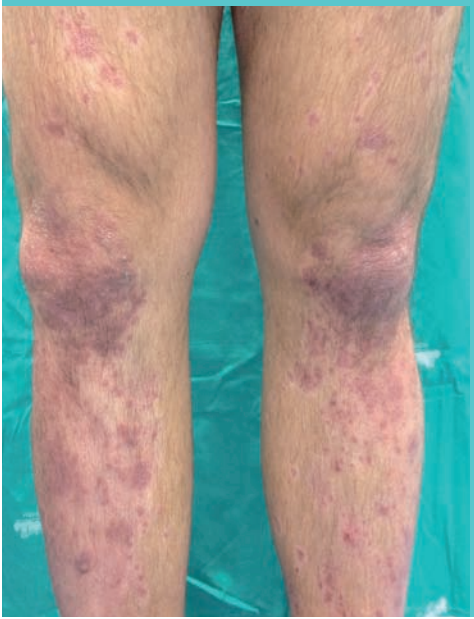


Manual Informativo
para o doente com

Artrite Psoriática

Nota Introdutória

Sou **enfermeira** e exerço funções há 12 anos na Unidade de Técnicas de Reumatologia do CHLN EPE - HSM. Do meu dia-a-dia faz parte o tratamento e ensino aos doentes com patologia Reumática.

Fui pioneira no hospital de dia de Reumatologia, na preparação, administração e ensino de fármacos modificadores da doença (**medicamentos biológicos**), aos doentes com **Artrite Psoriática** (alguns deles em fase inicial da doença).

Dedico este Manual a todos estes doentes, pelo muito que me ensinaram, crescendo em conjunto, partilhando a doença, prestando cuidados de excelência, **cuidando** para uma melhor qualidade de vida.

Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária

Lurdes Narciso

2013

Índice

- O que é a Artrite Psoriática? 4
- A Artrite Psoriática é uma doença transmissível? 5
- Quando e como ocorre a Artrite Psoriática? 6
- Quais são os sinais e sintomas? 7
- Como se desenvolve a Artrite Psoriática? 8
- Quem faz o diagnóstico? 8
- Existem deformações associadas à doença? 9
- Qual é o tratamento e seus efeitos adversos? 10
- Drogas anti-reumáticas modificadoras da evolução da doença – os chamados DMARDs 12
- O que devo saber sobre DMARDs Biológicos? 12
- Qual a evolução da doença? 13
- Qual o prognóstico da minha doença? 14
- Que educação para a saúde deve ser feita ao doente e família? 14
- Quais os cuidados a ter no do dia-a-dia? 15
- Quais os exercícios mais aconselhados? 17
- O doente com AP pode praticar desporto? 18
- No caso de dor ou cansaço durante o exercício, o que fazer? 18
- Devo usar frio ou calor nas articulações? 19
- Como devo proteger as articulações? 20
- Devo fazer fisioterapia? 20
- Quais os cuidados a ter com a alimentação? 21
- Quais os riscos na gravidez em mulheres com a Artrite Psoriática? 22
- Será que poderei amamentar? 23
- A Artrite Psoriática dá alterações psicológicas? 24
- Será recomendável a psicoterapia? 24
- A quem devo recorrer? 25
- Será que poderei ir de férias? 26

O que é a Artrite Psoriática?

A Psoríase é uma doença caracterizada pelo aparecimento na pele de manchas salientes e avermelhadas com escamas cinzas chamadas placas.

Estas placas podem aparecer em qualquer lugar do corpo.

Localiza-se normalmente ao nível dos cotovelos, dos joelhos, da região sagrada, umbigo, área da barba e no couro cabeludo, sendo designada nestes casos de Psoríase em placas.

Estas placas induzem prurido ou coceira e sensação de queimadura no local, o que pode levar o doente a tentar remover estas lesões.

Noutras formas menos frequentes como a pustulosa, notam-se pequenas vesículas de pus, principalmente na palma das mãos ou planta dos pés.

A Psoríase evolui habitualmente por surtos, o que significa que existem períodos em que a doença se agudiza e outros em que melhora nitidamente.

