

Perda de produtividade no trabalho relacionada ao lúpus eritematoso sistêmico e à artrite reumatoide

Loss of productivity at work related to systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis

Monique de Almeida Pinto¹, Érika Silva Spessirits¹, Cezar Augusto Muniz Caldas²

Recebido do Centro Universitário do Estado do Pará, (CESUPA).

RESUMO

OBJETIVO: Caracterizar a repercussão das doenças reumáticas na produtividade no trabalho entre pacientes com doenças reumáticas. **MÉTODOS:** Estudo do tipo transversal, descritivo e analítico, cuja amostra foi composta por pacientes com artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico atendidos no Ambulatório de Reumatologia do Centro Universitário do Estado do Pará. Foram aplicados questionários que abordavam as repercussões das doenças sobre sua situação laboral, bem como foi avaliada sua capacidade funcional, por meio do *Short-Form 36 Health Survey* (SF-36). **RESULTADOS:** Foram incluídos 36 pacientes, sendo 19 (52,8%) com artrite reumatoide e 17 (47,2%) com lúpus eritematoso sistêmico. A perda de produtividade nos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, avaliada pelo número de pacientes que deixaram de trabalhar, foi superior (94,1%) em relação aos pacientes com artrite reumatoide (68,4%), a despeito de o SF-36 ter detectado um pior desempenho às atividades físicas nos pacientes com artrite reumatoide (40,9% vs. 58,4%; $p=0,027$). **CONCLUSÃO:** A artrite reumatoide e o lúpus eritematoso sistêmico têm importante repercussão na capacidade produtiva e na qualidade de vida dos pacientes, especialmente naqueles acometidos pelo lúpus eritematoso sistêmico.

Descritores: Artrite reumatoide; Lúpus eritematoso sistêmico; Trabalho; Emprego; Pessoas com deficiência; Eficiência

ABSTRACT

OBJECTIVES: To characterize the impact of rheumatic diseases on productivity at work among patients with rheumatic diseases. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive and analytical study, the sample of which consisted of patients with rheumatoid arthritis (RA) and systemic lupus erythematosus (SLE), attended at the Rheumatology Clinic of the University Center of the state of Pará. Questionnaires addressing the impact of diseases on the work environment, and its functional capacity was evaluated through the Short-Form 36 Health Survey (SF-36). **RESULTS:** Thirty-six patients were included, with 19 (52.8%) with rheumatoid arthritis and 17 (47.2%) with systemic lupus erythematosus. The loss of productivity in patients with systemic lupus erythematosus, evaluated as the patients who did not work, was higher (94.1%) in relation to the patients with rheumatoid arthritis (68.4%), despite the Short-Form 36 Health Survey have detected a worse performance of physical activities in patients with rheumatoid arthritis (40.9% vs. 58.4%, $p=0.027$). **CONCLUSION:** Rheumatoid arthritis and the systemic lupus erythematosus have significant impact on the productive capacity and quality of life, especially in those affected by the systemic lupus erythematosus.

Keywords: Arthritis, rheumatoid; Lupus erythematosus, systemic; Work; Employment; Disabled persons; Efficiency

INTRODUÇÃO

O exercício profissional representa um aspecto muito importante na vida do indivíduo, sendo essencial para sua independência e autossuficiência, além de contribuir para a sensação de produtividade e de valia para a sociedade.⁽¹⁾

A capacidade que um indivíduo apresenta de realizar suas atividades laborais está relacionada com as exigências ocupacionais, seu estado de saúde e suas condições físicas e mentais.⁽²⁾

Muitos fatores podem interferir na capacidade de efetuar determinado trabalho, como: aspectos sociodemográficos, estilo de vida, doença e processo de envelhecimento. Entre estes fatores, a saúde pode ser a principal causa da perda de produtividade.⁽²⁾

Os custos de uma doença, em termos sociais, são divididos em diretos, indiretos e intangíveis. Os custos diretos têm em conta a medicação, a monitorização, as consultas médicas e as admissões hospitalares. Os custos indiretos podem ser descritos como perdas da produtividade e o tempo perdido em tarefa la-

1. Centro Universitário do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

2. Centro Universitário do Estado do Pará, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

Data de submissão: 08/09/2016 – Data de aceite: 13/09/2016

Conflito de interesse: não há.

