

PRINCIPAIS DOENÇAS REUMATOLÓGICAS EM CONTEXTO DE SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAIS

MAIN RHEUMATOLOGICAL DISEASES IN THE CONTEXT OF OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY

TIPO DE ARTIGO: Artigo de Revisão

AUTORES: Santos M¹, Almeida A², Chagas D³.

RESUMO

Introdução/enquadramento/objetivos

Existem várias patologias do foro reumatológico que têm capacidade de piorar com as condições laborais e/ou de interferir com o desempenho profissional. Foi objetivo desta pesquisa tentar resumir o que de mais pertinente se publicou sobre estas temáticas, de forma a proporcionar alguns dados úteis a nível prático, para a melhoria das condições de trabalho e do desempenho dos Médico/Enfermeiro e Técnico de Segurança no Trabalho.

Metodologia

Trata-se de uma Revisão Bibliográfica, iniciada através de uma pesquisa realizada em maio de 2024 nas bases de dados “CINALH plus with full text, Medline with full text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Nursing and Allied Health Collection: comprehensive, MedicLatina e RCAAAP”.

Conteúdo

O envelhecimento da população implicará que os trabalhadores também sejam mais idosos; logo, as doenças crónicas associadas à idade serão cada vez mais relevantes em contexto ocupacional e a nível de qualidade de vida. Quantas mais comorbilidades existirem, maior é a probabilidade de deixar de trabalhar. Mais patologias crónicas nos trabalhadores associam-se a reformas antecipadas, sobretudo se as condições de trabalho forem más. Dentro destas, as alterações reumatológicas são razoavelmente prevalentes.

O estudo dos fatores que ajudarão e/ou atrapalharão a reabilitação profissional de indivíduos com alterações reumatológicas, potenciará a satisfação, produtividade e qualidade de vida.

A bibliografia consultada destacou sobretudo a (osteo)artrite, artrite reumatoide, artrite psoriática, espondiloartrite/espondilite anquilosante.

Discussão e Conclusões

¹ Mónica Santos

Licenciada em Medicina; Especialista em Medicina Geral e Familiar; Mestre em Ciências do Desporto; Especialista em Medicina do Trabalho; Diretora da Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online; Técnica Superior de Segurança no Trabalho; Doutorada em Segurança e Saúde Ocupacionais e CEO da empresa Ajeogene Serviços Médicos Lda (que coordena os projetos Ajeogene Clínica Médica e Serviços Formativos e 100 Riscos no Trabalho). Endereços para correspondência: Rua da Varziela, 527, 4435-464 Rio Tinto. E-mail: s_monica_santos@hotmail.com. ORCID N.º 0000-0003-2516-7758

Contributo para o artigo: seleção do tema, pesquisa, seleção de artigos, redação e validação final.

² Armando Almeida

Escola de Enfermagem (Porto), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde; Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional. 4420-009 Gondomar. E-mail: aalmeida@ucp.pt. ORCID N.º 0000-0002-5329-0625

Contributo para o artigo: seleção de artigos, redação e validação final.

³ Dina Chagas

Doutorada em Higiene, Saúde e Segurança no Trabalho; Pós-Graduada em Segurança e Higiene do Trabalho; Pós-Graduada em Sistemas Integrados de Gestão, Qualidade, Ambiente e Segurança. Professora convidada no ISEC Lisboa. Membro do Conselho Científico de várias revistas e tem sido convidada para fazer parte da comissão científica de congressos nos diversos domínios da saúde ocupacional e segurança do trabalho. Colabora também como revisor em várias revistas científicas. Galardoada com o 1.º prémio no concurso 2023 “Está-se Bem em SST: Participa – Inova – Entrega-Te” do projeto *Safety and Health at Work Vocational Education and Training (OSHVET)* da EU-OSHA.1750-142 Lisboa. E-Mail: dina.chagas2003@gmail.com. ORCID N.º 0000-0003-3135-7689.

Contributo para o artigo: seleção de artigos, redação e validação final.



A generalidade das patologias reumatológicas tem capacidade para diminuir a capacidade de trabalho (presenteísmo, absentismo, certificados de incapacidade temporária) ou até implicar desemprego/reforma precoce.