A Artrite Psoriática (AP) é uma artropatia inflamatória (periférica e / ou axial), que surge em doentes com Psoríase.

Esta doença reumática pode revelar-se de várias formas, desde o envolvimento de apenas uma articulação, até ao atingimento de múltiplas articulações, no contexto de formas erosivas, progressivas e incapacitantes.

A AP pode ainda causar envolvimento ocular com conjuntivites e uveítes.

Não costuma ter predomínio de género, de uma forma geral, embora o envolvimento axial seja mais frequente no sexo masculino, e o envolvimento poliarticular simétrico mais frequente no sexo feminino.

Embora possa surgir em qualquer idade, a Artrite Psoriática inicia-se mais frequentemente entre os 30 e os 50 anos de idade, existindo também formas de aparecimento juvenil (Artrite Psoriática Juvenil).

A prevalência da Artrite Psoriática é de cerca de 1 em 1000 (em cada 1000 indivíduos, 1 sofre da doença).

A Artrite Psoriática é uma doença transmissível?

A causa da doença não é conhecida. Sabe-se que não é uma doença infeciosa, portanto não é contagiosa.

Não se conhece qualquer agente etiológico para a Artrite Psoriática, todavia pensa-se que poderão existir agentes desencadeantes, como os traumatismos, as infeções e o *stress*. Deste modo, num indivíduo geneticamente predisposto, a presença de um fator ambiental (infeções ou trauma articular), pode funcionar como "gatilho" para desencadear as alterações imunológicas que darão origem à doença.

Podemos assim considerar três tipos de fatores na patogenia da AP: genéticos, imunológicos e ambientais.

Tal como acontece com a Psoríase, a AP também é mais frequente em determinadas famílias, sendo a sua prevalência familiar da ordem dos 4%, isto é, 40 vezes mais do que na população em geral. A AP pode ser concomitante a todas as formas de Psoríase, pelo que nos casos de artrite sem diagnóstico se deve procurar lesões de Psoríase em

áreas menos expostas como por exemplo, as unhas, couro cabeludo, umbigo, canal auditivo externo e ânus.

Não existe concordância entre a evolução da doença cutânea e a da Artrite. É mais frequente a afeção músculo-esquelética suceder à Psoríase, mas em cerca de 35% dos casos, a artrite pode preceder ou ocorrer simultaneamente com a doença cutânea. Em alguns casos muito raros de AP podem nunca aparecer lesões de pele.

Quando e como ocorre a Artrite Psoriática?

Embora variável de acordo com o país e raça, acredita-se que entre 5% e 40% das pessoas que têm Psoríase venham a desenvolver AP.

Assim como na doença da pele, também o envolvimento articular atinge mais as pessoas de raça branca.

Os fatores que aumentam o risco de um doente com psoríase cutânea desenvolver artrite, incluem a presença de lesões nas unhas, o envolvimento cutâneo mais extenso (quanto à área de pele afetada), a história familiar de Artrite Psoriática e o atingimento em placas de algumas áreas da pele como o couro cabeludo e a região interglútea ou perianal.

Quais são os sinais e sintomas?

A AP causa, não apenas o inchaço nas articulações, como também nos tecidos circundantes, em particular tendões e ligamentos.

Na AP pode haver vermelhidão nos dedos dos pés e das mãos e o inchaço ter aparência de uma "salsicha".

Qualquer dedo da mão ou do pé pode ser envolvido.

Outras características comuns da AP incluem a tendinite (inflamação dos tendões) e entesite (inflamação ns locais onde os tendões e os ligamentos se ligam aos ossos).

Os exemplos mais comuns são a tendinite Aquiliana (porção posterior do calcanhar), a inflamação da fáscia plantar (região inferior do calcanhar), e a epicondilite vulgarmente conhecida por cotovelo de tenista.

A dor nas costas que surgem por inflamação das articulações da coluna caracterizam-se por serem piores à noite e de manhã, com uma rigidez (sensação de limitação do movimento) que vai diminuindo gradualmente à medida que a atividade do dia aumenta.

