



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Carla Sofia Lopes Ribeiro

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Intervenção do Farmacêutico Comunitário na Artrite Psoriática” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação da Dra. Vera Soares, da Professora Doutora Cláudia Furtado e da Professora Doutora Ana Cabral, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2022



UNIVERSIDADE D  
**COIMBRA**

**Carla Sofia Lopes Ribeiro**

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Intervenção do Farmacêutico Comunitário na Artrite Psoriática” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação da Dra. Vera Soares, da Professora Doutora Cláudia Furtado e da Professora Doutora Ana Cabral, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro 2022

Eu, Carla Sofia Lopes Ribeiro, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o n.º 2017266797, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatórios de Estágios e Monografia intitulada “Intervenção do Farmacêutico Comunitário na Artrite Psoriática” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

Mais declaro que este Documento é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 30 de agosto de 2022.

Carla Sofia Lopes Ribeiro

(Carla Sofia Lopes Ribeiro)

Dedico esta árdua conquista à minha mãe

*“Ó minha mãe, minha amada.*

*Quem tem uma mãe, tem tudo*

*Quem não tem mãe, não tem nada.”*

## **Agradecimentos**

Aos meus pais por serem as minhas raízes e por terem trabalhado incansavelmente a vida  
toda em prol da nossa família.

À minha irmã por ser o meu porto de abrigo e ser a minha cúmplice aeternus.

Aos meus amigos por serem um dos pilares da minha vida. Levo-os para  
sempre no meu coração.

À Dra. Vera Soares e restante equipa pela compreensão, espírito de fraternidade e pela  
aprendizagem contínua.

À Professora Doutora Cláudia Furtado e equipa da Direção de Informação e Planeamento  
Estratégico pela integração, pelos conhecimentos transmitidos e pela descoberta fascinante  
de um mundo novo.

À Professora Doutora Ana Cabral por acreditar no meu objetivo desde o início, pela  
orientação e acompanhamento nesta fase inspiradora.

A Coimbra por tudo o que vivi.

E “Aos doentes com artrite psoriática, verdadeiros heróis no dia-a-dia.”

Anabela Tavares Valadão Barcelos

## Índice

### Parte I – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Resumo/ Abstract.....	9
Abreviaturas.....	10
Introdução.....	11
1. Farmácia Feliz.....	12
2. Análise SWOT.....	12
2.1 Pontos Fortes.....	12
2.1.1 Localização da Farmácia e o horário de funcionamento.....	12
2.1.2 Prestação de serviços a diversas instituições.....	12
2.1.3 Dispensa de Medicamentos Hospitalares.....	13
2.1.4 Integração de conhecimentos técnico científicos.....	13
2.2 Pontos Fracos.....	13
2.2.1 Proximidade dos balcões de atendimento.....	13
2.2.2 Escassa preparação de manipulados.....	14
2.3 Oportunidades.....	14
2.3.1 Formações.....	14
2.3.2 Testes COVID-19.....	14
2.3.3 Contacto com nomes comerciais de medicamentos.....	15
2.4 Ameaças.....	15
2.4.1 Locais de venda de MNSRM.....	15
2.4.2 Medicamentos esgotados.....	15
3. Casos Clínicos.....	16
Conclusão.....	18
Bibliografia.....	19

### Parte II – Relatório de Estágio no INFARMED, I.P.

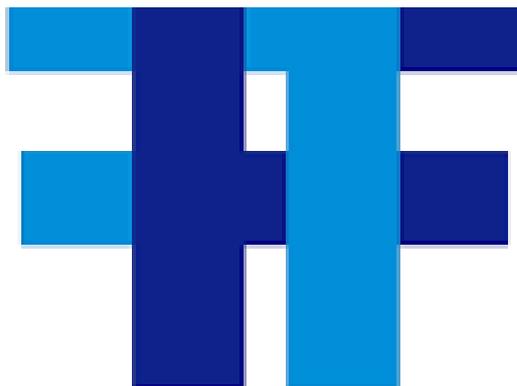
Resumo/ Abstract.....	22
Abreviaturas.....	23
Introdução.....	24
1. INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. ....	25
2. Direção de Informação e Planeamento Estratégico (DIPE).....	26
3. Análise SWOT.....	26
3.1 Pontos Fortes.....	26
3.1.1 Flexibilidade dos horários e duração do estágio.....	26
3.1.2 Autonomia das atividades desempenhadas.....	26
3.1.3 Contacto com colaboradores de diferentes áreas.....	27
3.1.4 Aplicação e consolidação de conhecimentos teóricos.....	27
3.2 Pontos Fracos.....	27
3.2.1 Falta de competências informáticas.....	27
3.2.2 Falta de mobilidade interna entre as direções do INFARMED.....	28
3.3 Oportunidades.....	28
3.3.1 Manhãs Informativas.....	28
3.3.2 Execução do estágio curricular no setor da indústria farmacêutica.....	28
3.4 Ameaças.....	28

3.4.1 Escassez de Recursos Humanos.....	28
Conclusão.....	29
Referências Bibliográficas.....	30
Parte III – Monografia "Intervenção do Farmacêutico Comunitário na Artrite Psoriática	
Índice de Figuras.....	33
Resumo .....	34
Abstract.....	35
Abreviaturas.....	36
Introdução.....	37
1. Artrite Psoriática.....	38
1.1 Epidemiologia.....	38
1.2 <i>Guidelines</i> .....	39
1.3 Critérios de Classificação .....	39
1.4 Fisiopatologia.....	40
1.5 Evolução.....	41
2. Sinais e Sintomas.....	42
3. Fatores de Risco .....	43
4. Patologias associadas à AP .....	45
4.1 Manifestações Extra-Articulares.....	45
4.2 Comorbilidades.....	45
5. Questionários.....	46
5.1 Questionário Traduzido em Português.....	47
5.1.1 Questionário <i>Early Arthritis for Psoriatic Patients</i> (EARP) .....	47
5.2 Questionários não validados em Portugal .....	47
5.2.1 Questionário <i>Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation</i> (PASE).....	47
5.2.2 Questionário <i>Psoriasis Epidemiology Screening Tool</i> (PEST) .....	48
5.2.3 Questionário <i>Toronto Psoriatic Arthritis Screening</i> (ToPAS).....	48
5.3 Outras Considerações .....	48
6. Intervenção do Farmacêutico Comunitário .....	49
6.1 Nos Sinais e Sintomas.....	49
6.2 Nos Fatores de Risco .....	50
6.3 Nas Comorbilidades .....	51
6.4 Nos Questionários.....	52
6.5 Outras Intervenções.....	52
7. Perspetivas Futuras .....	52
7.1 Inovações Tecnológicas.....	53
7.1.1 Telereumatologia.....	53
7.1.1.1 Ferramentas da Telereumatologia .....	55
7.2 Aposta na Formação .....	56
7.3 Integração do Farmacêutico nas Equipas Multidisciplinares.....	56
Conclusão.....	57
Bibliografia .....	59
Anexos .....	65

# **Parte I**

## **Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária**

**Farmácia Feliz - Mangualde**



Orientada pela Dra. Vera Soares

Janeiro – Abril de 2022

## **Resumo**

O primeiro estágio efetuado referente à unidade orgânica Estágio Curricular foi na farmácia comunitária - Farmácia Feliz - em Mangualde, com duração de 810h. Esta etapa iniciou-se em Janeiro e terminou em Abril sob a orientação da Dra. Vera Soares.

Em seguida, apresento a análise crítica referente ao meu estágio acerca da integração de conhecimentos teóricos do curso na prática profissional e da adequação do mestrado integrado às perspetivas profissionais futuras.

Este relatório está elaborado no formato de análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), na qual os pontos fortes e os pontos fracos referem-se a fatores intrínsecos à instituição e ao estágio, em contrapartida com as oportunidades e as ameaças referentes a condições externas.

## **Abstract**

The first internship for the organic unit Curricular Internship was in the community pharmacy - Farmácia Feliz - in Mangualde with a duration of 810h. This internship began in January and ended in April under the guidance of Dra. Vera Soares.

Next, I present the critical analysis regarding my internship about the integration of theoretical knowledge of the course in professional practice and the adequacy of the master's degree integrated with future professional perspectives.

This report is prepared in the swot analysis format, in which strengths and weaknesses refer to factors intrinsic to the institution and internship, in contrast to the opportunities and threats related to external conditions.

## **Abreviaturas**

DCI - Denominação Comum Internacional

FFUC - Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

MICF - Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM - Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

SARS CoV-2 - Síndrome respiratória aguda grave – coronavírus 2

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

## Introdução

O artigo 44º, n.º2 da Diretiva 2013/55/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho de 20 de Novembro de 2013 estabelece que os alunos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) durante a sua formação académica realizem um estágio em farmácia aberta ao público durante seis meses.<sup>1</sup> Por este motivo, a Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC), tem no seu plano de estudos do MICF uma unidade “Estágio Curricular” realizada, normalmente, no último semestre do 5º ano do curso.

As farmácias em Portugal devido à sua elevada abrangência geográfica e pela alta capacidade técnico-científica dos farmacêuticos comunitários permitem a prestação de cuidados de saúde próximos da população, a acessibilidade ao medicamento, a dispensa e o aconselhamento acerca do uso correto dos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) e dos medicamentos de venda exclusiva em farmácia. Além do mais, desempenha um papel fundamental como agente de saúde pública, na promoção da literacia em saúde, no incentivo à adesão terapêutica e ao uso racional do medicamento.<sup>2</sup>

Este estágio, para além de ser uma oportunidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo destes 5 anos de estudos, também é a possibilidade de conhecer a realidade da profissão de farmacêutico comunitário e do dia-a-dia das farmácias portuguesas.

O estágio na Farmácia Comunitária decorreu entre 10 de janeiro a 21 de abril de 2022 sob a orientação da Dra. Vera Soares em colaboração com a restante equipa da Farmácia Feliz em Mangualde.

Neste relatório irei mencionar com a respetiva justificação os pontos fortes, os pontos fracos, as oportunidades e as ameaças referentes a este estágio através da análise SWOT. Também apresento cinco casos práticos devidamente justificados de situações vivenciadas ao longo do estágio.

## **I. Farmácia Feliz**

Fundada em 1840, a Farmácia Feliz conta com 182 anos de história. Está localizada na Rua do Grémio, n.º 36 em Mangualde. O proprietário do estabelecimento é o doutor José Eduardo Feliz e a diretora técnica é a doutora Maria Angélica Feliz. A equipa é formada por 3 farmacêuticas, 6 técnicos de farmácia e 3 auxiliares de farmácia. O horário de funcionamento da Farmácia Feliz, aos dias úteis, é das 8h30 às 20h e aos fins de semana das 9h às 19h. Também realiza o respetivo serviço permanente estabelecido pela Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

A Farmácia Feliz presta serviços diversificados, tais como, medição de parâmetros bioquímicos, administração de vacinas não incluídas no plano nacional de vacinação e de injetáveis, consultas de nutrição, tratamento de feridas e calos, realização de testes antigénio de SARS-CoV-2, cedência de medicação hospitalar e fornecimento de medicamentos a lares.

## **2. Análise SWOT**

### **2.1 Pontos Fortes**

#### **2.1.1. Localização da Farmácia e o horário de funcionamento**

Localizada numa terra do interior, a Farmácia Feliz possui uma elevada diversidade de utentes com distintas faixas etárias e uma alta taxa de utentes fidelizados.

O horário praticado por esta farmácia permitiu-me trabalhar em diferentes períodos do dia, podendo estar presente tanto na abertura como no fecho.

Deste modo, pude contactar com fluxos de utentes diferenciados que colocaram à prova a minha capacidade de adaptação e de flexibilidade no atendimento sobretudo na adequação ao tipo de comunicação a utilizar.

#### **2.1.2 Prestação de serviços a diversas instituições**

A Farmácia Feliz fornece medicação e dispositivos médicos solicitados pelas instituições (lares, centros de dia) para os seus utentes.

Esta dispensa e entrega dos medicamentos permitiu a interpretação das prescrições, o contacto com os medicamentos (as suas embalagens e a sua disposição na farmácia) promovendo a associação entre a Denominação Comum Internacional (DCI) e o nome comercial. Além disso, possibilitou a prática no *software* informático utilizado pela farmácia, SoftReis®, assimilando a realização de diferentes procedimentos como vendas suspensas e suas respetivas regularizações, vendas a crédito e recebimentos de clientes. Desta maneira, senti-

me mais confiante a realizar as diversas operações quando prestei atendimento ao público no balcão.

### **2.1.3 Dispensa de Medicamentos Hospitalares**

O serviço nacional de saúde dispõe de um projeto de proximidade relativamente à cedência de medicação hospitalar nas farmácias comunitárias. Isto permite diminuir as dificuldades sentidas pelos cidadãos na deslocação regular ao hospital devido à distância geográfica, às condições socioeconómicas ou de mobilidade. E, desta forma, ajuda a promover a adesão à terapêutica. Além disso, neste tempo de pandemia, este projeto foi reforçado de modo a reduzir o risco de exposição ao vírus SARS-CoV-2, uma vez que, evitava a deslocação aos hospitais.<sup>3</sup>

Assim, realizei uma atividade adicional que consistia na receção da medicação hospitalar, no registo da entrada da encomenda no SoftReis® e na cedência ao utente. Através desta atividade, mais uma vez, é demonstrada a importância que as farmácias comunitárias desempenham junto da sociedade sendo um elo de ligação entre hospitais e doentes.

### **2.1.4 Integração de conhecimentos técnico científicos**

O plano de estudos de MICF da FFUC demonstrou que fornece ferramentas primordiais para a prática profissional e que se encontra adequado para a área da farmácia comunitária.

As unidades curriculares de Farmacologias, Indicação Farmacêutica, de Fitoterapia, de Dermofarmácia e Cosmética e de Preparações de Uso Veterinário foram fundamentais para poder prestar um aconselhamento correto nestas áreas.

As cadeiras de Organização e Gestão Farmacêutica assim como Comunicação e Marketing Farmacêutico forneceram conhecimentos acerca do mercado farmacêutico de ambulatório, de *merchandising* e de assuntos relacionados com o *backoffice*.

A unidade orgânica de Farmácia Galénica foi importante na preparação de alguns medicamentos manipulados.

## **2.2 Pontos Fracos**

### **2.2.1 Proximidade dos balcões de atendimento**

A Farmácia Feliz dispõe de seis balcões de atendimento juntos uns aos outros e devido à situação pandémica de SARS-CoV-2 cada balcão passou a dispor de um acrílico. A

obrigatoriedade do uso de máscaras nos espaços de saúde aliado ao facto da grande maioria dos utentes da farmácia serem idosos não ajuda uma vez que, nas horas de maior afluência, os seis balcões estão todos ocupados o que dificulta a perceção e o diálogo entre o farmacêutico e o utente. Esta situação recorrente torna-se muito incomodativa e inoportuna, dado a todo o barulho que se gera, afetando a fluidez do atendimento. No caso de os balcões serem mais distanciados permitiria uma comunicação mais efetiva no atendimento.

### **2.2.2 Escassa preparação de manipulados**

Atualmente, os medicamentos manipulados apresentam uma baixa percentagem das tarefas desempenhadas nas Farmácias Comunitárias. Além disso, as farmácias podem adquirir os manipulados que necessitem noutras farmácias que produzem estes medicamentos em específico, e por isso, a preparação de manipulados na Farmácia Feliz é cada vez mais escassa.

