

# CONCEITOS FUNDAMENTAIS DO PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS AOS PACIENTES PORTADORES DE ARTRITE PSORIÁSICA

Irene Evelin Quintana<sup>1</sup>; Vinícius Perciliano da Silva<sup>1</sup>; Deigilam Cestari Esteves<sup>2,4</sup>; Juliana de Carvalho Apolinário Coêlho<sup>3,4\*</sup>

<sup>1</sup> Graduando em Enfermagem, Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS; <sup>2</sup> Mestre em Saúde e Meio Ambiente – UNOESTE <sup>3</sup> Doutora em Ciências Fisiológicas – UNESP; <sup>4</sup> Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

\* autor correspondente: juapolinario@yahoo.com.br

## RESUMO

A artrite psoriásica (AP) corresponde a uma doença articular de apresentação clínica variável e heterogênea, seja do ponto de vista dermatológico ou reumatológico, associada a comorbidades importantes como *diabetes mellitus*, hipertensão arterial e dislipidemia, podendo haver múltiplas combinações entre seus subtipos. Sua etiologia está ligada a fatores genéticos, imunológicos e ambientais interagem entre si até culminarem nas manifestações clínicas cutâneas e articulares. É responsável por uma piora na qualidade de vida, afetando significativamente o desenvolvimento físico e emocional do indivíduo. Sua prevalência global pode alcançar 1,0% da população com uma incidência que varia de 0,01-5,0 a cada 100.000 casos ao ano. No Brasil, a AP é a segunda espondiloartrite com mais frequência no País. Esta enfermidade causa prejuízos físicos e emocionais ao paciente, demandando maiores cuidados e atenção no trato dos mesmos. Esse estudo tem por objetivo analisar o papel do enfermeiro em relação aos cuidados dos pacientes com artrite psoriásica, bem como abordar seus conceitos e contexto histórico.

**PALAVRAS-CHAVE:** artrite psoriásica; cuidados de enfermagem; aspectos conceituais e etiológicos.

## 1 INTRODUÇÃO

A psoríase corresponde a afecção cutânea inflamatória poligênica desencadeada por fatores que incluem traumas, infecções e medicações, suas manifestações clínicas são diversificadas de acordo com a predisposição de cada indivíduo, entretanto, em sua maioria se caracteriza pela presença de placas eritematosas e descamativas de bordos bem definidos que afetam especial as áreas de extensão de membros como joelhos e cotovelos (GRIFFITHS; BARKER, 2007).

A psoríase artropática é elencada como uma das várias formas que a psoríase se apresenta, a reumatologia a denomina como artrite psoriásica (AP) que se refere a uma doença inflamatória crônica das articulações sinoviais associada à

psoríase, classificada no grupo das espondiloartrites, onde se encontram as doenças que compartilham a negatividade para o fator reumatoide (FR) e manifestações clínicas como artrite de articulações periféricas e do esqueleto axial e entesite (LAN; BINGHAM, 2008; MOLL; WRIGHT, 1973).

Etiologicamente, a AP sofre influências de fatores ambientais, infecciosos e imunogenéticos, em um indivíduo geneticamente predisposto, que possua determinados antígenos HLA, a presença de um fator ambiental pode desencadear as alterações imunológicas que resultarão na manifestação da doença articular (BOWCOCK, 2005). Infecções por vírus ou bactérias Gram positivas, como o estreptococo, trauma articular e estresse emocional desempenham um importante

papel no que se refere a AP (RITCHLIN et al., 2010).

A AP é responsável por uma piora na qualidade de vida, afetando significativamente o desenvolvimento físico e emocional do indivíduo, comprometendo também seu convívio social, pois a pessoa afetada sofre com a desfiguração, incapacidade e perda acentuada da produtividade, o que resulta em discriminação e exclusão pela sociedade. O bem-estar mental se mostra atingido através das taxas mais altas de depressão associadas aos portadores da doença (FUJI et al., 2012; SAMPOGNA; TABOLLI; ABENI, 2012; TANG et al., 2013).

A prevalência global da AP pode alcançar 1,0% da população com uma incidência que varia de 0,01-5,0 a cada 100.000 casos ao ano. Em pacientes com psoríase, a prevalência sofre um aumento considerável, variando de 6-41%, isso ocorre devido aos diferentes critérios diagnósticos utilizados e no tempo de evolução da psoríase cutânea (CARNEIRO et al., 2013; LIU, 2014; OGDIE et al., 2013).