Como se desenvolve a Artrite Psoriática?

A AP pode apresentar-se com apenas uma articulação envolvida (monoartrite), menos de 5 articulações (oligoartrite), em particular os joelhos e tornozelos, podendo envolver também pequenas articulações das mãos e pés (envolvimento de poucas articulações). Esta é a forma de início mais comum.

A forma poliarticular, caracterizada pelo atingimento de muitas articulações inflamadas ao mesmo tempo (mais do que 5 articulações), pode com mais frequência evoluir com deformações articulares, principalmente mãos e pés, causando potencialmente incapacidade permanente. Ocorrem também casos de envolvimento das articulações mais distais dos dedos associadas frequentemente a alterações das unhas.

O envolvimento preferencial da coluna – é uma forma rara, mas provoca dor na coluna vertebral, podendo evoluir também com limitações físicas.

Quem faz o diagnóstico?

O diagnóstico de AP pode ser feito pelo seu médico de família que o encaminhará para o médico reumatologista e/ou dermatologista, para fazerem a adequada avaliação da doença e orientação no que respeita ao melhor tratamento das articulações e da pele.

Existem deformações associadas à doença?

As alterações ungueais são uma das manifestações de Psoríaseque permitem prever o aparecimento de AP, já que está presente em cerca de 90% dos doentes com Artrite Psoriática.

A AP apresenta alterações radiológicas quer ao nível da coluna (formação de pontes ósseas entre os corpos das vértebras e inflamação das articulações sacro ilíacas, frequentemente assimétrica), quer nas articulações dos membros.

Nas articulações dos dedos (interfalângicas) é comum ocorrer destruição da falange proximal em forma de "bico de lápis" e alargamento da base da falange distal, em forma de "cálice" invertido.

Qual é o tratamento e quais os seus efeitos adversos?

Até ao momento, não há cura para a AP. Por isso o tratamento é projetado para minimizar a dor e a rigidez, tendo por objetivo aliviar as dores, prevenir o aparecimento de erosões das articulações afetadas e evitar a incapacidade motora.

O estabelecimento de um tratamento eficaz é altamente compensador para os doentes e para os médicos, na medida em que melhoram a **qualidade de vida** dos doentes, permitindo que tenham uma vida normal.

Estabelecer o diagnóstico correto é muito importante, porque muitas estratégias podem ser definidas para amenizar o agravamento dos sintomas da artrite, e o benefício do tratamento parece ser ainda maior quando prescrito no início da doença.

Quando o diagnóstico é confirmado, há vários tratamentos que podem ajudar a diminuir a dor e rigidez.

O tratamento é composto de medicação, fisioterapia e de ajustes na vida diária. A participação do doente deve ser ativa, sendo muito importante a **adesão à terapêutica** para o sucesso do tratamento prescrito.

Anti-inflamatórios (AINEs) – atuam de forma a melhorar os sintomas, nomeadamente a dor e o inchaço articular.

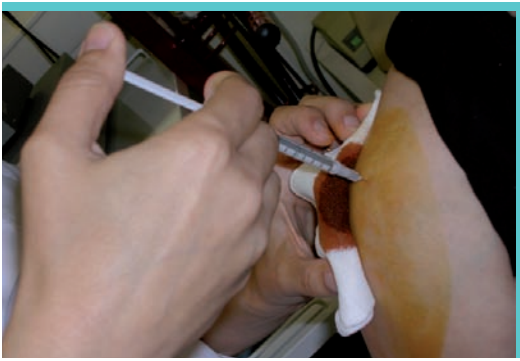
Os efeitos colaterais ou **reações adversas** mais comuns dos AINEs são: as dores de estômago, a indigestão e a azia.

Os AINEs tomados em doses muito altas e continuamente durante semanas podem ser causa de hemorragia digestiva, problemas renais e cardiológicos, pelo que devem ser tomados com precaução, sempre com as recomendações do médico assistente.

Corticosteroides – Estes medicamentos são utilizados para tratar a inflamação. Nas formas em que poucas articulações estão atingidas, podem ser muito úteis quando utilizados como injeções locais (**infiltrações**).

