de buscar a remissão.

Todo paciente precisa ter o direito de buscar a remissão.

1 OMERACT. A remissão na perspectiva do paciente com AR — vídeo de visão geral. https://omeract.org/working-groups/remission-in-ra-pt-perspective/

2 Felson et al. American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. Ann Rheum Dis. 2011. PMID: 21292833

3 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, 3 de abril de 2025. https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss

4 OMERACT. A remissão na perspectiva do paciente com AR — vídeo de visão geral. https://omeract.org/working-groups/remission-in-ra-pt-perspective/

5 Khoo et al. Defining independence: A scoping review by the OMERACT patient perspective of remission in rheumatoid arthritis group. Semin Arthritis Rheum. Fevereiro de 2023:58:152152.

6 Flurey et al. "It means almost forgetting that you've got a disease": An OMERACT study to define independence in the context of rheumatoid arthritis remission from the patient perspective. Seminars in Arthritis and Rheumatism 68 (2024) 152526.

Acesso igualitário a todas as diversas opções de tratamento

As recomendações de tratamento da EULAR para **artrite reumatoide (AR)**[1] e **artrite psoriásica (APs),**[2] evoluíram para incluir as **perspectivas do paciente e da sociedade.**

Por exemplo:

Princípio geral D para APs:

O principal objetivo do tratamento de pacientes com APs é maximizar a qualidade de vida relacionada à saúde por meio do controle dos sintomas, prevenção de danos estruturais, normalização da função e participação social; a eliminação da inflamação é um componente importante para atingir esses objetivos (inalterado).[2]

Princípio geral E para AR:

A AR incorre em altos custos individuais, médicos e sociais, que o reumatologista responsável precisa levar em consideração.[1]

1 Smolen et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease- modifying antirheumatic drugs: Atualização de 2022. doi:10.1136/ard-2022-223356.

2 Gossec et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. Ann Rheum Dis 2024;83:706–719.

De acordo com esses princípios, as recomendações enfatizam a importância de buscar a remissão: O tratamento deve ter como objetivo atingir a meta de remissão ou, quando não for possível para o paciente, baixa atividade da doença, por meio de avaliação periódica da atividade da doença e ajuste apropriado da terapia.[1] Como a AR e a APs podem variar muito entre os indivíduos, os pacientes podem precisar de **acesso a vários tipos de medicamentos** com diferentes mecanismos de ação. Com o tempo, também podem precisar trocar de tratamento (Princípio D para AR[2]).

Ambos os conjuntos de recomendações recomendam mais pesquisas sobre a troca de tratamento. Para a APs, recomenda-se a mudança para outro biológico (bDMARD, medicamento antirreumático biológico modificador da doença) ou DMARD sintético direcionado (tsDMARD) em caso de resposta inadequada ou intolerância. Isso envolve uma troca dentro da mesma classe de medicamentos.[1]

Evidências emergentes mostram que a **troca entre classes de medicamento** (por exemplo, de um inibidor de TNF para um inibidor da JAK) costuma trazer resultados melhores do que a troca dentro da mesma classe. As evidências mostram que os pacientes que mudam de classe de medicamento têm:

- Probabilidade 1,7 vezes maior de atingir a remissão
- Probabilidade 2,2 vezes maior de se livrar da dor
- Probabilidade 1,8 vezes maior de demonstrar melhor adesão[3]

Para pacientes em remissão sustentada, pode-se considerar a redução gradual da dose dos DMARDs (“tapering”). Isso significa diminuir a dose, não interromper completamente a medicação, pois a descontinuação frequentemente leva a exacerbações.[1] Na AR, a ideia de que o tratamento com DMARDs deve ser sempre mantido tem sido questionada. Essa crença se baseia principalmente em dados de pacientes que usam produtos biológicos (bDMARDs), um grupo que costuma ser mais difícil de tratar e menos propenso a alcançar a remissão livre de medicamentos. No entanto, para pacientes que não precisam de produtos biológicos, a remissão livre de DMARDs é possível. Estudos mostram que 20–38% desses pacientes podem interromper o tratamento sem que a doença retorne.[4,5,6]

Remissão livre de DMARDs é **possível.**

1 Gossec et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. Ann Rheum Dis 2024;83:706–719.

2 Smolen et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease- modifying antirheumatic drugs: Atualização de 2022. doi:10.1136/ard-2022-223356.

3 Caporali et al. A Real-World Comparison of Clinical Effectiveness in Patients with Rheumatoid Arthritis Treated with Upadacitinib, Tumor Necrosis Factor Inhibitors, and Other Advanced Therapies After Switching from an Initial Tumor Necrosis Factor Inhibitor. Adv Ther (2024) 41:3706–3721.

4 Heutz et al. Sustained DMARD-free remission in subgroups of patients with rheumatoid arthritis: an analysis of two prospective cohorts with early arthritis. DOI: 10.1016/S2665-9913(24)00234-0.

5 Mulligen. Tapering conventional synthetic DMARDs towards sustained drug-free remission in rheumatoid arthritis. Lancet Rheumatol. Maio de 2024;6(5):e254-e255.

6 Kjørholt et al. Effects of tapering conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs to drug-free remission versus stable treatment in rheumatoid arthritis (ARCTIC REWIND): 3-year results from an open-label, randomised controlled, non-inferiority trial. Lancet Rheumatol. Maio de 2024;6(5):e268-e278.

Prevalência

A prevalência aumentará substancialmente

Não temos dados mundiais exatos quanto ao número de pessoas que têm doenças reumáticas inflamatórias. Porém, se usarmos a menor estimativa da Alemanha e a aplicarmos à população adulta do mundo, isso sugere que cerca de 135 milhões de pessoas podem ser afetadas.[1]

Artrite reumatoide (AR)

A AR é uma doença inflamatória crônica que afeta principalmente as articulações. Causa dor, inchaço e rigidez nas articulações e, com o tempo, pode levar a danos e deformidades nas articulações. A AR também pode afetar outras partes do corpo, como pele, olhos, pulmões, músculos, nervos e coração.

- Atualmente, **mais de 18 milhões de** pessoas têm AR em todo o mundo[2,3]
- A AR é **2 a 3 vezes mais comum em mulheres** do que em homens[4,5]
- **Até 2050,** espera-se que o número de pessoas com AR aumente para **quase 32 milhões** — um aumento de 80%, de acordo com o Global Burden of Disease Study[3]
- A previsão é que certas regiões tenham aumentos de mais de 200%:
  - África Subsaariana Oriental, Central e Ocidental
  - Sul da Ásia
  - Oceania
  - Sul da África subsaariana[3]

*SpA abrange SpA axial (axSpA) radiográfica ou não radiográfica, SpA enteropática, SpA periférica, artrite psoriásica e artrite reativa. Antes, a axSpA reativa era chamada de espondilite anquilosante (AS).

Espondiloartrite (SpA)

A espondiloartrite (SpA)* é um grupo de doenças inflamatórias crônicas que afetam principalmente a coluna vertebral e, às vezes, outras articulações. Causa dor, fadiga, rigidez e mobilidade reduzida. Outras partes do corpo, como os olhos, a pele e o intestino, também podem ser afetadas.

- Não se sabe ao certo qual é a prevalência mundial da espondiloartrite (SpA). Estima-se que varie de 0,20% no Sudeste Asiático a 1,61% nas regiões do Ártico.
- Estimativa de número de pessoas com SpA:
  - **13,1 milhões** na **Ásia Oriental**
  - **4,5 milhões** nos **EUA**
  - **4,0 milhões** na **Europa**[6]

Embora essas estimativas sugiram que cerca **de 65 milhões de pessoas em todo o mundo** tenham SpA, os dados sobre a SpA axial (axSpA), uma forma comum de SpA, indicam que o número pode ser ainda maior. Cerca de 1 em cada 150 pessoas em todo o mundo tem axSpA, ou aproximadamente 50 milhões de indivíduos. Como a axSpA representa aproximadamente metade de todos os casos de SpA, o número total de pessoas afetadas pode estar **mais próximo de 100 milhões.**[7] A axSpA pode ser subdiagnosticada mesmo em países desenvolvidos como o Reino Unido — onde, de acordo com alguns estudos, o número real de casos seria mais que o triplo do diagnosticado.[8]

1 Albrecht et al. Systematic review to estimate the prevalence of inflammatory rheumatic diseases in Germany. ZRheumatol2024·83(Suppl1):S20–S30.