Endereço para correspondência:

Monique de Almeida Pinto
Hospital Universitário João de Barros Barreto
Rua dos Mundurucus, 4.487 – Gama
CEP: 66073-000 – Belém, PA, Brasil
Tel.: (91) 996411718 – E-mail: niquedealmeida@gmail.com

Aprovação: Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), protocolo 516.990, de 22 de janeiro de 2014.

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

borais, domésticas ou familiares, sempre associados à doença. Os custos intangíveis têm um grande impacto no indivíduo e incluem dor crônica, incapacidade e impacto psicológico da doença. Tais custos, apesar de muito relevantes, são poucas vezes considerados, por apresentarem pouca objetividade.⁽¹⁾

Os custos diretos incluem ainda outras despesas, como o transporte de doentes ou o deslocamento de profissionais de saúde ao domicílio, ou a instituições de acolhimento de idosos. Os custos indiretos, como o absentismo e o presenteísmo laboral, resultam das consequências da limitação das atividades habituais dos doentes, e a incapacidade física, muitas vezes associada às doenças reumáticas, faz com que este tipo de custos seja particularmente relevante em qualquer análise sobre seu impacto econômico.⁽²⁾

A participação da força de trabalho entre os indivíduos com doenças reumáticas tem recebido considerável atenção nas pesquisas. Incapacidade para o trabalho, licença médica, absentismo e presenteísmo são relatados como algo frequente que, a curto e a longo prazo, levam a diminuição da capacidade para o trabalho. Muitas vezes, entre um terço a mais de 50% indivíduos relatam limitações funcionais relacionadas à sua doença. A deficiência e a diminuição da produtividade também geram custos elevados, estimados em duas a quatro vezes maiores que os custos diretos com cuidados da saúde.⁽³⁾

Sendo a artrite reumatoide (AR) e o lúpus eritematoso sistêmico (LES), afecções que acometem uma parcela significativa de indivíduos jovens, em plena idade para o exercício profissional, e considerando todas as consequências que o prejuízo profissional pode acarretar, foi realizado o presente estudo, visando caracterizar a repercussão das doenças reumáticas sobre a produtividade no trabalho entre pacientes com AR e LES.

MÉTODOS

Estudo do tipo transversal, descritivo e analítico, realizado no período de fevereiro a dezembro de 2014, no qual, após aprovação Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), sob o número 516.990, de 22 de janeiro de 2014, foram incluídos 19 (52,8%) pacientes com AR e 17 (47,2%) pacientes com LES, segundo os respectivos critérios classificatórios.^(4,5)

Foram incluídos pacientes com LES e AR com 18 anos ou mais. Os pacientes avaliados foram esclarecidos sobre os objetivos, os riscos e os benefícios deste estudo, e aqueles que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram submetidos à aplicação do questionário de pesquisa elaborado pelos próprios autores, solicitando as seguintes informações: sexo; idade; doença; tempo de doença; estado civil; grau de escolaridade; tempo de trabalho; falta no trabalho nas últimas 2 semanas; parada do trabalho por causa da doença; se sentia que podia voltar ao trabalho; se já tentou voltar ao trabalho; se desejava voltar ao trabalho; se já solicitara auxílio-doença, aposentadoria ou outro tipo de benefício; e renda familiar. Foi também utilizada a versão traduzida e validada para a língua portuguesa do questionário de qualidade de vida *Short-Form 36 Health Survey* (SF-36).⁽⁶⁾

O SF-36 avalia a capacidade funcional do paciente, abordando oito dimensões (vitalidade, funcionamento físico, dor corporal, estado geral de saúde, papel funcionamento físico, papel funcionamento emocional, papel funcionamento social e saúde mental), abrangendo o estado funcional, o bem-estar e a avaliação global de saúde.⁽⁶⁾ Apresenta um escore final de zero a 100, sendo que o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 ao melhor estado de saúde.⁽⁶⁾