Os corticosteroides podem também ser tomados em comprimidos nas formas mais graves da doença.

Os **efeitos colaterais** do uso a longo prazo e com doses elevadas podem incluir cataratas, pressão arterial elevada, insónias, osteoporose, aumento de peso e diminuição das defesas, do sistema imunitário.



Drogas anti-reumáticas modificadoras da evolução da doença – os chamados DMARDs

Estes medicamentos são frequentemente prescritos para aliviar os sintomas da AP.

O seu médico poderá recomendar-lhe a utilização de **metotrexato** em doses baixas, da ordem dos 15 a 25 mg por semana. O uso do metotrexato, necessita de ser monitorizado pelo médico.

O metotrexato para além de melhorar a artrite, melhora também a Psoríase, podendo levar algumas semanas até ter o seu efeito otimizado.

O metotrexato **pode causar** náuseas, desconforto gastrointestinal, aftas e raramente queda do cabelo. É necessário vigiar as análises porque este medicamento pode causar perturbações nas células do sangue e no fígado.

Poderá ser igualmente recomendada a utilização de leflunomida e sulfassalazina. Os cuidados a ter com a leflunomida e sulfassalazina são semelhantes ao uso do metotrexato.

O que devo saber sobre DMARDs Biológicos?

Os medicamentos chamados **biológicos** são utilizados de forma eficaz para as pessoas com AP moderada a grave que não respondem a outros tratamentos convencionais.

Atuam rapidamente para aliviar a inflamação e podem ser utilizados em combinação com os outros tratamentos referidos anteriormente.

Os **efeitos colaterais** mais frequentes incluem leves reações no local da injeção, infeções (mais frequentemente respiratórias, cutâneas ou urinárias), reativação de tuberculose, dores de cabeça ou tonturas, náuseas e diarreia.

Estes medicamentos diminuem as nossas defesas imunitárias, logo o doente fica mais propensos a infeções.

Antes de iniciar o tratamento com biológicos, o doente deve fazer a prova de tuberculina, (**mantoux**), radiografia do tórax e ser excluída infeção tuberculosa ativa.

É recomendável parar a medicação e contatar o médico, no caso de febre, ou **infeção**.

Embora sejam 100% comparticipados pelo sistema nacional de saúde, os doentes devem estar elucidados do elevado **custo** destes medicamentos.

Atualmente existem igualmente terapêuticas muito eficazes para o tratamento da pele, que incluem várias substâncias tópicas que deverão ser prescritas pelo dermatologista.

Qual a evolução da doença?

A Artrite Psoriática evolui com flutuações, com períodos de remissão parcial, (praticamente sem sinais de doença ativa), alternando com períodos de agravamento, embora sem relação temporal entre a doença articular e a cutânea.

A atividade da doença varia muito de doente para doente, podendo em alguns casos, levar a marcada incapacidade.

Apesar de não haver ainda cura para a Psoríase nem para a AP, na maior parte das situações os doentes podem ter uma vida perfeitamente normal.

Uma **atitude positiva** perante a doença é fundamental. Compete ao doente ser parte ativa do seu tratamento, pela **adesão à terapêutica** medicamentosa prescrita e ao plano de exercícios prescrito.

As lesões da pele podem afetar a sua auto-imagem e perturbar a sua auto-estima, situação que se pode agravar em consequência das dores e alguma incapacidade que a artrite pode originar.

Aprender a lidar com doenças crónicas e preservar ao máximo a **qualidade de vida** requer, por vezes, o apoio de médicos e psicólogos especializados nesta área. Não se iniba de procurar auxílio.