Seria interessante conhecer melhor a realidade portuguesa a nível de incidências/prevalências de doenças reumatológicas, desempenho/produktividade, sinistralidade; bem como medidas de proteção coletivas e individuais colocadas em prática e respetivas conclusões.

PALAVRAS-CHAVE: doenças/patologias reumatológicas, osteoartrite, artrite reumatoide, artrite psoriática, espondiloartrite, espondilite anquilosante, saúde ocupacional, medicina do trabalho, enfermagem do trabalho e segurança no trabalho.

ABSTRACT

Introduction/background/objectives

There are several rheumatological pathologies that can worsen with working conditions and/or interfere with professional performance. The aim of this research was to try to summarize the most relevant publications on these topics, in order to provide some useful data at a practical level, for improving the working conditions and performance of Doctors/Nurses and Occupational Safety Technicians.

Methodology

This is a Literature Review, initiated through a search carried out in May 2024 in the databases “CINALH plus with full text, Medline with full text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Nursing and Allied Health Collection: comprehensive, MedicLatina and RCAAP”.

Content

The aging of the population will mean that workers will also be older. Therefore, chronic diseases associated with age will be increasingly relevant in the occupational context and in terms of quality of life. The more comorbidities there are, the greater the likelihood of stop working. More chronic pathologies in workers are associated with early retirement, especially if working conditions are poor. Among these, rheumatological disorders are reasonably prevalent. The study of the factors that will help and/or hinder the professional rehabilitation of individuals with rheumatological disorders will enhance satisfaction, productivity and quality of life.

The bibliography consulted highlighted (osteo)arthritis, rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, spondyloarthritis/ankylosing spondylitis).

Discussion and Conclusions

Most rheumatological pathologies can reduce work capacity (presenteeism, absenteeism, temporary incapacity certificates) or even lead to unemployment/early retirement.

It would be interesting to learn more about the Portuguese reality in terms of incidence/prevalence, performance/productivity, accident rates; as well as collective and individual protection measures put into practice and their respective conclusions.

KEYWORDS: rheumatological diseases/pathologies, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, spondyloarthritis, ankylosing spondylitis, occupational health, occupational medicine, occupational nursing and occupational safety.

INTRODUÇÃO

Existem várias patologias do foro reumatológico que têm capacidade de piorar com as condições laborais e/ou de interferir com o desempenho profissional. Foi objetivo desta pesquisa tentar resumir o que de mais pertinente se publicou sobre estas temáticas, de forma a proporcionar alguns dados úteis a nível prático, para a melhoria das condições de trabalho e do desempenho dos Médico/Enfermeiro e Técnico de Segurança no Trabalho.

METODOLOGIA

Em função da metodologia **PICo**, foram considerados:

-P (population): trabalhadores com patologia reumatológica diagnosticada

-I (interest): reunir conhecimentos relevantes sobre em que medida as principais patologias reumatológicas podem modular algumas variáveis laborais

-C (context): saúde e segurança ocupacionais aplicadas a funcionários com doenças do foro reumatológico.

Assim, a pergunta protocolar será: Quais as principais patologias reumatológicas com capacidade para alterar o desempenho/produktividade?

Foi realizada uma pesquisa em maio de 2024 nas bases de dados “*CINALH plus with full text, Medline with full text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Nursing and Allied Health Collection: comprehensive, MedicLatina e RCAAP*”.

No quadro 1 podem ser consultadas as palavras-chave utilizadas nas bases de dados. No quadro 2 estão resumidas as características metodológicas dos artigos selecionados.

CONTEÚDO

O envelhecimento da população implicará que os trabalhadores também sejam mais idosos; logo, as doenças crónicas associadas à idade serão cada vez mais relevantes em contexto ocupacional e a nível de qualidade de vida (1). Quantas mais comorbilidades existirem, maior é a probabilidade de deixar de trabalhar. Mais patologias crónicas nos trabalhadores associam-se a reformas antecipadas, sobretudo se as condições de trabalho forem más. Dentro destas, as alterações reumatológicas são razoavelmente prevalentes (2) e o desemprego nestes indivíduos é superior. Estas conseguem causar alterações na capacidade de trabalho (entre 5 a 59% dos indivíduos), mesmo no momento do diagnóstico, pelo que será pertinente que se tomem medidas precoces para atenuar tal (3).

