

O valor de alcançar a remissão em doenças reumáticas inflamatórias

Um glossário de evidências

2024



Sobre

Este glossário de evidências resume as pesquisas atuais sobre artrite inflamatória e o valor da 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).

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

O valor de alcançar a remissão em doenças reumáticas inflamatórias

Prevalência	3
Impacto	5
Ação precoce	7
Benefícios da remissão	9
Soluções comprovadas	17

Prevalência



A **prevalência** aumentará substancialmente

Artrite reumatoide

- Mais de **18 milhões de pessoas** em todo o mundo têm artrite reumatoide (AR).^{1,2} A prevalência é duas vezes maior entre as mulheres do que entre os homens.³
- Esse número aumentará para quase **32 milhões até 2050, um aumento de 80%**, conforme estimado pelo Global Burden of Disease Study.²
- Certas regiões têm projeção de aumento superior a 200%:
 - África Subsaariana Oriental, Central e Ocidental
 - Sul da Ásia
 - Oceania
 - Sul da África subsaariana²

Espondiloartrite

- A prevalência mundial da espondiloartrite (SpA)* é menos conhecida. Estima-se que varie de 0,20% no Sudeste Asiático a 1,61% nas comunidades do norte do Ártico.
- Isso significa que aproximadamente:
 - **13,1 milhões de pessoas** têm SpA na **Ásia Oriental**
 - **4,5 milhões de pessoas** têm SpA nos **Estados Unidos**
 - **4,0 milhões de pessoas** têm SpA na **Europa**⁴

* O termo SpA abrange espondilite anquilosante, SpA axial, SpA enteropática, SpA periférica, artrite psoriásica e artrite reativa.

1. Organização Mundial da Saúde. Rheumatoid arthritis: key facts 28 de junho de 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>
A Global Alliance for Patient Access fez uma

parceria com a OPEN Health para compilar as pesquisas destacadas neste glossário.
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.

3. 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.

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

Impacto



As doenças musculoesqueléticas são **debilitantes**

- As doenças reumáticas inflamatórias fazem parte da família maior das doenças musculoesqueléticas (MSK). **O fardo das doenças MSK aumentou significativamente** entre 2000 e 2015, de acordo com uma análise sistemática do banco de dados da Organização Mundial da Saúde sobre o fardo de doenças, que abrange 183 países. O fardo é visto no aumento de 80 milhões para 108 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) durante esse período.
- As doenças MSK foram a **segunda causa de anos vividos com incapacidade (YLDs)** no mundo em 2015, depois dos transtornos psiquiátricos.¹
- Na União Europeia (UE):
 - As doenças MSK são a **principal causa de incapacidade**.²
 - Até metade da população em idade ativa dos estados-membros pode ser diagnosticada com uma doença MSK crônica até 2030.²
 - **Metade de todas as faltas ao trabalho** se devem a doenças MSK.³
 - **60% da incapacidade permanente para o trabalho** se deve a doenças MSK.³
- O aumento do fardo é particularmente gritante em países de alta renda, que têm expectativa de vida longa e uma proporção alta de pessoas mais velhas em comparação àquelas mais jovens. Porém, devido à melhora geral da assistência médica e às rápidas mudanças nos riscos associados ao estilo de vida, como tabagismo, obesidade e redução da atividade física, espera-se um aumento semelhante em países de renda mais baixa.⁴
- No Reino Unido (UK), um exemplo de país de alta renda, as doenças MSK fazem parte da “Estratégia para as principais doenças”, com destaque para **diagnóstico precoce, intervenção precoce e tratamento de qualidade** como principais estratégias.⁵
- No debate político do Reino Unido, reconhece-se que, além do impacto humano das doenças em si, elas podem levar ao desemprego e ao 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.”**⁶

1. 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.

2. 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.

3. Global Alliance for Patient Access fez uma parceria com a OPEN Health para compilar as pesquisas destacadas neste glossário.

