



GUIA DE BOLSO

Viver com

ARTRITE PSORIÁTICA E PSORÍASE

2026

Edição

Carlos Carneiro e Natália Oliveira

Coordenação

Comissão Científica do NEDAI

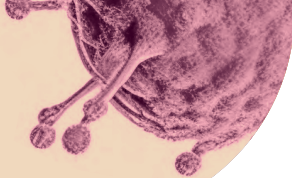
Patrocínio Científico

SPMI
Sociedade Portuguesa
de Medicina Interna



This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

PREFÁCIO



Receber o diagnóstico de uma doença autoimune é, para muitos, o fim de uma longa e exaustiva busca por respostas e, simultaneamente, o início de uma jornada desconhecida. É o momento em que o corpo — outrora um aliado silencioso — passa a ser visto como um território de conflito.

A expressão “o meu sistema imunitário está a atacar-me” carrega um peso emocional imenso. No entanto, este guia não nasce da ideia de guerra, mas sim da necessidade de “reconciliação”.

Viver com uma patologia autoimune (seja Lupus, Artrite Reumatoide, Esclerodermia, Espondilite ou tantas outras) é enfrentar o desafio da invisibilidade. Muitas vezes, a dor e a fadiga não se traduzem em marcas externas, o que torna o apoio de quem nos rodeia mais complexo e a nossa própria resiliência mais solitária.

Este guia foi escrito para ser a bússola que faltava nesse labirinto. Aqui, não encontrará apenas termos clínicos ou estatísticas frias, mas sim um mapa prático para:

1. “Compreender o Porquê”: Traduzir a complexidade da imunologia para uma linguagem que lhe permita ser o protagonista das suas decisões médicas.
2. “Retomar o Controlo”: Identificar gatilhos do stress à alimentação — que podem acalmar ou despertar as crises.
3. “Nutrir a Mente e o Corpo”: Estratégias de autocuidado que respeitam os seus limites, sem os transformar em barreiras intransponíveis.

Ter uma doença crónica não significa a ausência de uma vida plena. Significa, sim, que as regras do jogo mudaram e que precisamos de aprender a jogar com as novas cartas que nos foram dadas.

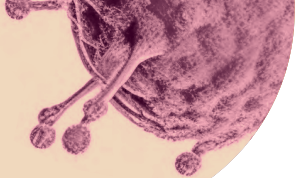
Este guia é um convite para deixar de ser apenas um doente e passar a ser um gestor da sua própria doença.

Vamos começar este caminho juntos, um passo (e um dia) de cada vez.

Carlos Carneiro

Coordenador Nacional do Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Viver com **ARTRITE PSORIÁTICA E PSORÍASE**



O que é a doença?

É uma doença que atinge as articulações com dor, inflamação e rigidez. O atingimento articular é diverso, sendo que pode atingir articulações de grande tamanho, como a coluna e tornozelos, ou de pequeno tamanho, como as mãos e pés.

Está associada a psoríase, uma doença da pele caracterizada por placas descamativas sob um fundo avermelhado, com comichão; estas placas podem aparecer em qualquer local, mas são mais comuns nos cotovelos, joelhos e couro cabeludo; pode também haver atingimento das unhas com deformação e alteração da cor.

É uma doença crônica, sem cura, que se apresenta com fases de maior atividade intercaladas com fases mais calmas, em que por vezes a doença entra em regressão por vários anos; o stress, tabaco e má alimentação podem estar associados a maior atividade da doença.

Não é uma doença contagiosa; há uma predisposição familiar para a doença, contudo não é de transmissão direta de pais para filhos.

Mensagem chave:

Doença que causa inflamação e dor articular normalmente associada a psoríase cutânea.

Sintomas mais frequentes

Dor articular de ritmo inflamatório, ou seja, dor que melhora com movimentos e agrava com o repouso, pior de manhã ou na segunda metade da noite; está também associada a rigidez de longa duração e que melhora com o início dos movimentos. Esta dor é diferente da dor articular "mecânica," muito mais comum na população em geral, associada ao esforço físico como carregar pesos ou fazer movimentos continuados no trabalho ou outras atividades como desporto.

A dor pode estar associada a sinais inflamatórios como calor, rubor e inchaço das articulações, com dificuldade na mobilização. As estruturas à volta das articulações (tendões e ligamentos) também podem ser afetadas pela inflamação.

Com o avançar do tempo pode haver deformação das articulações se a inflamação não for tratada atempadamente.

As alterações da pele podem surgir antes ou durante a doença articular; por vezes já existe doença cutânea e ainda não foi identificada. As lesões na pele mais típicas são placas palpáveis, com relevo acima da superfície da pele, descamativas, sob fundo avermelhado, com prurido, que podem surgir em qualquer local, sendo mais típicas nos cotovelos, joelhos e couro cabeludo.