Desta forma, preparei poucos manipulados, de simples e de fácil execução sendo um aspeto que considero negativo para o meu estágio, visto que, era uma área da qual detinha algum interesse e que não tive grandes oportunidades de explorar.

## **2.3 Oportunidades**

### **2.3.1 Formações**

Seguindo as recomendações da Federação Internacional Farmacêutica, foi elaborado pela Ordem dos Farmacêuticos um modelo de Desenvolvimento Profissional Contínuo que consiste na atualização de conhecimentos e de formação contínua por parte do farmacêutico comunitário.

Durante este estágio, assisti a formações dadas por delegados de informação médica, nomeadamente, da marca Tricovel<sup>®</sup>, Enfamil<sup>®</sup> e Bioderma<sup>®</sup>. Desta forma, pude conhecer os produtos destas marcas, as novidades e assim poder prestar um aconselhamento mais preciso.

### **2.3.2 Testes COVID-19**

Nos tempos que correm, a realização de testes de antigénio de SARS-CoV-2 pelas farmácias comunitárias é uma realidade. Todos os testes têm de ser registados na plataforma SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica). Durante o meu período de estágio tive a oportunidade de registar os testes nesta plataforma. Assim pude desempenhar uma nova tarefa e dar o meu contributo como agente de saúde pública.

### **2.3.3 Contacto com nomes comerciais de medicamentos**

Apesar da quota dos medicamentos genéricos estar a aumentar, os medicamentos de marca ainda são pedidos por muitas pessoas e existem vários que ainda são recentes, por isso, não têm genérico. Como no MICF os fármacos estudados são abordados pela sua DCI, é mais difícil associar os nomes comerciais dos medicamentos.

O estágio permitiu uma maior facilidade na associação do princípio ativo ao nome comercial do medicamento, principalmente, devido à arrumação dos medicamentos e à sua venda, assim como a imagem da própria caixa, facilitando o atendimento.

## **2.4 Ameaças**

### **2.4.1 Locais de venda de MNSRM**

Os MNSRM podem ser comercializados fora das farmácias desde que os estabelecimentos obedeçam aos requisitos legais e regulamentares.<sup>4</sup>

Estes locais de venda de MNSRM disponibilizam os mesmos produtos que as farmácias, só que com preços mais baixos e, por isso, mais atrativos representando uma concorrência direta às farmácias comunitárias. Além disso, os colaboradores destes estabelecimentos têm fraca formação em relação aos produtos vendidos e não têm as competências necessárias para prestar indicação farmacêutica.

Em algumas situações, as pessoas adquirem os produtos em outros locais, contudo recorrem às farmácias para o aconselhamento farmacêutico demonstrando a importância do farmacêutico comunitário. Desta forma, estes estabelecimentos consistem numa ameaça às farmácias comunitárias.

### **2.4.2 Medicamentos esgotados**

Os medicamentos esgotados são um problema que as farmácias enfrentam diariamente. Isto traduz-se num grave obstáculo na medicação de uso crónico em que não haja alternativas. Quando ocorrem estas situações, nos utentes mais idosos é gerada mais desconfiança e descontentamento devido à fraca literacia em saúde principalmente, se forem atendidos por um estagiário. É essencial explicar que é uma situação sobre a qual a farmácia não tem controlo.

### **3. Casos Clínicos**

**A. J.M., sexo masculino, cerca de 40 anos, construtor civil. Apresenta mãos muito secas com fissuras em sangue devido ao uso recorrente de desinfetante alcoólico e do seu trabalho.**

Recomendei a hidratação frequente das mãos e a utilização de luvas de algodão por baixo das luvas de trabalho. Também efetuar a desinfecção das mãos sempre que possível com água e sabão em detrimento dos álcoois géis. Sugeri a possibilidade de, antes de se ir deitar, lavar as mãos com água e Betadine® em solução cutânea devido à sua ação antisséptica.<sup>5</sup>

Por fim, indiquei o produto Cicabio, pomada da Bioderma®, que confere um efeito nutritivo, protetor e oclusivo.<sup>6</sup>

**B. M.R., sexo feminino com 87 anos dirige-se à farmácia porque tem dificuldade em defecar sendo uma situação recorrente.**

O primeiro passo foi perguntar a esta senhora qual era o seu normal em defecar, se era todos os dias ou não, na qual obtive como resposta todos os dias. Também precedi à análise da medicação desta senhora para perceber se a razão para tal acontecer era derivada dos medicamentos que tomava. No entanto, o problema não se devia à medicação, uma vez que, a senhora tomava Sinvastatina 20 mg e Perindopril 10 mg e estes medicamentos não têm como efeito secundário a obstipação.

O produto que indiquei foi Laevolac® xarope (laxante osmótico) 1 a 2 colheres de sopa 2x ao dia em jejum.<sup>7</sup> Alertei para o período de latência de 2-3 dias.

A minha sugestão foi definir uma hora específica para defecar, comer muitas verduras e fibras, caminhar e beber mais água. Relativamente à ingestão de mais líquidos, a queixa da senhora foi que acordava durante a noite com muita vontade de ir à casa de banho. Por esta razão, recomendei beber mais água durante a parte da manhã.

**C. R.P., sexo masculino, cerca de 30 anos, desloca-se à farmácia com uma espécie de calo na planta do pé que provoca dores terríveis e o impossibilita de caminhar.**

O primeiro passo foi a examinação do pé no qual se verificou calosidades com uns pontos negros (olho de peixe), confirmando-se que se tratava de uma verruga.

Posto isto, inquiri o senhor se tinha diabetes ou doença vascular periférica na qual obtive não como resposta.

Indiquei o produto verrufilm<sup>®</sup> e expliquei que, antes da aplicação do produto, deveria lavar o pé com água quente e secá-lo bem. Em seguida, colocar 1 a 2 gotas na área afetada e não contactar com pele saudável (se fosse necessário poderia colocar um creme gordo à volta da zona afetada para proteger a pele sã). Aguardar uns minutos para o verrufilm secar e evitar o contato com a água. Repetir o processo todos os dias até a verruga desaparecer (aproximadamente 6 a 12 semanas).<sup>8</sup>

Como é um vírus transmissível, recomendei a não partilha de toalhas.

**D. A. S., sexo masculino com 35 anos apresenta nariz entupido, tosse com pieira e apresenta um teste ao SARS-CoV-2 negativo.**

Questionei-o acerca da duração da tosse, se tinha alguma alergia, dores ou febre. À qual obtive resposta de 3 dias, sem alergias que tivesse conhecimento, apenas dor no peito quando tosse e não tinha febre, respetivamente. Também referiu que não tinha nenhuma patologia nem tomava medicação.

Para o nariz entupido, indiquei o Nasorhinathiol<sup>®</sup> 0,25 mg/ ml 2 ou 3 gotas em cada narina de manhã e à noite durante 3 dias no máximo.<sup>9</sup> Antes da utilização do descongestionante nasal sugeri 1 a 2 pulverizações de Marimer<sup>®</sup> (água do mar) spray para limpeza nasal de modo a potenciar a ação do descongestionante. Para a tosse, uma vez que, apresentava expetoração, indiquei 1 comprimido efervescente à noite de Fluimucil<sup>®</sup> 600 mg (mucolítico) num copo com água.<sup>10</sup>

Como medidas não farmacológicas, recomendei a ingestão de líquidos, a elevação da cabeceira e a inalação de vapores.

Caso ao fim de 1 semana se o seu estado de saúde mantivesse, mencionei que teria de ir ao médico.

**E. E.L, sexo feminino com 19 anos desloca-se à farmácia porque pretende um produto à base de plantas para ajudá-la a adormecer, pois nos últimos tempos tem tido dificuldade. Não toma qualquer medicação nem tem nenhuma patologia.**

Durante a conversa inicial com a jovem tentei encontrar a causa para o seu problema da qual descobri que o motivo da sua agitação se devia à época de exames.

Deste modo, indiquei Valdispert<sup>®</sup> 450 mg para tomar 1 comprimido 30 min a 1h antes de se deitar durante 2 a 4 semanas.<sup>11</sup> Também aconselhei a realização de meditação, exercícios de respiração, evitar bebidas estimulantes à noite, deitar-se e acordar sempre à mesma hora e não utilizar dispositivos eletrónicos 30 min antes de ir para a cama.

## **Conclusão**

O estágio curricular em farmácia comunitária é fundamental para consolidar os ensinamentos teóricos adquiridos durante estes 5 anos de curso à realidade profissional. Durante estes meses de estágio estive envolvida nas diferentes atividades que fazem parte do dia-a-dia do farmacêutico comunitário permitindo a aquisição de novas aprendizagens.

Neste estágio pude vivenciar os desafios que o farmacêutico comunitário enfrenta diariamente e a sua importância para a sociedade como agente de saúde pública.

Esta experiência permitiu o desenvolvimento de diversas competências tanto pessoais como técnico-científicas. Por exemplo, ajudou a melhorar a minha capacidade de comunicação e de adaptação do comportamento face ao indivíduo que está à nossa frente.

Por fim, quero agradecer à Dra. Vera Soares e restante equipa da Farmácia Feliz pela sua disponibilidade no esclarecimento de dúvidas, pela partilha de conhecimentos e pelo acolhimento já que o facto de ser a única estagiária na farmácia permitiu ter um maior acompanhamento por todos. Uma vez que a equipa é numerosa, foi possível trabalhar com diferentes tipos de profissionais, concedendo-me a oportunidade de instrução com diversas perspetivas no modo do desempenho de tarefas e na abordagem com os doentes.

Ao fim de mais de 810h de estágio em Farmácia Comunitária considero-me mais apta e mais preparada para encarar novos desafios no futuro.

## Bibliografia

1. PARLAMENTO EUROPEU, CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA - **DIRETIVA 2013/55/UE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 20 de novembro de 2013** [Consulta 6 ago. 2022]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=CS>
2. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS - **A Farmácia Comunitária** [Consulta 5 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>
3. INFARMED - **PROJETO de PROXIMIDADE- Relatório 2020**. [Consulta 12 ago. 2022]. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/documents/15786/1568238/Proximidade\\_Rel\\_GT.pdf/f267fc45-9555-22f1-b039-59350076e9e7](https://www.infarmed.pt/documents/15786/1568238/Proximidade_Rel_GT.pdf/f267fc45-9555-22f1-b039-59350076e9e7)
4. INFARMED - **Locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (LVMNSRM) 2016**. [Consulta 16 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/licenciamentos/locais-de-venda-de-medicamentos-nao-sujeitos-a-receita-medica-lvmnsrm>
5. INFARMED - **RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO- Betadine® 100 mg/ml solução cutânea 2019**. [Consulta 8 ago. 2022]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
6. BIODERMA - **Cicabio Creme® 2022**. [Consulta 6 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.bioderma.pt/os-nossos-produtos/cicabio/creme>
7. INFARMED - **RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO- Laevolac®, 666,7 mg/ml, xarope 2013**. [Consulta 9 ago. 2022]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml;jsessionid=9vHdVMOkPs5y3tDIHJDR13YbyDyohh3CuBw4CUbk.fo2>
8. MENDIFAR - **FOLHETO INFORMATIVO - VERRUFILM® Solução cutânea 2011**. Disponível em: <https://www.medinfar.pt/content/files/folheto-informativo-verrufilm.pdf>
9. INFARMED - **RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO- Nasorhinathiol® 0,25 mg/ ml gotas nasais 2017**. [Consulta 14 ago. 2022]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
10. INFARMED - **RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO- Fluimucil® 600 mg Comprimidos efervescentes 2021**. [Consulta 16 ago. 2022]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

11. INFARMED - **RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO-Valdispert® 450 mg comprimidos revestidos** 2016. [Consulta 6 ago. 2022]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml;jsessionid=vx6FoMdh5vfRMBQapajf6kREAmWr2mILLI3aepCZ.foI>

# Parte II

## Relatório de Estágio no INFARMED, I.P.

**Direção de Informação e Planeamento Estratégico  
(DIPE)**



# Infarmed

Autoridade Nacional do Medicamento  
e Produtos de Saúde, I.P.

Orientada pela Professora Doutora Cláudia Furtado

Maio – Julho de 2022

## **Resumo**

O segundo estágio curricular foi realizado na área da indústria durante 3 meses na Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, mais especificamente na Direção de Informação e Planeamento Estratégico na tutela da Professora Doutora Cláudia Furtado.

A avaliação crítica referente aos 3 meses de estágio está estruturada na forma de um modelo SWOT, que se apresenta através de Pontos Fortes (*Strengths*) e Pontos Fracos (*Weaknesses*), por Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*).

## **Abstract**

The second curricular internship was carried out in industry for 3 months in the National Authority of Medicine and Health Products more specifically in the Directorate of Information and Strategic Planning in the tutelage of PhD Professor Cláudia Furtado.

The critical evaluation for the 3 months of internship is structured in the form of a SWOT model, which is presented through Strengths and Weaknesses, Opportunities and Threats.

## **Abreviaturas**

DIPE - Direção de Informação e Planeamento Estratégico

FFUC - Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

MICF - Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

## Introdução

A faculdade de farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC) proporciona aos seus estudantes do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), para além do estágio curricular obrigatório em Farmácia Comunitária, a realização de outro estágio numa das áreas em que o farmacêutico pode atuar.

Uma possibilidade para a realização deste estágio adicional é numa das diversas direções, disponíveis para acolher novos estagiários, na Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED).

O INFARMED apresenta-se como um organismo de referência na União Europeia e como um sistema de qualidade na prestação de serviço público na saúde.<sup>1</sup>

Apesar de o plano curricular do MICF ser bastante abrangente e diversificado, não existe nenhuma cadeira acerca da saúde pública. Por este motivo, a realização de um estágio na Direção de Informação e Planeamento Estratégico (DIPE) é uma oportunidade para conhecer uma nova área de intervenção do farmacêutico e desta forma expandir os meus conhecimentos.

Durante o período de 2 de maio até 29 de julho de 2022, sob a orientação da Professora Doutora Cláudia Furtado em colaboração com a restante equipa da DIPE, decorreu o meu estágio nesta direção no edifício 21A do Infarmed no Parque da Saúde de Lisboa.

A análise crítica deste estágio será apresentada pelo modelo SWOT abordando os pontos fortes (*Strengths*), pontos fracos (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*) percecionadas ao longo dos 3 meses.