O estudo dos fatores que ajudarão e/ou atrapalharão a reabilitação profissional de indivíduos com alterações reumatológicas, potenciará a satisfação, produtividade e qualidade de vida. Os pontos a destacar neste contexto poderão ser a adaptação do posto laboral, formação sobre questões legais, gestão de *stress*, exercício e ter uma equipa pluridisciplinar disponível (constituída, por exemplo, por fisioterapeuta e podologista) (4).

Patologias reumatológicas específicas

A bibliografia consultada destacou sobretudo a (osteo)artrite, artrite reumatoide, artrite psoriática, e a espondiloartrite (com destaque para a espondilite anquilosante).

(Osteo)Artrite

O início não costuma ocorrer antes dos 45 anos e a prevalência aumenta significativamente a partir da sexta década de vida, pelo que ainda poderá atingir parte da população ativa. No início a deterioração costuma ser gradual; variáveis que poderão modular isso serão a idade em

si, índice de massa corporal, dor, comorbilidade e o tipo de trabalho. A (in)formação poderá atenuar a evolução negativa da patologia (5).

Um dos sintomas mais frequentemente associado à artrite é a astenia; um horário de trabalho flexível e/ou reduzido poderá ajudar (1); há associação entre o trabalho físico e a osteoartrite (6).

Com o envelhecimento da população é de esperar que cada vez existam trabalhadores com mais problemas de artrite (7) (8), sendo economicamente interessante para os governos incentivar estes funcionários a se manterem laboralmente ativos (8). Considera-se que cerca de 54 milhões de indivíduos apresentavam artrite nos EUA, entre 2013 e 2015; metade destes tinham limitações (6).

A artrite crónica associa-se a menor capacidade laboral e maior probabilidade de desemprego; eventualmente devido às alterações da mobilização e coordenação fina (9). Cerca de 1/3 dos indivíduos com artrite tem limitações consideráveis; daí estar associada a absentismo (8). A artrite é uma doença que com frequência causa morbilidade e geralmente cursa com outras patologias crónicas, o que pode potenciar as restrições sociais, ansiedade e limitações laborais (absentismo, menor produtividade e reforma precoce) (10). A existência de comorbidades, potencia a probabilidade de deixar de trabalhar (como a depressão e as alterações vasculares) (8), diminuindo a qualidade de vida e aumentando os custos para a sociedade (9).

Entre trabalhadores mais idosos, a osteoartrite é a principal causa de diminuição de produtividade, eventualmente devido à dor (artralgia), síndrome depressivo e/ou alterações do sono associados. Estima-se que um em cada quatro trabalhadores com osteoartrite deixe de trabalhar antes de atingir a idade da reforma; parte dos que permanecem empregados apresenta presenteísmo, ou seja, menor produtividade (cerca de um terço menos) (7). A retenção no trabalho depende muito da perceção do apoio social e da estabilidade (9).

Um dos setores profissionais destacados em relação a esta patologia foi a da agricultura, sendo que, na generalidade dos países, esta não atrai geralmente jovens, pelo que se espera que este seja uma área cada vez mais envelhecida (6). Agricultores com artrite não participavam em todas as tarefas. Aqui a área anatómica mais atingida é a anca. Poderá haver mais patologias reumatológicas neste setor devido ao esforço físico, turnos prolongados e informais e menor número de folgas/dias de descanso (11). As artralgias e artrite são muito prevalentes entre agricultores (é um dos setores profissionais mais afetados nesse contexto) (6).

Artrite Reumatoide (AR)

A AR é uma doença sistémica autoimune, caracterizada por atividade inflamatória e estragos articulares (12); atinge cerca de 1% da população e diminui a qualidade de vida (13). A semiologia mais prevalente é o edema, dor, rigidez matinal e a diminuição da mobilidade (14) (15) (16).

