

PANORAMA GLOBAL E BRASILEIRO DAS DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS E REUMÁTICAS

Assel Muratovna Shigayeva Ferreira¹, Lucas de Almeida Moura²,

André Luís Bonifácio de Carvalho³

¹Universidade Federal da Paraíba - UFPB, (shigyassel@gmail.com)

² Universidade Federal da Paraíba - UFPB, (moura.a.lucas@gmail.com)

³Universidade Federal da Paraíba-UFPB, (andrelbc4@gmail.com)

Resumo

Este trabalho teve como principal objetivo descrever a magnitude da carga de doenças musculoesqueléticas e reumáticas para a saúde pública global e brasileira, discutindo algumas tendências sobre reabilitação. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura (narrative review). A pesquisa foi realizada no Google Scholar, PUBMED, MEDLINE e Scielo em abril/maio de 2021. Artigos com os seguintes critérios de inclusão foram selecionados para a análise final: recentes estudos sobre a carga global, regional e nacional de doenças musculoesqueléticas e reumáticas, prevalência de doenças musculoesqueléticas e reumáticas no Brasil, conceitos de reabilitação voltados para a dor reumática. Observou-se, principalmente, a discussão de resultados com base no recente estudo da carga global de doenças e suas estimativas específicas da necessidade de reabilitação relacionadas a doenças musculoesqueléticas e reumáticas. A magnitude dessas condições mostra o seu grande impacto para a saúde pública em todo o mundo e, argumenta-se que a reabilitação precisa ser tornada mais acessível às populações mais vulneráveis à sua ausência, sobretudo como parte integrante da atenção primária à saúde, para alcançar mais pessoas necessitadas. Apesar de seu enorme impacto, as doenças musculoesqueléticas e reumáticas ainda não recebem a atenção que deveriam. Mensurar a magnitude da gravidade da carga global destes grupos de doenças é vital para todos os países, incluindo o Brasil. A saúde pública global requer estudos regulares de avaliação de doenças musculoesqueléticas para implementar ações e instrumentos de saúde pública específicos para a melhoria dessa situação.

Palavras-chave: Carga global de doenças; Doenças musculoesqueléticas; Doenças reumáticas; Reabilitação; Saúde pública.

Área Temática: Temas Livres.

Modalidade: Trabalho completo

1 INTRODUÇÃO

As condições musculoesqueléticas afetam mais de 1,7 bilhões de pessoas em todo o mundo e têm o quarto maior impacto na saúde geral da população mundial, considerando tanto a morte quanto a invalidez. A tendência de envelhecimento acelerado da população evidenciada nas últimas décadas está contribuindo para um aumento sem precedentes no número de pessoas que vivem com doenças não transmissíveis e com consequências de lesões (WHO, 2020). Nesse cenário, a atualização regular abrangente de análises e tendências relacionadas à carga de doenças não transmissíveis e lesões é essencial para refletir os efeitos das políticas de saúde pública e da prestação de cuidados médicos em nível nacional. De acordo com uma análise sistemática de 1990-2019 sobre a carga global de 369 doenças e lesões em 204 países e territórios, as doenças musculoesqueléticas são aquelas que mais contribuíram para a prevalência desta medida (GBD 2019 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS, 2020).

Globalmente, aproximadamente 2,4 bilhões de indivíduos apresentavam condições que se beneficiariam com a reabilitação em 2019 (CIEZA et al., 2019). Esse número aumentou 63% de 1990 a 2019. As condições musculoesqueléticas e reumáticas atualmente também são as maiores contribuintes para os anos vividos com deficiência (AVD), representando 17% de todos os AVD no mundo, com dor lombar sendo a condição mais prevalente entre elas. Embora o envelhecimento esteja contribuindo para o aumento da prevalência de doenças musculoesqueléticas, o conhecimento de que pessoas de todas as idades podem ser afetadas torna esse problema ainda mais profundo. Deste ponto de vista, a questão da reabilitação eficaz, especialmente para condições crônicas de longo prazo, é muito atual.