# I. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

O INFARMED, criado em 1993, apesar de ser uma instituição pública encontra-se num regime especial na qual se integra na administração indireta do Estado apresentando autonomia financeira, administrativa e com património próprio.<sup>1</sup>

A supervisão e regulação dos dispositivos médicos, dos produtos de higiene corporal, dos cosméticos e dos medicamentos fazem parte da missão do INFARMED. Esta incumbência é realizada conforme os padrões mais elevados de proteção da Saúde Pública e de forma a assegurar o acesso seguro, eficaz e com qualidade por parte dos cidadãos e dos profissionais da saúde.<sup>1</sup>

A estrutura e a organização do INFARMED, representado na Figura I, demonstra uma equipa vasta de colaboradores abrangendo diversas áreas de atuação, tais como, a inspeção, o controlo de qualidade, a farmacovigilância, a supervisão e monitorização do mercado.<sup>2</sup>

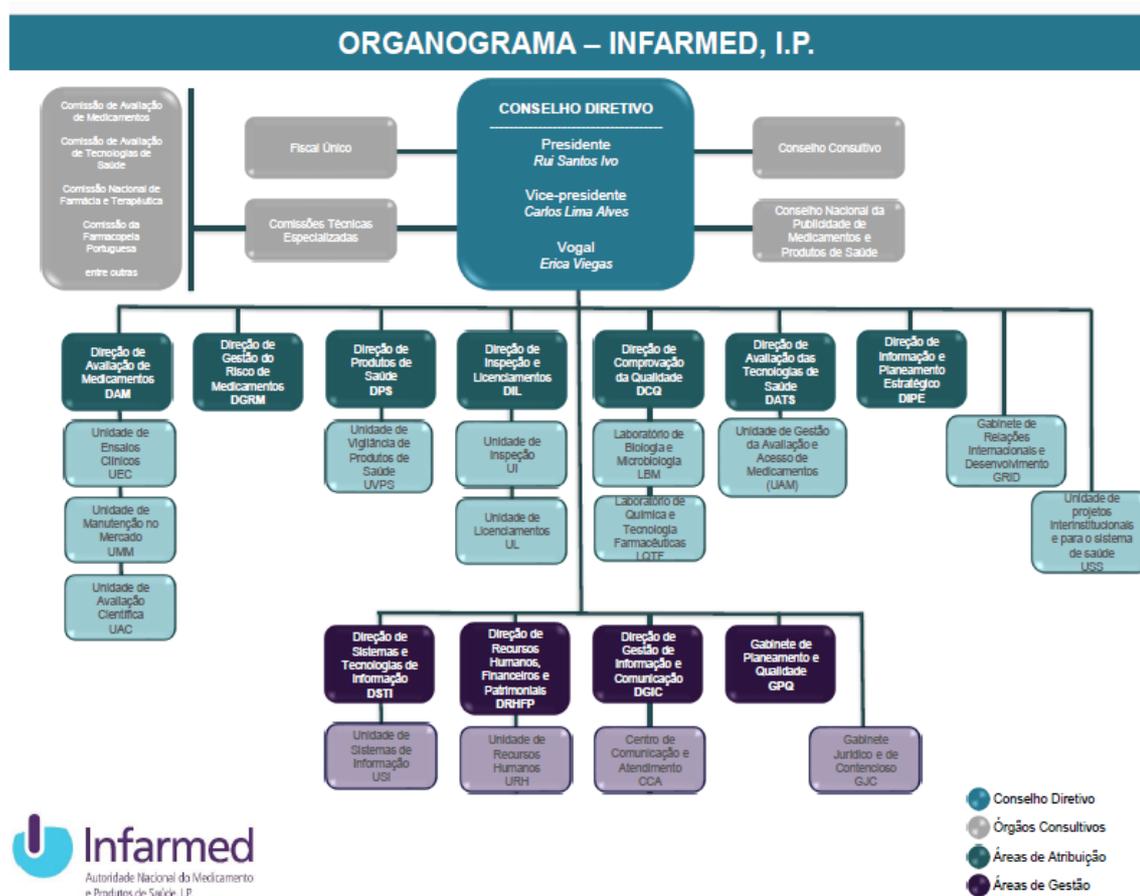


Figura I - Estrutura e organização do INFARMED<sup>2</sup>

## **2. Direção de Informação e Planeamento Estratégico (DIPE)**

Inicialmente, a DIPE, era um grupo de trabalho que pertencia à direção de avaliação das tecnologias da saúde. No entanto, em 2012 este grupo passou a ser considerado uma direção mantendo a sua função, mas com independência.<sup>3</sup>

Nesta direção colaboram um grupo diverso de profissionais especialistas na área económica e farmacêutica sendo orientada pela Professora Doutora Cláudia Furtado.

Esta unidade orgânica tem como missão definir estratégias de intervenção na área dos medicamentos e dos produtos de saúde de forma a garantir a sustentabilidade do setor. Ainda tem a responsabilidade da recolha, do tratamento de dados e da monitorização do mercado dos medicamentos e produtos de saúde. A compilação e a análise desta informação origina a criação de estudos.<sup>4</sup>

## **3. Análise SWOT**

### **3.1 Pontos Fortes**

#### **3.1.1 Flexibilidade dos horários e duração do estágio**

Aos colaboradores do INFARMED é estabelecido trabalhar das 10h-12h e das 14h-16h30 sendo as restantes horas efetuadas da maneira mais conveniente para o trabalhador. Desta forma, permite-nos ajustar o horário da melhor forma possível conciliando-o com as outras tarefas da vida pessoal.

No primeiro mês de estágio ocorreu a integração na DIPE através de palestras com diferentes colaboradores de modo a obtermos os conhecimentos necessários para o desempenho de tarefas realizadas nesta direção e ao mesmo tempo conhecermos os profissionais desta direção. Nos restantes dois meses foram desenvolvidos estudos nos quais participei e/ou elaborei. Considero que a duração deste estágio provou que o tempo é suficiente para a aquisição das ferramentas básicas e para colocá-las em prática no dia-a-dia.

#### **3.1.2 Autonomia das atividades desempenhadas**

Inicialmente, atribuíram-me a função de colaborar na elaboração de um estudo que já estava a decorrer acerca dos tuberculostáticos onde pude colocar em prática conhecimentos adquiridos durante o período de integração e obter novos. Depois, tive a oportunidade de desenvolver um estudo sozinha sobre os inibidores da bomba de prótons.

Estes estudos são fundamentais para analisar a utilização dos medicamentos e dos seus encargos para, posteriormente, auxiliar na implementação de medidas necessárias.

Na redação destes estudos é preciso uma análise dos dados fornecidos pelas bases de dados que o INFARMED tem acesso e uma abrangente pesquisa bibliográfica, a fim de obter conclusões rigorosas e científicas.

O facto de ter realizado um estudo sozinha é algo de grande responsabilidade e demonstrou confiança no meu trabalho o que, sem dúvida, me motivou a fazer mais e melhor.

### **3.1.3 Contacto com colaboradores de diferentes áreas**

O INFARMED é constituído por uma equipa vasta de profissionais de diferentes áreas e a DIPE não é exceção. Nesta direção é necessário tanto farmacêuticos como economistas que trabalham em conjunto. Esta interação com profissionais de outras áreas é uma mais-valia, uma vez que, se adquire novos conhecimentos e competências que não fazem parte do MICF.

Além disso, tive o privilégio de ter uma boa integração na equipa e um constante auxílio no esclarecimento de dúvidas.

### **3.1.4 Aplicação e consolidação de conhecimentos teóricos**

Durante este estágio recorri a diversos ensinamentos lecionados em várias unidades curriculares do MICF para realizar as tarefas propostas.

A unidade orgânica de Organização e Gestão Farmacêutica foi de extrema importância para a análise do mercado dos medicamentos tanto em ambulatório como hospitalar.

As cadeiras de Farmacologia, de Farmacoterapia e de Farmácia Hospitalar (com o trabalho “Formulário de Avaliação da Comissão de Farmácia e Terapêutica”) foram úteis para saber as indicações e esquemas terapêuticos, os mecanismos de ação e as populações utilizadas para determinada classe farmacológica.

## **3.2 Pontos Fracos**

### **3.2.1 Falta de competências informáticas**

Para a análise dos dados referentes aos estudos é necessário recorrer ao Microsoft Excel. Como os meus conhecimentos na utilização desta ferramenta são limitados e não tendo nenhuma formação nesta área, tive de recorrer muitas vezes aos colegas e a outras vias de aprendizagem, uma vez que, para efetuar os estudos foi preciso trabalhar com funções mais complexas do Excel. Deste modo, tinha de estar constantemente a importunar os colegas.

### **3.2.2 Falta de mobilidade interna entre as direções do INFARMED**

Este estágio não permite rotatividade entre as diferentes direções que constituem o INFARMED. Esta rotatividade conduziria a uma preparação do estagiário para o desempenho de várias funções. Desta maneira, não foi possível vivenciar na totalidade o trabalho elaborado pelo farmacêutico nesta entidade tendo apenas uma visão específica das atividades desempenhadas na direção selecionada.

## **3.3 Oportunidades**

### **3.3.1 Manhãs Informativas**

O INFARMED organiza várias sessões com a duração de uma manhã ao longo do ano que apelidou de “Manhãs Informativas”. Estas sessões são sobre temas que necessitam de ser abordados, discutidos e aprofundados com toda a comunidade.

Durante estes 3 meses assisti a 3 manhãs informativas elaboradas por diferentes direções do Infarmed. A minha estreia foi com a “Utilização de dados em saúde no apoio à decisão”, depois assisti à “Os desafios da transição das diretivas para os regulamentos dos Dispositivos Médicos e Diagnóstico *in Vitro*” e por fim “Farmacovigilância”.<sup>5, 6, 7</sup> Em todas elas pude aprender algo novo, ter contacto com realidades desconhecidas e estar a par dos assuntos atuais em discussão.

### **3.3.2 Execução do estágio curricular no setor da indústria farmacêutica**

De que tenha conhecimento a FFUC é a única faculdade de farmácia do país que possibilita aos seus alunos do MICF a realização de um estágio na área da indústria. Esta oportunidade é sem dúvida uma mais valia para os estagiários, uma vez que, proporciona trabalhar em diferentes áreas antes da entrada do mercado laboral permitindo incluir ou excluir determinados domínios com base na experiência.

## **3.4 Ameaças**

### **3.4.1 Escassez de Recursos Humanos**

Nos últimos anos, Portugal tem sofrido crises económicas e políticas o que tem tido impacto no INFARMED traduzindo-se em escassez de recursos humanos. Quando se compara as incumbências e necessidades desta instituição com a quantidade de profissionais disponíveis verifica-se que este número é reduzido afetando a implementação da missão do INFARMED.

Além de que estes profissionais são bastante aliciantes para a indústria farmacêutica que oferece melhores condições aumentando a falta de recursos humanos nesta instituição.

## **Conclusão**

O estágio na DIPE permitiu evidenciar a perspetiva global da utilização dos medicamentos em Portugal. Também demonstrou a importância que o farmacêutico desempenha na Saúde Pública.

Durante estes três meses na qual fui muito bem recebida, toda a equipa demonstrou disponibilidade para partilhar conhecimentos e para esclarecer as minhas dúvidas.

Neste estágio foi necessária formação específica inerente ao desempenho das funções na DIPE tendo sido uma etapa bastante enriquecedora na qual amadureci como profissional.

A minha formação académica ficou mais completa com o meu estágio na DIPE, uma vez que, os meus conhecimentos acerca da saúde pública eram muito escassos. Além disso, possibilitou a aquisição de novos conhecimentos informáticos e a consolidação da aprendizagem obtida no MICF.

Em suma, o balanço final deste estágio é bastante positivo no qual despertou o meu interesse por esta área de atuação farmacêutica e a intenção de ingressar nesta vertente no meu futuro profissional.

## Bibliografia

1. MANUEL, Eduardo *et al.* - **Código de Conduta do Infarmed- Diário da República, 2.ª série — N.º 199 — 16 de outubro de 2018** [Consulta 26 jul. 2022]. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2018/10/199000000/2769427698.pdf>
2. INFARMED - **Estrutura e Organização** 2016. [Consulta 26 jul. 2022]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/estrutura-e-organizacao>
3. NACIONAL, Autoridade; TEIXEIRA, Fernando; CORREIA, Fernando - **Portaria n .º 810 / 2007 , de 27 de Julho Aprova os estatutos do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde , I . P .** 2007. [Consulta 26 jul. 2022]. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/documents/15786/1065790/007-AA\\_Port\\_306\\_2015\\_VF.pdf](https://www.infarmed.pt/documents/15786/1065790/007-AA_Port_306_2015_VF.pdf)
4. INFARMED - **Direção de Informação e Planeamento Estratégico (DIPE)**. 2012. [Consulta 27 jul. 2022]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/estrutura-e-organizacao/dipe>
5. INFARMED - **Manhãs Informativas: «Utilização de dados em saúde no apoio à decisão»**. 2022. [Consulta 2 ago. 2022]. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed/-/journal\\_content/56/15786/6291609](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed/-/journal_content/56/15786/6291609)
6. INFARMED - **Manhãs Informativas «Farmacovigilância»**. 2022. [Consulta. 2 ago. 2022]. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed/-/journal\\_content/56/15786/6596658](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed/-/journal_content/56/15786/6596658)
7. INFARMED - **Manhãs Informativas: «Os desafios da transição das diretivas para os regulamentos dos dispositivos médicos e DIV»**. 2022. [Consulta 2 ago. 2022]. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed/-/journal\\_content/56/15786/6338073](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed/-/journal_content/56/15786/6338073)

# Parte III

## Monografia

### Intervenção do Farmacêutico Comunitário na Artrite Psoriática



|



Orientada pela Professora Doutora Ana Cristina Cabral

*Dulcius ex asperis*

## Índice de Figuras

Figura 1- Critérios de Classificação de AP (CASPAR) .....	40
Figura 2- Fisiopatologia da AP.....	41
Figura 3- Fases evolutivas da AP.....	41
Figura 4- Exemplo de entesite .....	43
Figura 5- Exemplo de dactilite.....	43
Figura 6- Exemplo de "dedos em salsicha" .....	43
Figura 7- Fatores de risco potenciais no desenvolvimento de AP.....	44
Figura 8- Fenótipos da PSO associados a um maior risco de AP .....	44
Figura 9- Intervenções tecnológicas segundo as fases de progressão da AP .....	54
Figura 10- Ferramentas tecnológicas para monitorização de sintomas da AP.....	55

## Resumo

A artrite psoriática é uma patologia crónica, complexa e inflamatória que apresenta características clínicas heterogéneas e evolução com diminuição acentuada da qualidade de vida dos doentes.

Neste momento, um dos principais objetivos na gestão da artrite psoriática é a deteção precoce, uma vez que os atrasos no diagnóstico contribuem para o aumento do risco de mortalidade nestes doentes e para os maus resultados do tratamento. Além disso, ao longo do tempo, esta patologia pode causar deficiência funcional. No entanto, as ferramentas de triagem disponíveis para a gestão da artrite psoriática permanecem limitadas.

As equipas multidisciplinares são uma abordagem relevante, dada a aptidão dos profissionais de saúde no rastreio de indivíduos suscetíveis a esta patologia, de forma a garantir o encaminhamento precoce para a reumatologia.

O farmacêutico comunitário, embora muitas vezes não devidamente reconhecido, é o agente de saúde pública com maior proximidade à comunidade e com elevado conhecimento técnico e científico, pelo que pode desempenhar um papel importante na gestão desta doença, como o apoio ao diagnóstico precoce, ao controlo da patologia e à educação dos doentes.

**Palavras-chave:** Artrite Psoriática, Diagnóstico, Questionários, Farmacêutico Comunitário, Cuidados Farmacêuticos.

## **Abstract**

Psoriatic arthritis is a chronic, complex and inflammatory pathology that presents heterogeneous clinical characteristics and evolution with a marked decrease in the quality of life of patients.

Currently, one of the main objectives in the management of psoriatic arthritis is early detection, as delays in diagnosis contribute to the increased risk of mortality in these patients and to poor treatment outcomes. Moreover, over time, this pathology can cause functional deficiency. However, the screening tools available for the management of psoriatic arthritis remain limited.

As multidisciplinary teams are a relevant approach, given the aptitude of health professionals in screening susceptible individuals is a pathology, to ensure early referral to rheumatology.

The community pharmacist, although often not properly recognized, is the public health agent with greater proximity to community and with high technical and scientific knowledge, so he can play an important role in the management of this disease, such as support for early diagnosis, pathology control and patient education.