Uma discussão franca dos seus sentimentos relativamente à doença com os seus familiares, amigos e colegas de trabalho pode melhorar a sua vida familiar e social.,

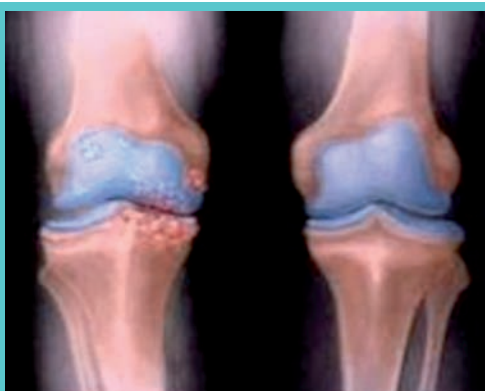
Qual o prognóstico da minha doença?

A AP pode ser uma doença crónica progressiva, afetando mais de 5 articulações em cerca de 40% dos doentes e provocando graves limitações funcionais em 11% dos doentes. Cerca de 50% dos doentes apresentam **limitações nas atividades de vida diária**.

Que educação para a saúde deve ser feita ao doente e família?

As medidas de ordem geral são de suma importância.

A adoção de uma **dieta** saudável e a manutenção do **peso ideal** são fundamentais, bem como fazer o **repouso** necessário e garantir um ritmo de **sono** adequado.



Raramente é necessário o recurso à cirurgia, podendo no entanto ser necessário substituir por uma prótese uma articulação destruída (artroplastia total), o que acontece mais frequentemente com as articulações coxofemorais (ancas) e joelhos.

Quais os cuidados a ter no do dia-a-dia?

Cuidados com a pele - deve cuidar adequadamente da pele, não se esquecendo que ela é uma barreira de proteção do organismo.

Banho diário - usar **água morna** e um **sabonete neutro** (glicerina), sem perfume e sem antibacterianos, e creme hidratante de modo a que a pele não se torne demasiado seca e descamativa, o que provoca prurido, e a inflamação.

Deve-se **amolecer** e **remover** as escamações causadas pela psoríase sem prejudicar a pele, já que as mesmas podem agir como uma **barreira** aos medicamentos e aos raios ultravioleta.

Loções que contem alcatrão melhoram habitualmente as manchas na pele escamosa, mas deverá ser o seu médico a indicar qual o creme a usar ou o corticoide. Não podemos esquecer que a pele é uma barreira de proteção do organismo.

Não esfregar a pele - deve **evitar** o uso de esponjas, toalhas ou outros utensílios durante o banho para friccionar a pele, pois acabam por secar a superfície cutânea.

Deve-se utilizar **roupas** 100% de algodão, folgadas, para evitar a fricção com a pele.

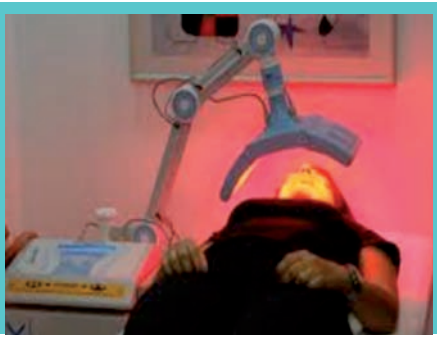
A exposição ao sol, beneficia em geral as pessoas com AP por diminuir o crescimento celular. Todavia, muita luz solar pode prejudicar a sua pele, por isso, é importante tomar medidas para **evitar queimaduras solares**, usando protetores. Não usar loções tónicas com muito álcool, porque secam a pele.

Ao menor sinal de **descamação** da pele ou "coceira" não hesite em falar com o médico.

Alguns dos tratamentos disponíveis incluem o uso de pomadas, fototerapia, laser, PUVA e medicação.

Terapia de raios ultravioletas: (ou *fototerapia*), os raios de sol são constituídos por dois tipos de raios ultravioleta, conhecidos como A e B.

Os raios UVB diminuiem o crescimento rápido das células da pele. Para obtenção de resultados são necessários múltiplos tratamentos.



Quais os exercícios mais aconselhados?

O exercício físico pode **reduzir a dor e a rigidez** da AP e pode ajudar a sentir-se melhor em termos gerais. Ao parar de usar uma articulação afetada por causa da artrite, os músculos em torno irão enfraquecer, agravando a dor e incapacidade.

Porém, exercício demasiado intenso ou exercício errado, pode fazer com que a artrite agrave.