O diagnóstico é feito em 2/3 dos casos em idade ativa (17). O risco de desemprego é superior (17) (14) e menor a probabilidade de conseguir novo emprego posteriormente (17). É usual

haver diminuição da produtividade e absentismo; bem como menor qualidade de vida (14). É uma das patologias mais relevantes em termos de limitações, nos EUA (18), por exemplo. Como já se percebeu, tem um impacto considerável na capacidade laboral (19) (20) (21): 20 a 40% dos indivíduos deixam de conseguir trabalhar em dois a três anos (19) ou 50% parará de trabalhar em 10 anos após o diagnóstico, até essa fase verifica-se diminuição da produtividade (18); às vezes até antes de iniciarem terapêutica com fármacos (13); sendo que os tratamentos são geralmente dispendiosos (18). Estes trabalhadores têm mais probabilidade de terem certificados de incapacidade para o trabalho prolongados e reformas antecipadas por incapacidade (17). Outros publicaram que até 84% dos indivíduos ausentam-se por algumas fases do seu trabalho (absentismo) e até metade deixa de trabalhar até os 22 anos a seguir ao diagnóstico; 10% até os primeiros três anos (21). Ou então que 1/5 a 1/3 ficam com incapacidade permanente após um período de cerca de cinco anos, ainda que em alguns países tal tenha diminuído nos últimos anos, devido aos avanços terapêuticos (sobretudo fármacos biológicos) (16). Também está publicado que parte diminui o número de horas de trabalho (19) (cerca de 48%) (12), troca de posto (19) (12) ou deixa de trabalhar (19) (17%) (12); nomeadamente 25% dos indivíduos deixa de trabalhar no 1º ano e 50% até o final dos primeiros seis anos (22); sobretudo com tarefas mais manuais (12) (13) (15) (19) (21), menores habilitações e idade mais avançada (13) (15). A fadiga é um dos sintomas e é preditivo da interrupção de trabalhar; a dificuldade em trabalhar também pode estar associada ao edema e artralguas (13). A rigidez matinal está associada a limitações laborais: atraso no início do turno e maior absentismo (16) (20), bem como reforma precoce (20) e diminuição da produtividade (presenteísmo) (16). Este é mais frequente com tarefas físicas, menos apoio dos colegas e pior saúde mental (21). 96% da perda produtiva estava associada à reforma precoce, com destaque para a rigidez matinal (16).

1/3 dos custos da AR associa-se às alterações laborais, como absentismo e diminuição da produtividade (13). Os custos indiretos para a sociedade parecem ser superiores às despesas médicas diretas. O custo aumenta com a gravidade da doença (16). Poderão surgir dificuldades económicas se o indivíduo não usufruir do seu salário (13). Com menor nível económico existirá maior dificuldade em ter acesso ao tratamento, sobretudo em países com sistemas de saúde privatizados; por sua vez, trabalhando menos ou não trabalhando, também diminuem os recursos económicos (12).

Os fármacos biológicos (13), sobretudo se iniciados precocemente (12) (13), diminuem as dificuldades laborais e a evolução da doença (13) (17) (18) (20). 49% dos que iniciam terapêutica biológica não estão empregados; 12% destes deixaram de trabalhar depois (21).

Outras variáveis com capacidade para modelar a capacidade de trabalhar são algumas questões sociodemográficas (habilitações, vencimento, tipo de trabalho) e apoio/sistema médico em vigor (12). Abordagens ergonómicas conseguem potenciar a capacidade laboral e melhorar a qualidade de vida (18). A duração da doença não modula de forma rígida as limitações laborais (12).

Desemprego e dor crónica associa-se com maior probabilidade a depressão (13).

Uma parte razoável dos reumatologistas discute o tema das limitações laborais durante as consultas (14).

Artrite Psoriática

A artrite psoriática é uma patologia crónica inflamatória. Nestes indivíduos há diminuição da qualidade de vida e mais absentismo, bem como desemprego e diminuição da produtividade; ou seja, surgem limitações significativas. O desemprego é mais frequente com mais idade e início mais precoce da doença (23).

A terapêutica com anti-TNF atenua as limitações, de forma mais intensa e rápida que as medicações anteriores (24).

Espondiloartrite

Ela surge com alguma frequência na idade ativa e por isso consegue alterar a capacidade de trabalhar (25). A prevalência de limitações laborais é relativamente elevada (26). Os fármacos biológicos parecem ser promissores. Patamares mais intensos da doença associam-se a maior probabilidade de desemprego, absentismo e diminuição da produtividade/presenteismo (25) (27)- estes indivíduos podem parar de trabalhar com três vezes mais probabilidade (versus população geral) (27). Indivíduos com doença mais ativa também apresentam mais limitações na vida pessoal (27).