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. 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-conditionsstrategy-case-for-change-and-our-strategic-framework/major-conditions-strategy-case-forchange-and-our-strategic-framework--2>

6. Parlamento do Reino Unido. Musculoskeletal conditions and employment. 10 de janeiro de 2024. <https://hansard.parliament.uk/commons/2024-01-10/debates/0ABAEEOC-A704-4A15-8362-7FD0D6B2020B/MusculoskeletalConitionsAndEmployment>

Ação precoce



Agir cedo é crucial para prevenir a incapacidade em longo prazo

- A ação precoce em doenças MSK inflamatórias pode evitar danos irreversíveis. Em 2010, estima-se que a AR tenha causado **4,8 milhões de DALYs** em todo o mundo.¹
- Um estudo dos Estados Unidos descobriu que as pessoas com AR correm **risco significativamente maior de morte, com 27% de mortalidade excedente.**²
- Embora seja frequente que as pessoas com AR também sofram de outras doenças, foi comprovado que a própria AR, independentemente da presença de comorbidades, está significativamente associada à mortalidade.³
- Embora a doença ainda diminua a expectativa de vida, **hoje as pessoas com AR estão vivendo mais do que nunca**, principalmente devido à melhora da medicação. Isso significa que elas podem viver **muitos anos de incapacidade.**
- Os anos vividos com deficiência são o maior fator contribuinte para os 4,8 milhões de DALYs em todo o mundo. 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 Reino Unido, 50%–75% das pessoas com AR demoram 3 meses ou mais para procurar atendimento médico. Depois disso, os pacientes se consultam com seu clínico geral em média 4 vezes antes de serem encaminhados. Isso acumula em média **9 meses desde o início dos sintomas até o tratamento.**⁴



4.800.000

ANOS DE VIDA
SAUDÁVEL PERDIDOS

1. Global Alliance for Patient Access fez uma parceria com a OPEN Health para compilar as pesquisas destacadas neste glossário.

2. Gabriel SE, et al. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. Arthritis Rheum. 2003;46(1):54-58.

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

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

Benefícios da remissão



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

Usar apenas a perspectiva MSK mais ampla para abordar as doenças inflamatórias não está dando certo para quem tem doenças inflamatórias. Essas estratégias frequentemente são elaboradas para a dor lombar e a osteoartrite, e suas respectivas fisioterapias, cirurgias e ajustes no local de trabalho. Atualmente, as pessoas com artrite inflamatória não recebem os cuidados ideais:

- O tratamento frequentemente não é iniciado dentro do intervalo terapêutico de 12 semanas.¹
- Daqueles que recebem tratamento médico, 70% não alcançam a remissão.²

No caso das doenças inflamatórias, **o objetivo deve ser a prevenção por meio do diagnóstico precoce e a abordagem de “tratamento para remissão”**, considerando-se como remissão a ausência de sinais e sintomas da doença.

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.

Benefícios da remissão



Produtividade no trabalho
37%–75% de ganho^{3,4,5}



Despesas com assistência médica
19%–52% de economia⁵



Desfechos melhores
Melhor saúde física, ou seja, menos dor e fadiga, e melhor estado mental^{3,6,7,8,9}

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. 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.

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

4. Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther*. 2022;39(1):73-93.

5. Curtis JR, et al. Patient perspectives on achieving treat-to-target goals: a critical examination of patient-reported outcomes. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(10):1707-12.

6. 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.

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.

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 artrite inflamatória, elas podem ser mais ativas na força de trabalho. Em contrapartida, quem não consegue alcançar a remissão pode se encontrar em um ciclo de afastamento por invalidez e desemprego. Isso não apenas afeta a independência financeira, mas também sobrecarrega os sistemas de bem-estar social.

Aumentar a taxa de remissão capacita as pessoas para levar uma vida plena e economicamente produtiva, beneficiando a elas e à sociedade como um todo. O Departamento de Auditoria Nacional do Reino Unido afirmou que “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.