Deve consultar o fisioterapeuta ou o seu médico antes de iniciar o programa de exercícios.

Existem diferentes tipos de exercícios que se podem fazer para diminuir a dor e rigidez:

- **Mobilização** articular;
- **Fortalecimento** muscular;
- **Alongamentos** moderados ajudam a aliviar a dor; e manter flexíveis os músculos e tendões.

Os **exercícios**, como caminhada, natação, ajudam também a controlar o peso.

Nunca devem produzir dor ou cansaço, e não devem causar esforço excessivo das articulações.

O doente com AP pode praticar desporto?

É recomendado fazer exercício aeróbico de baixo impacto, como bicicleta ergométrica, hidroginástica (caso esteja com a pele inflamada e descamativa, consulte o seu médico antes de entrar numa piscina). Esses exercícios devem ser feitos em média três vezes por semana durante 40 minutos.

No caso de dor ou cansaço durante o exercício o que fazer?

Deve-se diminuir a intensidade e a velocidade dos exercícios, fazendo menos repetições. Se a dor se mantiver suspender os mesmos.

Lembrar:

- Respeite o limite da sua dor;
- Evite carregar muito peso;
- Realize as atividades em boa postura;
- Divida tarefas não realizando tudo de uma só vez;
- Proteja as suas articulações de esforço desnecessário;
- Não fique muito tempo na mesma posição; movimente-se.

Devo usar frio ou calor nas articulações?

A aplicação de **calor** pode ajudar a relaxar os músculos doridos e reduzir a dor e o sofrimento. Tomar um banho quente é uma ótima maneira de contribuir para diminuir a dor e a rigidez.

No entanto, devemos ter em atenção que numa articulação inflamada não se aplica calor (agravamento dos sintomas), mas sim o frio, que reduz o inchaço e a dor, por redução do fluxo sanguíneo.

Esta aplicação de **gelo** deve sempre ser protegida (toalha, pano) para evitar queimaduras, assim como não deve exceder mais do que 15 minutos, podendo repetir esta operação com intervalos de 2 horas.

Como devo proteger as articulações?

Proteger a articulação significa usá-la de forma que evite excessos, reduzindo a dor e facilitando as tarefas diárias.

Alternar esforços pesados, com tarefas mais fáceis e pausas. Esta estratégia reduz a carga sobre as articulações dolorosas.

Evitar manter a mesma posição durante longos períodos de tempo.

Usar dispositivos úteis, tais como carrinhos de compras e barras para proteção na casa de banho, para evitar quedas. Talas para imobilizar as articulações que podem ser utilizadas em períodos mais inflamatórios, principalmente à noite, para repouso.

Devo fazer fisioterapia?

Os doentes com AP beneficiam de um programa individualizado de fisioterapia. Durante os períodos de **agudização** está indicado fazer repouso relativo, e fisioterapia passiva para evitar atrofias musculares e rigidez das articulações. Devendo dar atenção ao controle das lesões cutâneas, não descurando o seu tratamento.

Quais os cuidados a ter com a alimentação?

A dieta saudável na AP passa pela escolha de uma **combinação de alimentos** de modo que se obtenham os nutrientes necessários e de forma equilibrada, mas sem adquirir excesso de peso. A dieta deve ser diversificada e incluir legumes, frutas, produtos lácteos, leguminosas, peixe e carne.

Devem-se manter os níveis de energia, comendo regularmente, pequenas refeições em intervalos curtos, para evitar a fadiga, caraterística da AP e de outras formas de artrite.

Devemos **evitar** o álcool, o tabaco, variações climáticas bruscas e o *stress*, que na maioria dos doentes, pode agravar a evolução da doença.

Quais os riscos na gravidez em mulheres com Artrite Psoriática?

Antes de falar do comportamento da doença reumática durante a gravidez é importante relembrar que a gravidez induz alterações no corpo da mulher, as quais permitem o desenvolvimento de um novo ser vivo, sem que ocorra um fenómeno de rejeição. Estas alterações são múltiplas, incluindo hormonais e imunitárias.

