A artrite psoriática (APs) é uma doença inflamatória crónica, imunomediada e heterogénea, cuja complexidade ultrapassa a associação tradicional entre psoríase e dor articular. A doença pode envolver simultaneamente articulações periféricas, coluna vertebral, enteses, dedos, pele e unhas, apresentando diferentes fenótipos e graus de gravidade. Esta diversidade clínica ajuda a explicar por que razão pessoas com o mesmo diagnóstico podem apresentar percursos profundamente distintos, desde situações com impacto funcional relativamente reduzido até quadros associados à dor persistente, limitação da mobilidade, perda de autonomia e incapacidade para desempenhar atividades profissionais e sociais. Assim, compreender a APs exige uma abordagem que ultrapasse a avaliação isolada da inflamação e considere aquilo que a doença representa na vida quotidiana da pessoa.

A relevância da APs é igualmente demonstrada pela sua expressão epidemiológica. Kalyoncu e Ayan (2026) estimam que a prevalência da doença na população geral se situe aproximadamente entre 0,1% e 0,2%, embora exista considerável variabilidade geográfica. Entre as pessoas com psoríase, aproximadamente 20% poderão desenvolver APs, enquanto as estimativas de incidência na população geral variam entre 3 e 41 casos por 100 000 pessoas-ano. Os autores referem ainda um aumento da prevalência identificada em diferentes regiões, fenómeno que poderá estar relacionado, pelo menos parcialmente, com maior conhecimento da doença e melhoria da capacidade diagnóstica. Estes dados reforçam a importância da vigilância de sintomas musculoesqueléticos nas pessoas com psoríase, uma vez que o reconhecimento precoce poderá permitir uma intervenção numa fase em que ainda seja possível prevenir ou limitar dano estrutural e deterioração funcional.

A heterogeneidade constitui uma das características fundamentais da APs. Hackett et al. (2026) descrevem-na como uma doença inflamatória multidomínio, que pode manifestar-se através de artrite periférica, entesite, doença axial, dactilite e envolvimento cutâneo e ungueal, frequentemente acompanhada por diferentes comorbilidades. Na prática, esta variabilidade significa que o diagnóstico não é suficiente para determinar o impacto da doença. Uma pessoa poderá manter independência nas atividades de vida diária, enquanto outra poderá apresentar dificuldade em caminhar, subir escadas, permanecer de pé durante períodos prolongados, utilizar as mãos, vestir-se ou executar tarefas profissionais que anteriormente realizava sem limitações.

Algumas manifestações apresentam ainda a particularidade de serem pouco visíveis para terceiros. Rigidez matinal, fadiga, dor nas enteses e perda de destreza manual podem ser

difíceis de reconhecer durante uma observação clínica breve, apesar de interferirem significativamente com a funcionalidade. A dimensão dermatológica também não deve ser dissociada da experiência global da doença. Pitzalis et al. (2025), numa revisão sistemática sobre a relação entre gravidade cutânea e qualidade de vida em pessoas com APs, identificaram uma associação consistente entre maior gravidade das manifestações cutâneas e pior qualidade de vida. Esta evidência reforça a necessidade de evitar uma separação artificial entre pele, sistema musculoesquelético e experiência psicossocial.

Esta complexidade apresenta consequências diretas para a escolha do tratamento. Queiro et al. (2025) defendem uma abordagem individualizada, considerando os domínios clínicos predominantes, a gravidade das manifestações, as comorbilidades, os tratamentos anteriormente utilizados e as características específicas de cada pessoa. O tratamento não deve ser definido apenas pelo diagnóstico de APs, mas pela forma concreta como a doença se manifesta. Uma pessoa com doença axial predominante poderá apresentar necessidades terapêuticas diferentes das de outra com artrite periférica, entesite ou psoríase cutânea extensa.