Os dados recolhidos foram organizados e analisados por meio de planilhas do Microsoft Excel 2010 e do *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 17.0. As variáveis categóricas foram apresentadas em valores absolutos e percentuais, sendo utilizados os testes qui quadrado ou exato de Fisher para avaliar as diferenças entre os grupos. As variáveis contínuas foram expressas como média \pm desvio padrão, e foi utilizado o teste *t* de Student para avaliar diferenças estatísticas. O valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Na tabela 1, observa-se que, dentre as características socioeconômicas, apenas a idade foi significativamente diferente entre os grupos. O grupo com AR teve maior média de idade ($53,4 \pm 11,3$ anos) do que o grupo com LES ($38,8 \pm 9,3$ anos).

Entre os pacientes avaliados, a profissão mais prevalente foi “diarista”, seguida por “do lar”, em ambos os grupos (Tabela 2).

Durante a entrevista, foi verificado que apenas seis (31,6%) pacientes com AR e três (15,8%) com LES estavam trabalhando, visto que sete (41,1%) estavam desempregadas e seis (31,6%) eram “do lar”. Das seis pacientes com AR que trabalhavam, 16,7% faltaram ao trabalho nas últimas 2 semanas. Enquanto, das três pacientes com LES, nenhuma referiu ter faltado ao trabalho durante o mesmo período descrito.

Quando questionadas sobre se pararam de trabalhar por causa da doença, um percentual maior de pacientes com LES (94,1%) interrompeu suas atividades, em comparação a 68,4% dos pacientes com AR. Por outro lado, um percentual maior de pacientes com AR (30,8%) sentia-se capaz de retornar suas atividades laborais (Tabela 3).

Como muitos destes pacientes pararam de trabalhar por causa da doença, vários procuraram algum tipo de benefício. Como mostra a tabela 4, 70,6% dos pacientes com LES e 36,8% dos pacientes com AR solicitaram auxílio-doença. Um paciente (5,9%) com LES e 31,6% dos pacientes com AR solicitaram aposentadoria.

Ao comparar as duas doenças quanto a repercussão sobre a qualidade de vida através do SF36, observa-se que os pacientes com AR apresentam um pior desempenho no domínio funcionamento físico, representando maior limitação em realizar todas as atividades físicas devido à saúde (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Tanto a AR quanto o LES repercutem seriamente na produtividade destes indivíduos – especialmente o primeiro, que demanda faltas no trabalho, solicitações de auxílio-doença e aposentadoria precoce, a despeito do desejo dos pacientes retornarem suas atividades laborais.

Tabela 1. Características socioeconômicas dos pacientes com artrite reumatoide (AR) e lúpus eritematoso sistêmico (LES) do Centro de Especialidades Médicas do Centro Universitário do Pará, avaliadas no período entre fevereiro a dezembro de 2014

Característica	AR (n=19)	LES (n=17)	Valor de p
Sexo, n (%)			0,190*
Feminino	19 (100)	14 (82,3)	
Masculino	0 (0)	3 (17,7)	
Idade, anos†	53,4±11,3	38,8±9,3	<0,001‡
Tempo de doença, anos†	9±7,3	7,3±8,4	0,542‡
Estado civil, n (%)			0,430*
Solteira/divorciada	12 (63,2)	11 (64,7)	
Casada ou união estável	7 (36,8)	6 (35,3)	
Escolaridade, n (%)			0,896*
Ensino Fundamental incompleto	2 (10,5)	3 (17,6)	
Ensino Fundamental completo	7 (36,8)	4 (23,5)	
Ensino Médio incompleto	2 (10,5)	2 (11,8)	
Ensino Médio completo	7 (36,8)	6 (35,3)	
Ensino Superior incompleto	1 (5,3)	2 (11,8)	
Salário, n (%)			0,855*
Menos de 1 SM	6 (31,6)	5 (29,4)	
1-2 SM	13 (68,4)	11 (64,7)	
2-4 SM	0	1 (5,9)	

*Qui quadrado; †média±desvio padrão; ‡teste *t* de Student. SM: salário mínimo.