As consequências sociais de uma doença constituem limitações no desempenho de papéis relacionados à vida profissional, familiar e social causados pela doença, principalmente quando em seu estágio crônico (WHO, 2021). A ocorrência de doenças reumáticas está relacionada não apenas ao aumento do risco de diferentes tipos de alterações orgânicas, mas, acima de tudo, ao alto risco de invalidez. A perda da capacidade para o trabalho é, entre outras coisas, consequência da incapacidade progressiva. Por exemplo, na Europa, 40% das pessoas que sofrem de artrite reumatoide (AR) tiveram que parar de trabalhar devido à doença, enquanto a maioria delas está em idade produtiva.

Embora os distúrbios musculoesqueléticos e reumáticos estejam entre as doenças não transmissíveis mais prevalentes, seu impacto epidemiológico em muitos países não está definitivamente estabelecido, incluindo o Brasil. Poucos estudos epidemiológicos estimando a

prevalência de doenças reumáticas foram realizados na América Latina, especificamente no Brasil (ALONSO et al., 2018; SENNA et al., 2004; REIS-NETO et al., 2015; CAVALCANTE et al., 2006). Em um estudo do Inquérito Nacional de Saúde (ALONSO et al., 2018), mais do que 21% dos indivíduos observados apresentavam alguma condição musculoesquelética. Adicionalmente, de acordo com os resultados observados neste estudo entre todos os casos de condições musculoesqueléticas foram mais prevalentes idosos, indígenas, indivíduos com baixa escolaridade, sem atividade ocupacional, residentes em áreas rurais, fumantes diários, sedentários e portadores de três ou mais doenças crônicas. O Brasil é um dos países mais populosos do mundo e algumas regiões e seus municípios ainda não possuem um perfil sistemático atualizado da prevalência de diversas doenças musculoesqueléticas.

Apesar do fato de que a saúde global tem melhorado constantemente nos últimos 30 anos, o número absoluto de anos de vida ajustados por incapacidade permaneceu estável. Além disso, permanece a tendência para a deficiência como uma parcela crescente da carga global (GBD 2019 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS; CIEZA et al., 2019). Nesse sentido, a carga dos distúrbios musculoesqueléticos e doenças reumáticas como uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo, relacionada, entre outros motivos, ao envelhecimento global da população, deve ser um dos focos prioritários para a saúde pública. O conhecimento aprofundado sobre a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos e seu impacto na saúde pública, suas influências geograficamente específicas, contribuem para a seleção e aplicação adequadas de intervenções, incluindo prevenção, tratamento e reabilitação.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi descrever a magnitude da carga das doenças reumáticas e musculoesqueléticas para a saúde pública global e brasileira, discutindo algumas tendências sobre a reabilitação.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura (narrative review). A pesquisa foi realizada no Google Scholar, PUBMED, MEDLINE e Scielo em abril/maio de 2021 com as seguintes categorias de consultas: 1) Carga global de doenças; 2) Prevalência de doenças musculoesqueléticas/reumáticas; 3) Reabilitação de doenças musculoesqueléticas/reumáticas. Os resultados da pesquisa foram limitados aos últimos 15 anos com as referências de artigos elegíveis escritos em inglês e português. Os títulos e resumos dos artigos recuperados foram selecionados manualmente. Vinte seis artigos com os seguintes critérios de inclusão foram selecionados para a análise final: recentes estudos sobre a carga global, regional e nacional de doenças musculoesqueléticas e reumáticas, prevalência de doenças musculoesqueléticas e

reumáticas no Brasil, conceitos de reabilitação voltados para a dor reumática. Foi usada uma abordagem qualitativa-interpretativa para extração de dados por meio da leitura dos artigos selecionados e anotações em arquivo Excel.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Carga global de doenças reumáticas e musculoesqueléticas: realidade e tendências

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as afecções musculoesqueléticas compreendem mais de 150 patologias que afetam o aparelho locomotor dos indivíduos (WHO, 2021). Elas variam desde aquelas que surgem repentinamente e têm vida curta, como fraturas, entorses e distensões, até condições vitalícias associadas a limitações funcionais contínuas e incapacidades. As condições musculoesqueléticas são tipicamente caracterizadas por dor (frequentemente persistente e crônica) e limitações na mobilidade, destreza e nível geral de funcionamento, reduzindo a capacidade das pessoas de trabalhar, sua qualidade de vida e comunicação social. Estes grupos de doenças também são as que mais contribuem para a necessidade global de reabilitação. Estimou-se que 15 a 45% das consultas médicas de atenção primária são para problemas musculoesqueléticos e eles estão entre os maiores contribuintes para a necessidade de serviços de reabilitação entre crianças e representam aproximadamente dois terços de todos os adultos que precisam desse tipo de atenção (WATKINS et al., 2017; DRISCOLL et al., 2010; VOS et al.; WHO, 2018).