Identificando quais os fatores que geralmente condicionam pior evolução, poder-se-á elaborar um plano de ação que potencie a capacidade de trabalho (25). O questionário WPAI (Work Productivity and Activity Impairment) tem validade e fiabilidade para ser aplicado a indivíduos com espondiloartrite; avalia o absentismo, presenteismo, diminuição da produtividade e limitações globais (incluindo passatempos) (27).

Estes indivíduos geralmente apresentam dorsalgia e diminuição da mobilidade da coluna; logo, diminuição da capacidade funcional. O início da semiologia ocorre geralmente na 2ª década de vida (27).

A Espondilite Anquilosante (EA) caracteriza-se por inflamação crónica e neoformação óssea, originando lombalgia, rigidez matinal, diminuição progressiva da mobilidade da coluna, atingimento dos membros inferiores, uveíte e doença intestinal inflamatória (26). A EA é uma doença inflamatória crónica, de origem mal definida, caracterizada por atingimento progressivo das articulações sacroilíacas e respetiva rigidez articular e diminuição da mobilidade (28).

Acredita-se que a prevalência em Portugal varie entre os 0,5 e os 1,6%, mais entre os 20 e os 40 anos e menos na etnia negra. Em 4% dos casos os sintomas começam antes dos 15 anos, 80% antes dos 30 e 5% depois dos 40 anos. O sintoma inicial costuma ser a lombalgia e rigidez matinal, que melhoram com o movimento e pioram com o repouso (28).

Trata-se de uma doença crónica inflamatória que atinge 0,1 a 1,4% da população; mais no sexo masculino (29). O diagnóstico ocorre geralmente no início da idade adulta e as limitações levam a alterações na capacidade de trabalho, a maior consumo de recursos de saúde e a

diminuição da qualidade de vida (pelas limitações e dor). Às vezes os indivíduos diminuem o número de horas de trabalho, trocam de trabalho e/ou limitam a sua progressão na carreira. Geralmente há absentismo, presenteísmo e diminuição da produtividade (26). As limitações laborais (28) estão quantificadas em cerca de 44%; às vezes cinco vezes mais que os controlos. Estas são mais frequentes nos indivíduos com tarefas manuais e menos habilitações (26). Num estudo, 46% dos indivíduos não trabalhava (31% por terem pedido a reforma antecipada, 13% por estarem com Certificado de Incapacidade Temporária e 3% por estarem desempregados) (29). A diminuição da produtividade nos indivíduos com EA relaciona-se com as limitações físicas, em interação com variáveis demográficas, socioculturais, ocupacionais e a nível de hábitos de vida (30).

Ela atinge mais as articulações sacroilíacas e a coluna vertebral e, secundariamente, anca, joelho, mão e pé. Caracteriza-se por diminuição da mobilidade progressiva, sobretudo a nível de coluna. A evolução é crónica e podem existir agudizações. É mais prevalente entre os 15 e os 35 anos, pelo que adquire relevância laboral (reforma precoce, diminuição da produtividade e da progressão na carreira); sobretudo devido à dor física, diminuição da qualidade de vida, diminuição da autoestima, bem como ansiedade e depressão (29). A EA juvenil geralmente manifesta-se geralmente antes dos 16 anos (28).

Acredita-se que resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais (28) (29). Alguns investigadores acreditam que a etiologia possa ser também infecciosa (28).

O sexo masculino tem pior prognóstico, mas o feminino (por questões socioculturais/familiares) assume a incapacidade com maior prevalência e facilidade (29).

É usual o indivíduo diminuir a atividade física e, também por isso, se sentir cada vez mais cansado, ansioso e/ou deprimido- o sentimento de inutilidade pode ser mais assustador que a patologia em si; diminuindo a qualidade de vida. Surgem limitações nas atividades quotidianas (28).