Tabela 2. Profissões dos pacientes com artrite reumatoide (AR) e lúpus eritematoso sistêmico (LES) do Centro de Especialidades Médicas do Centro Universitário do Pará, avaliados no período entre fevereiro a dezembro de 2014

Profissões	AR (n=19) n (%)	LES (n=17) n (%)
Diarista	6 (31,6)	6 (35,3)
“Do lar”	3 (15,8)	2 (11,8)
Costureira	2 (10,5)	0
Serviços gerais	2 (10,5)	1 (5,9)
Comercário	0	1 (5,9)
Outras	6 (31,6)	7 (41,1)

Tabela 3. Produtividade dos pacientes com artrite reumatoide (AR) e lúpus eritematoso sistêmico (LES) do Centro de Especialidades Médicas do Centro Universitário do Pará, avaliados no período entre fevereiro a dezembro de 2014

Produtividade	AR (n=19) n (%)	LES (n=17) n (%)
Parou de trabalhar	13 (68,4)	16 (94,1)
Sente que pode voltar	4 (30,8)	3 (17,6)
Já tentou voltar	5 (38,5)	8 (50)
Deseja voltar	11 (84,6)	14 (87,5)

A AR e o LES predominam em indivíduos do sexo feminino e em faixa etária produtiva, sendo a AR mais frequente da terceira a quinta décadas de vida,⁽⁷⁾ enquanto LES predomina

Tabela 4. Solicitação de auxílio-doença e aposentadoria dos pacientes com artrite reumatoide (AR) e lúpus eritematoso sistêmico (LES) do Centro de Especialidades Médicas do Centro Universitário do Pará, avaliadas no período entre fevereiro a dezembro de 2014

	AR (n=19) n (%)	LES (n=17) n (%)
Solicitação auxílio de doença	7 (36,8)	12 (70,6)
Solicitação aposentadoria	6 (31,6)	1 (5,9)

da terceira a quarta décadas.⁽⁸⁾ Por serem doenças que afetam, muitas vezes, as pequenas articulações das mãos, o comprometimento funcional e o impacto laboral podem ser profundos, não de forma limitada no tempo, mas por muitos anos.⁽¹⁾

Ambas as doenças, AR e LES, levam a grande repercussão sobre a capacidade produtiva dos pacientes, especialmente o LES, com 94,1% dos pacientes deixando de trabalhar. O LES tem grande repercussão na capacidade produtiva, pois é uma doença multissistêmica e pode acometer o sistema cardíaco, hematológico, pulmonar, renal e articular, sendo que a artrite pode evoluir de forma crônica e não ser responsiva a tratamentos propostos, levando a incapacidade.⁽⁸⁾ Clarke et al.⁽⁹⁾ descreveram que pacientes com LES normalmente têm taxas médias de absentismo de 13 a 16 dias ao ano em relação a trabalhadores sem a doença, enquanto Borba e Latorre⁽⁸⁾ encontraram que 21% dos pacientes com LES estudados em São Paulo estiveram ausentes devido a problemas de saúde mais de 15 dias ao ano, em comparação com 11% dos controles.

A característica principal da AR é o acometimento simétrico das pequenas e das grandes articulações, com maior frequên-

Tabela 5. Perda de produtividade associada ao desempenho nos domínios do *Short-Form 36 Health Survey* (SF-36) dos pacientes com artrite reumatoide (AR) e lúpus eritematoso sistêmico (LES) do Centro de Especialidades Médicas do Centro Universitário do Pará, avaliados no período entre fevereiro a dezembro de 2014

	Desempenho no domínio (%)*							
	PF	RP	BP	GH	V	SF	RE	MH
AR (n=19)	40,9±22,0	27,6±29,9	50,8±31,2	64,4±18,4	52,6±19,1	69,0±27,1	20,3±17,3	63,5±19,8
LES (n=17)	58,4±20,3	36,7±26,6	56,2±27,0	52,3±22,9	50,5±27,2	73,5±29,6	14,2±16,7	61,6±28,4
Valor de p	0,027	0,343	0,590	0,088	0,795	0,641	0,299	0,813