No Brasil, estudos epidemiológicos verificaram que a AP é a segunda espondiloartrite com mais frequência no País, sendo sua prevalência de 13,7%, na população previamente acometida por psoríase esta taxa é de 33%. Em sua maioria, cerca de 75% dos casos, a AP se manifesta após o aparecimento das lesões cutâneas, em 10% se apresenta de forma concomitante e em 15% precede a psoríase (CARNEIRO et al., 2013; RANZA et al., 2015; SAMPAIO-BARROS, 2011).

Diante deste contexto, o presente trabalho tem como objetivo analisar o papel do enfermeiro em relação aos cuidados dos pacientes com artrite psoriásica, bem como abordar seus conceitos e contexto histórico.

A metodologia da pesquisa consistiu na realização de uma revisão bibliográfica, através do amplo levantamento de fontes teóricas, tais como livros, artigos científicos, monografias, disser-

tações, teses, dentre outros documentos relativos ao tema, com o intuito de contextualizar a pesquisa e seu embasamento teórico (FONSECA, 2002).

## **2 ARTRITE E PSORÍASE: PRINCIPAIS CONCEITOS**

A artrite se caracteriza como uma inflamação em uma ou mais articulações do corpo, quando dois ossos se juntam. Esta doença afeta duas vezes mais o sexo feminino e, em geral, tem seu início entre 30-40 anos, aumentando sua incidência conforme o envelhecimento. Trata-se de uma das causas mais comuns de incapacidade, sendo que mais de 23% da incapacidade para atividades atribuídas a idosos tem como causa principal a artrite (CDC, 2009; SONG; CHANG; DUNLOP, 2006).

As causas para o desenvolvimento de artrites ainda não estão totalmente esclarecidas, mas estudos relacionam sua etiologia a doença autoimune, trauma, infecção, desgaste das articulações e até disfunções metabólicas. Apresenta como principais sintomas: dor e rigidez articular, restrição do movimento das articulações, inflamação e edema (inchaço) articular, e calor e vermelhidão da pele ao redor da articulação (HOOTMAN; CHENG, 2009).

Para minimizar os danos causados pelas artrites, são recomendadas como medidas preventivas: evitar a realização de movimentos excessivos e repetitivos, para não sobrecarregar as articulações; controlar o peso, pois o excesso de gordura no corpo aumenta a pressão sobre as articulações, afetando principalmente os joelhos e quadril; indivíduos com histórico de artrite na família devem buscar acompanhamento médico preventivo, mesmo na ausência de sintomas (DO et al., 2011).

O tratamento para artrite pode ser realizado de diversas formas, entretanto, é de entendimento comum entre os profissionais médicos de que quanto mais

cedo o paciente buscar por consulta médica, as chances de melhores resultados são aumentadas. Dentre os tratamentos mais comum, destacam-se: o uso de medicamentos, como analgésicos para alívio da dor, anti-inflamatórios não esteroides para redução da inflamação, antirreumáticos para estagnar o progresso da artrite reumatoide. Em casos mais graves, poderá ser necessária uma intervenção cirúrgica para substituição da articulação (artroplastia) ou de reposicionamento dos ossos (osteotomia). Outros tratamentos como massagem, hidroterapia (exercício em água morna e de pouca profundidade) e acupuntura também são empregados na redução dos sintomas e retardo do processo degenerativo (ARTHRITIS FOUNDATION, 2020; BOMBARD et al., 2005).

Em relação a psoríase, O Ministério da Saúde, através do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) aprovado na Portaria Nº 1229 de 5 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013, p.3) define a psoríase como: “[...] uma doença sistêmica inflamatória crônica, não contagiosa, que afeta a pele, as unhas e, ocasionalmente, as articulações”. Costuma apresentar morfologia, distribuição e diferentes tipos de gravidade, com ciclos de exacerbação e remissão da doença.

A Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) publicou dados no Consenso Brasileiro de Psoríase (2012, p.11) que detalham a base da doença como genética, acometendo tanto os sexos masculino quanto feminino, e com picos de incidência entre 20-50 anos, em alguns casos pode haver manifestação da doença antes dos 15 anos estando correlacionado a casos familiares.

O Consenso Brasileiro de Psoríase descreve como manifestações clínicas da doença:

[...] placas eritematoescamosas, bem delimitadas, ocasionalmente pruriginosas, em áreas de traumas constantes na pele – cotovelos, joelhos, região pré-tibial, couro

cabeludo e região sacra. O tamanho e o número das placas são variáveis, podendo ocorrer acometimento de toda a pele (SBD, 2012, p.11).