Uma análise recente dos dados de Carga Global de Doenças (CGD) mostrou que aproximadamente 1,71 bilhões de pessoas no mundo todo têm problemas musculoesqueléticos (GBD 2019 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS; CIEZA et al., 2019). Embora a prevalência destas doenças varie de acordo com a idade e o diagnóstico, pessoas de todas as idades em todo o mundo são afetadas. Os países de alta renda são os mais afetados em termos de número de pessoas - 441 milhões, seguidos pelos países da Região do Pacífico Ocidental, com 427 milhões, e da Região do Sudeste Asiático, com 369 milhões. As condições musculoesqueléticas também são o maior contribuinte para os anos vividos com incapacidade (AVI) em todo o mundo, com aproximadamente 149 milhões de AVI, representando 17% de todos os AVI em todo o mundo.

Entre os distúrbios musculoesqueléticos que tiveram a maior contribuição para a prevalência, a dor lombar causou a maior carga, com 568 milhões de pessoas e 64 milhões AVI em todo o mundo. Adicionalmente, a dor lombar foi a principal condição de saúde, contribuindo para a necessidade de serviços de reabilitação em 134 dos 204 países analisados. Devido ao

aumento e envelhecimento populacional, o número de pessoas com deficiência por dor lombar está aumentando rapidamente. Em adultos, a dor lombar é a principal razão para a saída prematura do mercado de trabalho. Além disso, as projeções mostram que o número de pessoas com dor lombar aumentará no futuro e ainda mais rapidamente em países de baixa e média renda (HARTVIGSEN et al., 2018).

A dor reumática, também incluindo dor lombar, é um sintoma muito comum, que ocorre em países de alta, média e baixa renda e em todas as faixas etárias, desde crianças até a população idosa. Globalmente, os anos vividos com incapacidade, causados por dor lombar, aumentaram 54% entre 1990 e 2015. Prevê-se que a incapacidade e os custos atribuídos à dor lombar aumentem nas próximas décadas, em particular em países de renda baixa e média, onde a saúde e outros sistemas são frequentemente frágeis e não equipados para lidar com esse fardo crescente.

Embora a prevalência de doenças musculoesqueléticas aumente com a idade, os mais jovens também são afetados, geralmente durante seus anos de pico de geração de renda. Como mencionado, a dor reumática é o principal motivo da saída prematura do mercado de trabalho. Além disso, a maioria das pessoas com dor reumática tem baixos níveis de deficiência, mas o efeito aditivo dessas, combinado com alta deficiência em uma minoria significativa, resulta em uma carga social muito alta. A incapacidade por dor reumática é a mais alta nas faixas etárias de trabalho em todo o mundo, o que é particularmente preocupante em países de baixa e média renda, onde o emprego formal é comum e as possibilidades de modificação do trabalho são quase completamente ausentes (KAMPER et al., 2016). O impacto social da aposentadoria precoce em termos de custos diretos de saúde e custos indiretos é enorme.

As condições musculoesqueléticas também estão altamente associadas ao declínio significativo da saúde mental e deterioração do funcionamento. Um estudo mostrou que várias doenças reumáticas e musculoesqueléticas foram significativamente e independentemente associadas à presença de ansiedade, conforme Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD-A ≥ 11) e sintomas depressivos (EHAD-D ≥ 11) (BRANCO et al, 2016). Doenças como fibromialgia, lúpus eritematosos, espondilite anquilosante, artrite reumatoide, dor lombar, polimialgia reumática e osteoartrite possuem associação independente e significativa com a presença de sintomas de transtorno mental.