2 Organização Mundial da Saúde. Rheumatoid arthritis: key facts. 28 de junho de 2023. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis

3 GBD 2021 Rheumatoid Arthritis Collaborators. Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Rheumatol. 2023;5(10):e594-e610.

4 Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014;73(7):1316-22.

5 Gravallese and Firestein. Rheumatoid Arthritis - Common Origins, Divergent Mechanisms. N Engl J Med. 9 de fevereiro de 2023;388(6):529-542.

6 Stolwijk C, et al. Global prevalence of spondyloarthritis: a systematic review and meta-regression analysis. Arthritis Care Res. 2016;68(9):1320-31

7 Relatório da ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Janeiro de 2024. https://asif.info/imas-global-report/

8 Hamilton et al. The prevalence of axial spondyloarthritis in the UK: a cross-sectional cohort study. BMC Musculoskeletal Disorders (2015) 16:392.

Impacto

Doenças reumáticas e musculoesqueléticas são debilitantes

Um grande desafio de saúde mundial

- As doenças reumáticas inflamatórias fazem parte da família maior das doenças musculoesqueléticas (MSK). **As doenças MSK afetam mais de 1,5 bilhão de pessoas** em todo o mundo e causam **150 milhões de anos vividos com incapacidade.**[1]
- Entre **2000 e 2015,** o fardo global das doenças MSK aumentou dramaticamente, de **80 milhões para 108 milhões de DALYs** (anos de vida ajustados pela incapacidade), de acordo com uma análise sistemática do banco de dados da Organização Mundial da Saúde sobre o fardo de doenças, que abrange 183 países.
- **Em 2019, as doenças MSK tornaram-se a principal causa de incapacidade em todo o mundo,** respondendo por 17% de todos os anos vividos com incapacidade (YLDs).[2,3]
- O aumento do impacto é particularmente gritante em países de alta renda, cujas populações têm envelhecido. Tendências semelhantes são esperadas em países de renda mais baixa conforme o acesso à saúde melhora e os riscos relacionados ao estilo de vida (como tabagismo, obesidade e pouca atividade física) aumentam.[4]

Doenças MSK e dor crônica

- **85% dos casos de dor crônica** estão ligados a doenças MSK. Cuidar das doenças MSK, portanto, significa cuidar da dor crônica e seu impacto nas pessoas, populações, sistema de saúde e economia.[5]
- O impacto da dor é amplo, sendo o maior fator preditivo da **saúde psicossocial,**[6] prevendo de forma independente a **incapacidade para o trabalho,**[7] e estando associado a pior **qualidade de vida, funcionamento, saúde mental, fadiga e bem-estar.**[8,9,10,11,12]
- Na Inglaterra, mais de 15 milhões de pessoas (34%) têm dor crônica.[13]

1 Série de webinars da OMS. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally. Webinar 1: Impacto global das doenças MSK.

2 Série de webinars da OMS. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally. Webinar 2: Abordagem vitalícia às doenças MSK.

3 Vos, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, Lancet 2020; 396: 1135–59

4 Sebbag E, et al. The world-wide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. Ann Rheum Dis. 2019;78(6):844-48.

5 Série de webinars da OMS. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally. Webinar 3: Promoção da saúde e prevenção.

6 Courvoisier et al. Pain as an important predictor of psychosocial health in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). Fevereiro de 2012;64(2):190-6.

7 Wolfe and Hawley. The long-term outcomes of rheumatoid arthritis: Work disability: a prospective 18 year study of 823. J Rheumatol. Novembro de 1998;25(11):2108-17.

8 Conaghan et al. Relationship of pain and fatigue with health-related quality of life and work in patients with psoriatic arthritis on TNFi: results of a multi-national real-world study. Rheumatology (Oxford). 5 de janeiro de 2021;60(1):316-321.

9 Hirano et al. Determinants of the patient global assessment of well-being in early axial spondyloarthritis: 5-year longitudinal data from the DESIR cohort. Rheumatology (Oxford). 5 de janeiro de 2021;60(1):316-321.

10 Euesden et al. The Relationship Between Mental Health, Disease Severity, and Genetic Risk for Depression in Early Rheumatoid Arthritis. Psychosom Med. Julho/agosto de 2017;79(6):638-645.

11 Pollard et al. Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. Rheumatology (Oxford). Julho de 2006;45(7):885-9.

12 Scott et al. Pain management in people with inflammatory arthritis: British Society for Rheumatology guideline scope. Rheumatology Advances in Practice, Volume 8, Issue 4, 2024.

13 Ellis et al. Chronic Pain in England: Unseen, Unequal and Unfair. Versus Arthritis. https://versusarthritis.org/media/23739/chronic-pain-report-june2021.pdf

Todas as faixas etárias são afetadas

- Embora as doenças MSK possam ocorrer em qualquer idade, inclusive na infância, a incidência começa a aumentar de forma mais acentuada por volta dos 10 anos de idade e continua a aumentar de forma constante ao longo da vida. Não é "só" doença de idoso.[1]
- Na Inglaterra e na Escócia, 2% dos menores de 16 anos têm alguma doença MSK de longo prazo[2,3,4]
- Entre adolescentes e jovens adultos (15-39 anos), as doenças MSK emergiram como a terceira principal causa de DALYs globais, **com aumento de 39% na prevalência nos últimos 30 anos**[5]
- Quadros clínicos como AR e gota são cada vez mais comuns nessa faixa etária,[5] afetando aspectos importantes da vida, como educação, progresso profissional, relacionamentos e formação de família, o que pode **limitar os objetivos de vida dos jovens**

Impacto na União Europeia e Reino Unido

- Na Europa, até 2030, **até 50% da população em idade ativa** podem ser diagnosticados com alguma **doença MSK crônica**[6]
- As doenças MSK respondem por **metade de todas as ausências no trabalho e 60% dos casos de incapacidade permanente para o trabalho**[7]
- No Reino Unido (UK), as doenças MSK são uma das principais causas de incapacidade.[8]
- No UK, um exemplo de país de alta renda, as doenças MSK fazem parte da "Estratégia para as principais doenças", que enfatizam o diagnóstico precoce, a intervenção precoce e o tratamento de qualidade.[8]
- No debate político do Reino Unido, reconhece-se que, além do impacto humano das doenças MSK em si, elas podem levar ao **desemprego e empobrecimento,** além de acarretar custos substanciais para o Estado na forma de gastos com a previdência social e o sistema público de saúde NHS. **"É uma questão de vitalidade econômica."**[9]

Na Europa, até 2030, **até 50% da população** em idade ativa podem ser diagnosticados com alguma doença MSK crônica

1 Série de webinars da OMS. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally. Webinar 1: Impacto global das doenças MSK.

2 Governo da Escócia. Scottish Health Survey 2021. https://www.gov.scot/collections/scottish-health-survey/

3 Moody, et al. Health Survey for England 2018: Longstanding conditions. 2019 Health and Social Care Information Centre. National Health System, Reino Unido.

4 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffdkiax/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

5 Guan, et al. Global burden and risk factors of musculoskeletal disorders among adolescents and young adults in 204 countries and territories, 1990–2019, Autoimmunity Reviews, Volume 22, Issue 8, 2023, 103361, ISSN 1568-9972.