Teste *t* de Student. * média ± desvio padrão. PF: limitação em atividades físicas; RP: limitação de desempenho consequente a problemas físicos; BP: dor no corpo; GH: percepção geral de saúde; V: vitalidade; SF: funcionamento social; RE: limitação de desempenho consequente a problemas emocionais; MH: saúde mental.

cia de envolvimento das mãos e dos pés. O caráter crônico e destrutivo da doença pode levar a importante limitação funcional, com perda de capacidade laboral e de qualidade de vida, a menos que o diagnóstico seja feito em fase inicial da doença, e o tratamento determine melhora clínica. Além de deformidade irreversível e de limitação funcional, pacientes com AR e doença avançada podem apresentar menor sobrevida, o que confirma a gravidade desta doença.^(10,11)

A média de idade entre as doenças pesquisadas foi significativamente diferente, com a AR acometendo uma faixa etária mais avançada em relação ao LES, porém, ainda que acometendo uma população mais jovem, o LES repercutiu mais na produtividade laboral destes pacientes, o que aponta para o questionamento de maior ocorrência de sequelas e incapacidade pelo LES.⁽¹²⁾

Embora os pacientes com AR tenham apresentado um desempenho no funcionamento físico (limitação em atividade física) mais baixo, possivelmente devido ao grave acometimento articular da AR, o caráter multissistêmico do LES pode ter contribuído para um maior prejuízo funcional, levando ao afastamento mais frequente dos pacientes com LES de suas atividades profissionais. Isso ocorre, segundo Laires et al.,⁽²⁾ porque a capacidade laboral está relacionada também com exigências ocupacionais, estado de saúde e suas condições físicas e mentais.

Diante da incapacidade funcional que ambas as doenças apresentam, observa-se o importante número de solicitações de benefícios e aposentadoria, levando a um grande prejuízo dos órgãos de previdência. De acordo com o estudo, a solicitação da aposentadoria é inferior à idade de aposentadoria estabelecida no Brasil, de 60 anos para as mulheres e 65 para homens.⁽¹³⁾

Segundo Lee e Weinblatt,⁽¹⁴⁾ aproximadamente 70% dos pacientes experimentam destruição articular irreversível dentro do primeiro ano de início da AR, e 80% dos adultos em idade ativa com AR experimentam dor incapacitante, rigidez e redução da capacidade funcional, levando a limitações em atividades e restrições no desempenho de seus papéis na sociedade, o que contribuiria para a solicitação da aposentadoria precoce.

Ao analisar o SF-36, observa-se que, apesar de os pacientes apresentarem grande limitação funcional e emocional para realizar suas atividades laborais (limitação de desempenho consequente a problemas físicos e limitação de desempenho consequente a problemas emocionais), estes se sentem bem diante dos outros aspectos do questionário. Segundo a literatura, o tratamento dos pacientes está de acordo com as características individuais do paciente, como estágio da doença, sua atividade e gravidade, como também a resposta a regimes prévios de tra-

tamento.^(13,15) Significa dizer que, embora o tratamento surta o efeito adequado no controle das doenças, repercutindo positivamente no bem-estar geral dos pacientes, estes não chegam a recuperar plenamente a funcionalidade dos pacientes, mantendo a incapacidade para a atividade laboral.

Apesar das dificuldades funcionais e emocionais que a maioria dos pacientes apresenta, muitos desejam voltar a trabalhar. Levando em consideração este dado, especula-se que programas de requalificação funcional bem estruturados poderiam devolver estes indivíduos ao mercado de trabalho, de forma produtiva.