Outro grupo de afecções que contribui em grande medida para a CGD são as lesões (quase 1 bilhão de pessoas) e, desse ponto de vista, as doenças reumáticas também são contribuintes. As pessoas com determinadas doenças reumáticas, como artrite reumatoide, osteoartrite, doenças autoimunes sistêmicas e outras, são mais propensas a ter lesões em

comparação com pessoas que não têm doenças reumáticas (WANG, 2020, TAKAKUBO, 2017). A inflamação autoimune crônica e a administração a longo prazo de medicamentos específicos, incluindo corticosteroides, são uns dos principais fatores de risco específicos, além disso, há a presença de fatores de risco tradicionais para o desenvolvimento de osteoporose e alto risco de fratura em pacientes com doenças reumáticas. As estimativas sugerem que em 2040 mais de 300 milhões de adultos com 50 anos ou mais em todo o mundo estarão sob alto risco de fratura por fragilidade. Muitas fraturas por fragilidade requerem tratamento imediato para fraturas agudas e geralmente levam à incapacidade física, dor persistente, comprometimento da qualidade de vida e aumento da mortalidade.

Cenário Brasileiro

As mudanças epidemiológicas e o envelhecimento da população, associados ao aumento da expectativa de vida, levam a um maior risco de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, incluindo distúrbios musculoesqueléticos e reumáticos. Isso acarreta altos custos para estratégias preventivas, terapêuticas e de reabilitação, com grande impacto na saúde pública do país, ocorrendo em altas taxas de mortalidade e múltiplos níveis de morbidade com alta proporção de comprometimento funcional e baixa qualidade de vida (ALONSO et al., 2018; SENNA et al., 2004; REIS-NETO et al., 2015; CAVALCANTE et al., 2006).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2003-2008), mais de 40% dos adultos com idade acima de 18 anos em 2008 apresentavam alguma condição crônica. Além disso, as condições reumáticas, como reumatismo e artrite, foram identificadas como a terceira causa mais prevalente de doença autorreferida das 12 condições crônicas investigadas na população adulta do Brasil (BARROS et al., 2011). O estudo BRAZCO do Programa de Controle de Doenças Reumáticas Orientado para a Comunidade (COPCORD), que realizou um inquérito reumatológico epidemiológico nas cinco regiões geográficas brasileiras, observou 26,9% dos participantes que apresentavam sintomas musculoesqueléticos não relacionados ao trauma, 76,7% dos entrevistados apresentavam dor na coluna e 49,6% nos joelhos (SENNA et al., 2004). O estudo mostrou que a população brasileira apresenta maior índice de sintomas musculoesqueléticos não relacionados ao trauma quando comparado com muitos países asiáticos.

Segundo Pinheiro et al. (2013), os principais custos associados à artrite reumatoide (AR) no Brasil são impulsionados em grande parte por perdas devido ao desempenho reduzido durante o trabalho, absenteísmo e aposentadoria precoce (PINHEIRO et al., 2013). Os resultados desse estudo indicaram que os pacientes com AR moderada a grave experimentam

uma carga de doença significativa em uma série de medidas de morbidade, incluindo comprometimento funcional, mobilidade, dor, estado geral de saúde, fadiga e produtividade no trabalho e fora do trabalho em comparação com aqueles com doença leve a moderada. Além disso, um estudo realizado em 2008 por Chermont et al. (CHERMONT et al., 2008), estimou os custos médicos diretos médios anuais por paciente com AR no Brasil em \$370,36, enquanto Azevedo et al. (AZEVEDO, FERRAZ, CICONELLI, 2008) estimaram os custos indiretos por paciente com AR no Brasil em \$2.423,51 por ano. Ambos os estudos concluíram a importância de carga financeira da AR no Brasil relacionado ao maior custo indireto, principalmente em pacientes com classes funcionais mais elevadas, associado a incapacidades mais avançadas.

Infelizmente, ainda pouco se sabe sobre a carga das doenças reumáticas no Brasil. Estudos especificamente voltados para análises comparativas em âmbito regional, estadual ou municipal, com análise permanente da situação e suas mudanças ao longo do tempo são ainda necessários. Os cientistas enfatizam a importância e a necessidade da utilização de melhores evidências disponíveis para avaliar criticamente a prevalência, a utilização de recursos e o custo desses pacientes crônicos ao Brasil.