6 Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014;73(7):1316-22

7 Why early management of chronic disease in the EU workforce should be a priority: a call for action for the Latvian presidency of the EU & member states.

8 Departamento de Saúde e Assistência Social do Reino Unido. Major conditions strategy: case for change and our strategic workforce. 21 de agosto de 2023. https://www.gov.uk/government/publications/major-conditions-strategy-case-for-change-and-our-strategic-framework/major-conditions-strategy-case-for-change-and-our-strategic-framework--2

9 Parlamento do Reino Unido. Musculoskeletal conditions and employment. 10 de janeiro de 2024. https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2023-0236/CDP-2023-0236.pdf

Ação Precoce

A ação precoce previne a incapacidade em longo prazo

- A ação precoce em doenças MSK inflamatórias pode prevenir danos irreversíveis. Em 2010, a AR sozinha causou **4,8 milhões de DALYs** em todo o mundo.[1]
- No Reino Unido, a AR é responsável por mais de **50.000 YLDs.**[2]
- As doenças reumáticas inflamatórias afetam a saúde física e mental. **Uma em cada 3 pessoas** com AR no Reino Unido tem **problemas de saúde mental,** como ansiedade ou depressão, sendo a depressão 2–3 vezes mais comum do que na população em geral.[2,3,4]
- A AR aumenta o risco de morte, sendo que um estudo nos EUA mostrou **27% de mortalidade a mais** mesmo quando a conta considera outros problemas de saúde.[5,6]
- Graças à evolução dos tratamentos, as pessoas com AR hoje vivem mais do que nunca — mas muitas vezes vivem muitos anos de incapacidade. De fato, a maioria dos 4,8 milhões de DALYs se deve a anos vividos com incapacidade, não à morte precoce. Isso equivale à perda de **4.800.000 anos de vida saudável.**[1]
- Embora a intervenção inicial seja crucial, poucos pacientes reconhecem esse fato. No UK, **50%–75% das pessoas com AR esperam mais de 3 meses** antes de procurar ajuda. Depois disso, os pacientes se consultam com seu clínico geral em média 4 vezes antes de serem encaminhados para um especialista. Em média, passam-se **9 meses desde o início dos sintomas até o tratamento.**[7]
- Como a **axSpA** é uma doença profundamente incompreendida e pouco reconhecida, leva em média **7,4 anos para o seu diagnóstico** — variando de 4,2 anos na Ásia a 10,8 anos na África do Sul. **As mulheres esperam 2 anos a mais que os homens.** Durante esse tempo, os danos se acumulam e o prognóstico da pessoa piora consideravelmente. Como a axSpA geralmente começa na casa dos 20 anos, o diagnóstico tardio pode significar uma vida inteira de incapacidade altamente evitável.[8,9]

Em 2010, a AR sozinha causou **4,8 milhões de DALYs** em todo o mundo.

1 Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014;73(7):1316-22.

2 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffdkiax/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

3 Marrie et al. Increased Burden of Psychiatric Disorders in Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). Julho de 2018;70(7):970-978.

4 Hoek et al. Long-term physical functioning and its association with somatic comorbidity and comorbid depression in patients with established rheumatoid arthritis: a longitudinal study. Arthritis Care Res (Hoboken). Julho de 2013;65(7):1157-65.

5 Gabriel SE, et al. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. Arthritis Rheum. 2003;48(1):54-58.

6 Navarro-Cano G, et al. Association of mortality with disease severity in rheumatoid arthritis, independent of comorbidity. Arthritis Rheum. 2003;48(9):2425-33.

7 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 de julho de 2009. https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/

8 Relatório da ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Janeiro de 2024. https://asif.info/imas-global-report/

9 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, 3 de abril de 2025. https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss

Benefícios Da Remissão

Alcançar a remissão é um divisor de águas para pacientes e sistemas de saúde

Olhar para as doenças reumáticas inflamatórias só da perspectiva MSK mais ampla não está dando certo para quem tem doenças inflamatórias. Essas estratégias se concentram em questões como dor lombar ou osteoartrite, enfatizando fisioterapia, cirurgia ou ajustes no ambiente de trabalho.

Atualmente, as pessoas com AR não recebem os cuidados ideais:

- O tratamento frequentemente não começa dentro do intervalo terapêutico crítico de 12 semanas[1]
- Mesmo entre aqueles que recebem tratamento, 70% não alcançam a remissão[2]

As perspectivas são piores para a SpA:

- Mesmo com o diagnóstico, que geralmente pode levar até 7 anos, 75% dos pacientes com axSpA relatam que sua doença está **subcontrolada** (índice de Bath de atividade da doença para espondilite anquilosante, BASDAI ≥ 4), o que causa níveis significativamente maiores de dor, fadiga, rigidez e dificuldade para fazer as tarefas rotineiras.[3]
- Pessoas cuja doença está subcontrolada relatam uma média de 2,4 comorbidades, em comparação com as 1,4 relatadas por aquelas cuja doença está controlada.[3]

No caso das doenças inflamatórias, o objetivo deve ser a prevenção por meio do diagnóstico precoce e a abordagem de "tratamento para remissão". Alcançar a remissão é um divisor de águas tanto para os indivíduos quanto para os sistemas de saúde e deve ser uma meta para as autoridades de saúde pública.

O objetivo deve ser **a prevenção por meio do diagnóstico precoce** e a abordagem de "tratamento para remissão".

1 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 de julho de 2009. https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/

2 Yu C, et al. Remission rate and predictors of remission in patients with rheumatoid arthritis under treat-to-target strategy in real-world studies: a systematic review and meta-analysis. Clin Rheumatol. 2019;38(3):727-38.

3 Relatório da ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Janeiro de 2024. https://asif.info/imas-global-report/

Benefícios da remissão

Produtividade no trabalho

37%–75% de ganho[1,2,3]

Despesas com assistência médica

19%–52% de economia[3]

Desfechos melhores

Melhor saúde física, ou seja, menos dor e fadiga, e melhor estado mental[1,4,5,6,7]

1 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. Arthritis Res Ther. 2014;16(1):R56.

2 Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. Acta Reumatol Port. 2012;37(2):134-42.

3 Ostor AJ, et al. value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. Adv Ther. 2022;39(1):75-93.

4 Curtis JR, et al. Patient perspectives on achieving treat-to-target goals: a critical examination of patient-reported outcomes. Arthritis Care Res (Hoboken). 013;65(10):1707-12.

5 Ishida M, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. Mod Rheumatol. 2018;28(5):789-99.

6 Kekow J, et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford). 2011;50(2):401-409.

7 Son CN, et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity in a Korean population. Korean J Intern Med. 2015;30(3):384-90.

O valor de alcançar a remissão em doenças reumáticas inflamatórias

BENEFÍCIO 1

A remissão permite que as pessoas trabalhem

Um dos benefícios mais atraentes da remissão é o quanto ela permite que as pessoas sejam **mais produtivas na vida diária.**

Quando as pessoas não estão mais sobrecarregadas pelos efeitos debilitantes da doença reumática, elas podem participar melhor da força de trabalho. Em contrapartida, quem não consegue alcançar a remissão pode se ver em um ciclo de afastamento por invalidez e desemprego. Isso não afeta só a independência financeira, mas também sobrecarrega os programas públicos de assistência social.

Aumentar as taxas de remissão capacita as pessoas para levar uma vida plena e economicamente produtiva, beneficiando os indivíduos e a sociedade. O Departamento de Auditoria Nacional do Reino Unido declarou o seguinte: "O atraso no tratamento (da AR) é prejudicial à saúde dos pacientes, à sua qualidade de vida e, com três quartos das pessoas ainda em idade ativa quando diagnosticadas, à economia".[1]

Existem várias maneiras de olhar para a produtividade no trabalho: **comprometimento da produtividade, dias de trabalho perdidos e incapacidade para o trabalho.** A incapacidade para o trabalho — ou seja, a aposentadoria antecipada por invalidez — é o principal motivo para as perdas de produtividade. Evitar ou postergar a aposentadoria antecipada pode, portanto, resultar em redução de despesas substancial.