A incapacidade para o trabalho — em outras palavras, a aposentadoria antecipada — é o principal motivo para as perdas de produtividade. Evitar ou postergar a aposentadoria antecipada pode, portanto, resultar em redução de despesas substancial.

Existem várias maneiras de olhar para a produtividade no trabalho: comprometimento da produtividade, dias de trabalho perdidos e incapacidade para o trabalho.

Vários estudos quantificam os dias de trabalho perdidos associados a doenças reumáticas inflamatórias.

- **No Reino Unido, o custo dos dias de trabalho perdidos devido à osteoartrite e AR foi estimado em £ 2,6 bilhões em 2017**, de acordo com a Versus Arthritis, que prevê que **o número subirá para £ 3,4 bilhões até 2030**.²
- Também no **Reino Unido**, a National Axial Spondyloarthritis Society estimou que um paciente de 26 anos que tenha esperado 8,5 anos pelo diagnóstico de **SpA axial** provavelmente **perderá cerca de £ 187.000** em sua vida, a maioria devido à **perda de produtividade** devido à redução com relação ao emprego.²
- Um estudo de pessoas com **AR na Argentina** descobriu que **os custos indiretos devido** a dias de trabalho perdidos foram **2,3 vezes maiores** naqueles com doença ativa em comparação com aqueles em remissão, usando o grupo de melhor escore no Questionário de Avaliação de Saúde (*Health Assessment Questionnaire*) como representação/aproximação da remissão.³

Um estudo **austríaco e japonês** que analisou os níveis de comprometimento relacionado à **AR** em integrantes da força de trabalho descobriu que **as pessoas em remissão tinham menos comprometimento da produtividade** do que aquelas com baixa atividade da doença (LDA) ou média/alta atividade da doença (M/HDA).

1. Global Alliance for Patient Access fez uma parceria com a OPEN Health para compilar as pesquisas destacadas neste glossário. <https://www.nao.org.uk/reports-services/open-portal-with-rheumatoid-arthritis/>

2. Parlamento do Reino Unido. Musculoskeletal conditions and employment. 10 de janeiro de 2024. <https://hansard.parliament.uk/commons/2024-01-10/debates/0ABAE0C-A704-4A15-8362-7FD0D6B2020B/MusculoskeletalConitionsAndEmployment>

3. 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.

Em comparação com uma pessoa sem AR, a pessoa em remissão é apenas 8%–12% menos produtiva; em contraste, aquelas com LDA são 21%–27% menos produtivas e aquelas com M/HDA são 30%–46% menos produtivas.^{1,2,3}