**Keywords:** Psoriatic Arthritis, Diagnosis, Questionnaires, Community Pharmacist, Pharmaceutical Care.

## **Abreviaturas**

ACR/NPF - *American College of Rheumatology and the National Psoriasis Foundation*

AP - Artrite Psoriática

CASPAR - *Classification Criteria for Psoriatic Arthritis*

EARP - *Early Psoriatic Arthritis Screening Questionnaire*

EULAR - Liga Europeia Contra o Reumatismo

GRAPPA - Grupo de Pesquisa e Avaliação de Psoríase e Artrite Psoriática

HLA - Antígeno Leucocitário Humano

HTA - Hipertensão

IL - Interleucina

IMC - Índice de Massa Corporal

PASE - *Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation*

PEST - *Psoriasis Epidemiology Screening Tool*

PROM - *Patient Reported Outcomes Measures*

PSO - Psoríase

TNF - Fator de Necrose Tumoral

ToPAS - *Toronto Psoriatic Arthritis Screening*

## Introdução

A Artrite Psoriática (AP) pertence ao grupo das espondiloartrites e caracteriza-se por um estado inflamatório crónico que afeta sobretudo as articulações axiais e periféricas.<sup>12</sup>

A AP abrange o envolvimento cutâneo e musculoesquelético. Além disso está associada a diversas manifestações extra-articulares e a uma série de comorbidades com potencial de ampliar a carga da doença afetando a remissão da patologia.<sup>12, 7, 55</sup>

De momento, não existem critérios de diagnóstico nem um biomarcador específico para a AP, a fim de auxiliar no diagnóstico e na monitorização da doença.<sup>14</sup> Deste modo, muitas vezes o diagnóstico é realizado tardiamente.<sup>10</sup>

Além disso, os sinais e sintomas da AP podem não ser específicos e ser sobreponíveis com diversas patologias o que dificulta a deteção precoce.<sup>10, 29</sup>

A perceção da evolução desta patologia e dos fatores de risco da AP nos doentes com psoríase (PSO) permite a identificação destes mesmos doentes com maior propensão de desenvolver AP.<sup>16</sup>

De forma geral, o envolvimento articular inflamatório sucede à PSO em torno de 7 anos, o que demonstra a existência de um período na qual pode ocorrer intervenção clínica, de modo a evitar a sua progressão.<sup>7</sup>

Uma das intervenções possíveis é a realização de ferramentas de triagem em doentes de risco para o desenvolvimento de AP.<sup>10</sup> Para tal, foram elaborados vários questionários de modo a facilitar o encaminhamento destes doentes para os cuidados reumatológicos.<sup>7</sup>

Outra é o recurso à utilização de tecnologias móveis que permite, por parte dos doentes com PSO ou com risco de desenvolverem AP, um acesso simples e rápido à especialidade de reumatologia.<sup>29</sup>

Os profissionais de saúde devem procurar mais soluções que sejam adequadas às necessidades do doente desde a deteção precoce ao controlo desta patologia, visto que, a AP prejudica bastante a qualidade de vida nestes doentes que sofrem com dor crónica e com a destruição das articulações.<sup>7</sup>

## **I. ARTRITE PSORIÁTICA**

A AP é uma doença inflamatória crónica progressiva que envolve a pele e as articulações.<sup>1</sup> Encontra-se associada a manifestações extra-articulares e a várias comorbilidades que se podem desenvolver antes ou após o diagnóstico.<sup>2</sup>

O diagnóstico de AP é bastante desafiante por causa da sua apresentação e do curso heterogéneo desta doença. Além disso, de momento, não está disponível nenhum biomarcador que auxilie no diagnóstico da AP.<sup>3,4</sup> Por isso, para estabelecer o diagnóstico, o médico tem de recorrer à história clínica do doente e familiar, à imagiologia e apoiar-se nos critérios de classificação.

O objetivo principal do tratamento é a remissão ou a diminuição da atividade da doença de modo a maximizar a qualidade de vida do doente e a prevenir danos estruturais.<sup>5,6</sup> Nos últimos tempos, houve uma considerável expansão de opções terapêuticas disponíveis para a AP sendo que a escolha do tratamento é realizada segundo as orientações de *guidelines*.<sup>7</sup>

A AP afeta em igual número homens e mulheres entre os 30 e os 50 anos.<sup>8</sup> Os homens apresentam sobretudo envolvimento do esqueleto axial, enquanto as mulheres têm maior prevalência de envolvimento poliarticular, ou seja, mais de 5 articulações são afetadas.<sup>9</sup> Na AP são considerados 6 domínios, tais como a entesite, que se relaciona com o início do envolvimento musculoesquelético, a dactilite, as alterações ungueais, as manifestações cutâneas, a artrite periférica e a axial.<sup>2, 10, 11</sup>

Caso a duração entre o primeiro sintoma e a deteção da doença for inferior a 2 anos é considerada precoce. Se for igual ou superior a 2 anos já é estabelecida.<sup>12</sup> Atrasos superiores a 2 anos no diagnóstico estão relacionados com o aumento da incapacidade física e uma maior progressão da doença.<sup>13</sup> Assim como, em atrasos de 6 meses já se observa uma degradação da capacidade física e um maior risco de erosões nas articulações periféricas. Além disto, esta patologia aumenta o risco de mortalidade.<sup>14</sup>

Segundo vários estudos, o início da AP precede a um período de fadiga e dores articulares.<sup>15</sup>

### **I.1 EPIDEMIOLOGIA**

O estudo da epidemiologia da AP é desafiador devido à falta de critérios de diagnósticos aceites universalmente e pelo facto de ser uma doença clinicamente heterogénea.<sup>16</sup>

A prevalência mundial de AP na população geral é de 0,1% a 1%.<sup>16</sup> Em Portugal, estima-se que cerca de 10.000 pessoas tenham AP.<sup>17</sup> No universo de doentes portugueses com PSO, ainda é desconhecida a proporção de doentes com AP.<sup>18</sup>

Em 75% dos casos a PSO precede a AP, em 10% o início da AP e da PSO ocorre em simultâneo e nos restantes 15% a PSO sucede a AP sendo que, nesta última situação, torna-se mais difícil o diagnóstico.<sup>19,20</sup>

Diversos estudos demonstram que 1/3 dos doentes com PSO desenvolvem AP e que 15,5% dos doentes com PSO não estão devidamente diagnosticados com AP.<sup>21,22</sup> Na maioria dos casos, a PSO apareceu mais ou menos 10 anos antes da AP.<sup>23</sup>

## 1.2 GUIDELINES

As *guidelines* são orientações de tratamento assentes nas evidências existentes para a gestão da AP.<sup>24,6</sup> Estas recomendações auxiliam o médico na integração rápida do conhecimento acerca da gestão terapêutica a fim de otimizar a terapia. Assim sendo, necessitam de ser simples, fácil de acompanhar e reproduzidas na prática clínica no dia-a-dia.<sup>5</sup>

Em 2011, a Liga Europeia Contra o Reumatismo (EULAR) foi o primeiro grupo a desenvolver uma guideline para a AP. Seguiu-se, em 2015, a organização internacional Grupo de Pesquisa e Avaliação de Psoríase e Artrite Psoriática (GRAPPA) e em 2018 a *American College of Rheumatology and the National Psoriasis Foundation (ACR/NPF)*.<sup>5</sup>

A rápida progressão na pesquisa da AP tem permitido a criação de novas terapias que é preciso incluir nas *guidelines*.<sup>25,26</sup> Por este motivo, a EULAR necessitou de atualizar as suas recomendações em 2015 e em 2021.<sup>5</sup>

As recomendações das três *guidelines* no geral são muitos similares, mas apresentam algumas diferenças.<sup>6</sup> Por exemplo, apenas a *guideline* ACR/NPF apresenta uma abordagem específica acerca do tratamento não farmacológico, como a atividade física e a educação do doente.<sup>5,25</sup> As recomendações da GRAPPA fornecem recomendações da terapia para os domínios individuais da AP.<sup>6</sup> Já a *guideline* EULAR, tem um grande foco nas recomendações sobre as diversas manifestações musculoesqueléticas.<sup>6</sup> Além disso, salienta a importância de uma gestão colaborativa entre os diferentes profissionais de saúde.<sup>5</sup>

## 1.3 CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

Pela primeira vez, em 1973, Moll e Wright desenvolveram critérios de classificação da AP onde identificaram cinco subtipos: oligoartrite assimétrica (15-20%), poliartrite simétrica (50-60%), artrite mutilante (5%), artrite axial (2-5%) e envolvimento das articulações

interfalângicas distais (2-5%).<sup>55,27,16</sup> Segundo Moll e Wright, um doente com AP apresenta 1 dos 5 subtipos de artrite inflamatória da AP, o fator reumatóide negativo e a presença de PSO vulgar e/ou ungueal ou história de PSO.<sup>27, 55</sup>

Atualmente, os critérios de classificação mais utilizados são os CASPAR (Critérios de Classificação para Artrite Psoriática), Figura I.<sup>16</sup> Estabelecidos em 2006, pelo grupo GRAPPA, apresentam uma maior especificidade (98,7%) e sensibilidade (91,4%).<sup>16, 27</sup>

Categorias	Score
Psoríase (uma das seguintes)	
atual	2
antecedente pessoal ou familiar	1
Distrofia ungueal psoriática típica	1
FR negativo	1
Dactilite atual ou passada	1
Evidência radiográfica de formação óssea justa-articular	1

**Figura I** - Critérios de Classificação de AP (CASPAR)<sup>27</sup>

Estes critérios são aplicados em doentes com PSO ou com histórico familiar que apresentam inflamação articular e devem ser realizados por um dermatologista ou um reumatologista. Tendo por base as categorias e respetivos scores apresentados na Figura I, o doente é classificado como doente com AP se obtiver uma pontuação igual ou superior a 3.<sup>27</sup>

É importante ter em conta que os critérios de classificação não servem como critérios de diagnóstico, mas sim de orientação para o clínico.<sup>27</sup>

#### 1.4 FISIOPATOLOGIA

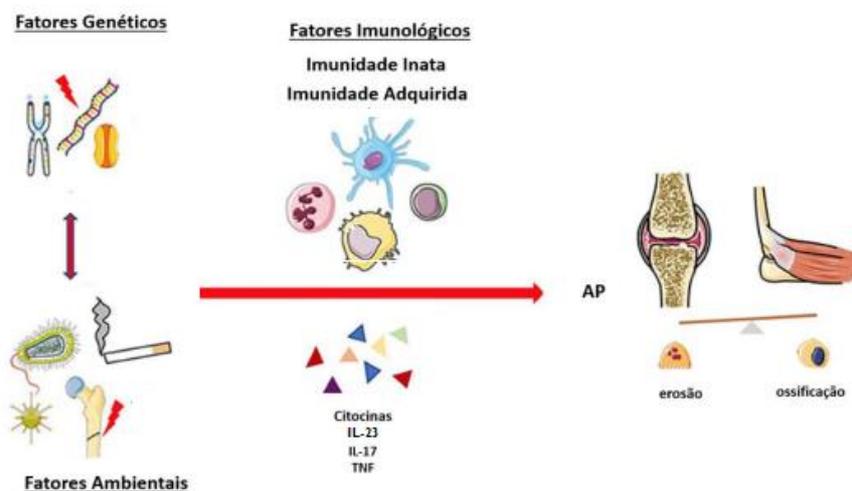
A fisiopatologia da AP, representada na Figura 2, é complexa e pouco compreendida e, por isso, necessita de mais investigação.<sup>3, 11, 28</sup>

A AP resulta da interação entre fatores genéticos em indivíduos com PSO ou geneticamente predispostos e ambientais, como trauma e obesidade. O trauma físico é um dos gatilhos biomecânicos da AP conhecido como fenómeno de Koebner.<sup>28, 29, 3</sup>

Após esta interação, inicia-se uma resposta anormal do sistema imunológico que conduz à proliferação e à entrada de células imunes nas articulações.<sup>29, 30</sup> As células dendríticas apresentam antígenos para as células do sistema imunológico adaptativo ativando diversos subconjuntos de células T.<sup>28, 6</sup> A diferenciação das células Th17 conduz à produção do fator de necrose tumoral (TNF- $\alpha$ ) e à ativação de interleucinas (IL), eixo IL-23-IL-17.<sup>6</sup>

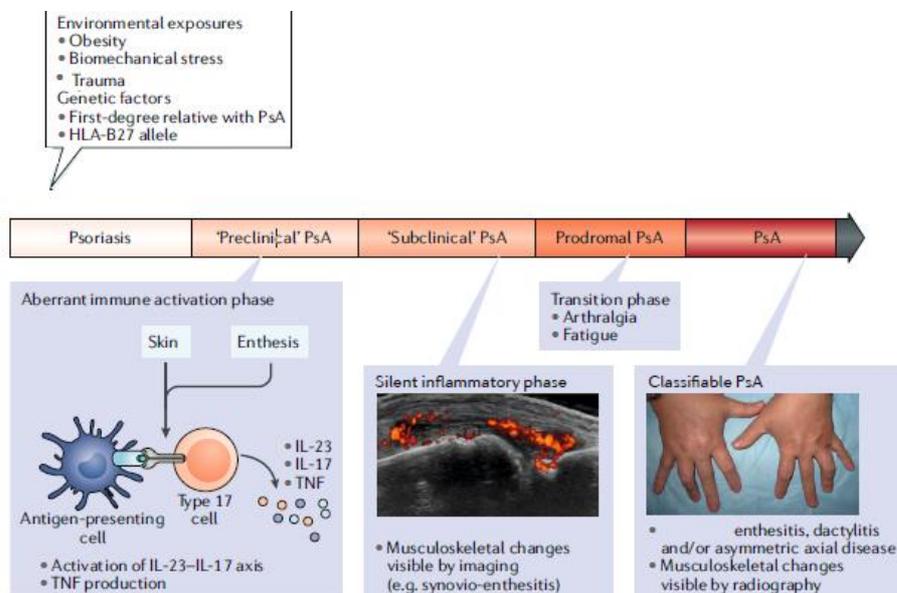
Estas citocinas pró-inflamatórias atuam nos osteoclastos intensificando a reabsorção óssea. Consequentemente, existe a degradação da cartilagem, a deformação articular, a erosão óssea e a perda de função.<sup>6, 31</sup>

A liberação dos mediadores pró-inflamatórios recrutam mais células imunes para as articulações gerando uma resposta inflamatória persistente.<sup>28</sup>



**Figura 2-** Fisiopatologia da AP; Adaptada de Almeida K. et al. (2021)<sup>54</sup>

## 1.5 EVOLUÇÃO



**Figura 3-** Fases evolutivas da AP; Adaptada de Scher J. et al. (2019)<sup>35</sup>

A Figura 3 demonstra a evolução da PSO para AP referindo as várias fases (1-5) e os seus fatores desencadeantes.