Em alguns casos, a psoríase não se restringe à pele e causa inflamações dolorosas em outras regiões, principalmente nas articulações, como é o caso da artrite psoriática. As principais formas clínicas cutâneas são: psoríase vulgar (em placas), gutata ou em gotas eruptivas, psoríase inversa nas flexuras e áreas úmidas, psoríase pustulosa e a forma mais grave, a eritrodérmica na qual aparece um quadro exacerbado com placas que se estendem e acabam fusionando, acometendo grandes áreas e causando muita dor. Há também ao menos 5 formas da psoríase artropática: interfalângica distal, oligoartrítica assimétrica, poliartrite, espondilite e artrite mutilante (MOLL; WRIGHT, 1973).

Pacientes que sofrem de psoríase, frequentemente, podem apresentar doenças concomitantes em relação ao restante da população, sendo comumente associada a comorbidades como doença de Crohn, uveíte, depressão, síndrome metabólica, obesidade, hipertensão, diabetes tipo II e a dislipidemia, e em quadros mais graves, a doença se torna um de agravo para risco cardiovascular (ME-NEGON, 2011).

Segundo a SBD (2012) o diagnóstico da psoríase é realizado através de análise clínica e laboratorial, onde o dermatologista avalia as informações fornecidas pelo paciente, identifica o tipo, a distribuição das lesões e solicita exames histopatológicos. Em relação a artrite psoriática, são realizados exames radiológicos juntamente a consulta com um médico reumatologista para confirmação identificação da mesma.

Ainda de acordo com a SBD, o tratamento “depende da forma clínica da doença, da gravidade e extensão, da idade, sexo, escolaridade e das condições do paciente, em relação à saúde geral e situação socioeconômica” (SBD, 2012, p.

13).

### 3 ARTRITE PSORIÁSICA: CONCEITOS E ORIGEM

A artrite psoriásica (AP) se trata de uma doença complexa e heterogênea, semelhante a artrite reumatoide e a espondilite anquilosante, bem como assume características próprias, sua distribuição entre os sexos costuma ter proporção de 1:1. Em geral, a afeta as articulações das mãos, pés e, com menor incidência nos tornozelos e os joelhos (mono ou oligoartrite assimétrica), podendo ocasionar rigidez progressiva. Mais raramente, a artropatia pode se manifestar como poliartrite simétrica (a artrite reumatoide-símile), a espondiloartrite ou a artrite mutilante, podendo estar associada a qualquer forma clínica da psoríase (BRUCE, 2008; WILSON et al., 2009).

Figura 1. Artrite psoriásica.



Fonte: Extraído de Narciso, 2013.

Em 1818, ocorreu a primeira associação entre psoríase e artrite, através dos estudos do dermatologista francês Jean-Louis-Marc Alibert (1768-1837). Entretanto, o primeiro a empregar o termo “psoríase artrítica” foi o também dermatologista francês Pierre-Antoine-Ernest Bazin (1807-1878) em 1860; em 1888, Charles Bourdillon apresentou descrições mais detalhadas da enfermidade. Apenas na década de 1950, a artrite psoriásica passou a ser mais estudada quando o reumatologista britânico Verna Wright (1928-1998) percebeu a associação de psoríase com artrite erosiva e baixa

frequência de fator reumatoide, que atingia as articulações interfalangeanas distais e sacrílicas de forma assimétrica. Em 1959, o especialista propôs o termo “artrite psoriásica”, e em 1964 o *American College of Rheumatology* (antes *American Rheumatism Association*) a classificou como entidade clínica distinta da artrite reumatoide (AR). (BLUMBERG, 1964; BRUCE, 2008; GOLDENSTEIN-SCHAINBERG, 2009).

De acordo com Cladman (1998), a artrite psoriásica apresenta cinco formas clínicas, a saber (1) oligoartrite assimétrica (70%), forma clínica mais frequente, que acomete grandes e/ou pequenas articulações; tenossinovites são comuns, caracterizando os “dedos em salsicha”; (2) poliartrite simétrica (15%), forma clínica com quadro articular semelhante à artrite reumatoide, podendo acometer as articulações interfalangeanas distais; (3) distal (5%), acomete exclusivamente as articulações interfalangeanas distais, em geral, possui associação com lesões ungueais (“unha em dedal”); (4) artrite mutilante (> 5%), forma mais grave da enfermidade, com baixa frequência, acomete indivíduos jovens (20-30 anos), afeta pequenas articulações das mãos e dos pés, com quadro progressivo que evolui para deformidades significativas com encurtamento dos dedos e (5) espondilite (5%), apresenta sintomas clínicos idênticos aos da espondilite anquilosante.