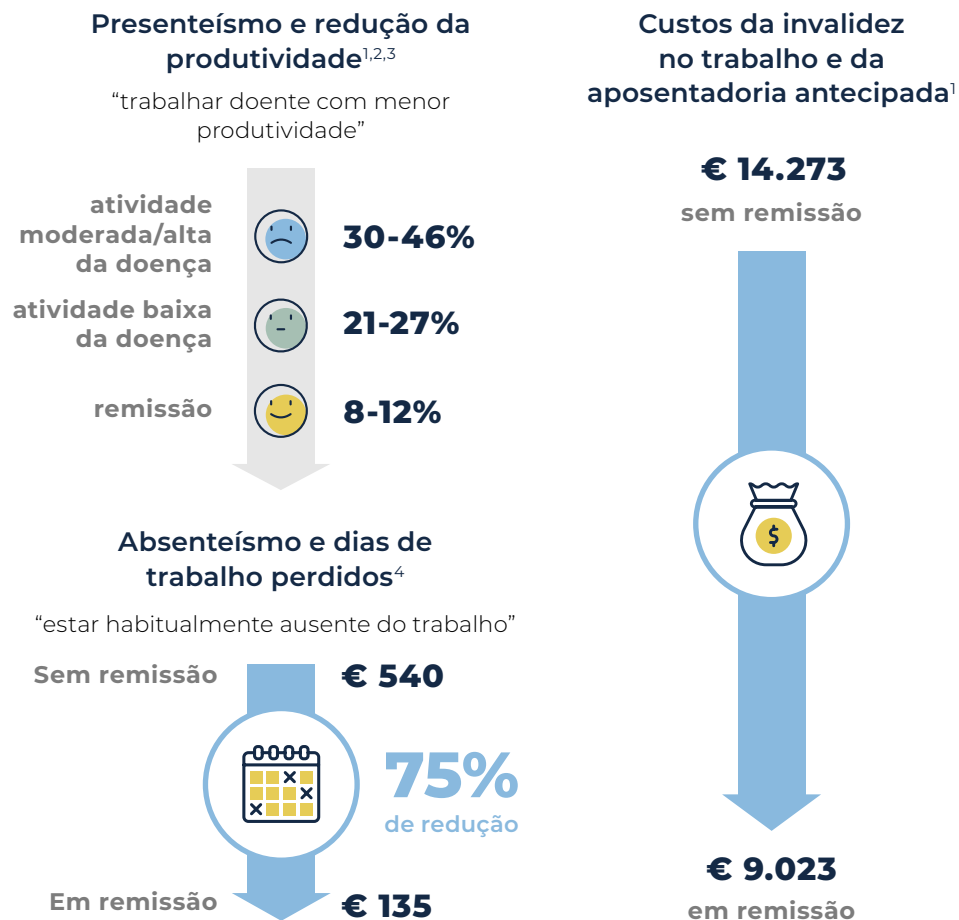
• **A remissão pode reduzir os custos indiretos, incluindo perdas na produtividade do trabalho:**

- Em Portugal, a perda de produtividade no trabalho — em termos de dias de trabalho perdidos, incluindo os de parentes — foi reduzida em 75% (de € 540 para € 135) ao ano.⁴
- Na Áustria, a remissão foi associada à redução dos custos indiretos anuais (de € 14.273 para € 9.023). O estudo austríaco considerou a perda de produtividade no trabalho, incluindo a aposentadoria antecipada (incapacidade para o trabalho).¹ De fato, 34% dos participantes aposentados do estudo tiveram sua aposentadoria antecipada devido à AR.³

Voltando ao ponto levantado pelo Departamento de Auditoria Nacional do Reino Unido, **investir na saúde, na prevenção e na capacidade traz um retorno positivo sobre o investimento**, reduzindo as despesas em saúde e previdência devido à incapacidade. Embora os argumentos tenham sido claramente apresentados — a saber, que o investimento de £ 11 milhões em saúde seria mais do que compensado por economias de £ 31 milhões em saúde e previdência —, o impacto interministerial dificultou a ação.⁵

De modo geral, da perspectiva social, a alta morbidade custa mais caro que a alta mortalidade.

Impacto anual por pessoa em produtividade



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

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

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.

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

5. 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).

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 alcançaram a remissão e aqueles que não o fizeram.
- **Os pacientes em remissão tiveram sistematicamente menores custos médicos diretos e menor utilização dos recursos de saúde** em comparação com aqueles sem remissão, de acordo com uma revisão recente sobre a AR que cobriu 16 estudos em 12 países e 3 continentes.¹
- A remissão foi associada a uma **economia de 19%–52%** nos custos médicos diretos.¹
- Relatou-se que os pacientes em remissão tinham um custo médico anual mediano de € 2.464 (faixa de € 821 a € 11.272) em comparação com custos medianos de € 4.717 (faixa de € 1.042 a € 16.879) entre aqueles que não estavam em remissão.¹
- A redução de despesas associada à remissão, em comparação com a atividade da doença baixa ou média-alta, foi relatada como € 285 (20%) e € 3.804 (51%), respectivamente.¹
- O número de **internações foi 64% menor** entre as pessoas em remissão, em comparação com aquelas com atividade média-alta da doença. **Houve 53% menos cirurgias articulares e 24% menos radiografias.**²