Vários estudos quantificaram as perdas de produtividade devido a doenças reumáticas inflamatórias:

- Uma grande revisão do impacto econômico da AR descobriu que, quando se mede a incapacidade para o trabalho em vez da simples ausência por doença, os custos indiretos (não médicos) representam uma parte muito maior dos custos totais do que os custos diretos (médicos). O saldo de custos diretos/indiretos variou de 15%/85% na Austrália a 95%/5% na Itália, diferenças causadas em grande parte pela metodologia usada e não pela variação no mundo real.[2]
- No Reino Unido, o custo dos dias de trabalho perdidos devido à osteoartrite e AR foi estimado em £ 2,6 bilhões em 2017, com projeções de subir para £ 3,4 bilhões até 2030.[3] Pessoas com artrite têm 20% menos probabilidade de estarem empregadas do que aquelas sem esse quadro clínico.[4,5]

Cerca de **1 em cada 3 pessoas com AR** deixa de trabalhar até 5 anos depois do diagnóstico.[4,6]

1 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 de julho de 2009. https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/

2 Hsieh et al. Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review of literature in biologic era. Ann Rheum Dis. Junho de 2020;79(6):771-777.

3 Parlamento do Reino Unido. Musculoskeletal conditions and employment. 10 de janeiro de 2024. https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2023-0236/CDP-2023-0236.pdf

4 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffdkiax/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

5 Rajah et al. How does arthritis affect employment? Longitudinal evidence on 18,000 British adults with arthritis compared to matched controls. Soc Sci Med. Março de 2023:321:115606.

6 Young et al. Which patients stop working because of rheumatoid arthritis? Results of five years' follow up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS). Ann Rheum Dis. Abril de 2002;61(4):335-40.

- Também no UK, os custos totais da axSpA relacionados ao trabalho — que abrangem aposentadoria antecipada, absenteísmo e presenteísmo — foram estimados em £ 11.943 por pessoa por ano.[1] A National Axial Spondyloarthritis Society estimou que um paciente de 26 anos que espera 8,5 anos pelo diagnóstico pode **perder cerca de £ 187.000** ao longo da vida, principalmente devido à redução das possibilidades de emprego.[2] Em um estudo, 24% dos homens com axSpA radiográfica se aposentaram precocemente e 45% mudaram para trabalhos menos pesados.[1,3,4]
- Em comparação com a população em geral, as pessoas com axSpA têm até três vezes mais chances de deixar a força de trabalho.[5] Quase metade (46%) disse que a axSpA influenciou sua escolha de emprego e 71% relataram dificuldades em encontrar emprego devido à sua condição.[6]
- Um estudo na Argentina descobriu que os dias de trabalho perdidos tiveram **custos indiretos 2,3 vezes maiores** para as pessoas com AR ativa do que para aquelas em remissão, usando o grupo de melhor escore no Questionário de Avaliação de Saúde como representativo de remissão.[7]
- Estudos da Áustria e do Japão descobriram que os pacientes com AR em remissão tinham comprometimento significativamente menor da produtividade do que aqueles com atividade da doença baixa (LDA) ou moderada/alta (M/HDA).[8,9]

Em comparação com alguém sem AR:

- Uma pessoa em remissão é apenas 8%–12% menos produtiva
- Aqueles com LDA são 21%–27% menos produtivos
- Aqueles com M/HDA são 30%–46% menos produtivos[8,9,10]

A remissão pode reduzir significativamente os custos indiretos, inclusive as perdas de produtividade do trabalho:

- Em Portugal, a perda anual de produtividade no trabalho — em termos de dias de trabalho perdidos, inclusive de parentes — foi **reduzida em 75%** (de € 540 para € 135) ao ano.[11]
- Na Áustria, a remissão foi associada a uma redução dos custos indiretos anuais de € 14.273 para € 9.023. Isso abrange a aposentadoria antecipada, sendo que 34% dos participantes aposentados citaram a AR como motivo.[10]

Voltando ao ponto do Departamento de Auditoria Nacional do Reino Unido, investir em saúde, prevenção e capacidade gera um retorno positivo, reduzindo os gastos com a segurança social. A situação é clara: um investimento de £ 11 milhões em saúde poderia economizar £ 31 milhões em custos de segurança social. No entanto, os desafios de coordenação interministerial têm dificultado a ação.[12]

1 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffdkiax/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

2 NASS. Driving down diagnostic delay in axial SpA. First impact report of the Act on Axial SpA campaign. Outubro de 2022. https://nass.co.uk/wp-content/uploads/2022/10/NASS-Impact-Report_DIGITAL-WEB-FRIENDLY-FINAL.pdf

3 Strand and Singh. Patient Burden of Axial Spondyloarthritis. J Clin Rheumatol. Outubro de 2017;23(7):383-391.

4 Cakar et al. Work disability in ankylosing spondylitis: differences among working and work-disabled patients. Clin Rheumatol. Novembro de 2009;28(11):1309-14.

5 Martindale et al. The impact of ankylosing spondylitis/axial spondyloarthritis on work productivity. Best Pract Res Clin Rheumatol. Junho de 2015;29(3):512-23.

6 Relatório da ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Janeiro de 2024. https://asif.info/imas-global-report/

7 Secco A, et al. Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(3):532-40.

8 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. Adv Ther. 2022;39(1):75-93.

9 Kim D, et al. Importance of obtaining remission for work productivity and activity of patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2017;44(8):1112-17.

10 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. Arthritis Res Ther. 2014;16(1):R56.

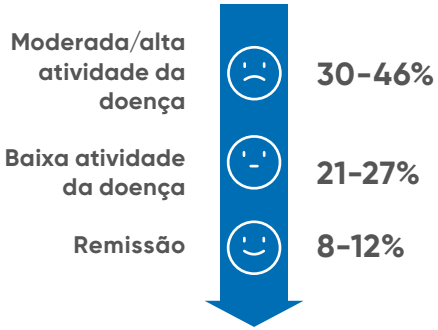
11 Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. Acta Reumatol Port. 2012;37(2):134-42.

12 Bevan S. Reducing temporary work absence through early intervention: the case of MSDs in the EU. Fit for Work. The Work Foundation (parte da Lancaster University)

Impacto anual por pessoa em produtividade

Presenteísmo e redução da produtividade[1,2,3]

"trabalhar doente com menor produtividade"



Absenteísmo e dias de trabalho perdidos[4]

"estar regularmente ausente do trabalho"

Custos da invalidez no trabalho e da aposentadoria antecipada[1]

1 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. Adv Ther. 2022;39(1):75-93.
2 Kim D, et al. Importance of obtaining remission for work productivity and activity of patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2017;44(8):1112-17.
3 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. Arthritis Res Ther. 2014;16(1):R56.
4 Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. Acta Reumatol Port. 2012;37(2):134-42.

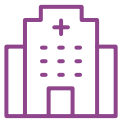
BENEFÍCIO 2

A remissão reduz os gastos com assistência médica

- Há um forte contraste nos custos médicos e na utilização dos recursos de saúde entre os pacientes que alcançam a remissão e aqueles que não o fazem. Alcançar a remissão pode, portanto, aliviar o fardo em sistemas de saúde já sobrecarregados. Isso enfatiza a necessidade de enxergar os cuidados abaixo do ideal como um desperdício.[1]
- Na era que se seguiu à introdução de tratamentos biológicos para AR, observou-se um declínio significativo nos custos hospitalares e cirúrgicos, com base em 72 estudos realizados em 28 países da Europa, América do Norte, Ásia, América Latina e Australásia. Antes de 2002, a internação hospitalar respondia por 75% dos custos diretos (ou seja, custos incorridos dentro do sistema de saúde); em dados mais recentes sua participação caiu entre 5% e 45%.
- Uma revisão recente sobre a AR de 16 estudos em 12 países e 3 continentes descobriu que os pacientes em remissão tiveram custos médicos diretos sistematicamente menores e usaram menos recursos de saúde do que aqueles que não estavam em remissão.[2]

Alcançar a remissão pode, aliviar o fardo em sistemas de saúde já sobrecarregados.