As principais comorbidades associadas encontradas possuem relação direta com a síndrome metabólica, indivíduos portadores de artrite psoriásica acabam por ter sua qualidade de vida reduzida principalmente por doenças cardiovasculares prematuras (HUSNI; MEASE, 2010; MATHIEU; MOTREFF; SOUBRIER, 2010).

O prognóstico da doença se torna pior quando há dano articular e acometimento de articulações como quadril, punho, tornozelo, coluna cervical e articulação sacrílica, elevação das provas de reação inflamatórias e manifestações

extrarticulares. Essa piora no quadro afeta em média 20% dos pacientes, destes 50% costumam apresentar erosões

articulares após 24 meses do início da doença (MARSAL et al., 1999; PEDERSEN et al., 2008) (Quadro 1).

**Quadro 1. Fatores que desencadeiam piora no prognóstico**

Para fins de decisão terapêutica:
• Muitas (cinco ou mais) articulações edemaciadas;
• Dano estrutural;
• Velocidade de hemossedimentação (VHS) ou proteína – C reativa (PCR) elevadas;
• Manifestações extrarticulares clinicamente relevantes (exemplo dactilite).

Fonte: Adaptado de Gossec et al., 2016.

O *Group for Research in Psoriasis and Psoriatic Arthritis* (GRAPAA) juntamente com o *Outcome Measures for Rheumatology Clinical Trials* (OMERACT) estabeleceram diversos critérios a serem avaliados em pacientes com AP, como artrite periférica, doença de pele, doenças da coluna vertebral, entesite e dactilite, isto permitiu que fosse criado um novo instrumento de avaliação, o *Composite Psoriatic Disease Activity Index* (CPDAI), que classifica a AP em leve, moderada e grave, através da atribuição de uma pontuação de 0 a 3 a cada um dos 5 domínios da AP com base na atividade da doença e no impacto da doença nesse domínio (FITZGERALD, 2012; MUMTAZ et al., 2009; MUMTAZ; FITZGERALD, 2010).

No Brasil, a Secretaria de Atenção à Saúde em conjunto com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, publicaram Portaria Conjunta N° 26, em 2018, estabelecendo normas de atuação diante do quadro de AP, através da aprovação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriática (BRASIL, 2018).

Para a obtenção de melhores resultados, o tratamento da AP deve ser iniciado de forma precoce, deste modo há mais probabilidades de se evitar a incapacitação funcional e aumentar a qualidade de vida. Para tanto é fundamental que haja a atuação de uma equipe multidisciplinar (reumatologista, dermatologista, fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, oftalmologista e psicólogo). Cabe salientar a importância da

manutenção de programa de atividade física e orientação postural, além de exercícios de alongamento e fortalecimento muscular iniciados de forma gradativa, à medida que a inflamação é controlada pela intervenção medicamentosa (GOLDENSTEIN-SCHAINBERG; FAVARATO; RANZA, 2012).

**3.1 Papel do enfermeiro nos cuidados ao paciente**

Os enfermeiros são orientados, desde sua formação inicial, para uma abordagem individualizada de cuidados, esta corresponde a um atendimento realizado por um ou vários enfermeiros integrados numa equipa multiprofissional, que buscam promover a saúde, através do reforço de comportamentos saudáveis (autocuidado), e da construção e manutenção da confiança e redução da ansiedade (SUHONEN; VÄLIMÄKI; LEINOKILPI, 2008).

O autocuidado é um dos principais elementos relativos à manutenção da saúde, através das orientações do enfermeiro são implementadas intervenções de promoção da saúde voltadas para a prática de cuidados de modo contínuo. Essas intervenções têm por finalidade informar as pessoas sobre a sua condição e tratamento e formá-las acerca da auto-monitorização, percepção e identificação de mudanças na funcionalidade, avaliar a severidade dessas mudanças e as opções para gerir essas mudanças, bem como selecionar e desempenhar ações apropriadas (SIDANI, 2011).

Os cuidados de enfermagem

abrangem vários fatores que dizem respeito à alteração dos padrões típicos de doença; mudança de foco na cura, dando mais importância à prevenção; diminuição do número de dias de internamento, quer pela diminuição do número de recursos, quer pelas reduções impostas pelos custos; maior necessidade de cuidados domiciliários; e, por último, as pessoas estarem mais informadas sobre o papel delas na utilização das unidades de saúde. A promoção e manutenção dos cuidados em enfermagem resultam no surgimento de uma parceria entre enfermeiro e paciente/família, fazendo assim com que sejam desenvolvidos conhecimentos e capacidades para se adaptarem diante das condições relativas à sua doença (KRALIK; PRICE; TELFORD, 2010).