Internação



↓ **64%**
de redução

Cirurgias articulares



↓ **53%**
de redução

Radiografias



↓ **24%**
de redução

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

2. 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

- Pesquisas na Argentina descobriram que os custos hospitalares entre os pacientes com AR foram 20 vezes maiores entre aqueles na faixa 2,6–3,0 do Questionário de Avaliação de Saúde, em comparação com aqueles na faixa 0,0–0,5, sendo que essa última faixa poderia ser interpretada como representativa de remissão.¹
- Um estudo austríaco descobriu que, em comparação com os pacientes em remissão, os custos médicos anuais daqueles com AR e baixa atividade da doença foram 20% maiores e daqueles com atividade da doença média-alta foram 71% maiores.²
- Um estudo colombiano descobriu que os custos médicos diretos são 2,1 vezes maiores para pacientes com atividade da doença de AR severa quando comparados a aqueles em remissão.³
- Uma análise de registro dos EUA em artrite psoriásica (APs) e espondilite anquilosante (EA)* avaliou o impacto da remissão e descobriu que os pacientes sem controle da doença eram de 3,0 (APs) a 7,7 (EA) vezes mais propensos a passar por internação.⁴
- Além disso, descobriu-se que os custos anuais de internação por paciente eram 3,5 vezes maiores para pacientes com APs não controlada vs. aqueles com APs controlada.⁴
- Os pacientes com EA na Europa Central e Leste Europeu que alcançaram baixa atividade da doença após 12 meses tiveram uma redução de até 83% no número e duração das hospitalizações, bem como redução no número de visitas a profissionais da saúde.⁵

Por fim, vale a pena destacar que pessoas com doença inflamatória não controlada⁶ têm despesas diretas substanciais, que podem consumir cerca de 20% da renda familiar (EUA, 2009).⁷ As economias diretas devido à remissão se somam às economias relacionadas acima nos custos médicos diretos.



A REMISSÃO DA AR FOI
ASSOCIADA A

**19%–52% de economia
em gastos médicos**

EM COMPARAÇÃO COM A
AUSÊNCIA DE REMISSÃO.⁸



* O termo SpA abrange espondilite anquilosante, SpA axial, SpA enteropática, SpA periférica, artrite psoriásica e artrite reativa.

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

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

4. Benjamin M, et al. Clinical and economic benefit of achieving disease control in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: a retrospective analysis from the OMI Registry. Rheumatol Ther. 2023;10:187-99.

5. 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 five Central and Eastern European countries. Drugs Context. 2018;7:212556.

6. Parlamento do Reino Unido. Musculoskeletal conditions and employment. 10 de janeiro de 2024. <https://hansard.parliament.uk/commons/2024-01-10/debates/0ABAEEOC-A704-4A15-8362-7FD0D6B2020B/MusculoskeletalConitionsAndEmployment>

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

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

Desfechos **melhores**

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

- Os pacientes com AR em remissão têm escores mais altos (melhores) nos questionários EQ-5D e Short Form Health Survey de 36 itens (SF-36), que avaliam ambos a qualidade de vida (QV) com base em diferentes domínios.⁴
- Em particular, os pacientes em remissão têm melhor QV em termos de saúde física, indicada por menos dor e fadiga,^{2,5,6} melhora do estado mental (por exemplo, melhor qualidade do sono e menos depressão e ansiedade)^{5,6,7,8} e maior produtividade ou capacidade de trabalho.^{2,5,9}

- Comprovou-se que a capacidade de realizar trabalho remunerado por si só melhora a QV, conforme medido com o SF-36 em um estudo **norueguês sobre AR** que controlava a demografia e a severidade da doença.⁹
- Um estudo **turco** com pessoas com **EA** (N = 962) relatou redução significativa da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) entre pacientes com baixo controle da doença, conforme indicado pelo Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI).¹⁰ Pacientes com BASDAI < 4 relataram QV de 4,6 no AS Quality of Life Questionnaire (ASQoL)^{11,12} e aqueles com BASDAI ≥ 4, de 11,2. O ASQoL varia de 0 a 18, com um escore mais alto indicando pior qualidade de vida.¹³

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

7. 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.