A gravidez nestas mulheres não deve ser desencorajada. Todavia a conceção deve ocorrer durante um período de remissão clínica.

A exacerbação da doença no período pós-parto é mais frequente nas mulheres que têm doença ativa antes da gravidez.

Os **AINEs** não devem ser utilizados mas os corticóides em doses baixas são seguros. O corticoide mais utilizado é a prednisolona, que não passa a barreira útero-placentária. Os mesmos podem ser administrados por via intra-articular sem riscos.

Os **imunossupressores** estão na sua maioria contra-indicados durante a gravidez, devendo ser suspensos no período de 3 a 6 meses antes da conceção. Durante este período a mulher deve fazer um suplemento de ácido fólico. A sulfassalazina pode ser usada na gravidez.

A **monitorização** e vigilância periódica das grávidas com doença reumática, com intervenção atempada contribui para uma melhor evolução fetal e materna.

A evolução da gravidez é favorável, não havendo maior risco de complicações maternas comparativamente à população em geral.

O compromisso grave das articulações coxo-femorais ou a existência de prótese articular poderá inviabilizar o parto por via vaginal, sendo necessário realizar uma cesariana.

Os recém-nascidos são tão saudáveis como as outras crianças, com a mesma idade gestacional e peso, não estando descrita uma maior percentagem de anomalias congénitas.

É importante não esquecer que uma criança requer muitos cuidados, os quais podem aumentar o cansaço e a dor articular subjacente à doença reumática.

Será que poderei amamentar?

Os fármacos usados no tratamento das doenças reumáticas são excretados para o leite materno e daí alguns cuidados devam ser tomados para evitar a exposição dos recém-nascidos a estes medicamentos.

Os AINEs devem ser evitados mas, se indispensáveis, devem ser tomados no início da amamentação assumindo que cada mamada tem uma duração de 20 minutos e que a próxima mamada será ao fim de 4 horas.

Deste modo, a criança fica exposta a uma dose mínima do fármaco. Os corticóides em doses baixas podem ser utilizados.

A Artrite Psoriática dá alterações psicológicas?

Uma atitude positiva perante a doença é fundamental. Compete ao doente ser parte ativa do seu tratamento, pela adesão à terapêutica medicamentosa prescrita e ao plano de exercícios de ginástica.

As lesões da pele podem afetar a sua auto-imagem e perturbar a sua autoestima, situação que pode agravar em consequência das dores e incapacidade que a artrite pode originar.

Aprender a lidar com doenças crónicas e preservar ao máximo a qualidade de vida, requer por vezes o apoio de médicos ou psicólogos especializados nesta área. Não se iniba de procurar auxílio. Uma discussão franca dos seus sentimentos relativamente à doença com os seus familiares, amigos e colegas de trabalho pode melhorar a sua vida familiar e social.

Será recomendável a psicoterapia?

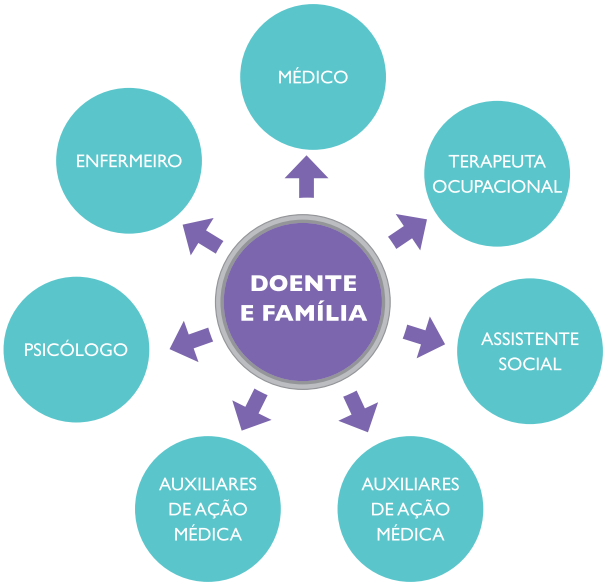
A **psicoterapia** é frequentemente recomendada, em virtude da AP estar associada a casos de depressão.