- A remissão foi associada a uma economia de **19%–52%** nos custos médicos diretos.[2]
- O custo médico anual mediano dos pacientes em remissão foi de € 2.464 (faixa de € 821 a € 11.272), em comparação com € 4.717 (faixa de € 1.042 a € 16.879) para aqueles que não estavam em remissão.[2]
- Relatou-se redução de despesas associada à remissão de € 285 (20%) em comparação com baixa atividade da doença e € 3.804 (51%) em comparação com média/alta atividade da doença.[2]
- Quando comparados aos indivíduos com média/alta atividade da doença, aqueles em remissão passaram por **64% menos hospitalizações, 53% menos cirurgias articulares e 24% menos radiografias.**[3]



Internações
64%↓
de redução

Cirurgias nas articulações
53%↓
de redução

Radiografias
24%↓
de redução

1 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, 3 de abril de 2025. https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss

2 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. Adv Ther. 2022;39(1):75-93.

3 Boytsov N, et al. Increased healthcare resource utilization in higher disease activity levels in initiators of TNF inhibitors among US rheumatoid arthritis patients. Curr Med Res Opin. 2016;32(12):1959-67.

- Um estudo na **Argentina** descobriu que os custos hospitalares entre os pacientes com AR foram 20 vezes maiores entre aqueles na faixa de 2,6–3,0 do Questionário de Avaliação de Saúde quanto comparados àqueles na faixa de 0,0–0,5, adotando essa última faixa como representativa de remissão.[1]
- Na **Áustria,** os custos médicos anuais dos pacientes com AR foram 20% maiores para aqueles com baixa atividade da doença e 71% maiores para aqueles com média/alta atividade da doença, quando comparados aos pacientes em remissão.[2]
- Um estudo na **Colômbia** relatou que os custos médicos diretos foram 2,1 vezes maiores para pacientes com atividade da doença de AR severa do que para aqueles em remissão.[3]
- Uma revisão global sobre axSpA descobriu que indivíduos com doença subcontrolada (BASDAI ≥ 4) passaram por um número de consultas 92% maior com a atenção primária, 71% maior com fisioterapeutas e 58% maior com psicólogos ou psiquiatras, em comparação àqueles com doença controlada (BASDAI < 4).[4]
- Uma análise de registro dos **EUA** em artrite psoriásica (APs) e axSpA radiográfica avaliou o impacto da remissão e descobriu que os pacientes sem controle da doença estavam entre 3,0 (APs) e 7,7 (axSpA radiográfica) vezes mais propensos a precisar de internação do que aqueles com doença controlada.[5]
- Os custos anuais de internação por paciente foram 3,5 vezes maiores para pacientes com APs não controlada do que para aqueles com doença controlada.[5]
- Na **Europa Central e Leste Europeu,** os pacientes com axSpA radiográfica que alcançaram baixa atividade da doença após 12 meses tiveram uma redução de até 83% no número e duração das internações, além de menos consultas com profissionais de saúde.[6]

Além disso, vale a pena destacar que pessoas com doença inflamatória não controlada têm despesas diretas substanciais,[7] que podem consumir cerca de 20% da renda familiar (EUA, 2009).[8] Alcançar a remissão, portanto, não só reduz os custos médicos diretos como também alivia substancialmente o impacto financeiro para as famílias.

Alcançar a remissão não só reduz os custos médicos diretos como também **alivia substancialmente** o impacto financeiro para as famílias.

1 Secco A, et al. Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(3):532-40.

2 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. Arthritis Res Ther. 2014;16(1):R56.

3 Santos-Moreno P, et al. Centers of excellence implementation for treating rheumatoid arthritis in Colombia: a cost-analysis. Clinicoecon Outcomes Res. 2021;13:583-91.

4 Relatório da ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Janeiro de 2024. https://asif.info/imas-global-report/

5 Bergman MJ, et al. Clinical and economic benefit of achieving disease control in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: a retrospective analysis from the OM1 Registry. Rheumatol Ther. 2023;10:187–99.

6 Opris-Belinski D, et al. Impact of adalimumab on clinical outcomes, healthcare resource utilization, and sick leave in patients with ankylosing spondylitis: an observational study from f ive Central and Eastern European countries. Drugs Context. 2018;7:212556.

7 Parlamento do Reino Unido. Musculoskeletal conditions and employment. 10 de janeiro de 2024. https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2023-0236/CDP-2023-0236.pdf

8 Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2009;61:1563-70.

BENEFÍCIO 3

Desfechos melhores

A melhora nos desfechos e função física observada nos pacientes em remissão se traduz em benefícios humanos significativos, mesmo quando os comparamos a aqueles com baixa atividade da doença.[1,2,3]

- Os pacientes com AR em remissão relatam escores mais altos de qualidade de vida (QV) nos questionários EQ-5D e Short Form Health Survey de 36 itens (SF-36), que avaliam vários domínios da QV.[4]
- Em particular, a remissão está associada à melhor saúde física (por exemplo, redução da **dor e fadiga**,[2,5,6]), **melhora do bem-estar mental** (por exemplo, melhor qualidade do sono, menos depressão e ansiedade)[5,6,7,8]) e **maior produtividade no trabalho**.[2,5,9]
- A remissão precoce em pacientes com AR inicial tratados com DMARDs sintéticos convencionais (csDMARDs) está ligada a benefícios clínicos e funcionais.[10] Mesmo entre os pacientes que precisam de terapias-alvo complementares (bDMARDs ou tsDMARDs), aqueles que alcançaram a remissão dentro de 12 semanas (28% dos pacientes) apresentaram menos dor e fadiga, e melhor funcionamento físico e QV durante pelo menos um ano, em comparação com aqueles que não o fizeram.[11]
- Mostrou-se que realizar trabalho remunerado por si só melhora a QV, conforme medido com o SF-36 em um estudo **da Noruega sobre AR** que controlava a demografia e a severidade da doença.[9]

A melhora nos desfechos e função física observada nos pacientes em remissão se traduz em **benefícios humanos significativos.**

1 Klarenbeek NB, et al. Association with joint damage and physical functioning of nine composite indices and the 2011 ACR/EULAR remission criteria in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2011;70(10):1815-21.

2 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. Arthritis Res Ther. 2014;16(1):R56.

3 Van Tuyl LH, et al. Evidence for predictive validity of remission on long-term outcome in rheumatoid arthritis: a systematic review. Arthritis Care Res (Hoboken). 2010;62(1):108-17.

4 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. Adv Ther. 2022;39(1):75-93.

5 Ishida M, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. Mod Rheumatol. 2018;28(5):789-99.

6 Curtis JR, et al. Patient perspectives on achieving treat-to-target goals: a critical examination of patient-reported outcomes. Arthritis Care Res (Hoboken). 013;65(10):1707-12.

7 Kekow J, et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford). 2011;50(2):401-409.

8 Son CN, et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity in a Korean population. Korean J Intern Med. 2015;30(3):384-90.

9 Grønning K, et al. Paid work is associated with improved health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2010;29(11):1317-22.

10 Klooster et al. Long-term clinical, functional, and cost outcomes for early rheumatoid arthritis patients who did or did not achieve early remission in a real-world treat-to-target strategy. Clin Rheumatol. Outubro de 2019;38(10):2727-2736.