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

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. 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.

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

12. 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.

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

Em um estudo clínico multinacional entre pessoas com APs, participantes que responderam ao tratamento e passaram a ter atividade mínima da doença foram comparados àqueles sem resposta ao tratamento. Em comparação com os índices basais, **os participantes com atividade mínima da doença mostraram melhoras significativamente maiores** em relação àqueles sem resposta em cada domínio do SF36, escore resumido do SF-36, EQ-5D-5L e EQ-5D VAS.¹

- Também é interessante o fato de que um grande estudo de acompanhamento de 20 anos² descobriu que o questionário HAQ e outras **variáveis relacionadas pelos pacientes foram os fatores preditivos mais robustos de mortalidade na AR**, mais robustos do que os dados laboratoriais, radiográficos e de exame físico. Esses achados enfatizam a importância de coletar dados relatados pelo paciente e tomar medidas a partir deles.

A **AR** e suas comorbidades levam rapidamente à incapacidade. Um estudo realizado na **Polônia** com 1.000 participantes mostrou que 53% dos pacientes com AR tinham sido diagnosticados com incapacidade.³

- A AR também leva à depressão, que ocorre em 17%–42% dos pacientes, bem como à ansiedade: 53%–71% dos pacientes sofrem de depressão, ansiedade ou ambas.⁴

Pacientes em remissão têm melhor qualidade de vida



Menos dor e fadiga



Melhor estado mental



Maior produtividade no trabalho



1. Coates LC, et al. Achieving minimal disease activity in psoriatic arthritis predicts meaningful A Global Alliance for Patient Access fez uma parceria com a OPEN Health para compilar as pesquisas destacadas neste glossário. 2018;2:24.
2. Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2009;61:1563-70.

3. Crygielska J. The impact of rheumatoid arthritis on the economic situation of Polish homes. Rheumatology. 2013;51(5):348-354.

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

Soluções comprovadas



Soluções comprovadas

Desde 2009, a coalizão europeia Fit for Work tem pressionado por uma abordagem sustentável para reduzir o enorme fardo associado às doenças MSK. Várias soluções econômicas foram apresentadas e comprovadas na prática.

Algumas estratégias importantes 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

- **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

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.¹¹

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

6. Raza K, et al. The therapeutic window of opportunity in rheumatoid arthritis: does it ever close? 2007;80:1-7.

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-RemissionMeetingReport-April-2024.pdf>

11. 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.

POLÔNIA



Na Polônia, foi criado um programa nacional especificamente para a prevenção e detecção precoce da AR (2016–2020).¹ 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.² 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

ESPAÑA



O programa pioneiro até o momento é a Clínica de Intervenção Precoce do Hospital Clínico San Carlos em **Madrid, Espanha**,³ 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



US\$ 11

Economia em custos sociais para cada US\$ 1 de despesa

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

2. Raza K, et al. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. Ann Rheum Dis. 2011;7(10):1822-25.

3. Abásolo L, et al. A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders [correção publicada em 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 paciente¹ 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.

- Receber o medicamento apropriado prescrito 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.²
- 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.³

REINO UNIDO



No Reino Unido, **apenas 20% das pessoas com AR são atendidas por um reumatologista** nos primeiros 3 meses,⁴ enquanto na Áustria a proporção é de 38%.⁵

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.⁶

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%.⁷

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).⁸

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. 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.
3. Taylor J, et al. Cost effectiveness analysis of upadacitinib versus alternative treatment strategies for rheumatoid arthritis with inadequate response to TNFi in the United Kingdom; a partnership with OPEN Health to compile as a series of case studies. **À Global Alliance for Patient Access fez uma parceria com a OPEN Health para compilar as pesquisas destacadas neste glossário.** Symptoms and first rheumatology consultation in patients with rheumatoid arthritis in the UK: an observational study. RMD Open. 2019;9:e024361.