Reabilitação de pessoas com deficiência e seus componentes específicos em distúrbios reumáticos e musculoesqueléticos

As atuais mudanças demográficas e de saúde estão contribuindo para um rápido aumento no número de pessoas com deficiência ou declínio funcional por períodos substancialmente maiores de suas vidas. Essas tendências devem incitar os planejadores de políticas de saúde a priorizar os serviços de reabilitação por várias razões. A reabilitação, em sua essência, é um conjunto de intervenções necessárias quando uma pessoa está passando por limitações no funcionamento físico, mental e social diário devido ao envelhecimento ou a uma condição de saúde, incluindo doenças crônicas ou distúrbios, lesões ou traumas (WHO, 2017; KLOKKERUD, 2012).

Estudo de CGD revelou que, globalmente, mais de 1,6 milhões de adultos com idades entre 15 a 64 anos têm uma condição que se beneficiaria da reabilitação em 2019, com distúrbios musculoesqueléticos contribuindo para aproximadamente dois terços desse número. Em crianças menores de 15 anos, deficiências sensoriais, distúrbios mentais e distúrbios musculoesqueléticos foram responsáveis por 91% dos 162,3 milhões de casos prevalentes. Enquanto para pessoas com mais de 65 anos, distúrbios musculoesqueléticos, distúrbios neurológicos, deficiências sensoriais e doenças respiratórias crônicas foram os maiores contribuintes para a necessidade de reabilitação. No geral, o estudo revelou que 2,11 bilhões de

peças poderiam se beneficiar dos serviços de reabilitação. Essa descoberta significa que pelo menos uma em cada três pessoas no mundo precisa de reabilitação em algum momento durante o curso de sua doença ou lesão.

De acordo com a OMS, a reabilitação ajuda uma criança, adulto ou idoso a ser o mais independente possível nas atividades cotidianas e permite a participação na educação, no trabalho, na recreação e em papéis significativos na vida, como cuidar da família (WHO, 2017). Qualquer pessoa pode precisar de reabilitação ao longo da vida, após um ferimento, cirurgia, doença ou enfermidade, ou porque seu funcionamento diminuiu com a idade. O processo de reabilitação envolve diversas profissões e serviços e caracteriza-se por ser adaptado às necessidades e desafios individuais dos pacientes, com o objetivo de reduzir as consequências da doença e, ao mesmo tempo, melhorar a atividade, a participação e a qualidade de vida.

Como mencionado anteriormente, as doenças reumáticas inflamatórias são caracterizadas por processos inflamatórios e degenerativos que podem levar a lesões articulares e vários graus de incapacidade, visto que uma grande porcentagem de pacientes tem uma deficiência residual e precisará de alguma forma de reabilitação ao longo da vida. Como visto, vários estudos têm mostrado que pacientes com doenças reumáticas se beneficiam da reabilitação. No entanto, o efeito em muitos casos desaparece com o tempo, e a maioria dos pacientes volta ao seu estado de saúde inicial de seis a 12 meses após a alta (IVERSEN, HAMMOND, BETTERIDGE, 2010). Nesse sentido, um grande desafio é, portanto, ajudar os pacientes a manter as estratégias de autocuidado introduzidas no período de reabilitação, potencializando assim um efeito mais duradouro da reabilitação. Uma vez que a grande maioria das doenças reumáticas ainda são crônicas, o autocuidado é a "capacidade do indivíduo de administrar os sintomas, o tratamento, as consequências físicas e psicossociais e as mudanças no estilo de vida inerentes à convivência com uma condição crônica". Desde a década de 1980 vários programas de autogestão têm sido propostos com o objetivo de melhorar o bem-estar e a qualidade de vida de pacientes com diversos distúrbios reumáticos. Tradicionalmente, a autogestão tem sido focada no problema determinado, orientada para a ação e enfatiza os planos de cuidados gerados pelo paciente com cinco habilidades abordadas: resolução de problemas, tomada de decisão, utilização de recursos e relações colaborativas paciente / cuidador (GEENEN et al, 2018).