A Psoríase implica uma serie de **medidas adaptativas**. Deste modo, os doentes enfrentam dificuldades nas relações de trabalho, familiares e sociais.

Quando o quadro clínico é grave, o doente pode não conseguir manter o vínculo de emprego, o que causa vulnerabilidade social.

Ainda existem reações de rejeição da população, revelando que evitariam contratar um profissional com Artrite Psoriática para trabalhar em sua casa, ocupar uma posição de gerência ou ainda comer uma refeição preparada pelo mesmo.

A intervenção da equipa multiprofissional de saúde, em parceria com as associações de doentes, contribui para a promoção da qualidade de vida, bem como para o fortalecimento da autoestima das pessoas com Psoríase, assim como do seu grupo familiar.



O doente deve ter um equilíbrio das suas emoções, na medida em que a doença agrava perante a ansiedade e depressão.

A quem devo recorrer?

A AP exige a colaboração de uma equipa multidisciplinar.

Deve haver uma estreita ligação entre o médico de medicina geral e familiar e os especialistas nestes tipos de doença, que são o reumatologia e o dermatologista e algumas vezes o oftalmologista e o fisiatra.

Sendo frequente existir necessidade da intervenção de outras especialidades, assim como de outros profissionais, como sejam enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros.

Será que poderei ir de férias?

Para quem trabalha, as férias são indispensáveis. Sem férias, o corpo e, sobretudo, a mente fatigam-se e ficam sem capacidade para produzir trabalho mais produtivo e mais criativo.

Poderá ir de férias. Alguns doentes sentem-se melhor com **climas quentes** e por isso deve ponderar um destino com essas características, no caso de a doença estar em remissão (controlada).

As **termas** são usadas no tratamento das doenças reumáticas desde o tempo dos romanos, embora não haja uma base científica para explicar o facto.

Independentemente do eventual efeito benéfico das águas medicinais, a mudança de local e de ritmo de vida tem também um grande efeito psicológico.

Todavia tal como acontece com a praia, o tratamento termal só deve ser efetuado sob recomendação médica.

A **montanha** é desaconselhável no inverno, porém poderá ser uma opção no verão.

O importante é descansar durante as férias.

A **Artrite Psoriática** é uma doença crónica difícil de ignorar, pelo que pode afetar as relações com o seu meio familiar. Os **cônjuges** têm de enfrentar novas responsabilidades, e enfrentar alterações físicas e emocionais.

Para as **crianças**, pode ser difícil entender porque deixou de poder brincar com elas porque se cansa facilmente ou porque é preciso alterar ou cancelar planos devido a surto da doença.

O equilíbrio psicológico, contribui para uma melhoria na **Qualidade de vida.**

A informação e participação dos familiares e amigos são relevantes para o processo de **melhoria e apoio.**

Espero que este Manual lhe seja útil!

A Artrite Psoriática (AP) é uma doença reumática inflamatória crónica que pode afetar o esqueleto axial e as articulações periféricas, ocorrendo em associação com a Psoríase.
A Psoríase é uma doença caracterizada pelo aparecimento na pele de manchas salientes e avermelhadas com escamas cinzas, chamadas placas.

As lesões da pele podem afetar a sua auto-imagem e perturbar a sua autoestima, situação que pode agravar em consequência das dores e incapacidade que a artrite pode originar.

Uma atitude positiva perante a doença é fundamental. Compete ao doente ser parte ativa no seu tratamento, através da adesão à terapêutica medicamentosa prescrita, aos cuidados recomendados com a pele e ao plano de exercícios, preservando a sua qualidade de vida.

Apoio:

Pfizer

Patrocínio Científico:

Sociedade Portuguesa de Reumatologia

O conteúdo e as afirmações expressas pelos Autores são da sua inteira responsabilidade.
A Pfizer apoia a publicação desta obra mas, não tem qualquer responsabilidade na selecção dos temas, conteúdos ou afirmações eventualmente proferidas.

0ENBR1401002