Nas últimas décadas, as possibilidades farmacológicas expandiram-se substancialmente. Para além das estratégias destinadas ao controlo sintomático e dos fármacos antirreumáticos modificadores da doença convencionais, estão disponíveis diferentes terapêuticas biológicas e sintéticas dirigidas. Hackett et al. (2026) destacam intervenções sobre mecanismos como o fator de necrose tumoral, o eixo das interleucinas 23 e 17 e a sinalização das Janus quinases. Estes avanços permitiram melhorar significativamente o controlo da doença em muitos doentes. Contudo, continuam a existir situações de resposta incompleta, intolerância, perda de eficácia ao longo do tempo ou persistência de atividade em determinados domínios. A multiplicidade de medicamentos disponíveis não elimina, assim, a necessidade de acompanhamento continuado e reajustamento terapêutico.

Também o conceito de sequenciação terapêutica está a evoluir. Lema Martinez e Coates (2026) argumentam que, perante a falência de uma terapêutica, a decisão clínica deve ultrapassar a dicotomia entre permanecer dentro da mesma classe farmacológica ou mudar para um mecanismo diferente. A trajetória clínica, as respostas anteriores, os diferentes domínios da doença e os objetivos terapêuticos devem contribuir para uma estratégia dinâmica. Esta perspetiva aproxima o tratamento de um modelo verdadeiramente personalizado, no qual as decisões são revistas de acordo com a evolução individual e não

através de uma sucessão rígida e uniforme de medicamentos.

Todavia, controlar a inflamação não significa necessariamente recuperar toda a funcionalidade perdida. A existência de dano estrutural, dor residual, fadiga, diminuição da força muscular ou limitação da mobilidade pode continuar a interferir com as atividades quotidianas mesmo quando determinados indicadores clínicos apresentam melhoria. É neste ponto que a funcionalidade assume particular relevância. A avaliação não deverá restringir-se à intensidade da dor ou ao número de articulações afetadas, mas procurar compreender aquilo que a pessoa deixou de conseguir realizar. Caminhar, tomar banho, vestir-se, preparar uma refeição, conduzir, escrever, trabalhar, cuidar da família ou simplesmente levantar-se e iniciar as atividades matinais constituem dimensões concretas da autonomia.

A valorização da experiência da própria pessoa encontra suporte na investigação recente. Coyle et al. (2025), num estudo transversal envolvendo 503 pessoas com APs, analisaram a utilização de medidas de resultados reportados pelos doentes na intensificação terapêutica e na satisfação com os cuidados. Os patient-reported outcome measures (PROMs) permitem captar dimensões que podem não estar integralmente representadas pelos parâmetros laboratoriais, imagiológicos ou pela avaliação objetiva das articulações. Incorporar a perceção da pessoa não significa substituir a avaliação clínica, mas complementá-la com informação acerca do impacto real da doença no quotidiano.

Neste contexto, a reabilitação deve ser entendida como uma componente de uma abordagem integrada. A preservação da amplitude articular, força muscular, equilíbrio, resistência, capacidade de marcha e destreza pode ser determinante para a manutenção da independência. A Enfermagem de Reabilitação e a Fisioterapia podem contribuir para identificar limitações, estabelecer objetivos funcionais individualizados, promover exercício adequado, desenvolver estratégias de proteção articular e favorecer a autonomia nas atividades de vida diária. Esta intervenção beneficia de articulação com a Reumatologia e, consoante as necessidades individuais, com Dermatologia, Medicina Geral e Familiar, Terapia Ocupacional, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

A abordagem interdisciplinar é particularmente importante porque a incapacidade associada à APs não resulta necessariamente de uma única manifestação. Dor, rigidez, fadiga, alterações estruturais, limitações da marcha, perda de destreza manual e repercussões emocionais podem interagir e produzir um impacto superior àquele que cada componente

teria isoladamente. A avaliação funcional deve, por isso, procurar compreender a pessoa no seu contexto familiar, profissional e social. O objetivo não consiste apenas em tratar uma articulação inflamada, mas em evitar que a progressiva limitação funcional determine aquilo que a pessoa consegue fazer, onde consegue trabalhar ou de que forma consegue participar na sociedade.