A dor é o sintoma predominante na maioria das pessoas com doenças reumáticas, que contribuem amplamente para a carga global dessas condições. A dor é uma experiência complexa e multifacetada. Além dos processos patológicos, como inflamação e danos aos tecidos, vários fatores individuais influenciam a dor, por exemplo, crenças sobre a doença,

humor, comportamento de evitação, obesidade, distúrbios do sono e o padrão de repouso e atividade ao longo do dia (GATCHEL et al., 2007). Além da necessidade de tratamento da dor, um lugar muito importante no manejo da dor em doenças reumáticas crônicas são os exercícios, o ritmo de atividades e as abordagens de educação e autogestão, entre outros.

A Liga Europeia contra o Reumatismo (EULAR) formulou em 2018 uma diretriz (GEENEN et al., 2018) relacionada ao manejo da dor na artrite inflamatória e na osteoartrite onde, entre outros critérios, foi destacada a importância dos seguintes aspectos: o processo de avaliação e tratamento deve ser orientado por uma estrutura centrada no paciente; o profissional de saúde deve compreender que dor engloba múltiplos fatores biológicos, psicológicos e sociais que interagem mutuamente, incluindo, mas não se limitando a, intensidade da dor, processos neurofisiológicos periféricos e centrais, incapacidade física, resiliência e vulnerabilidades (emoções, cognições, comportamento, estilo de vida), fatores sociais (trabalho, apoio, instalações, econômicos), qualidade do sono, obesidade e outros riscos à saúde; o profissional de saúde deve ser capaz de diferenciar entre dores localizadas e generalizadas e deve saber que esses tipos de dores podem coexistir. É importante entender que o cuidado centrado no paciente deve respeitar e responder às preferências, necessidades e valores individuais do paciente, onde a validação da experiência de dor do paciente é considerada um pré-requisito para a confiança, comunicação e envolvimento no tratamento.

As relações entre todos os fatores desse modelo são reconhecidas como interativas e recíprocas, com vias que se influenciam mutuamente, onde a importância dos fatores distintos difere entre os indivíduos. Nem todos os profissionais de saúde podem atualmente ter o conhecimento e as habilidades necessárias para aplicar esses princípios (BERGSTEN et al., 2011). O treinamento clínico dos profissionais de saúde em reumatologia no manejo da dor é essencial. Para garantir o controle da dor centrado no paciente, os profissionais de saúde precisam de conhecimento, confiança, habilidades de comunicação e habilidades para apoiar os pacientes a traduzir intenções em planos de ação, que devem fazer parte de programas educacionais.

A escolha de uma intervenção específica não é determinada apenas pelos efeitos na dor, mas também pelos efeitos no funcionamento, na participação social e no bem-estar. Além disso, as evidências dos efeitos de tratamentos específicos para a dor diferem para doenças específicas. A "força da recomendação" (GEENEN et al., 2018) com base nas melhores práticas clínicas incluem as seguintes declarações: a atividade física e o exercício mostraram efeitos positivos uniformes sobre a dor; intervenções psicológicas e sociais devem ser uma parte importante do controle do sintoma; a educação teve um efeito positivo uniforme sobre a dor. Os efeitos sobre

a dor para intervenções educacionais, órteses, controle de peso e tratamento multidisciplinar foram positivos para grupos específicos de doenças reumáticas. Educação, técnicas de relaxamento, perda de peso, redução do estresse, motivação e apoio social podem ajudar os pacientes a controlar seus sintomas, aderir a regimes de tratamento e conviver com as consequências de uma condição crônica.

4 CONCLUSÃO

As doenças musculoesqueléticas e reumáticas são umas das principais causas de morbidade, de dor severa a longo prazo e incapacidade em todo o mundo, dando origem a enormes despesas com saúde e perda de postos de trabalho. Apesar de seu enorme impacto, elas ainda não recebem a atenção que merecem.

Esta falta de atenção por parte dos profissionais médicos, legisladores e meios de comunicação deve-se à percepção ainda existente de que as doenças musculoesqueléticas são “menos graves” em comparação, por exemplo, com as doenças cardiovasculares, diabetes ou câncer. Apesar de todos os esforços que foram feitos nas últimas décadas para melhorar esta percepção, e todos os avanços alcançados no campo do tratamento e reabilitação destes grupos de doenças, o recente estudo Carga Global de Doenças (2019) revelou que o problema está longe de ser resolvido.