11 Gossec et al. POS0643 Association of Early Remission on Clinical and Patient-Reported Outcomes in Patients with Rheumatoid Arthritis: Post-hoc Analysis of Data from the Select-Compare Study. Pôster. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2024-eular.1469.

- Um estudo na Turquia com 962 indivíduos com axSpA radiográfica encontrou QV significativamente mais baixa entre aqueles com controle insuficiente da doença. Pacientes com BASDAI < 4 relataram escore ASQoL de 4,6, enquanto aqueles com BASDAI ≥ 4 relataram escore de 11,2 (em uma escala de 0 a 18, em que pontuações mais altas indicam pior QV).[1,2,3,4]
- Em um estudo clínico multinacional sobre APs, os pacientes que alcançaram atividade mínima da doença mostraram melhoras significativamente maiores em todos os domínios do SF-36, escore resumido do SF-36, EQ-5D-5L e EVA do EQ-5D em comparação aos não responsivos.[5]
  - Um estudo de acompanhamento de 20 anos[6] descobriu que os desfechos relatados pelo paciente, como aqueles do Questionário de Avaliação de Saúde (HAQ), foram um fator preditivo de mortalidade na AR mais robusto do que os dados laboratoriais, radiográficos ou de exame físico, o que destaca a importância de coletar dados relatados pelo paciente e usá-los para embasar decisões.
- Um estudo global sobre axSpA revelou uma ligação clara entre a demora no diagnóstico e os desfechos físicos. Pacientes sem rigidez na coluna esperaram em média 3,7 anos até o diagnóstico, enquanto aqueles com rigidez severa sofreram uma demora de 9,1 anos. Como a rigidez na coluna muitas vezes é irreversível, o diagnóstico precoce é fundamental.[7]

A AR e suas comorbidades levam rapidamente à incapacidade.

- Um estudo na Polônia com 1.000 participantes descobriu que 53% dos pacientes com AR tinham incapacidade confirmada por lei.[8]
- As comorbidades de saúde mental são comuns: 17%-42% dos pacientes com AR têm depressão e 53%–71% sofrem de depressão, ansiedade ou ambas.[9]

Pacientes em remissão têm melhor qualidade de vida

Menos dor e fadiga

Melhor estado mental

Maior produtividade no trabalho

1 Garrett S, et al. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. J Rheumatol. 1994;21(12):2286-91.

2 Doward LC, et al. Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis. 2003;62:20-26.

3 van der Heijde DM, et al. Physical function, disease activity, and health-related quality-of-life outcomes after 3 years of adalimumab treatment in patients with ankylosing spondylitis. Arthritis Res Ther. 2009;11:R124.

4 Bodur H, et al. Quality of life and related variables in patients with ankylosing spondylitis. Qual Life Res. 2011;20(4):543-49.

5 Coates LC, et al. Achieving minimal disease activity in psoriatic arthritis predicts meaningful improvements in patients' health-related quality of life and productivity. BMC Rheumatol. 2018;2:24.

6 Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2009;61:1563-70

7 Relatório da ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Janeiro de 2024. https://asif.info/imas-global-report/

8 Grygielska J. The impact of rheumatoid arthritis on the economic situation of Polish households. Rheumatology. 2013;51(5):348-354.

9 Isik A, et al. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2007;26(6):872-78.

Soluções
Comprovadas

Várias soluções econômicas foram apresentadas e comprovadas na prática. Algumas estratégias importantes identificadas pela coalizão Fit for Work (2009-2018) são:

1. Diagnóstico e intervenção precoces, preferencialmente até 12 semanas após o início dos sintomas, são fundamentais para o tratamento bem-sucedido da artrite inflamatória.[1,2,3] Essas 12 semanas constituem o chamado "intervalo terapêutico".[4,5,6] O único fator preditivo para alcançar a remissão na AR é o diagnóstico e o início precoce de um tratamento eficaz,[7] com chances de remissão dobradas se isso acontecer.[8,9] O diagnóstico precoce começa com a conscientização, e a **conscientização pública** precisa melhorar.

- A conscientização sobre os benefícios da remissão deve ser melhorada por meio de uma **melhor educação médica para os clínicos gerais. A debilitação muitas vezes é vista como inevitável.**[10]
- Na axSpA, fisioterapeutas, ortopedistas, oftalmologistas, dermatologistas e gastroenterologistas podem acabar atendendo pacientes não diagnosticados. É preciso melhorar a conscientização e o reconhecimento dos sinais e sintomas por esses profissionais.[11]
- **Estratégias nacionais** precisam ser desenvolvidas em relação às melhores práticas e à adoção de diagnóstico e intervenção precoces, incluindo a estipulação de padrões de tratamento e indicadores de qualidade.[10]

1 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 de julho de 2009. https://www.nao.org.uk/reports/ services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/

2 Suresh E. Diagnosis of early rheumatoid arthritis: what the non-specialist needs to know. J R Soc Med. 2004;97(9):421-24.

3 Grätzel P. Rheuma-Verdacht: Welche Patienten müssen zum Spezialisten? Das entscheidet der Hausarzt. MMW Fortschr Med. 2014;156(6):20.

4 Raza K, et al. Timing the therapeutic window of opportunity in early rheumatoid arthritis: proposal for definitions of disease duration in clinical trials. Ann Rheum Dis. 2012;71(12):1921-23

5 Cush JJ. Early rheumatoid arthritis—is there a window of opportunity? J Rheumatol Suppl. 2007;80:1-7.

6 Raza K, et al. The therapeutic window of opportunity in rheumatoid arthritis: does it ever close? Ann Rheum Dis. 2015;74(5):793-94.

7 Gremese E, et al. Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicentre real life prospective study. Ann Rheum Dis. 2013;72(6):858-62.

8 Akdemir G, et al. Predictive factors of radiological progression after 2 years of remission-steered treatment in early arthritis patients: a post hoc analysis of the IMPROVED study. RMD Open. 2016;2(1):e000172.

9 Heimans L, et al. Two-year results of disease activity score (DAS)-remission-steered treatment strategies aiming at drug-free remission in early arthritis patients (the IMPROVED-study). Arthritis Res Ther. 2016;18:23.

10 Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. Abril de 2024. https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission MeetingReport-April-2024.pdf

11 Relatório da ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Janeiro de 2024. https://asif.info/imas-global-report/

AMÉRICA LATINA

Na América Latina, foi desenvolvido um modelo de atendimento para clínicas de SpA em estágio inicial. O modelo é composto por três tipos de centros, de acordo com o grau de complexidade da instituição específica. O modelo define indicadores de estrutura, processos e resultados, e se concentra no tratamento abrangente, multidisciplinar e centrado no paciente.[1]

POLÔNIA

Na Polônia, foi criado um programa nacional especificamente para a prevenção e detecção precoce da AR (2016–2020).[2] A Polônia tem os maiores atrasos no diagnóstico da Europa: o tempo desde os primeiros sintomas até o início do tratamento pode chegar a 35 semanas.[3] O programa implementou educação da equipe médica e dos pacientes, ferramentas de triagem e validação do diagnóstico por um reumatologista em atendimento ambulatorial.

- Para cada 1 dia de incapacidade temporária para o trabalho economizado, foi necessário investir US$ 12 em saúde
- Cada US$ 1 investido gerou um benefício de US$ 2

ESPANHA

O programa pioneiro até o momento é a Clínica de Intervenção Precoce do Hospital Clínico San Carlos em Madrid, Espanha,[4] que se concentrou na intervenção precoce na incapacidade para o trabalho relacionada a doenças MSK, envolvendo 13.000 pacientes (1998–1999).

O programa aceitava pacientes encaminhados após 5 dias de ausência do trabalho e contava com programas de educação do paciente.