1. Inicialmente, ocorre a interação de vários fatores como genéticos e ambientais (obesidade, trauma físico) em indivíduos com PSO ou geneticamente predisposto para AP.<sup>32</sup>

2. Em seguida, na fase pré-clínica, apesar de se verificar uma ativação anómala do sistema imunológico as imagens dos exames ainda não detetam nenhuma irregularidade nem existem sintomas musculoesqueléticos.<sup>32</sup>

3. A fase subclínica apresenta inflamação articular silenciosa (fase assintomática) evidenciada através de técnicas de diagnóstico por imagem como raio-x, ressonância magnética e tomografia computadorizada.<sup>33</sup>

4. Depois, a fase prodrómica corresponde à fase de transição na qual o doente apresenta sintomas musculoesqueléticos inespecíficos como artralgia e fadiga.<sup>32</sup>

5. A última fase é quando ocorre o diagnóstico de AP.<sup>32</sup>

## 2. SINAIS E SINTOMAS

A identificação dos sinais e sintomas da AP de forma precoce é fundamental para evitar a progressão da patologia e prevenir danos graves nas articulações.<sup>31</sup> No entanto, esta patologia é frequentemente subdiagnosticada pela falta de reconhecimento dos sinais e sintomas, com implicações significativas na qualidade de vida dos doentes, que se vai degradando, inclusivamente impedindo-os de conseguirem realizar tarefas básicas diárias como vestir e/ou caminhar.<sup>14,33</sup>

A sintomatologia ocorre de forma mais precoce nos doentes com PSO, ainda assim existem várias alterações transversais que podem ser identificadas numa fase inicial de AP, como lesões psoriáticas na pele e alterações nas unhas, dactilite ou “dedos em salsicha”, entesite, articulações dolorosas e rígidas e fadiga.<sup>14,33</sup>

Cerca de 90% dos doentes com AP apresentam alterações ungueais, como por exemplo, descoloração da unha, onicólise (separação do leito ungueal) e “pitting” (corrosão e depressão da unha).<sup>1,33</sup>

A dactilite, inflamação das pequenas articulações dos dedos tanto das mãos como dos pés (Figuras 4 e 5) está presente em 30% dos doentes com AP.<sup>16</sup> Este sinal, normalmente, indica AP precoce e é um marcador de progressão da doença.<sup>11</sup>

Outro sinal precoce de AP é a entesite (inflamação do tecido conjuntivo entre os ligamentos ou os tendões e os ossos) (Figura 6) presente em mais de metade dos doentes, afeta sobretudo as extremidades inferiores como os tendões de Aquiles e as fâscias plantares.<sup>11, 19</sup> Também afeta as costelas e a coluna.<sup>9</sup>



**Figura 4-** Exemplo de dactilite



**Figura 5-** Exemplo de "dedos em salsicha"



**Figura 6-** Exemplo de entesite

Os doentes referem dores nas costas recorrentes com maior destaque no período da manhã e da noite por causa da inflamação das articulações da coluna.<sup>9</sup> Assim como, rigidez matinal, com duração superior a 30 minutos, que ao longo do dia, diminui progressivamente.<sup>32, 20</sup> Além disso, 43% dos doentes apresentam inflamação na articulação sacroilíaca, sacroileíte.<sup>11</sup>

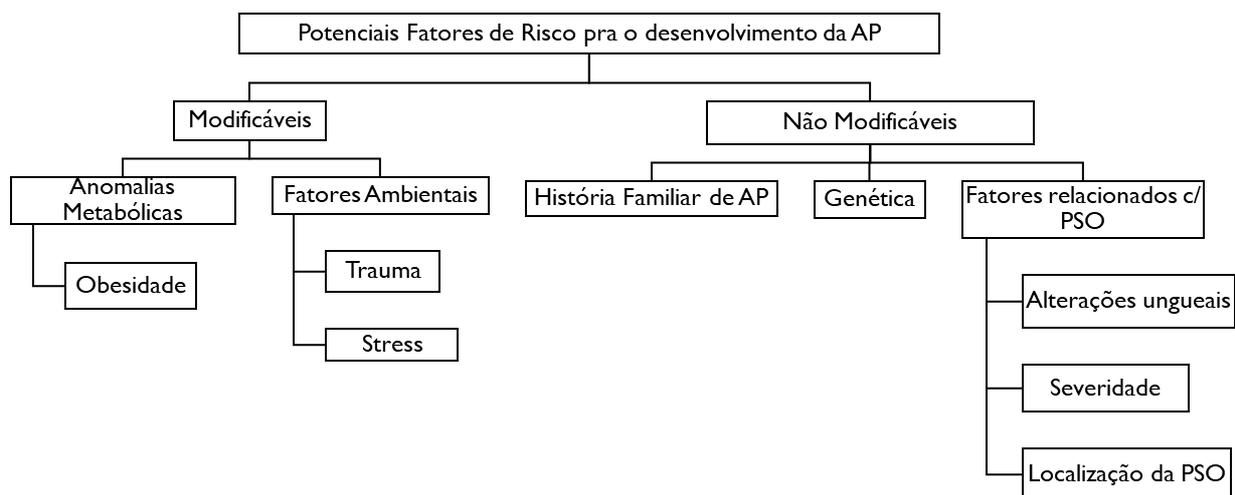
A grande maioria dos doentes revelam cansaço, tanto em momentos de repouso como ativos, e com o tempo, crescem maiores limitações e incapacidades referentes às atividades do dia-a-dia.

Estes doentes manifestam dor devido ao processo patológico da AP que causa inflamação e dano tecidual. Este sintoma é potenciado por fatores como obesidade, idade, distúrbios do sono e humor.<sup>25</sup>

### **3. FATORES DE RISCO**

Na maior parte dos casos de AP existe um período de latência para o seu desenvolvimento, como referido anteriormente. Deste modo, existe a possibilidade de estudar as diversas variáveis que contribuem para sua evolução.<sup>31</sup>

A Figura 7 apresenta os fatores de risco para doentes com PSO distinguindo os fatores modificáveis dos não modificáveis.

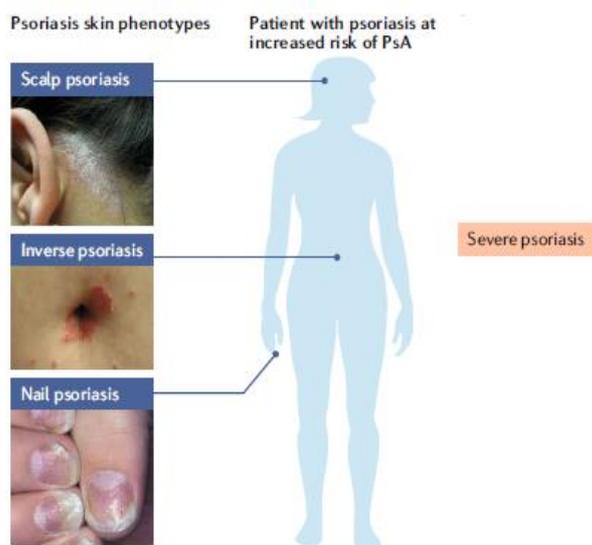


**Figura 7-** Fatores de risco potenciais no desenvolvimento de AP; Adaptada de Solmaz D. *et al.* (2018) <sup>31</sup>

Os doentes com PSO e com um parente em primeiro grau com AP têm um risco ainda mais elevado de padecerem de AP.<sup>33</sup>

A presença de determinados alelos, nomeadamente, HLA-B27, (Antigénio Leucocitário Humano) encontra-se associado a doentes propensos a desenvolver AP e é considerado um marcador de gravidade desta patologia.<sup>14, 23</sup> Este gene também está relacionado a um curto período de latência da doença.<sup>32</sup>

Como demonstrado na Figura 8, uma maior probabilidade de desenvolvimento de AP está relacionada com a gravidade da PSO a localização da PSO, nomeadamente, lesões no couro cabeludo e PSO inversa.<sup>1, 31</sup> Além disso, quanto mais locais envolvidos com PSO e maior a superfície corporal da PSO, maior o risco de AP.<sup>35</sup>



**Figura 8-** Fenótipos da PSO associados a um maior risco de AP; Adaptada de Scher J. *et al.* (2019) <sup>35</sup>

Da mesma forma, a PSO ungueal está associada a um risco três vezes superior ao desenvolvimento da AP sendo que a onicólise e pitting se tratam de manifestações precoces da AP.<sup>11, 33, 23</sup>

Relativamente ao fator de risco modificável da obesidade, pode preceder em diversos anos o desenvolvimento de AP.<sup>35</sup> Os estudos referem que o índice de massa corporal (IMC) elevado provoca nas enteses, zona de ligação do osso com os tendões, uma maior carga mecânica podendo ser um gatilho para a inflamação das articulações.<sup>1</sup> Contudo, o excesso de peso pode ter origem na inflamação sistémica provocada pelas citocinas pró-inflamatórias do tecido adiposo.<sup>21, 32</sup>

Além disso, nos indivíduos geneticamente predispostos, considera-se que os traumas físicos e o *stress* tenham um papel no desenvolvimento da AP. Os traumas físicos nas enteses pode ser um fator determinante para o início da patologia.<sup>32</sup>

#### **4. PATOLOGIAS ASSOCIADAS À AP**

A AP é uma doença bastante complexa na qual se pode observar tanto manifestações extra-articulares como comorbilidades. Ambas partilham as vias imunopatológicas da inflamação sistémica.<sup>21</sup> As comorbilidades ocorrem mais frequentemente nestes doentes do que na população geral.<sup>16</sup>

##### **4.1 MANIFESTAÇÕES EXTRA-ARTICULARES**

As manifestações extra-articulares são encontradas em 94,7% dos doentes com AP sendo a mais prevalente nestes doentes a PSO (94%).<sup>14</sup> E, em seguida, surgem a uveíte e a doença inflamatória intestinal encontradas em 1/3 dos doentes. Os doentes com doença ativa e/ou de longa duração da patologia apresentam mais frequentemente manifestações extra-articulares.<sup>12</sup>

##### **4.2 COMORBILIDADES**

Sensivelmente 40% dos indivíduos com AP apresentam pelo menos 3 comorbilidades que resultam numa diminuição da qualidade de vida.<sup>16</sup> Os doentes com PSO mais severa têm maior probabilidade de sofrerem comorbilidades.<sup>2</sup>

As comorbilidades mais dominantes são a hipertensão (HTA) (34%), diabetes mellitus tipo 2 (29%), obesidade (27%), dislipidemia (24%), e por último, depressão e ansiedade (10-30%).<sup>36</sup>

Estas patologias subjacentes são explicadas em parte pelo aumento da inflamação provocada pela PSO na qual, se verifica níveis aumentados de citocinas pró-inflamatórias, como IL-6 e TNF.<sup>36, 37</sup> Estes doentes apresentam níveis elevados de triglicerídeos e baixos níveis séricos de lipoproteína de alta densidade, principalmente, aqueles que têm PSO ativa propondo uma relação entre o perfil lípido e o grau de inflamação.<sup>37</sup>

A depressão e ansiedade causam impacto na qualidade de vida, nos resultados do tratamento e na percepção da dor.<sup>37, 32</sup>

## 5. QUESTIONÁRIOS

Geralmente, a PSO precede a AP em torno de 10 anos, como mencionado anteriormente.<sup>10</sup> A fim de auxiliar no diagnóstico precoce e facilitar o encaminhamento para a reumatologia, deve ser realizada uma triagem regular aos indivíduos com PSO recorrendo a questionários validados. Esta triagem pode ser realizada anualmente, mensalmente ou até mesmo em todas as consultas de dermatologia.<sup>23</sup>

A implementação de ferramentas de triagem para AP em Portugal está dificultada pela falta de questionários validados em português, pela escassez de tempo dos profissionais nos cuidados de saúde primários, pela carência de informação relativamente aos questionários aos mesmos e pela restrição da realização dos questionários apenas por certos profissionais. Desta forma, é necessário a criação de equipas para tradução de questionários e adaptação à população portuguesa e é essencial uma formação adicional dentro desta comunidade.<sup>38</sup> Também é preciso uma maior coordenação e cooperação entre os médicos especialistas e os restantes profissionais de saúde.<sup>23</sup>

Existem diversos questionários para a deteção da AP, como por exemplo, o questionário *Early Arthritis for Psoriatic Patients (EARP)*, o *Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation (PASE)*, o *Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST)* e o *Toronto Psoriatic Arthritis Screening (ToPAS)*. No entanto, é escasso o consenso acerca do melhor questionário para rastrear a AP, o que dificulta a sua utilização pelos profissionais de saúde.<sup>10</sup>

Atualmente, em Portugal, encontra-se a decorrer o projeto Check AP, no qual se avalia o desempenho da versão portuguesa do questionário de rastreio EARP no contexto da prática clínica.<sup>23</sup>

## **5.1 QUESTIONÁRIO TRADUZIDO EM PORTUGUÊS**

### **5.1.1 Questionário *Early Arthritis for Psoriatic Patients (EARP)***

O questionário EARP, apresentado no Anexo 1, é constituído por 10 itens sendo restringido a indivíduos com PSO.<sup>10, 22</sup> Quando o score for superior a 3, deve-se referenciar para a reumatologia.

Este questionário tem perguntas específicas acerca das articulações que são normalmente afetadas pela AP relativamente ao inchaço e dor nas ancas, no tendão de Aquiles, nos dedos e nos tornozelos.<sup>22</sup> O EARP é atualmente a ferramenta de triagem com maior especificidade e sensibilidade no rastreamento de AP nos doentes com PSO.<sup>38</sup>

A grande vantagem deste instrumento é que as perguntas são simples, curtas, diretas, de fácil interpretação e bastante direcionadas para a patologia em causa.

## **5.2 QUESTIONÁRIOS NÃO VALIDADOS EM PORTUGAL**

### **5.2.1 Questionário *Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation (PASE)***

O questionário PASE, apresentado no Anexo 2, tal como o EARP, também é exclusivo para doentes com PSO sendo constituído por 15 perguntas dividido em 2 secções.<sup>10</sup>

Na primeira parte, avalia os sintomas e na segunda parte analisa a função com 7 e 8 questões, respetivamente. Cada pergunta é pontuada recorrendo a uma escala Likert de 5 pontos, na qual a pontuação máxima possível é de 75.<sup>39</sup> Aqueles com resultados mais elevados têm maior probabilidade de ter AP.<sup>40</sup>

Uma vez que, este questionário é composto por duas partes, permite que uma delas seja direcionada apenas para a sintomatologia e a outra para as limitações funcionais a que estes doentes estão sujeitos no dia-a-dia. A forma como estão elaboradas as perguntas da segunda secção, com a explicitação de situações concretas, como inquirindo se os dedos estão inchados em formato de salsicha, torna mais fácil a identificação e a compreensão dos doentes.<sup>23</sup>

Porém, esta ferramenta é aquela com mais questões logo, o tempo de preenchimento é maior em comparação com os outros tornando-se mais entediante e podendo originar respostas menos fiáveis.

### **5.2.2 Questionário Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST)**

O questionário PEST, apresentado no Anexo 3, é o mais curto disponível com apenas 5 questões e dividido em 2 partes.<sup>22</sup> Utilizado apenas em doentes com PSO é recomendado realizar-se 1 vez por ano.<sup>32</sup>

Na primeira parte, este questionário é composto por perguntas acessíveis que reconhecem sinais de AP sendo que 3 respostas positivas em 5 indicam a presença de AP.<sup>11</sup> Um exemplo de pergunta é se o doente já foi diagnosticado previamente com artrite.<sup>22</sup>

Já na segunda parte, existe um diagrama na qual a pessoa assinala em quais das articulações sente dor, rigidez e inchaço.<sup>41</sup>

O tamanho reduzido deste questionário torna-o interessante para a prática clínica porque o seu tempo de preenchimento é menor. O facto de ter uma imagem possibilita definir melhor as articulações que são afetadas de forma mais rápida.<sup>4</sup> Além disso é simples e acessível de usar.<sup>41</sup>

Todavia, em comparação com os outros questionários, este é o menos específico.