Como se faz o diagnóstico

O diagnóstico é feito por um médico com base na história clínica com foco no ritmo da dor e exame objetivo; por vezes podemos recorrer a meios complementares de diagnóstico como o raio-X, ecografia, ressonância magnética ou análises sanguíneas, contudo estes exames apenas são auxiliares de diagnóstico e não existem testes específicos.

Tratamento

O tratamento pode passar pelo uso de anti-inflamatórios no caso de lombalgia; se atingimento das pequenas articulações como mãos e pés, pode também ser feito tratamento com medicamentos que inibem o sistema imunitário como metotrexato, leflunomida e sulfassalazina; estes fármacos são usados em primeira linha.

Temos também opções de fármacos injetáveis, os biológicos, que devem ser usados se ausência de resposta aos medicamentos prévios. São fármacos disponibilizados nas farmácias dos hospitais, contudo o seu uso

pode ser facilmente aprendido pelos pacientes e a injeção feita pelos próprios em casa, após ensino pelos profissionais. Devem ser guardados no frigorífico até a sua utilização e no transporte desde a farmácia do hospital até casa dos doentes devem também ser levados em sacos térmicos com gelo para a sua preservação.

Existem também fármacos em forma de comprimidos que só estão disponíveis em farmácias hospitalares.

O tratamento da doença articular e da doença de pele é semelhante em alguns pontos e a maioria dos fármacos que tratam a inflamação articular também tratam a parte cutânea.

É muito importante seguir as recomendações dados pelo seu médico na sua toma de todos estes medicamentos pelo risco de toxicidade e efeitos secundários, contudo, por norma, são bem tolerados. Na grande parte das vezes o tratamento é eficaz, seguro, e os doentes levam uma vida perfeitamente normal, esquecendo-se que têm a doença.

O papel do doente no controlo da doença

O doente tem um papel central no controlo da doença, através da boa adesão terapêutica, de um estilo de vida saudável, com uma alimentação equilibrada, deixar de fumar e a prática de exercício físico de alongamentos como *Pilates* e acompanhamento especializado por Fisioterapeutas.

Gravidez e contraceção

Não há evidência concreta que a artrite psoriática esteja associada a maior dificuldade em engravidar ou a mais complicações durante a gravidez. No entanto, o planeamento familiar e contraceção devem ser discutidos com o seu médico na fase inicial do seu seguimento e não apenas quando pretende engravidar. Isto porque algum dos fármacos usados para o controlo da doença podem ter efeitos indesejáveis no bebé e devem ser parados antes e durante a gravidez. Idealmente, a atividade da doença deve também estar controlada, embora não haja certeza nem seja pos-

sível prever se a gravidez conduz a um agravamento ou melhoria da doença.

Vacinação e infeções

Os fármacos usados para o controlo da doença desempenham a sua função diminuindo a atividade exagerado do sistema imunitário. Tal reflete-se, contudo, num aumento de risco de infeções. Assim, é necessário realizar o rastreio de infeções latentes como a tuberculose, hepatites e vírus da imunodeficiência humana. Para prevenção de infeções é também recomendada a atualização do plano de vacinas. Tal implica não só cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, como a administração de vacinas extra-plano, como a vacinação contra o Herpes zoster (vulgo zona). As vacinas vivas, como o caso da febre amarela, devem ser evitadas durante a utilização deste tipo de fármacos.

Saúde emocional e apoio psicológico

A fadiga e dor articular interferem na capacidade dos doentes em realizar atividades comuns do dia-a-dia. Também as lesões cutâneas têm grande impacto na autoestima e bem-estar dos doentes por não poderem, em muitas situações, ser escondidas, prejudicando assim as suas relações sociais. Um estudo de 2014 que avaliou pessoas com artrite inflamatória revelou que a existência de maior suporte, quer da família quer de grupos formais de apoio, se traduziu em menores níveis de depressão e dependência funcional. Assim, é importante, num primeiro momento, reportar dificuldades de ordem emocional ao seu médico assistente, por forma com ele poder criar um plano de intervenção que abranja todas as dimensões da sua doença. Também é fundamental poder contar com o apoio de família e amigos, embora lhe possa parecer difícil pedir ajuda. Já a existência de associações ou grupos de suporte pode dar-lhe a oportunidade de conhecer pessoas com experiências semelhantes à sua e constituir uma oportunidade de criar ligações, saber mais sobre a sua doença e de empoderamento.