4. Puchner R, et al. Efficacy and outcome of rapid access rheumatology consultation: an officebased pilot cohort study. J Rheumatol. 2016;43(6):1130-35.
5. 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-RemissionMeetingReport-April-2024.pdf>
6. 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.
7. 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. Ajustes no local de trabalho

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, é uma responsabilidade deles.¹

4. Cuidado pessoal

- Em alguns países ou comunidades, a artrite inflamatória infelizmente é estigmatizada. Para permitir que os pacientes cuidem bem sozinhos de sua doença, o estigma deve ser abordado por meio de uma ampla educação cidadã.²
- 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.²
- Há um programa na Suíça com exercícios conduzidos por fisioterapeutas para abordar o componente de atividade física.²
- 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.



A Global Alliance for Patient Access fez uma parceria com a OPEN Health para compilar as pesquisas destacadas neste glossário.
1. 'Europe staying true to values 'enshrined in EU health strategy' The Parliament Magazine. 22 de setembro de 2014.

2. 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-RemissionMeetingReport-April-2024.pdf>



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 boa qualidade de vida. 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 não está limitado apenas aos custos de hospitalização. Ele engloba uma série de custos diretos e indiretos, como consultas médicas frequentes e redução na produtividade devido à dor, incapacidade e aposentadoria antecipada. Ao alcançar a remissão, os

indivíduos podem reduzir significativamente os fardos financeiros para si e para a sociedade. Ações urgentes são necessárias para 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.¹ Fica claro 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 Global Alliance for Patient Access fez uma parceria com a OPEN Health para compilar as pesquisas destacadas neste glossário.
1. NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 de julho de 2009. <https://www.nao.org.uk/>

Abreviaturas

EA: Espondilite anquilosante

ASQoL: Questionário de qualidade de vida na EA

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

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica

DALY: Ano de vida ajustado por incapacidade

UE: União Europeia

HCRU: Utilização dos recursos de saúde

HAQ: Questionário de avaliação de saúde

HDA: Alta atividade da doença

LDA: Baixa atividade da doença

MDA: Atividade mínima da doença

MSK: Musculoesqueléticos

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

UK: Reino Unido

EUA: Estados Unidos

YLDs: Anos vividos com deficiência

YLLs: Anos de vida perdidos por morte prematura

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

Fontes

Abásolo 2005	GAfPA 2024	Navarro-Cano 2003	Santos Moreno SpA clínica
Akdemir 2016	GBD 2021	Opris-Belinski 2018	Sebbag 2019
Arthritis Foundation	Grätzel 2014	Ostor 2021	Secco 2020
BASW 2016	Gremese 2013	Parliamentary Office of Science and Technology 2016	Son 2015
Bergman 2022	Grygielska 2013	Perrotta 2020	Stack 2019
Bodur 2011	Gronning 2010	Programa nacional da Polónia para prevenção de AR 2020	Stolwijk 2016
Boytsov 2016	Heimans 2016	Documento de política de 2023	Suresh 2004
Coates 2018	Innala 2016	Puchner 2016	Parlamento do Reino Unido, Doenças MSK e emprego 2024
Cross 2014	Ishida 2018	Radner 2014	Van Tuyt 2010
Curtis 2013	Isik 2007	Raza 2011	Ware 1992
Cush 2007	Kekow 2011	Raza 2012	OMS
Di Giuseppe 2020	Kim 2017	Raza 2015	Wolfe 2003
The Parliament Magazine 2014	Klarenbeek 2011	Santos-Moreno EA	Wolfe 2009
EuroQoL Group 1990	McHorney 1993	Santos Moreno AR	Zhang 2010
Final Roadmap	Miranda 2012	Santos Moreno AR custo	
FtW Call to act – Riga	Molina 2015		
Gabriel 2005	Moura 2015		
A Global Alliance for Patient Access fez uma parceria com a OPEN Health para compilar as pesquisas destacadas neste glossário.	NAS 2009		