A uveíte caracteriza-se por dor ocular, eritema, visão desfocada, fotofobia e lacrimejo. Ocorrem entesites em cerca de 24%, com destaque para o tendão de Aquiles e a fásia plantar. A nível de patologia cardíaca, destacam-se a insuficiência aórtica (4 a 10%) e alterações na condução (3 a 9%). Para além disso, podem coexistir alterações do sono e ansiedade (28).

A capacidade funcional estava diminuída sobretudo devido à dor em 34%, rigidez em 25% e astenia em 6% (28).

A terapêutica inclui anti-inflamatórios não esteroides e fisioterapia; mais recentemente fármacos como anti-fator de necrose tumoral (TNF-alfa) conseguem atenuar as reações imunes (28).

Há menor capacidade funcional com mais idade, mais índice de massa corporal, mais ruralidade, desemprego, menos habilitações, doença mais antiga e menor qualidade de vida física e mental (28).

Dados omissos na bibliografia selecionada

Não foram encontradas informações relativas a medidas de proteção coletiva e individual relevantes neste contexto.

Nas primeiras, em função da experiência dos autores, poder-se-iam considerar:

-formação

-rotatividade de tarefas

-cumprimento dos condicionamentos médicos dos trabalhadores com patologia reumatológica

-fornecimento de tapetes de descanso

-manutenção adequado dos equipamentos e

-mecanização eficaz das tarefas.

A nível de Equipamentos de Proteção Individual, poderão ser necessários cinta de contenção (para abdómen, anca, punhos e/ou joelhos), luvas, calçado adequado e/ou exosqueletos.

Para além disso, foi dado mais destaque para as consequências destas patologias no desempenho laboral, do que o contributo das tarefas de trabalho para a origem e potenciação destas doenças, ainda que se subentenda que os principais fatores de risco associados sejam as cargas, posturas forçadas/mantidas e os movimentos repetitivos.

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

A generalidade das patologias reumatológicas tem capacidade para diminuir a capacidade de trabalho (presenteísmo, absentismo, certificados de incapacidade temporária) ou até implicar desemprego/reforma precoce.

Seria interessante conhecer melhor a realidade portuguesa a nível de incidências/prevalências, desempenho/produktividade, sinistralidade; bem como medidas de proteção coletivas e individuais colocadas em prática e respetivas conclusões.

CONFLITOS DE INTERESSE, QUESTÕES ÉTICAS E/OU LEGAIS

Nada a declarar.

AGRADECIMENTOS

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **R3.** Koreshi S, Alpass F. Predictors of work ability and quality of life in older new zealanders with and without an arthritis diagnosis. *Australasian Journal of Ageing*. 2020; 41: e1-e7. DOI: 10.1111/ajag.12981
2. **R22.** Laines P, Gouveia M. Association of Rheumatic diseases with early exit from paid employment in Portugal. *Rheumatology International*. 2014; 34: 491-502. DOI: 10.1007/s00296-014-2948-8
3. **R1.** Xiang L, Low A, Leung Y, Fong W, Gan W, Graves N et al. Work disability in rheumatic diseases: baseline results from an inception cohort. *Rheumatic Diseases*. 202; 23: 1040-1049. DOI: 10.1111/1756-185X.13864
4. **R4.** Hammond A, Radford K, Ching A, Prior Y, O'Brien R, Woodbridge S et al. The workwell trial: protocol for the process evaluation of a randomised controlled trial of job retention vocational rehabilitation for employed people with inflammatory arthritis. *BMC Trials*. 2022; 23: 937. DOI: 10.1186/s1306-022-06871-z
5. **R18.** Bieleman H, Stewart R, Reneman M, Ittersum W, Schans C, Drossaer-Bakker K et al. Trajectories of Physical Work capacity in early symptomatic osteoarthritis of hip and knee: results from the cohort hip and cohort hnee (CHECK) study. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2019; 29: 483-492. DOI: 10.1007/s10926-018-9809-3
6. **R23.** Webber E, Tran T, June R, Healy E, Andrews T, Younkin R et al. WOMAC score and arthritis diagnosis predict decreased agricultural productivity. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2021; 22: 181. DOI: 10.1186/s12891-021-04041-x
7. **R2.** Wilkie R, Hay E, Croft P, Pransky G. Exploring how pain leads to productivity loss in primary care consultants for osteoarthritis: a prospective cohort study. *PLOS ONE*. 2015; 10(4): e012042. DOI: 10.1371/journal.pone.0120042