### **5.2.3 Questionário Toronto Psoriatic Arthritis Screening (ToPAS)**

O questionário ToPAS, apresentado no Anexo 4, é formado por 12 questões e 3 fotografias de PSO em placas e PSO ungueal.<sup>22, 38</sup>

Este é o único questionário que tanto pode ser usado em doentes com PSO como na população geral, diferenciando-se assim dos restantes.<sup>10</sup> Aliás, é a única ferramenta que pergunta diretamente sobre o envolvimento da PSO na pele.<sup>23</sup> Além disso, incluíram uma questão sobre o diagnóstico prévio de AP.<sup>22</sup>

Esta ferramenta, ao referir os dedos inchados em “forma de salsicha”, permite uma maior compreensão do doente.<sup>22</sup> As fotografias que mostram PSO vulgar e duas lesões muito comuns na PSO ungueal asseguram a concordância entre os intervenientes sobre os sinais clínicos.<sup>39</sup> Como 3/4 dos casos de AP procederam a PSO é muito útil esta relação, sendo este o único questionário que a faz.

Contudo, esta ferramenta acaba por ser extensa e demorada, uma vez que, na grande maioria das questões em caso afirmativo, o doente tem de responder a mais questões.

## **5.3 OUTRAS CONSIDERAÇÕES**

Todos estes questionários são possíveis de serem aplicados nas farmácias comunitárias, uma vez que, para o seu preenchimento não é preciso aceder aos dados clínicos do doente porque são questões que a própria pessoa consegue responder.

Dos questionários apresentados anteriormente, definir qual é o mais adequado para ser realizado em locais de ambulatório movimentados é complicado.<sup>4</sup> Contudo, num estudo em que se avaliou o PASE, o PEST e o ToPAS, verificou-se que na identificação exata de AP, o PEST e o ToPAS apresentaram um melhor desempenho, ainda que ligeiro, do que o PASE.<sup>4</sup>

A ferramenta de triagem PEST é aquela mais simples e rápida de preencher por parte dos doentes e aquela com maior facilidade de pontuar para os médicos. No entanto, para uma pessoa sem formação específica não será fácil reconhecer o pitting (PSO ungueal) e o facto de ter um diagrama não acrescenta valor discriminativo.

Aquele que apresenta maior valor discriminatório é o ToPAS devido às fotografias exemplificativas dos fenótipos de PSO comuns na AP.<sup>4</sup> O ToPAS tem um tópico exclusivo que descarta a possibilidade de outras patologias previamente diagnosticadas por um médico. Noutro estudo, demonstrou-se que a sensibilidade e a especificidade do questionário ToPAS varia segundo o local clínico onde se realiza.<sup>39</sup>

Concluindo, estes questionários apresentam desempenho similar e bastante úteis na triagem precoce de AP.<sup>4</sup>

Uma vez que o questionário EARP é recente ainda não existem estudos comparativos com esta ferramenta de triagem incluída. Porém, isolado, como mencionado anteriormente, é aquele que apresenta maior sensibilidade e especificidade, simples e de fácil interpretação. Por estes motivos existe uma maior aposta na sua utilização pelos profissionais de saúde em todo o mundo, incluindo em Portugal, onde já está a decorrer o seu processo de validação.

Caso estas ferramentas de triagem sejam realizadas em indivíduos que, de momento, estejam assintomáticos, a sua aplicabilidade é nula, dado que, nas fases iniciais da AP ainda não existe presença de sintomas musculoesqueléticos.<sup>4,32</sup>

Outro questionário que seria importante adaptar e validar para a população portuguesa é o questionário PASE. Especialmente por ter uma escala de função e por isso é mais fácil recordar situações diárias e interligar os sintomas associados com a AP.

## **6.INTERVENÇÃO DO FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO**

### **6.1 NOS SINAIS E SINTOMAS**

O farmacêutico comunitário pode estar atento aos sinais e sintomas referidos anteriormente para reduzir o atraso no diagnóstico de AP, uma vez que, a identificação de sinais e sintomas, normalmente, é uma das primeiras etapas no percurso dos doentes com AP.<sup>3</sup>

As dificuldades maiores que o farmacêutico comunitário encontra são a sobreposição de vários sintomas com as outras patologias e certas manifestações que são inespecíficas.<sup>10,32</sup> Por exemplo, a dactilite não é exclusiva da AP verificando-se em outras artrites.<sup>42</sup> Também é muito comum a população em geral sofrer sintomas musculoesqueléticos como artralgia que dificulta a identificação correta de sintomas indicativos de AP numa fase inicial.<sup>29</sup>

Além disto, os próprios doentes podem desvalorizar os seus sintomas musculoesqueléticos com a toma de medicação e/ou com a resolução espontânea da situação.<sup>29</sup>

Uma mais-valia para a intervenção farmacêutica seria a integração de um programa auxiliar nos *softwares* usados pelas farmácias. Neste programa seria possível aceder a uma listagem dos sintomas associados à AP na qual o farmacêutico iria selecionar de acordo com as queixas do utente. Quando vários sintomas surgirem em simultâneo, é emitido um sinal de alerta.

Outra ideia a explorar, seria, no momento do atendimento, surgir um alerta no ecrã do computador identificando o doente como de risco para que o farmacêutico esteja atento aos sinais e sintomas da AP. A fim de que esta ideia seja possível, é necessário que exista primeiramente uma clara identificação do utente em questão, que poderá ser realizada de duas formas distintas. Através da partilha dos dados clínicos entre o Sistema Nacional de Saúde e o farmacêutico comunitário, ou através do registo dos doentes com PSO no *software* da farmácia pelo farmacêutico comunitário.

## **6.2 NOS FATORES DE RISCO**

Dentro dos fatores de risco existem fatores que são modificáveis e não modificáveis.

O fator modificável de maior destaque é sem dúvida a obesidade, com estudos a revelar que a perda de peso é eficaz na redução do risco do desenvolvimento de AP em doentes com PSO.<sup>1</sup> Visto que, a diminuição de adiposidade central reduz nas articulações a tensão mecânica e contribui para atenuação do risco de HTA, comorbilidade associada a AP.<sup>25</sup>

O farmacêutico comunitário pode recomendar medidas não farmacológicas, tais como, a prática de exercício físico diário durante pelo menos 30min, a ingestão de mais verduras e frutas e a diminuição da ingestão de açúcar e gorduras saturadas.<sup>43</sup>

A grande maioria das farmácias dispõe de consultas de nutrição para quais o farmacêutico pode referenciar.

Nos doentes com PSO grave, o risco de obesidade é maior.<sup>31</sup> Nesta situação, o farmacêutico comunitário para além do aconselhamento relativamente ao excesso de peso

referido anteriormente, deve abordar o doente no sentido de melhorar a adesão ao tratamento da PSO ou encaminhá-lo para um dermatologista.

Em relação ao *stress*, o farmacêutico comunitário pode aconselhar a prática de meditação e a aprendizagem de exercícios de respiração.<sup>43</sup>

No que diz respeito aos fatores não modificáveis, o farmacêutico comunitário pode identificar fatores de risco em pessoas com PSO ou com antecedentes familiares e pessoais na comunidade contribuindo para o auxílio do diagnóstico precoce.<sup>35</sup>

### 6.3 NAS COMORBILIDADES

O farmacêutico comunitário pode reconhecer e rastrear algumas comorbilidades através da medição de determinados parâmetros bioquímicos e fisiológicos como referido na Tabela I e também contribuir para a otimização do tratamento e controlo das mesmas.<sup>32, 37, 30</sup>

**Tabela I-** Medição de parâmetros bioquímicos e fisiológicos das comorbilidades associadas a AP

<b>Comorbilidades</b>	<b>Parâmetros bioquímicos e fisiológicos</b>
Hipertensão	Tensão arterial
Diabetes	Glicémia em jejum
Obesidade	Peso + altura -> cálculo do IMC
Dislipidemia	Colesterol

A intervenção do farmacêutico comunitário nas comorbilidades assenta na promoção das medidas não farmacológicas e no acompanhamento do doente para otimizar o controlo da doença, quando ela já se encontra diagnosticada.

As medidas não farmacológicas na dislipidemia, na hipertensão, na obesidade e na diabetes são similares. Baseiam-se na adoção de um estilo de vida mais saudável, tais como, uma dieta com um baixo teor de gordura saturada e rica em fruta e vegetais, a prática regular de 30 a 60 minutos de atividade física, a redução do consumo de sal (<5 g por dia) e gorduras, a cessação tabágica, a moderação no consumo de álcool (máximo 2 bebidas/dia) e redução do peso em excesso.<sup>44, 45, 46, 47</sup>

Na depressão e ansiedade, o farmacêutico comunitário pode indicar produtos à base de plantas medicinais tais como passiflora, valeriana e encaminhar para o médico/psicólogo.

## 6.4 NOS QUESTIONÁRIOS

Em Portugal, a implementação de ferramentas de triagem para a deteção de AP precocemente é quase inexistente e está pouco desenvolvida. O *National Institute for Health and Care Excellence* recomenda, quer em ambientes de cuidados primários quer secundários, a triagem anual de AP nos doentes com PSO.<sup>48</sup> Desta forma, considerando que o farmacêutico comunitário tem um elevado grau de proximidade da população e um alto índice de confiança por parte dos cidadãos, este é um profissional de saúde de excelência para efetuar esta triagem dos doentes com PSO, através de questionários, e encaminhando os doentes ao seu médico assistente sempre que necessário.

## 6.5 OUTRAS INTERVENÇÕES

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia criou o site Reuma.pt no qual existe uma seção específica para o doente.<sup>48</sup> Esta área está a ser alvo de uma atualização, mas neste momento só tem medidas de resultados reportadas pelos doentes (*Patient Reported Outcomes Measures* - PROMS). Idealmente, o reumatologista deveria fornecer uma senha ao doente a fim de este aceder ao site para o preenchimento dos PROMS disponíveis antes de cada consulta. Porém, atualmente, isto não se verifica na grande maioria dos centros de reumatologia em Portugal. Este problema, de ausência do preenchimento dos PROMS, poderia ser contornado recorrendo ao farmacêutico comunitário. Quando o levantamento da medicação específica para AP ocorresse, o farmacêutico comunitário disponibilizaria um aparelho eletrónico para que o doente respondesse aos PROMS auxiliando-o no que fosse necessário.

Apesar de não haver um dia dedicado à AP, existe o Dia Mundial da PSO que se celebra no dia 29 outubro.<sup>49</sup> Como 30% dos doentes com PSO desenvolvem AP, este dia é uma excelente oportunidade para realizar campanhas de sensibilização. Está comprovado que a difusão de informação educacional a doentes com PSO melhora a periodicidade do rastreio da AP.<sup>7</sup> Neste dia em específico, as farmácias comunitárias poderiam partilhar conteúdos acerca da AP nos seus espaços publicitários como por exemplo nas redes sociais caso possuam ou nos televisores dispostos no interior da farmácia.

## 7. PERSPETIVAS FUTURAS

Durante os últimos anos houve um esforço por parte dos profissionais e dos doentes para intervenções mais antecipadas e desenvolvimento de novas terapêuticas, mas ainda

existem várias necessidades médicas que não estão a ser atendidas na comunidade dos doentes com AP.<sup>50</sup>

Atualmente, é preciso trabalhar no estabelecimento de fatores de previsão de progressão da patologia e na deteção precoce de AP nos doentes com PSO e com aqueles que apresentam risco de desenvolvimento para AP.<sup>50</sup>

Deste modo, as intervenções futuras passarão pela inclusão de ferramentas de telereumatologia, pela aposta na formação dos profissionais de saúde e pela integração do farmacêutico comunitário nas equipas multidisciplinares.

## **7.1 INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS**

A definição de e-Saúde, criada pela Organização Mundial de Saúde, consiste no uso económico e seguro de tecnologias de informação e comunicação em apoio à saúde e áreas relacionadas à saúde. Neste conceito recorre-se ao uso de dispositivos e de tecnologias digitais e móveis a fim de auxiliar no cumprimento de objetivos de saúde.<sup>29,7</sup>

Assim sendo, concede um conjunto variado de ferramentas digitais que possibilita a troca de dados e de informações novas acerca do doente, fornecidos em sincronia ou assincronia.<sup>29</sup>

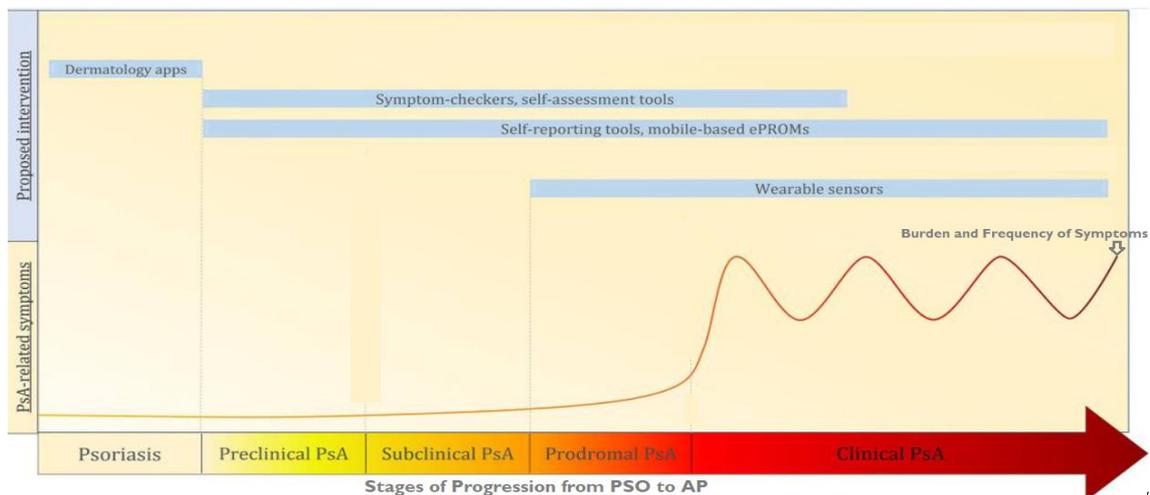
O e-Saúde tem um enorme potencial, visto que, as tecnologias móveis são cada vez mais acessíveis. A pandemia de COVID-19 veio demonstrar isso mesmo ao acelerar a utilização da telemedicina e ao promover o avanço na criação de diferentes padrões tecnológicos de saúde. Em diversos países já foram desenvolvidas e implementadas com êxito plataformas de e-Saúde direcionadas ao doente.<sup>29</sup>

### **7.1.1 TELEREUMATOLOGIA**

Na reumatologia, diversas abordagens digitais foram desenvolvidas e testadas originando o conceito de telereumatologia. Tanto o médico como o doente têm ao seu dispor vários instrumentos que complementam os cuidados reumatológicos permitindo avaliar a atividade da doença, a monitorização dos sintomas e a análise à adesão ao tratamento.<sup>29</sup>

Através dos resultados gerados por estas ferramentas são produzidas recomendações individuais. Os doentes reumáticos são adeptos da utilização de tecnologias móveis no rastreamento de sintomas.<sup>29</sup>

A Figura 9 refere possíveis intervenções tecnológicas que podem ser utilizadas nas diferentes fases de evolução da PSO para a AP.<sup>29</sup>



**Figura 9-** Intervenções tecnológicas segundo as fases de progressão da AP; Adaptada de Fagni F. *et al.* (2021) <sup>29</sup>

Nas fases iniciais da AP recorrem-se a “*symptom-checkers*”, ou seja, instrumentos que auxiliam os doentes a estabelecer prováveis causas da sua sintomatologia através da inteligência artificial, a PROMS eletrónicos e a ferramentas de autoavaliação. Estes instrumentos permitem, numa fase mais precoce da doença, encaminhar os doentes para o médico e, deste modo, diminuir o atraso no diagnóstico. A partir da fase prodromática, em que já se visualizam sintomas, utiliza-se também “*wearable sensors*”, isto é, sensores que são incorporados em objetos, como por exemplo, uma pulseira digital para auxiliar na monitorização de sintomas.<sup>29</sup>

Estas tecnologias móveis são pertinentes para uma triagem precoce de manifestações artríticas nos doentes com PSO e para uma monitorização quer passiva quer ativa da atividade da doença. Deste modo, é possível encaminhar os doentes para a reumatologia numa fase mais precoce da doença e, por conseguinte, diminuir o atraso no diagnóstico. Também permite de forma preventiva identificar na fase pré-clínica os doentes com AP.<sup>29</sup>

A utilização da e-Saúde na reumatologia permite tanto o acompanhamento dos sintomas como da atividade da AP em tempo real e possibilita mais rapidamente e de forma simples ao acesso dos cuidados reumatológicos por doentes com PSO.<sup>29</sup> O facto de os dados estarem em formato digital, torna-os mais acessíveis, até para futuras partilhas de informações.