Esta perspetiva torna-se igualmente relevante quando se considera a incapacidade e os direitos da pessoa com doença crónica. O diagnóstico de APs, por si só, não traduz automaticamente determinado grau de incapacidade. A mesma doença pode produzir repercussões funcionais muito diferentes entre indivíduos. Consequentemente, quando existem limitações persistentes, a documentação clínica deve caracterizar objetivamente as consequências da doença, incluindo, quando aplicável, articulações afetadas, alterações estruturais, rigidez, entesite, dactilite, amplitude articular, capacidade de marcha, função das mãos, necessidade de produtos de apoio, tratamentos realizados e impacto nas atividades quotidianas e profissionais. A avaliação das consequências funcionais permite deslocar a discussão do simples nome da doença para aquilo que efetivamente acontece à pessoa que vive com ela.

A literatura científica recente demonstra, portanto, uma mudança progressiva na compreensão da APs. Os avanços terapêuticos analisados por Hackett et al. (2026), a individualização terapêutica defendida por Queiro et al. (2025) e a evolução das estratégias de sequenciação discutida por Lema Martinez e Coates (2026) revelam uma abordagem cada vez mais orientada para a complexidade e heterogeneidade da doença. Paralelamente, os resultados apresentados por Pitzalis et al. (2025) e Coyle et al. (2025) evidenciam que a qualidade de vida, a funcionalidade e a experiência reportada pela própria pessoa devem integrar a avaliação dos resultados terapêuticos.

Tratar a artrite psoriática significa, assim, tratar a inflamação sem perder de vista a funcionalidade e a dignidade da pessoa. Mais do que perguntar apenas quantas articulações estão inflamadas, importa perceber o que a pessoa deixou de conseguir fazer. Mais do que observar a extensão da doença cutânea, importa compreender o seu impacto na autoestima, no trabalho e na participação social. E, mais do que avaliar se determinado medicamento produziu uma resposta clínica, importa perceber se essa resposta permitiu recuperar autonomia e qualidade de vida. O desafio contemporâneo da APs reside precisamente nesta integração: diagnosticar precocemente, individualizar o tratamento, preservar a

funcionalidade, promover a reabilitação e reconhecer que o objetivo final dos cuidados não é apenas controlar uma doença, mas permitir que a pessoa continue a viver, participar e exercer os seus diferentes papéis com a maior autonomia e dignidade possíveis.

Referências Bibliográficas

Coyle, C., Watson, L., Whately-Smith, C., et al. (2025). How do patient-reported outcome measures affect treatment intensification and patient satisfaction in the management of psoriatic arthritis? A cross-sectional study of 503 patients. Rheumatology, 64(1), 242–251. https://doi.org/10.1093/rheumatology/kead679

Hackett, S., Al-Mossawi, H., & Coates, L. C. (2026). State of the art and novel treatments in psoriatic arthritis. Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 102135. https://doi.org/10.1016/j.berh.2026.102135

Kalyoncu, U., & Ayan, G. (2026). Global epidemiology of psoriatic arthritis. Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 102148. https://doi.org/10.1016/j.berh.2026.102148

Lema Martinez, J. M., & Coates, L. C. (2026). Going beyond cycling versus swapping for treatment sequencing in psoriatic arthritis. Nature Reviews Rheumatology, 22, 537–538. https://doi.org/10.1038/s41584-026-01404-3

Pitzalis, C., Myall, N., Dey, M., & Kouranloo, K. (2025). Severity of skin disease strongly correlates with quality of life in people with psoriatic arthritis: A systematic review. Rheumatology International, 45(2), 39. https://doi.org/10.1007/s00296-025-05791-w

Queiro, R., Pinto-Tasende, J. A., & Montilla-Morales, C. (2025). Navigating psoriatic arthritis: Treatment pathways and patient-specific strategies for improved outcomes. Drugs, 85(7), 867–882. https://doi.org/10.1007/s40265-025-02192-y