8. **R4R.** Schofield D, Callander E, Shrestha R, Passey M, Percival R, Kelly S. How co-morbidities magnify the effect of arthritis on labour force participation and economic status: a costs of illness study in Australia. *Rheumatology International*. 2014; 34: 481-489. DOI: 10.1007/s00296-014-2967-5
9. **R5.** Louati C, Mouelhi Y, Kabuth B, Clément C. Without them, I would never have been able to carry on. Levers for the sustained employment of patients with chronic inflammatory Arthritis: a french qualitative study. *International Journal of Environmental and Public Health*. 2022; 19: 14616. DOI: 10.3390/ijerph192114616
10. **R5R.** Qin J, Theis K, Barbour K, Helmick C, Baker N, Brady T. Impact of Arthritis and Multiple Chronic Conditions on selected life domains-United States, 2013. *MMWR*. 2015; 64(21): 578-582.
11. **R6.** Taylor-Gjeure R, Trask C, King N, Kochinke N. Prevalence and Occupational Impact of Arthritis in Saskatchewan Farmers. *Journal of Agromedicine*. 2015; 20: 205-216. DOI: 10.1080/1059924x.2015.10009666
12. **R10.** Syngle D, Singh A, Verma A. Impact of Rheumatoid arthritis on work capacity impairment and its predictors. *Clinical Rheumatology*. 2020; 39: 1101-1109. DOI: 10.1007/s10067-019-04838-1
13. **R9.** Tanski W, Dudek K, Adamowski T. Work ability and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19: 13260. DOI: 10.3390/ijerph192013260
14. **R15.** Meunier J, Fautrel B, Roquelaure Y, Claudepierre P. Work-related discussions between French rheumatologists and their rheumatoid arthritis patients. *Occupational Medicine*. 2016; 66: 454-459. DOI: 1093/occ.ed/Kqw031
15. **R17.** Bilberg A, Bremel I, Balogh I, Mannerkorpi K. Work status in patients with early rheumatoid: emphasis on shoulder function and mechanical exposure. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 2014; 43: 119-123.
16. **R20.** Mattila K, Buttgerit F, Tuominen R. Influence of rheumatoid asthma-related morning stiffness on productivity a work: results from a survey in 11 european countries. *Rheumatology International*. 2015; 35: 1791-1797. DOI: 10.1007/s00296-015-3275-4
17. **R14.** Hansen S, Hetland M, Pedersen J, Ostergaard M, Rubak T, Bjerne J. Work ability in rheumatoid arthritis patients: a register study on the perspective risk of exclusion and probability of returning to work. *Rheumatology*. 2017; 56: 1135-1143. DOI: 10.1093/rheumatology/kex064
18. **R11.** Jones H, Young M, Guyton K, Idemoto E, Ferreira A, Al Hereshi R. Effectiveness of Ergonomic interventions on work activity limitations in adults with rheumatoid arthritis: a systematic review. *Work*. 2022; 73: 79-91. DOI: 10.3233/WOR-210016
19. **R7.** Zhang X, Mu R, Wang X, Xu C, Duan T, An Y et al. The impact of Rheumatoid Arthritis on work capacity in chinese patients: a cross-sectional study. *Rheumatology*. 2015; 54: 1478-1487. DOI: 10.1093/rheumatology/kev014
20. **R13.** Mattila K, Buttgerit F, Tuominen R. Impact of morning stiffness on working behaviour and performance in people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology International*. 2014; 34: 1751-1758. DOI: 10.1007/s00296-014-3040-0
21. **R19.** Gwinnutt J, Leggett S, Lunt M, Barton A, Hyrich K, Walker-Bone K et al. Predictors of presenteeism, absenteeism and job loss in patients commencing methotrexate or biologic therapy for Rheumatoid Arthritis. *Rheumatology*. 2020; 59: 2908-2919. DOI: 10.1093/rheumatology/keaa027
22. **R16.** Cohen D, Khan S, Marfell N. Fit for work? Evaluation of a work shop for rheumatology teams. *Occupational Medicine*. 2016; 66: 296-299. DOI: 10.1093/occmed/kqv208
23. **R12.** Tillett W, Shaddick G, Askari A, Cooper A, Creamer P, Clunie G et al. Factors influencing work disability in psoriatic arthritis: first results from a large UK multicenter study. *Rheumatology*. 2015; 54: 157-162. DOI: 10.1093/rheumatology/kev264
24. **R21.** Tillett W, Shaddick G, Jobling A, Askani A, Cooper A, Creamer P et al. Effect of anti-TNF and conventional synthetic disease-modifying anti-rheumatic drug treatment on work disability and clinical outcome in a multicenter observational cohort study of psoriatic arthritis. *Rheumatology*. 2017; 56: 603-612. DOI: 10.1093/Rheumatology/Kew433
25. **R24.** Nadin T, Wallis D, Holroyd C, D' Angelo S, Walker-Bone K, Edwards C. Among patients taking biologic therapies for axial spondyloarthritis, which factors are associated with work non-participation? *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2020; 21: 209. DOI: 10.1186/s12891-020-03247-9
26. **R26.** Abdul-Sattar A, Abou el Magd S. Prevalence and association risk factors for work disability in Egyptian patients with ankylosing spondylitis from one center. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2017; 20: 2028-2034.
27. **R25.** Phang J, Kwan Y, Fong W, Tan C, Lui N, Thumboo J et al. Validity and reliability of work productivity and activity impairment among patients with axial spondyloarthritis in Singapore. *Rheumatic Diseases*. 2020; 23: 520-525. DOI: 10.1111/1756-185X.13801
28. **RCAAP1.** Marques S. Capacidade Funcional em utentes com Espondilite Anquilosante. Mestrado em Educação para a Saúde. Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu. 2014: 1-122.
29. **RCAAP3.** Schildberger R, Teixeira J. Qualidade de vida em sujeitos com Espondilite Anquilosante (Estudo Exploratório). Sem revista, livro ou ano: 375-379.
30. **RCAAP6.** Frauendorf R, Pinheiro M, Ciconelli R. Variáveis relacionadas com perda de produtividade no trabalho em pacientes com Espondilite Anquilosante. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2013; 53(3): 303-309.