A reabilitação de trabalhadores é um dos maiores desafios contemporâneos para o campo da saúde pública e da saúde do trabalhador. É historicamente ligada aos sistemas previdenciários como resposta pública à questão da incapacidade.⁽¹⁶⁾

Os programas de reabilitação profissional, segundo Soares e Wagner,⁽¹⁷⁾ têm o papel estratégico de regulação econômica, no sentido de reduzir o tempo de duração da concessão de benefícios por incapacidade, no intuito de restabelecer o mais rápido possível a condição de contribuinte. Por outro lado, produziram, também, o efeito de eliminar ou reduzir as desvantagens das pessoas com incapacidade, possibilitando o retorno ao trabalho.

Segundo a Previdência Social, as maiores causas de afastamento do trabalho são problemas osteomusculares seguidos de psiquiátricos. No Brasil, as informações pecuniárias do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), no ano de 2007, assinalam que 23,38% do auxílio-doença previdenciário concedido eram de doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo.⁽¹⁷⁾ Já em 2013, segundo o INSS, este número cresceu para 37%.⁽¹⁸⁾

A reabilitação profissional é um serviço da Previdência Social, prestado pelo INSS, de caráter obrigatório, com o objetivo de proporcionar os meios de reeducação ou readaptação profissional para o retorno ao mercado de trabalho dos segurados incapacitados por doença ou acidente.⁽¹⁹⁾ O segurado encaminhado ao Programa de Reabilitação Profissional, após avaliação médica pericial, está obrigado, independentemente da idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se ao programa prescrito e custeado pela Previdência Social.⁽¹⁹⁾

Entretanto, embora o programa de reabilitação profissional brasileiro assuma um caráter fundamental, não são desprezíveis as críticas relacionadas às falhas de tal programa, principalmente no que tange à falta de um preparo técnico adequado da equipe profissional, para atender as reais demandas destas pessoas. Segundo Maeno e Vilela⁽²⁰⁾ muitos desses orientadores profissionais não têm familiaridade com o mundo do trabalho real e com as suas exigências. Seus procedimentos restringem-se à

homologação de um processo precário de readaptação, que não fica sob a coordenação geral do INSS, mas a cargo da empresa de vínculo, com pouca interferência do Estado.

Segundo Soares e Wagner,⁽¹⁷⁾ funcionárias reabilitadas pelo INSS nos anos de 2009 e 2010 relataram dificuldade de resgatar a autonomia e a autoestima durante o longo período de afastamento do trabalho. Ficou evidente o significado do trabalho para todas e o sofrimento psíquico devido ao longo afastamento, com fases de tristeza, ansiedade, depressão, medo de demissão e medo de não mais poder retornar ao trabalho.

Com frequência, os programas de reabilitação profissional restringem-se a entrevistar o reabilitando e a encaminhá-lo à perícia do órgão, solicitando à empresa de vínculo informações sobre o cargo a lhe ser oferecido.⁽²⁰⁾ Desta forma, é imposto ao paciente, na maioria das vezes, reabilitar-se em uma profissão muito divergente daquela que anteriormente ele exercia, quando o ideal era que, neste processo, fossem consideradas as características profissionais, a experiência, a motivação e a aptidão de cada trabalhador.

Ainda, as pesquisas de acompanhamento e fixação, se feitas, não são divulgadas, de forma que não se dispõem de informações sobre a real reinserção profissional dos segurados. Uma ação civil pública promovida pela Procuradoria Regional do Trabalho da 2ª Região, juntamente do Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e região, contra uma instituição financeira com atividades em todo o território nacional entre outros itens, referiu-se à ausência de uma política de realocação de trabalhadores portadores de restrições funcionais, impondo dificuldades para os trabalhadores que retornam de licença médica e até demissões. Refere-se também à constatação, pelo Ministério Público do Trabalho e pelo Ministério do Trabalho e Emprego, de que “não existe política de realocação de trabalhadores portadores de restrições funcionais, impondo dificuldades para os trabalhadores que retornam de licença médica”.⁽²⁰⁾

CONCLUSÃO

A artrite reumatoide e o lúpus eritematoso sistêmico têm grande repercussão negativa na atividade profissional dos pacientes – especialmente o lúpus eritematoso sistêmico –, sendo possível demonstrar que ambas as doenças provocam o aumento do número de solicitações de auxílio doença e, por vezes, também levam a aposentadoria em idade precoce. Ressalta-se a importância de garantir o tratamento adequado e a reabilitação destes pacientes, oportunizando que retornem suas atividades laborais, reduzindo os prejuízos coletivos e individuais, financeiros e sociais determinados por estas doenças.

