



GUIA DE BOLSO

Viver com **ESPONDILOARTRITE**

2026

Edição

Carlos Carneiro e Natália Oliveira

Coordenação

Comissão Científica do NEDAI

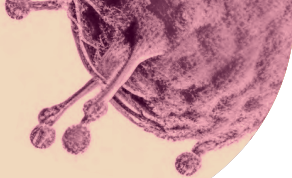
Patrocínio Científico

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.

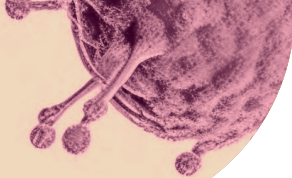
Este guia é um convite para deixar de ser apenas um doente e passar a ser um gestor da sua própria doença.

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 ESPONDILOARTRITE



Introdução

As espondilartrites são doenças inflamatórias crónicas que afectam principalmente a coluna (compromisso axial em termo médico) e os tendões (entesopatia), que têm na maior parte das vezes o seu início antes dos 40 anos e são mais comuns no sexo masculino, embora se reconheça uma prevalência cada vez maior no sexo feminino.

As mulheres têm menor atingimento da coluna, pelo que frequentemente o diagnóstico passa despercebido, tendo no entanto, atingimento de articulações sacro-ilíacas e tendões; os doentes podem ter ainda, atingimento dos olhos, tendões e outros órgãos necessitando por isso de uma avaliação médica global.

O momento em que nos é referido termos uma espondilartrite pode ser assustador, especialmente depois de nos explicarem que é uma doença crónica, com períodos de alívio e agravamento, mas que pode evoluir para uma falta de mobilidade da coluna (anquilose).

Quem deve ser rastreado para despiste desta doença?

A população alvo é a que apresenta uma rigidez na coluna com predomínio matinal, dor na coluna dorsal ou lombar com início insidioso e que se prolonga por mais de 3 meses ou pessoas que tenham tendinites de repetição, especialmente do tendão Aquiliano.

Estes doentes devem ser encaminhados para o Especialista, que avaliará se a dor na coluna tem características inflamatórias (agravamento durante a noite ou pelo menos, não melhora, algum alívio com o movimento e anti-inflamatórios). Alguns já têm a coluna com pouca mobilidade (anquilose) e dor constante, não respeitando por isso o padrão descrito em cima. Outros são enviados pelo oftalmologista, pois o comprometimento ocular foi o que mais os incomodou. Pode ainda haver

atingimento de outros órgãos, que deverá ser estudado em consulta própria

Existe alguma análise específica para o diagnóstico?

Apesar dos doentes com espondilartrite terem uma prevalência acentuada de HLA B27, esta análise não é suficiente para o diagnóstico, tendo este que ser efectuado por um médico, englobando achados clínicos, imagiológicos e analíticos. A população-alvo foi referida em cima

É importante um diagnóstico precoce?

Sim. Um diagnóstico precoce permite não só tomar medidas de alívio das queixas e correcção da postura, mas também evitar a progressão da doença, com menos deterioração. Houve (e continua a haver um progresso notável a nível de novos medicamentos)

OBJECTIVO DO TRATAMENTO:

- Diminuir a dor e rigidez
- Preservar a função articular
- Evitar a fusão entre as vértebras (anquilose) que levará a deformação da coluna como a cifose

ALGUNS CONSELHOS PARA O DOENTE:

- **Dormir:** use um colchão firme e almofadas baixas para manter a coluna alinhada
- **Banho matinal:** duche quente e prolongado alivia a rigidez
- **Postura:** postura correcta ajuda a prevenir a curvatura da coluna (cifose). Mantenha uma postura correcta durante o trabalho, levantando-se frequentemente para caminhar

- **Exercício físico:** é fundamental para manter a mobilidade da coluna: um bom exemplo é a natação
- **Actividades:** A natação e a hidroterapia em águas quentes são excelentes. Em fases de dor aguda (crise), evite atividades de impacto.
- **Vestuário:** Usar sapatos confortáveis, evitando saltos altos que aumentam a lordose lombar.
- **Utilize o calor** (duches, termas) para aliviar a dor.

CONSELHOS ADICIONAIS

- **Grupos de apoio e educação** do paciente para gerir o impacto emocional da doença.
- **Controle de factores de risco:** Evitar excesso de peso, abstinência tabágica e controle de outros factores de risco cardiovasculares, como a hipertensão arterial e o colesterol elevado

Coloque ao médico que o segue, todas as questões que considerar necessárias, incluindo dúvidas e preocupações, sobre o plano de tratamento estabelecido. A adesão ao mesmo é vital para obter um melhor resultado.