Quadro 1: Pesquisa efetuada

Motor de busca	Password 1 e seguintes, caso existam	Crítérios	Nº de documentos obtidos	Nº da pesquisa	Pesquisa efetuada ou não	Nº do documento na pesquisa	Codificação inicial	Codificação final
RCAAP	Alterações reumatoides	-título e/ ou assunto	0	1	Sim	-	-	-
	Artroses		35	2	Sim	-	-	-
	Artrite		1135	3	Não	-	-	-
	Artrite+ limitações		1	4	Sim	-	-	-

	Espondilite anquilosante		100	6	Sim	1 2 3 4 5 6	RCAAP1 RCAAP2 RCAAP3 RCAAP4 RCAAP5 RCAAP6	28 - 29 - - 30
EBSCO <small>(CINALH, Medline, Database of Abstracts and Reviews, Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection e MediciLatina)</small>	Rheumatological diseases	-2013 a 2023 -acesso a resumo -acesso a texto completo	155	6	Não	-	-	-
	Rheumatological diseases+ work capacity		0	7	Não	-	-	-
	Arthrosis		4248	8	Não	-	-	-
	Arthrosis+ work capacity		3	9	Sim	1 2	R1 R2	3 7
	Arthritis		33722	10	Não	-	-	-
	Arthritis+ work capacity		47	11	Sim	1 2	R3 =R1	1 -
	Ankylosing spondilitis		3216	12	Não	-	-	-
	Ankylosing spondilitis+ work capacity		40	13	Não	3 4 5 6 7 9 10 11 167 17 18 19 20 22 23 24 25 26 27 31 33 34 36 38	R4 R5 R6 R7 R8 R9 R10 R11 R12 R13 R14 R15 R16 R17 R18 R19 R20 R21 R22 R23 R24 R25 R26 R27	4 9 11 19 - 13 12 18 23 20 17 22 15 5 21 16 24 2 6 25 27 26 -

Data de receção: 2025/04/12

Data de aceitação: 2025/04/19