Quando procurar ajuda médica urgente

Deve procurar ajuda médica urgente se as dores articulares forem intensas e limitativas na sua qualidade de vida, bem como se as lesões cutâneas tiverem uma extensão apreciável e em agravamento ou estiverem associadas a sinais inflamatórios (calor, vermelhidão, dor ou inchaço na área). É também importante monitorizar efeitos adversos da medicação e contactar o seu médico assistente ou recorrer ao Serviço de Urgência com a maior brevidade possível. Tais efeitos incluem náuseas, vómitos, dor abdominal, dor torácica, dificuldade a respirar, pele ou olhos de coloração mais amarelada (icterícia), febre e sintomas sugestivos de infeção.

Mensagem final

A artrite psoriática é uma doença crónica que afeta as articulações, traduzindo-se em dor e deformação articular. Ao mesmo tempo, pode apresentar lesões cutâneas caracterizadas por placas descamativas. A sua evolução é variável, podendo apresentar períodos de maior ou menor atividade. Embora não exista cura, existem vários fármacos que permitem controlá-la e dar-lhe uma maior qualidade de vida. É importante que o doente assuma um papel proactivo na sua gestão e procure a ajuda dos seus próximos e da sua equipa médica por forma a poder ter uma vida produtiva e com qualidade.

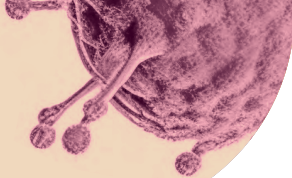
CONTACTOS ÚTEIS/ASSOCIAÇÕES

Associação Portuguesa de Psoríase
Email: atendimento@psoportugal.pt

Elisa Brás, Sofia Miranda

ULS Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real

COORDENADORES DE CONSULTAS DE DOENÇAS AUTO-IMUNES



REGIÃO NORTE

ULS do Tâmega e Sousa

Dra. Natália Oliveira

ULS de Gaia e Espinho

Dra. Paula Ferreira

ULS de Entre Douro e Vouga

Dra. Manuela Alves

Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Prof. Dr. António Marinho

Centro Hospitalar Universitário de São João

Dra. Edite Braz

ULS de Matosinhos

Dra. Anabela Ferreira

ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro

Dra. Joana Cunha

ULS de Braga

Prof. Dr. Carlos Capela

ULS do Alto Ave

Dra. Glória Alves

ULS do Nordeste

Dra. Elisabete Pinelo

ULS do Alto Minho

Dra. Joana Silva

ULS de Barcelos e Esposende

Dr. André Gonçalves

REGIÃO CENTRO

ULS da Região de Aveiro

Dr. Pedro Lopes

ULS Baixo Mondego

(Figueira da Foz)

Dra. Rosário Santos Silva

ULS de Castelo Branco

Dra. Rosa | Dra. Eufémia

ULS de Coimbra

Dra. Elsa Gaspar

Hospital da Luz Coimbra

Dr. Néilson Pedro

ULS da Guarda

Dra. Nadejda Potolog

ULS de Leiria

Dra. Ana Ferrão

ULS Viseu Dão Lafões

Dr. João Tavares

Hospital CUF - Viseu

Dra. Vera Romão

REGIÃO SUL

Unidade Local Saúde do Algarve - Unidade de Faro:

Dra Helena Brito

Unidade Local de Saúde do Algarve - Unidade de Portimão

Dra Maria José Grade

Hospital Particular do Algarve - Unidade de Alvor

Dr. Carlos Carneiro

Hospital do Funchal

Dra Teresa Faria

Hospital Particular da Madeira

Dra Catarina Dias

Hospital Divino Espírito Santo Ponta Delgada

Dra Miriam Cimbron

Hospital da Terceira

Dra Leonor Monjardino

Unidade Local Saúde do Alentejo Central

Dra Margarida Jacinto

Unidade Local de Saúde Norte Alentejana

Dr José Manuel Del Aguilu

Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Dr. André Real

Unidade Local de Saúde Lisboa Central

Dra Sofia Pinheiro

Hospital da Luz

Dra Alexandra Baião

Hospital da Cuf Tejo

Dr. Luis Campos

Unidade Local de Saúde Amadora Sintra

Prof. Dr. José Delgado Alves

Hospital de Loures

Dra Ana Grilo

Hospital de Vila Franca de Xira

Dra Marisa Neves

Hospital de Santarém

Dr. João Matos Costa

Hospital Cuf Descobertas

Dra Filipa Lourenço

Hospital Caldas da Rainha

Dra Rosa Amorim

Unidade Local de Saúde Lisboa Norte

Dr. Manuel Gomes

Unidade Local de Saúde Arrábida

Dr. Villa Brito

Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental

Dra Ana Lynce

Produção com o apoio de