Medir o tamanho e a gravidade da carga global de doenças musculoesqueléticas é vital para todos os países, incluindo o Brasil. A saúde global precisa de estudos regulares de avaliação de doenças musculoesqueléticas para implementar certos instrumentos e ações de saúde pública a fim de melhorar essa situação.

REFERÊNCIAS

ALONSO, M.B.M. et al. “Prevalence of chronic musculoskeletal conditions and associated factors in Brazilian adults - National Health Survey.” **BMC Public Health**, v. 18, n.1, p. 287. 2018.

AZEVEDO A.B., FERRAZ M.B., CICONELLI R.M. Indirect costs of rheumatoid arthritis in Brazil. **Value Health**, v. 11, n. 5, p. 869-877, Sep-Oct. 2008.

BARROS M.B.A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p. 3755-3768. 2011.

BERGSTEN N.U et al. “Striving for a good life” - the management of rheumatoid arthritis as experienced by patients. **The Open Nursing Journal**, v. 5, p. 95-101. 2011.

BRANCO, J.C. et al. “Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey.” **RMD Open**, v. 2, n. 1, e000166, Jan. 2016.

CAVALCANTE, A. B. et al. Prevalência de Fibromialgia: uma Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 1, p. 40-48, Jan./Fev. 2006.

CHERMONT, G.C. et al. Resource utilization and the cost of rheumatoid arthritis in Brazil. **Clinical and Experimental Rheumatology**, v. 26, n. 1, p. 24-31, Jan-Fev. 2008.

CIEZA, A. et al., Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10267. 2020.

WANG, Y. et al. Effects of glucocorticoids on osteoporosis in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. **Osteoporosis International**, v.31, p. 1401–1409. 2020.

TAKAKUBO, Y. et al. The Incidence of Atypical Femoral Fractures in Patients with Rheumatic Disease: Yamagata Prefectural Committee of Atypical Femoral Fractures (YamaCAFe) Study. **The Tohoku Journal of Experimental Medicine**. Aug; v.242(4): p.327-334. 2017.

DRISCOLL, T. et al. The global burden of occupationally related low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 73, p. 975-981. 2014.

GATCHEL, R.J. et al. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. **Psychological Bulletin Journal**, v. 133, p. 581-624. 2007.

GBD 2019 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, p. 1204–1222. 2020.

GEENEN, R., et al. EULAR recommendations for the health professional’s approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 77, p. 797-807. 2018.

HARTVIGSEN, J. et al. What low back pain is and why we need to pay attention. **The Lancet**, v. 391, p. 2356-2367. 2018.

IVERSEN, M.D., HAMMOND, A., BETTERIDGE, N. Self-management of rheumatic diseases: state of the art and future perspectives. **Ann Rheum Dis**, v. 69, n. 6, p. 925-963, Jun. 2010.

KAMPER, S.J. et al. Musculoskeletal pain in children and adolescents. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 16, p. 10. 2016.

KLOKKERUD, M. et al. Does the content really matter? A study comparing structure, process and outcome of team rehabilitation in two different clinical settings. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, v. 41, p. 20-28. 2012.

PINHEIRO, G.R.C. et al. Impact of rheumatoid arthritis on quality of life, work productivity and resource utilization: an observational, cross-sectional study in Brazil. **Clinical and Experimental Rheumatology**, v. 31, p. 334-340. 2013.

REIS-NETO, E.T. et al. Prevalence of musculoskeletal symptoms in the five urban regions of Brazil-the Brazilian COPCORD study (BRAZCO). **Clinical Rheumatology**, v. 35, n. 5, p. 1217-1223, maio. 2016.

SENNA, E.R. et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. **The Journal of Rheumatology**, v. 31, n. 3, p. 594-597, Mar. 2004.

VOS, T. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, p. 2163–2196. 2012.

WATKINS, D.A. et al. Global, regional, and national burden of rheumatic heart disease, 1990–2015. **The New England Journal of Medicine**, v. 377, p. 713–722. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Decade of Healthy Ageing 2020-2030. Published: 14 December 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Seventy-First World Health Assembly. Agenda item 12.8. Rheumatic fever and rheumatic heart disease. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R14-en.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Rehabilitation 2030: a call for action. Meeting Report, February 6-7, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240007208>.