- A incapacidade temporária para o trabalho foi 39% menor e a incapacidade permanente para o trabalho, 50% menor em comparação com o padrão de tratamento
- Para cada 1 dia de incapacidade temporária para o trabalho economizado, foi necessário investir US$ 6. A satisfação do paciente foi alta
- Para cada US$ 1 de despesa, US$ 11 foram economizados em perda de produtividade e custos de saúde
- O benefício líquido do programa foi superior a US$ 5 milhões (USD 2003)

Se essa abordagem fosse implementada em toda a Espanha, mais 81.000 pessoas estariam aptas para o trabalho em vez de tirar licença médica.

- **46 milhões** Dias úteis perdidos por doenças MSK todos os anos na Espanha
- **39%** Redução da incapacidade temporária para o trabalho
- **50%** Redução da incapacidade permanente para o trabalho no estudo
- **81.000** Trabalhadores espanhóis a mais estariam disponíveis para trabalhar todos os dias na Espanha
- **11 euros** Economia em custos sociais para cada US$ 1 de despesa

1 Santos-Moreno P, et al. Engagement process for patients with spondyloarthritis: PANLAR early SpA clinics project – centers of excellence . Clin Rheumatol. 2021;40: 4759–66.

2 Program polityki zdrowotnej. Nazwa programu: ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów. Okres realizacji: 2016-2020

3 Raza K, et al. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. Ann Rheumatic Dis. 2011;70(10):1822-25.

4 Abásolo L, et al. A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders [published correction appears in Ann Intern Med. 6 de dezembro de 2005; 143(11):W165]. Ann Intern Med. 2005;143(6):404-14.

2. Encaminhamento apropriado e padronização da jornada do paciente[1] são necessários, o que envolve o oferecimento de consultas de resposta rápida no caso de exacerbação. Além disso, o acesso a serviços psicológicos precisa ser melhorado, pois a depressão é comum entre pessoas com artrite inflamatória.

- Cerca de 20% dos pacientes com axSpA não são acompanhados por um reumatologista, o que sugere que esses pacientes podem não estar recebendo cuidados de equipes com conhecimento e treinamento adequados em axSpA.[2]
- A prescrição do medicamento apropriado é crucial. Acordos de compartilhamento de riscos baseados em desempenho, como, por exemplo, aqueles adotados para a AR na Argentina, podem derrubar os obstáculos junto ao sistema de saúde.[3]

- Embora a ciclagem de TNF possa parecer uma boa solução para conter os custos de medicamentos, isso provavelmente não diminui as despesas médicas gerais. Mudar para um tratamento com um mecanismo de ação diferente pode ser mais eficaz e menos dispendioso.[4,5]
- Há também uma necessidade urgente de orientação baseada em evidências sobre o controle da dor na artrite inflamatória. O uso prolongado de opioides permanece comum entre os pacientes, apesar da ausência de evidências de estudos clínicos que apoiem sua eficácia. Em resposta, a Sociedade Britânica de Reumatologia (BSR) iniciou o desenvolvimento de uma nova diretriz sobre controle da dor para pessoas com artrite inflamatória, cobrindo também tratamentos não medicamentosos para dor como a fisioterapia, que atualmente são subutilizados.[6] Espera-se que a diretriz seja publicada em 2026. Para conseguir colocá-la em prática, será necessário resolver a redução na capacidade de atendimento da equipe multidisciplinar (MDT) dos serviços de reumatologia, pois muitos departamentos não têm mais todos os profissionais de saúde necessários.[7]

Há também uma necessidade urgente de orientação baseada em evidências sobre o controle da dor na artrite inflamatória.

1 Santos-Moreno P, et al. Engagement process for patients with spondyloarthritis: PANLAR early SpA clinics project – centers of excellence. Clin Rheumatol. 2021;40: 4759–66.

2 Relatório da ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Janeiro de 2024. https://asif.info/imas-global-report/

3 di Giuseppe LA, et al. Experience of the performance-based risk-sharing arrangement for the treatment of rheumatoid arthritis with certolizumab pegol. Value Health. 2020;21:P201-P204.

4 Taylor PC, et al. Cost-effectiveness analysis of upadacitinib versus alternative treatment strategies for rheumatoid arthritis with inadequate response to TNFi in the United Kingdom; European Congress of Rheumatology 2024 (in press).

5 Bergman et al. HSD47 Treatment Response, Healthcare Resource Use, and Economic Outcomes Associated With Tumor Necrosis Factor Inhibitor Cycling Versus Switching to an Advanced Therapy With Different Mechanism of Action in Rheumatoid Arthritis. ISPOR Europe 2024. DOI: 10.1016/j.jval.2024.03.1270.

6 Scott et al. Pain management in people with inflammatory arthritis: British Society for Rheumatology guideline scope. Rheumatology Advances in Practice, Volume 8, Issue 4, 2024.

7 Ndosi et al. National variation in the composition of rheumatology multidisciplinary teams: a cross-sectional study. Rheumatol Int. 27 de maio de 2017;37(9):1453–1459.

REINO UNIDO

No UK, **apenas 20% das pessoas com AR são atendidas por um** reumatologista nos primeiros 3 meses,[1] enquanto na Áustria a proporção é de 38%.[2]

Há uma triagem extra nas listas de espera no Reino Unido para garantir que as pessoas certas estejam na lista de espera para consultar um reumatologista.[3]

COLÔMBIA

Na **Colômbia,** um programa inovador de manejo de doença para AR adotou uma abordagem multidisciplinar, que envolve reumatologia, nutrição, psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional, medicina física e reabilitação de acordo com o estado de atividade da AR do paciente.

Em uma comparação do mundo real com o padrão de tratamento, isso aumentou a proporção de remissão de 21% para 59% e reduziu a proporção com HDA de 18% para 5%.[4] Além disso, os autores estimaram a eficiência de usar centros de excelência e uma redução de despesas de até US$ 223.874 por paciente por ano (USD 2017).[5]

1 Stack RJ, et al. Delays between the onset of symptoms and first rheumatology consultation in patients with rheumatoid arthritis in the UK: an observational study. BMJ Open. 2019;9:e024361

2 Puchner R, et al. Efficacy and outcome of rapid access rheumatology consultation: an office based pilot cohort study. J Rheumatol. 2016;43(6):1130-35.

3 Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. Abril de 2024. https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission MeetingReport-April-2024.pdf

4 Santos-Moreno P, et al. Clinical outcomes of patients with rheumatoid arthritis treated in a disease management program: real-world results. Open Access Rheumatol. 2020;12:249-56.

5 Santos-Moreno P, et al. Centers of excellence implementation for treating rheumatoid arthritis in Colombia: a cost-analysis. Clinicoecon Outcomes Res. 2021;13:583-91.