Aliás, atualmente, as pessoas têm e querem um papel ativo no que diz respeito à sua saúde, por isso, a utilização destes instrumentos digitais possibilita a participação do doente no processo de vigilância dos sintomas. E quanto maior for o envolvimento do doente, melhores resultados se obterão na remissão da AP.

No entanto, para a implementação destas ferramentas existem diversas barreiras, tais como, a deficiência em *software* adequado e a falta de conformidade com guidelines o que leva com que os reumatologistas ainda estejam apreensivos em recomendar estes instrumentos

digitais. Também há um certo receio por parte da classe médica que a sua relação com o doente seja afetada por causa da perda do contato presencial.<sup>29,7</sup>

A utilização destas ferramentas da telereumatologia requer educação e treino específico tanto por parte dos doentes como dos profissionais de saúde.<sup>29</sup>

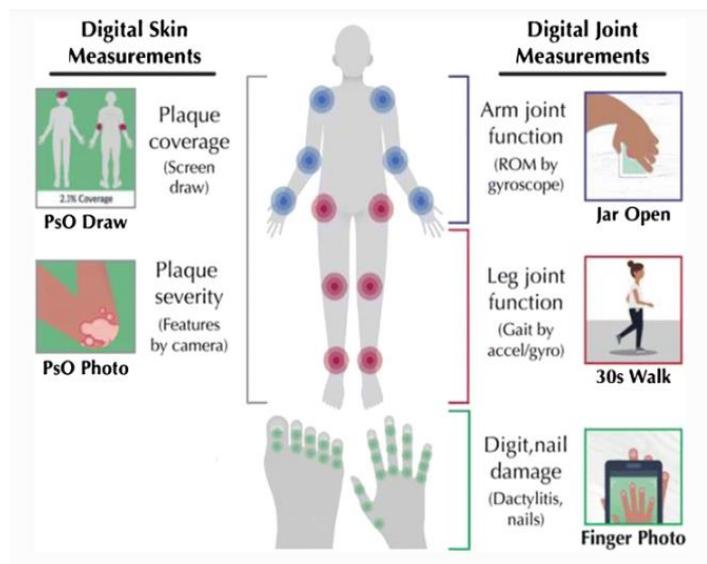
Além disto, os doentes mais idosos apresentam elevadas taxas de analfabetização tecnológica e alguns doentes têm dificuldades económicas para adquirir equipamentos eletrónicos.<sup>29</sup>

Todavia, em relação à última desvantagem, esta pode ser facilmente ultrapassada recorrendo às farmácias que forneceriam acesso aos aparelhos eletrónicos.

### 7.1.1.1 FERRAMENTAS DA TELEREUMATOLOGIA

Atualmente, a utilização de dispositivos móveis e de *smartphones* cresce exponencialmente a nível mundial.<sup>29</sup> Estes aparelhos permitem a captação de imagens da pele com maior precisão e a existência de sensores possibilita a avaliação das articulações.<sup>50</sup>

Na Figura 10 estão representadas várias aplicações que permitem diferenciar certas manifestações clínicas associadas à AP.<sup>29,7</sup>



**Figura 10-** Ferramentas tecnológicas para monitorização de sintomas da AP, Adaptada de Bell S. *et al.* (2020)<sup>50</sup>

Em relação à PSO, Schreier e os colegas desenvolveram uma aplicação na qual se avaliam as lesões psoriáticas ativas em tempo real através de fotografias.<sup>29</sup> Também existe o PsO Draw que examina a extensão corporal das placas de PSO. As ferramentas ao dispor dos doentes com PSO estão validadas.

Relativamente à sintomatologia de AP que atinge as articulações, o estudo Psorcast, baseia-se nas medições remotas de sintomas pelos doentes que auxiliam na identificação precoce e na adequação do tratamento.<sup>50</sup>

Este estudo deu origem a três novas ferramentas.<sup>7</sup> A Digital Jar Open, através do giroscópio do *smartphone*, mede a rotação interna e externa de cada braço. Já a ferramenta 30-Second Walk avalia a marcha durante a caminhada. O Finger/Toe Photo analisa a largura dos dedos e do leito ungueal pela fotografia. Todas estas ferramentas se destinam a examinar a função das articulações.<sup>7</sup> As três ferramentas mencionadas anteriormente, ainda não se encontram validadas para a AP, mas têm tido bastante sucesso na artrite reumatóide o que se prevê serem úteis para a AP.<sup>29</sup>

## **7.2 APOSTA NA FORMAÇÃO**

Muitos desafios nesta área devem-se fundamentalmente devido à falta de formação dos profissionais de saúde envolvidos e à escassa educação dos doentes.<sup>51</sup> Estudos apontam que a carência de instrução reumatológica nos doentes com PSO e nos profissionais de saúde está associada a atrasos no estabelecimento de diagnósticos.<sup>29, 7</sup>

Se os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do doente tiverem formação específica nesta área, a sua sensibilidade para identificar sinais e sintomas e referenciar o doente precocemente será otimizada.

## **7.3 INTEGRAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES**

Diversas *guidelines* destacam a necessidade de cuidados estruturados multidisciplinares assim como, vários estudos comprovam a sua importância e os seus benefícios.<sup>4</sup> Deste modo, é necessária uma estreita colaboração entre os reumatologistas e os restantes profissionais de saúde.

O farmacêutico tem uma posição privilegiada para encaminhar precocemente os doentes suspeitos de sofrer de AP para o médico de família.

As farmácias encontram-se em maior número e mais próximas da população comparativamente com as unidades de cuidados de saúde primários, desempenhando um papel ativo nos problemas de saúde das pessoas desde o aparecimento de sintomas até à medicação. Esta proximidade tem um maior impacto na população localizada no interior de Portugal uma vez que permanecem diferenças regionais na prestação de cuidados de saúde, com os médicos especialistas e as especialidades médicas concentrados nas principais cidades.

Além disso, a falta de médicos especialistas, quer em medicina geral e familiar, quer em reumatologia, agrava os tempos de espera e conseqüentemente atrasa o diagnóstico. Os farmacêuticos comunitários permitiriam melhorar o acesso precoce à reumatologia.<sup>29</sup>

## Conclusão

Uma abordagem multidisciplinar na AP permite o desenvolvimento de estratégias eficientes para um diagnóstico precoce, uma vez que, uma intervenção antecipada apresenta melhores resultados na gestão e no tratamento da AP.

No entanto, ainda existe um longo caminho a percorrer. Uma das etapas será a conceção de um algoritmo de referenciação eficiente, fácil e informativo o qual todos os profissionais de saúde, nomeadamente, os farmacêuticos comunitários possam utilizar. Outro ponto será a disponibilização de questionários adaptados e validados em português porque são uma ferramenta essencial na triagem da AP.

A utilização de ferramentas de e-Saúde propicia uma oportunidade na deteção precoce da AP e na prevenção do seu progresso através da monitorização dos sinais e sintomas. Portanto, esta abordagem digital está a tornar-se numa prioridade tanto para os doentes como para os médicos.

A intervenção farmacêutica nestes doentes é importante, visto que, o farmacêutico comunitário desempenha um papel importante na prevenção, através de medidas não farmacológicas e na otimização dos resultados associados à medicação, estimulando a adesão à terapêutica e avaliando o doente. Também pode atuar no auxílio da triagem precoce retardando as erosões ósseas e o dano articular. Desta forma, diminui a gravidade da doença e melhora a qualidade de vida dos doentes com AP.

## Bibliografia

1. SORIANO, Enrique R. - Interventions on Modifiable Risk Factors for the Development of Psoriatic Arthritis. **Current Treatment Options in Rheumatology**. (2019) 313–325.
2. VISALLI, Elisa; CRISPINO, Natascia; FOTI, Rosario - Multidisciplinary Management of Psoriatic Arthritis: The Benefits of a Comprehensive Approach. **Advances in Therapy**. ISSN 1865-8652. 36:4 (2019) 806–816.
3. HEDRICH, Ana L. Carvalho and Christian M. - The Molecular Pathophysiology of Psoriatic Arthritis—The Complex Interplay Between Genetic Predisposition, Epigenetics Factors, and the Microbiome. **Frontiers in Molecular Biosciences**. (2021). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8047476/>
4. SOLEYMANI, Teo *et al.* - Early Recognition and Treatment Heralds Optimal Outcomes: The Benefits of Combined Rheumatology – **Dermatology Clinics and Integrative Care of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Patients**. (2018).
5. LAURE GOSSEC, XENOFON BARALIAKOS, ANDREAS KERSCHBAUMER, MAARTEN DE WIT, IAIN MCINNES, MAXIME DOUGADOS, JETTE PRIMDAHL DENNIS G MCGONAGLE, DANIEL ALETAHA, ANDRA BALANESCU, PETER V BALINT, HEIDI BERTHEUSSEN, WOLF- HENNING BOEHNCKE, GERD R BURMESTER, JUAN D, Josef S. Smolen - EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. **Annals of the rheumatic diseases**. (2020). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7286048/>
6. OGDIE, Alexis; COATES, Laura C. - Treatment guidelines in psoriatic arthritis. **Rheumatology** (2020) 37–46.
7. HACKETT, Simon; OGDIE, Alexis; COATES, Laura C. - Psoriatic arthritis: prospects for the future. **Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease** (2022) 1–13.
8. MATS GEIJER, GERS-MARIE ALENIUS, LARS ANDRÉ, TOMAS HUSMARK, PER T LARSSON, ULLA LINDQVIST, INGRID THYBERG, Elke Theander - Health-related quality of life in early psoriatic arthritis compared with early rheumatoid arthritis and a general population. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**. 51:1 (2021) 246–252.
9. PFIZER PORTUGAL - **Artrite psoriática**. 2019. [Consulta 15 fev. 2022]. Disponível em: <https://www.pfizer.pt/artrite-psoriatica>
10. RIDA, Mohamad Ali; CHANDRAN, Vinod - Challenges in the clinical diagnosis of psoriatic arthritis. **Clinical Immunology**. ISSN 1521-6616. 214: March (2020) 108390.

11. OVERCASH, Michael D. *et al.* - Psoriatic arthritis: the role of the nonphysician clinician in the diagnosis and treatment of patients with psoriasis. **Drugs & Therapy Perspectives**. ISSN 1179-1977. 37:4 (2021) 162–174.
12. PELUSO, Rosario *et al.* - Extra-articular manifestations in psoriatic arthritis patients. **Clinical Rheumatology**. (2015) 745–753.
13. HELENA, A. N. A.; DOS, Correia; PINHEIRO, Santos - **Atraso diagnóstico de artrite psoriática num centro terciário**. Universidade de Coimbra, 2020. Disponível em: [https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/97713/1/Atraso diagnóstico de artrite psoriática num centro terciário.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/97713/1/Atraso%20diagn%C3%B3stico%20de%20artrite%20psori%C3%A1tica%20num%20centro%20terci%C3%A1rio.pdf)
14. LUNDHOLM, Martin Bergman and Any - Mitigation of Disease and treatment related risks in patients with psoriatic arthritis. **Arthritis Research and Therapy**. (2017) 8.
15. RITCHLIN, Christopher; SCHER, Jose U. - Strategies to Improve Outcomes in Psoriatic Arthritis. **Current Rheumatology Reports**. (2019) 1–8.
16. KARMACHARYA, Paras; CHAKRADHAR, Rikesh; OGDIE, Alexis - The epidemiology of psoriatic arthritis: A literature review. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**. ISSN 1521-6942. 35:2 (2021) 101692.
17. SILVA, Dilva *et al.* - Artrite Psoriática. **Núcleo de estudos de doença auto-imunes da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna** (2006). 10. Disponível em: [https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/NEDAI\\_63.pdf](https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/NEDAI_63.pdf)
18. REUMATOLOGIA, Sociedade Portuguesa De - **Check AP**
19. DUARTE, Gleison Vieira; FAILLACE, César - Psoriatic arthritis. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**. ISSN 1521-6942. 26:1 (2012) 147–156.
20. PRZEMYSŁAW KRAKOWSKI, AGNIESZKA GERKOWICZ, ALDONA PIETRZAK, DOROTA KRASOWSKA, ANDRZEJ JURKIEWICZ, Mieczysław Gorzelak; SCHWARTZ, And Robert A. - Psoriatic Arthritis- new perspectives. **Archives of Medical Science**. (2018) 10.
21. LUCIA NOVELLI, ENNIO LUBRANO, VINCENZO VENERITO, FABIO MASSIMO PERROTA, FRANCESCA MARANDO, Giacomo Curradi and Florenzo Iannone - Extra-Articular Manifestations and Comorbidities in Psoriatic Disease: A journey into the immunologic crosstalk. **Frontiers In Medicine**. (2021) 14.