Algumas respostas a perguntas frequentes

Deve optar por uma dieta equilibrada e variada, rica em proteínas, vegetais e fruta, de forma a manter um peso adequado. O excesso de peso ou a obesidade irão aumentar a sobrecarga na sua coluna vertebral e restantes articulações. Não existe evidência convincente de que ingerir ou evitar determinado alimento possa melhorar ou piorar a sua doença. Uma dieta rica em cálcio (lactínios, hortícolas de folha verde escura, ovos, peixe, frutos secos) é aconselhável dado o risco aumentado de osteoporose e, consequentemente, fraturas.

Sou vegetariano/a. Tenho de ter algum cuidado adicional? Não existem estudos que avaliem as vantagens ou desvantagens de uma dieta vegetariana na espondilartrose axial. Se é vegetariano, vegan ou, na realidade, para qualquer tipo de dieta que siga, deve garantir que opta por alimentos com todos os nutrientes essenciais para uma alimentação saudável, incluindo cálcio, vitamina B12, vitamina D e selénio. O aconselhamento e acompanhamento com um nutricionista é recomendado, mas

não esqueça de o referir ao seu médico. Uma dieta rica em cálcio é aconselhável dado o risco aumentado de osteoporose e, consequentemente, fraturas.

Devo consumir algum suplemento alimentar? Deve consultar o seu médico pois a necessidade de suplementação é muito variável de caso para caso: cálcio e vitamina D são os mais habituais, mas sempre sob orientação médica. 4-9 7.

Posso ingerir café e bebidas alcoólicas? Pode, desde que moderadamente. Se estiver a fazer tratamento com metotrexato, o consumo de álcool deve ser evitado. Se toma anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) não deve consumir álcool.

Vacinas: o doente deve saber que enquanto está a fazer tratamento com os chamados “medicamentos biológicos” não pode vacinar-se com vacinas vivas, estando proibidas as da febre amarela, tríplice viral, varicela, BCG, vacina oral contra a poliomielite. Por isso, deve informar os profissionais de saúde sobre o tratamento que está a efectuar, para que estes tomem as devidas precauções.

Algumas regras

Vacinar-se 2 a 4 semanas antes de iniciar o tratamento imunossupressor

Se já estiver a fazer o tratamento: não fazer vacinas vivas

Consulta médica

A vacinação dos familiares diminui o risco de propagação de infecção

Gravidez

As doentes com espondilartrose podem ter, de um modo geral, uma gravidez segura, sem aumento de risco para a mãe ou para o feto. No entanto, a gravidez deve ser planeada, pois alguns medicamentos como o metotrexato, devem ser suspensos.

Na gestação, os sintomas tendem a estabilizar ou mesmo

a melhorar, mas caso seja necessário, podem ser utilizados medicamentos sob prescrição médica, incluindo alguns biológicos, nos dois primeiros trimestres.

Se houver coxartrose, pode haver dificuldade num parto normal, pelo que o Obstetra poderá decidir fazer o parto por cesariana

ções, sobre o plano de tratamento estabelecido. A adesão ao mesmo é vital para obter um melhor resultado.

Jorge Fortuna

Hospitais da Universidade de Coimbra

Terapêutica medicamentosa

Felizmente, a evolução terapêutica foi avassaladora e a maior parte dos doentes faz uma vida perfeitamente normal, de forma a esquecer-se inclusive que tem esta patologia.

Os seus médicos irão rever consigo e selecionar o melhor plano de tratamento para o seu caso. Na maioria das vezes, isso incluirá fisioterapia, exercício físico e terapêutica farmacológica que pretende reduzir a dor e a inflamação, nomeadamente anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) sendo frequentemente a primeira opção de tratamento;

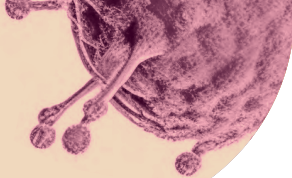
Fármacos modificadores da doença convencionais (especialmente quando há envolvimento das articulações periféricas – tornozelo, joelho, por exemplo), atingimento da pele ou intestino

Fármacos modificadores da doença biotecnológicos (quando os AINEs não são suficientes para controlar a atividade da doença) e simultaneamente estes podem evitar a progressão para anquilose: incluem-se os anti-TNF, anti-IL17, inibidores da JAK, mas esta opção depende das características do doente e deve ser explicada pelo Médico em consultape; importa desmistificar que os biotecnológicos, apesar do termo “bio”, não são produtos “naturais”, mas sim fármacos produzidos por processos biotecnológicos, com um perfil de segurança amplamente conhecido, e cujo desenvolvimento melhorou substancialmente o prognóstico desta doença.

Pode ser necessário recorrer a cirurgia nas ancas ou na coluna (mais rara), se existirem lesões estruturais avançadas.

Coloque ao médico que o segue, todas as questões que considerar necessárias, incluindo dúvidas e preocupa-

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. Nélson 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 Alentejano

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