3. Vidas profissionais mais saudáveis

- Deve-se criar iniciativas que ressaltem os benefícios que os empregadores podem colher ao investir em uma força de trabalho saudável. Promover um ambiente de trabalho saudável não é apenas um interesse dos empregadores, sendo também uma responsabilidade deles.[1]
- No Reino Unido, 29% dos empregadores oferecem pouco ou nenhum apoio relacionado à saúde e apenas 45% dos trabalhadores têm acesso a serviços de saúde ou reabilitação ocupacional. Além disso, a licença médica paga normalmente é baixa demais para oferecer segurança financeira, forçando muitos a trabalhar quando não estão bem ou deixar totalmente o emprego.[2]
- O impacto pessoal da perda de emprego pode ser profundo, desde a exposição à pobreza e piora da saúde até a perda de identidade e conexões sociais. Portanto, sempre que possível, é essencial evitar que a licença médica de longa duração se transforme na dependência dos benefícios de longo prazo.[2] Quando os indivíduos entram no sistema dos benefícios por desemprego, pode ser difícil sair. Muitos percebem o retorno ao trabalho (mesmo adaptado) como um risco significativo, algo que pode comprometer sua saúde e estabilidade financeira se resultar na perda do direito a benefícios.[2]
- Países como Países Baixos, Dinamarca, Noruega e Suécia adotaram estratégias de intervenção precoce em iniciativas estruturadas de retorno ao trabalho antes que os indivíduos façam a transição para os benefícios por desemprego prolongado.
  - Nos **Países Baixos,** os empregadores são legalmente obrigados a tomar medidas proativas durante as ausências por doença. Entre elas, desenvolver planos personalizados de retorno ao trabalho em colaboração com profissionais de saúde ocupacional.
  - Na **Noruega,** o Acordo para uma Vida Profissional Mais Inclusiva é uma estrutura tripartida que envolve o governo, os empregadores e os sindicatos. Os empregadores se comprometem a manter contato próximo com funcionários ausentes e adaptar tarefas ou horários para evitar ausências prolongadas. Em troca, recebem apoio e orientação da Agência Norueguesa de Administração da Segurança Social e Trabalho. As avaliações indicam que essa abordagem reduziu a duração da ausência por doença e aumentou a probabilidade de retorno ao trabalho.[3]
  - Na **Suécia,** cada trabalhador em licença médica de longa duração é atribuído a um gestor de caso. Esses gestores coordenam os esforços do funcionário, empregador e serviços de saúde e suporte relevantes para garantir que o processo de retorno ao trabalho seja estruturado e apoiado.[2]

O impacto pessoal da perda de emprego pode ser profundo, desde a exposição à pobreza e piora da saúde até a perda de identidade e conexões sociais.

1 Europe staying true to values 'enshrined in EU health strategy.' The Parliament Magazine. 22 de setembro de 2014.

2 The Health Foundation. Action for healthier working lives. Relatório final da comissão por vidas profissionais mais saudáveis. https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/action-for-healthier-working-lives.

3 Hoff et al. An initiative for a more inclusive working life and its effect on return-to-work after sickness absence: a multistate longitudinal cohort study. BMJ Open 2022;12:e062558.

4. Cuidado pessoal

- Em alguns países ou comunidades, a artrite inflamatória infelizmente é estigmatizada. Para permitir que os pacientes consigam cuidar sozinhos de sua doença, o estigma deve ser abordado por meio de uma ampla educação cidadã.[1]
- As associações de pacientes devem passar a fazer parte da equipe de assistência. No Reino Unido, há um piloto com reumatologistas que encaminham pacientes para uma associação de pacientes, ou seja, marcam uma reunião. A organização pode informar e capacitar proativamente os pacientes e fazê-los compreender o seu próprio papel no manejo da doença.[1] Quanto melhor os pacientes entenderem sua condição, melhor eles poderão tomar decisões informadas — não apenas sobre o tratamento médico, mas também sobre como viver bem com uma doença crônica.[2]
- Os planos de cuidados devem ser individualizados para maximizar a qualidade de vida no longo prazo, reconhecendo os objetivos de tratamento de um indivíduo e suas necessidades físicas, psicológicas e socioeconômicas. Isso exige decisões coletivas, em que o paciente desempenha um papel ativo na formação de seu próprio tratamento. E vale notar que o sucesso pode parecer diferente para cada paciente e pode evoluir com o tempo.[3]
- Há um programa na Suíça com exercícios conduzidos por fisioterapeutas para abordar o componente de atividade física.[1]
- As ferramentas digitais podem ser um ótimo apoio ao cuidado pessoal, mas, em alguns países, os pacientes podem ficar sobrecarregados com o número de aplicativos sem orientação ou credenciamento; em outros países, nenhum aplicativo está disponível no idioma local.

Soluções comprovadas

Diagnóstico e intervenção antecipados

Encaminhamento adequado

Vidas profissionais mais saudáveis

Cuidado pessoal

1 Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. Abril de 2024. https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission MeetingReport-April-2024.pdf

2 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, 3 de abril de 2025. https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss

3 Relatório da ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Janeiro de 2024. https://asif.info/imas-global-report/

Conclusão

O que as sociedades não gastam em saúde, em prevenção, em capacidade, elas gastarão em incapacidade.

Gastar em capacidade permite que as pessoas tenham uma vida frutífera e uma boa qualidade de vida. O custo da omissão é caro e provavelmente só vai aumentar.[1]

Pessoas com artrite inflamatória que alcançam a remissão podem experimentar uma profunda transformação na qualidade de vida, com menos dor, menos fadiga e a capacidade de se envolver em atividades que trazem alegria. Em essência, a remissão pode capacitar os indivíduos a viver a vida que escolherem.

O fardo financeiro da artrite inflamatória fora de controle vai além dos custos de hospitalização, abrangendo consultas médicas frequentes, perda de produtividade e aposentadoria antecipada. Alcançar a remissão pode aliviar esses custos tanto para os indivíduos quanto para a sociedade. No entanto, sistemas de segurança social rígidos e lentos frequentemente "prendem" as pessoas nos benefícios recebidos pelo desemprego prolongado.[1] A presença cada vez maior dessas doenças reduz a arrecadação fiscal, aumenta os gastos com benefícios e sobrecarrega os sistemas de saúde. Reformas previdenciárias são necessárias para apoiar as pessoas enquanto elas cuidam da saúde e voltam ao trabalho. Esse apoio também deve se estender aos profissionais autônomos, que são muitas vezes negligenciados.[1]

A ação urgente é alcançar a remissão para mais pacientes. Os danos nas articulações não podem ser revertidos. É fundamental interromper precocemente o processo da doença.

Os investimentos em saúde não são um dreno de recursos públicos, são um investimento.[2] Fica evidente que investir em remissão para a artrite inflamatória não é apenas uma questão de saúde pessoal, mas também um passo em direção a uma sociedade mais forte e sustentável.

A Global Alliance for Patient Access agradece à AbbVie pelo patrocínio deste glossário de evidências.

A ação urgente é alcançar a remissão para mais pacientes. Os danos nas articulações não podem ser revertidos. É fundamental interromper precocemente o processo da doença.

1 The Health Foundation. Action for healthier working lives. Relatório final da comissão por vidas profissionais mais saudáveis. https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/action-for-healthier-working-lives.

2 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 de julho de 2009. https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/

Abreviaturas

ACR: Colégio Americano de Reumatologia

EA: Espondilite anquilosante, hoje chamada de axSpA radiográfica

ASQoL: Questionário de qualidade de vida na EA

axSpA: Espondiloartrite axial

BASDAI: Índice de Bath de atividade da doença para espondilite anquilosante

bDMARD: Medicamento antirreumático modificador da doença biológico

BSR: Sociedade Britânica de Reumatologia

csDMARD: Medicamento antirreumático modificador da doença sintético convencional

DALY: Ano de vida ajustado por incapacidade

DMARD: Medicamento antirreumático modificador da doença

UE: União Europeia

EULAR: Aliança Europeia das Associações de Reumatologia

EQ-5D: Questionário EuroQoL de 5 dimensões

HCRU: Utilização de recursos de saúde

HAQ: Questionário de avaliação de saúde

HDA: Alta atividade da doença

JAK: Janus quinase

LDA: Baixa atividade da doença

MDA: Atividade mínima da doença

MDT: Equipe multidisciplinar

RM: Ressonância magnética

MSK: Musculoesqueléticas

OMERACT: Medidas de desfecho em reumatologia

APs: Artrite psoriásica

QV: Qualidade de vida

AR: Artrite reumatoide

SF-36: Questionário de saúde Short Form com 36 itens

SpA: Espondiloartrite

TNF: Fator de necrose tumoral

tsDMARD: Medicamento antirreumático modificador da doença sintético direcionado

UK: Reino Unido

EUA: Estados Unidos

EVA: Escala visual-analógica

YLDs: Anos vividos com incapacidade

YLLs: Anos de vida perdidos por morte prematura

Global
Remission
Coalition

globalremission.org