22. NICOLAS IRAGORRI, GLEN HAZLEWOOD, BRADEN MANNS, Vishva Danthurebandara and Eldon Spackman - Psoriatic arthritis screening: a systematic review and meta-analysis. **Rheumatology (Oxford)**. (2018) 16.
23. ALMODOVAR, Raquel *et al.* - Psoriatic arthritis screening: A systematic literature review and experts recommendations. **PLOS ONE**. (2021) 1–23.
24. JASVINDER A. SINGH, GORDON GUYATT, ALEXIS OGDIE, DAFNA D. GLADMAN, CHAD DEAL, ATUL DEODHAR, MAUREEN DUBREUIL, JONATHAN DUNHAM, M. ELAINE HUSNI, SARAH KENNY, JENNIFER KWAN-MORLEY, JANICE LIN, PAULA MARCHETTA, PHILIP J. MEASE, JOSEPH F. MEROLA, JULIE MINER, And James Reston - 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis. **HHS Author Manuscripts**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8218333/>
25. ARANI VIVEKANANTHAMA, DYLAN MCGAGHB, Laura C. Coates. - Current treatments and recommendations for Psoriatic Arthritis. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**. (2021). Disponível em: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152169422100022X?casa\\_token=d3k655IHq6gAAAAA:F7JS7-slHK5YD393-S5m0bxnkiEPvD\\_\\_O\\_40eV3wOckv3LLW00Bw-bw4atFEirmXEt4zD92K6Q](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152169422100022X?casa_token=d3k655IHq6gAAAAA:F7JS7-slHK5YD393-S5m0bxnkiEPvD__O_40eV3wOckv3LLW00Bw-bw4atFEirmXEt4zD92K6Q)
26. HUYNH, Doquyen; KAVANAUGH, Arthur - Current therapy and future approaches. **Review Psoriatic arthritis**. April 2014 (2015) 20–28.
27. DOS, Santos Fernando M. Pimentel - **Metrologia nas Espondiloartrites**-Novartis Farma – Produtos Farmacêuticos S.A, 2019 Disponível em: [https://spreumatologia.pt/wp-content/uploads/2020/10/Metrologia-nas-SpA\\_GESPA\\_2019.pdf](https://spreumatologia.pt/wp-content/uploads/2020/10/Metrologia-nas-SpA_GESPA_2019.pdf)
28. DOUGLAS J VEALE, Ursula Fearon - The pathogenesis of psoriatic arthritis. **Lancet**. (2018). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618308304?via%3Dihub>
29. FILIPPO FAGNI, JOHANNES KNITZA, MARTIN KRUSCHE, ARND KLEYER, KORAY TASCILAR, And David Simon - Digital Approaches for a Reliable Early Diagnosis of Psoriatic Arthritis. **Frontiers in Medicine**. (2021). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8385754/>
30. QUEIRO, RUBÉN, ANDRÉS LORENZO, PATRICIA TEJÓN, PABLO COTO, Estefanía Pardo - Obesity in psoriatic arthritis Comparative prevalence and associated factors. **Medicine** (2019)

31. SOLMAZ, Dilek; EDER, Lihi; ZEHRA, Sibel - Best Practice & Research Clinical Rheumatology Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of psoriatic arthritis. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**. ISSN 1521-6942. 32:2 (2018) 295–311.
32. FITZGERALD, Oliver *et al.* - Psoriatic arthritis. **Nature Reviews Disease Primers**. ISSN 2056-676X. (2021) 17.
33. GOTTLIEB, Alice B.; MEROLA, Joseph F. - A clinical perspective on risk factors and signs of subclinical and early psoriatic arthritis among patients with psoriasis. **Journal of Dermatological Treatment**. 0:0 (2021) 1–9.
34. BARCELOS, Anabela *et al.* - Psoriatic Arthritis Quality of Life questionnaire: translation, cultural adaptation and validation into Portuguese language. **Rheumatology International**. ISSN 1437-160X. 38:2 (2018) 249–254.
35. SCHER, Jose U; ALEXIS OGDIE, Joseph F. Merola and Christopher Ritchlin - Preventing psoriatic arthritis: focusing on patients with psoriasis at increased risk of transition. **Nature Reviews Rheumatology**. ISSN 1759-4804. (2019) 14.
36. GUPTA, Sonal *et al.* - Comorbidities in psoriatic arthritis: a systematic review and meta-analysis. **Rheumatology International**. ISSN 1437-160X. 41:2 (2021) 275–284.
37. PEREZ-CHADA, Lourdes M.; MEROLA, Joseph F. - Comorbidities associated with psoriatic arthritis: Review and update. **Clinical Immunology**. ISSN 1521-6616. 214: March (2020) 108397.
38. CHANDRAN, Vinod; GLADMAN, Dafna D. - Toronto Psoriatic Arthritis Screening (ToPAS) Questionnaire: A Report from the GRAPPA 2009 Annual Meeting. **The Journal of Rheumatology**. 2: (2011) 546–547.
39. ALIGN PsA: Advancing a Multidisciplinary Approach in PsA. **Dermatology and Rheumatology Treatment Clinic**. (2022) 1–14.
40. DOMINGUEZ, Patrick *et al.* - Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation (PASE) Questionnaire and the Role of Dermatologists: A Report from the GRAPPA 2009 Annual Meeting. **The Journal of Rheumatology**. (2011) 2009–2011.
41. HELLIWELL, Philip S. - Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST): A Report from the GRAPPA 2009 Annual Meeting. **The Journal of Rheumatology**. (2011) 551–552.

42. GURJIT S. KAELEY, LIHI EDER, SIBEL Z. AYDIN, MARWIN GUTIERREZ, Catherine Bakewell - Dactylitis: A hallmark of psoriatic arthritis. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**. 48:2 (2018) 22. doi: <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2018.02.002>.
43. MAGIUM - **Fluxograma da Dispensa**
44. SOCIETY, European *et al.* - 2019 ESC / EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk The Task Force for the management of dyslipidaemias of the. **European Heart Journal**. (2019) 1–78.
45. DGS - Abordagem terapêutica da Hipertensão Arterial - DGS 2011\_2013.pdf. (2013) 14.
46. ESH, Hypertension *et al.* - 2018 ESC / ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of. **European Heart Journal**. (2018) 3021–3104.
47. TEIXEIRA, Diogo Arcídio De Albuquerque - **Estratégias Não-Farmacológicas no Controlo de Diabetes Mellitus Estratégias Não-Farmacológicas no Controlo de Diabetes Mellitus**: Universidade de Coimbra, 2016 Disponível em: [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/46894/1/M\\_Diogo Teixeira.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/46894/1/M_Diogo%20Teixeira.pdf)
48. REUMATOLOGIA, Sociedade Portuguesa De - **Reuma.pt**. 2022. [Consulta 23 jun. 2022]. Disponível em: <http://reuma.pt/>
49. PORTUGAL, PSO - **Dia Mundial da Psoríase**. 2022. [Consulta 20 jun. 2022]. Disponível em: <https://psoportugal.pt/dia-mundial-da-psoríase/>
50. BELL, Stacie *et al.* - Aiming for Cure and Preventive Initiatives in Psoriatic Disease: Building Synergy at NPF, GRAPPA, and PPACMAN. (2020).
51. HABERMAN, Rebecca *et al.* - Bridging the Gaps in the Care of Psoriasis and Psoriatic Arthritis: The Role of Combined Clinics. **Current Rheumatology Reports** (2018) 13–15.
52. BASTOS, Pedro Mendes - **Questionário EARP**. 2021. [Consulta 26 fev. 2022]. Disponível em: [https://www.jornalmedico.pt/images/pdf/Questionário\\_EARP\\_PT.pdf](https://www.jornalmedico.pt/images/pdf/Questionário_EARP_PT.pdf)
53. COSTA, Carolina Zorzanelli- **TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PSORIATIC ARTHRITIS SCREENING AND EVALUATION (PASE) PARA A LÍNGUA PORTUGUESA BRASILEIRA**: UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA PROGRAMA, 2015 Disponível em: <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/12823/1/traducaoAdaptacaoTranscultural.pdf>

54. KEYLA CAROLINE DE ALMEIDA, Juliana Da Motta Girardi; SILVA, Larissa Ferreira Da - **Certolizumab pegol para o tratamento de artrite psoriática em primeira linha de tratamento biológico (MMCD-b)**. 2021. [Consulta 25 jun. 2022]. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/10/1293243/20210708\\_relatorio\\_626\\_certolizumabe\\_artrite\\_psoriaca\\_p39.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/10/1293243/20210708_relatorio_626_certolizumabe_artrite_psoriaca_p39.pdf)
55. WRIGHT; MOLL - Psoriatic arthritis. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**. 3:1 (1973) 55–78. doi: [https://doi.org/10.1016/0049-0172\(73\)90035-8](https://doi.org/10.1016/0049-0172(73)90035-8).

## Anexos

### Anexo I- Questionário EARP <sup>52</sup>

Questões	SIM*	Não
1. Tem dores nas articulações?	1	0
2. Nos últimos 3 meses, tomou medicamentos anti-inflamatórios pelo menos duas vezes por semana?	1	0
3. Acorda espontaneamente durante a noite devido a dores no fundo das costas?	1	0
4. Ao acordar, sente dificuldade em abrir e fechar mãos, por prisão dos movimentos, por mais de 30 minutos?	1	0
5. Os seus pulsos ou dedos das mãos costumam doer?	1	0
6. Os seus pulsos ou dedos das mãos costumam inchar?	1	0
7. Pelo menos um dos seus dedos das mãos ou dos pés dói e fica inchado durante 3 dias ou mais?	1	0
8. A região traseira do seu tornozelo (tendão de Aquiles) costuma inchar?	1	0
9. Costuma ter dores nos pés ou tornozelos?	1	0
10. Costuma ter dores nos cotovelos ou ancas?	1	0

\*Se total >3, referenciar para a reumatologia

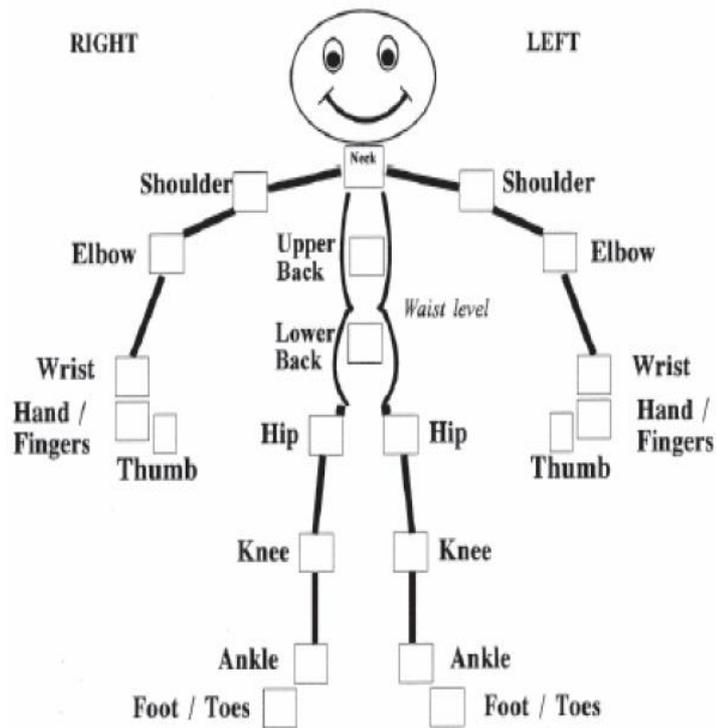
### Anexo 2- Questionário PASE <sup>53</sup>

Symptoms sub-scale	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1. I feel tired for most of the day	1	2	3	4	5
2. My joints hurt	1	2	3	4	5
3. My back hurts	1	2	3	4	5
4. My joints become swollen	1	2	3	4	5
5. My joints feel 'hot'	1	2	3	4	5
6. Occasionally, an entire finger or toe becomes swollen, making it look like a 'sausage'	1	2	3	4	5
7. I have noticed that the pain in my joints moves from one joint to another, e.g. my wrist will hurt for a few days then my knee will hurt and so on	1	2	3	4	5
<b>SYMPTOM SCORE (Max 35)</b>	Add scores for questions 1-7 and write in box A				A.
Function sub-scale	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
8. I feel that my joint problems have affected my ability to work	1	2	3	4	5
9. My joint problems have affected my ability to care for myself, e.g. getting dressed or brushing my teeth	1	2	3	4	5
10. I have had trouble wearing rings on my fingers or my watch	1	2	3	4	5
11. I have had trouble getting into or out of a car	1	2	3	4	5
12. I am unable to be as active as I used to be	1	2	3	4	5
13. I feel stiff for more than 2 hours after waking up in the morning	1	2	3	4	5
14. The morning is the worst time of day for me	1	2	3	4	5
15. It takes me a few minutes to get moving to the best of my ability, any time of the day	1	2	3	4	5
<b>FUNCTION SCORE (Max 40)</b>	Add scores for question 8-15 and write in box B				B.
<b>TOTAL PASE SCORE (Max 75)</b>	Add scores in boxes A and B and write in box C				C.

**Anexo 3- Questionário PEST** <sup>53</sup>

	NO	YES
Have you ever had a swollen joint (or joints)?		
Has a doctor ever told you that you have arthritis?		
Do your finger nails or toe nails have holes or pits?		
Have you had pain in your heel?		
Have you had a finger or toe that was completely swollen and painful for no apparent reason?		

In the drawing below, please tick the joints that have caused you discomfort (i.e., stiff, swollen, or painful joints).



## Anexo 4- Questionário ToPAS 53

The Psoriatic Arthritis Clinic, Centre for Prognosis Studies in The Rheumatic Diseases  
Toronto Western Hospital, University Health Network, University of Toronto ©July 1999

Study # \_\_\_\_\_

---

**Toronto Psoriatic Arthritis Screening Questionnaire**

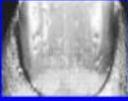
Date: \_\_/\_\_/\_\_  
yr mo da

Please tick (✓) each correct response or fill in the blank for all questions on both sides of the page

Date of Birth: \_\_/\_\_/\_\_ Gender:  Male  Female Ethnic Background: \_\_\_\_\_  
yr mo da



**Figure 1**  
Skin rash on the elbows



**Figure 2**  
Pits in the nail



**Figure 3**  
Lifting of the nail

**1a. Have you ever had a skin rash consisting of red AND silvery-white scaly areas particularly on the elbows, knees or scalp as shown in FIGURE 1?**  Yes  No

If YES: b. At approximately what age did you first notice this skin rash? \_\_\_\_\_ years old  
c. Do you have this rash now?  Yes  No

**2. Have you ever noticed any of these changes in your fingernails**

a. Pits in the nails as shown in figure 2  Yes  No

b. Lifting of the nail from the nail bed as shown in figure 3?  Yes  No

If YES: a. At approximately what age did you first notice them? \_\_\_\_\_ years old  
b. Do you have either of these nail changes now?  Yes  No

**3. Have you ever seen a doctor about a skin rash?**  Yes  No

**4. Has a doctor ever diagnosed you with psoriasis?**  Yes  No

If YES: a. At approximately what age did you first notice this skin rash? \_\_\_\_\_ years old

<b>5a. Have you ever had joint pain, joint stiffness or swollen red joints that was not the results of Injury?</b> If YES: a. At approximately what age did you first notice these symptoms? _____ years old b. Do you have any symptoms now? <span style="float: right;"><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</span>
<b>6. Have you ever had a "sausage shaped" swollen finger or toe that was not the result of an injury?</b> <span style="float: right;"><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</span>
<b>7. Have you ever had neck pain lasting at least 3 months that was not injury related?</b> If YES: a. Was the neck pain accompanied by stiffness? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No b. Do you have any neck pain now? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<b>8. Have you ever had back pain lasting at least 3 months that was not injury related?</b> If YES: a. Was the back pain accompanied by stiffness? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No b. Do you have any back pain now? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<b>9. Have you ever had a skin rash on any part of your body at the same time as joint pain, joint stiffness or swollen red joints?</b> <span style="float: right;"><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</span> If YES: a. At approximately what age did you first notice this skin rash? _____ years old b. Do you have this rash now? <span style="float: right;"><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</span>
<b>10. Have your ever seen a doctor about any joint pain?</b> <span style="float: right;"><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</span>
<b>11. Have you ever been diagnosed with any form of arthritis other than psoriatic arthritis?</b> <span style="float: right;"><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</span> Rheumatoid arthritis <input type="radio"/> Osteoarthritis <input type="radio"/> Lupus (SLE) <input type="radio"/> Fibromyalgia <input type="radio"/> Ankylosing spondylitis <input type="radio"/> Scleroderma <input type="radio"/> Other <input type="radio"/>
<b>12. Has a doctor ever diagnosed you with psoriatic arthritis?</b> <span style="float: right;"><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</span> If Yes: a. At what age were your first diagnosed? _____ years old