REFERÊNCIAS

1. Cunha-Miranda L, Cristovan T. [Rheumatic diseases and work: patient activity versus disease activity]. *Acta Reumatol Port*. 2009;34(4):465-74. Portuguese.
2. Laires P, Gouveia M, Branco J. O impacto econômico das doenças reumáticas. Disponível em: <http://ondor.med.up.pt/uploads/cap5.pdf>
3. Gignac MA, Jetha A, Bowring J, Beaton DE, Badley EM. Management of work disability in rheumatic conditions: A review of non-pharmacological interventions. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2012;26(3):369-86.
4. Banal F, Dougados M, Combes C, Gossec L. Sensitivity and specificity of the American College of Rheumatology 1987 criteria for the diagnosis of rheumatoid arthritis according to disease duration: a systematic literature review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(7):1184-91.
5. Petri M, Orbai AM, Arlacón GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, et al. Derivation and validation of the systemic lupus international collaborating clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2012;64(8):2677-86.
6. Campolina AG, Bortoluzzo AB, Ferraz MB, Ciconelli RM. Validação da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida short-form 6 dimensions (SF-6D Brasil). *Ciê Saúde Colet*. 2011;16(7):3103-10.
7. da Mota LM, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Rezende-Fronza LS, Bertolo MB, de Freitas MV, da Silva NA, Louzada-Júnior P, Giorgi RD, Lima RA, da Rocha Castelar Pinheiro G; Brazilian Society of Rheumatology. 2012 Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis. *Rev Bras Reumatol*. 2012;52(2):152-74.
8. Borba EF, Latorre RC. Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Rev Bras Reumatol*. 2008;48(4):196-207.
9. Clarke A, Esdaile J, Bloch D, Laccaille D, Danoff D. A Canadian study of the total medical costs for patients with systemic lupus erythematosus and the predictors of costs. *Arthritis Rheum* 1993; (36):1548-59.
10. de Azevedo AB, Ferraz MB, Ciconelli RM. Indirect costs of rheumatoid arthritis in Brazil. *Value Health*. 2008;11(5):869-77.
11. da Mota LM, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Fronza LS, Bertolo MB, de Freitas MV, da Silva NA, Louzada-Junior P, Giorgi RD, Lima RA, Pinheiro Gda R; Brazilian Society of Rheumatology. 2011 Consensus of the Brazilian Society of Rheumatology for diagnosis and early assessment of rheumatoid arthritis. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(3):199-219.
12. Freire EA, Souto LM, Ciconelli RM. Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(1):70-80.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 66, de 1 de novembro de 2006. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da Artrite Reumatóide [Internet]. Brasília, DF: MS; 2006. [citado 2016 Jun 21]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2006/prt0066_01_11_2006_comp.html
14. Lee D, Weinblatt M. Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2001;358(9285): 903-11. Comment in: *Lancet*. 2002;359(9303):352.
15. Harris Jr ED. Clinical features of rheumatoid arthritis. In: Harris Jr ED, Budd RC, Firestein GS, Sargent J, Sledge C, editors. *Kelley's textbook of rheumatology*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2005. p. 1043-100.
16. Takahashi MA, Iguti AM. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(11):2661-70.
17. Soares LV, Wagner LC. Reabilitação profissional: vivências de funcionários com limitações físicas e psicossociais em um hospital universitário. *Rev Bras Med Trab*. 2012;10(2):49-55.
18. Brasil. Secretaria de Políticas de Previdência Social. Segundo boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Previdência Social, 2013. [citado 2017 Out 3]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/01/2%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>
19. Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico de 2007 [Internet]. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2007 [citado 2011 Jul.3]. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/conteudo/Dinamico.php?id=507>
20. Maeno M, Vilela R. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010;35(121):87-99.