As intervenções de enfermagem apresentam resultados positivos quando os efeitos ou as consequências das ações prestadas pelos enfermeiros apontam alterações verificadas no estado de saúde, no comportamento, na percepção e na resolução de problemas reais ou potenciais dos pacientes (DORAN, 2011).

Em relação a artrite psoriásica, a abordagem da enfermagem busca focar nos aspectos físicos da doença, analisando as experiências e dimensões da doença de pele, no aumento e manutenção da qualidade de vida do paciente e os impactos da doença para estes, nos tratamentos a serem empregados, e na avaliação do nível de conhecimento dos pacientes com psoríase sobre sua doença (DAUS, 2008; JANKOWIAK et al., 2004; RYAN, 2008).

De acordo com Watson e Bruin (2007), Lawton (2007), Guldbakke e Khashemoune (2006) e Grillo, Long e Long (2007), dentre as principais ações empregadas pela enfermagem, destacam-se (i) estimular e orientar o paciente quanto à melhoria da qualidade de vida através de apoio, aconselhamento, educação e satisfação de suas necessidades médicas e emocionais; (ii) ajudar na escolha do

tratamento, apoio psicológico e educação do paciente; (iii) procurar envolver o paciente e seu cuidador nos cuidados diários, tendo como retorno o tratamento precoce e adequado; (iv) manter as unhas do paciente cortadas, prevenindo o surgimento de novas lesões, hidratar diariamente a pele do paciente e manter o equilíbrio térmico, hídrico e eletrolítico; (v) avaliar hábitos através de observação diária, entrevista, reflexão crítica de documentos e formulários, facilitando a prestação de cuidados e trazendo benefícios sociais para estes pacientes; (vi) apresentar um esquema de manejo no tratamento da doença e (vii) auxiliar na realização dos banhos de emersão, desbridamento das lesões e no uso de Morfina para dor.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A artrite psoriásica afeta profundamente a vida dos pacientes, tanto em relação a aspectos físicos como emocionais. A convivência com a dor, a limitação de ações, deformidades diminui substancialmente a qualidade de vida, resultando em um processo penoso para os indivíduos afetados pela enfermidade.

Grandes avanços têm sido feitos em relação a etiologia, avaliação clínica e abordagem terapêutica da AP. Critérios classificatórios tornaram possível diagnóstico precoce dos pacientes afetados. O reconhecimento dos fatores que compõem a doença possibilitou o desenvolvimento de abordagens adequadas e o aumento da expectativa de vida dos pacientes.

Diante disto, os cuidados de enfermagem desempenham ações fundamentais para a manutenção da saúde tanto física como mental, pois o enfermeiro é o profissional detentor de conhecimento técnico e passa segurança ao paciente, fazendo com que tanto sua condição como o tratamento sejam mais compreensíveis, e assim busca amenizar o sofrimento, bem como aplicar o tratamento adequado a cada doença.

## REFERÊNCIAS

- ARTHRITIS FOUNDATION. *Treatment. Health & Wellness*. 2020. Disponível em: <[https://www.arthritis.org/health-wellness/detail?content=treatment&\\_ga=2.32302718.1104414849.1596212419-1847152547.1596212419](https://www.arthritis.org/health-wellness/detail?content=treatment&_ga=2.32302718.1104414849.1596212419-1847152547.1596212419)>. Acesso em: 22 jul. 2020.
- BLUMBERG, B. S. et al. ARA nomenclature and classification of arthritis and rheumatism (tentative). *Arthritis Rheum*. v. 7, p. 93-97, 1964.
- BOMBARD, J. M. et al. Validity and reliability of self-reported arthritis, Georgia Senior Centers, 2000–2001. *Am J Prev Med*. v. 28, n. 3, p. 251-258, 2005.
- BOWCOCK, A. M. Understanding the pathogenesis of psoriasis, psoriatic arthritis and autoimmunity via a fusion of molecular genetics and immunology. *Immunol Res*. v. 32, p. 45-56, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 1229, de 5 de novembro de 2013*. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase. Disponível em <<http://portal-saude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-psoriase-2013.pdf>>. Acesso em 24 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Portaria Conjunta nº 26, de 24 de outubro de 2018*. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriática. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/09/PCDT-Artrite-Psoriaca-22-10-2018.pdf>>. Acesso em 27 jul. 2020.
- BRUCE, I. N. Psoriatic arthritis: clinical features, In: Hochberg MC, Silman A J, Smolen J S, et al, editors. *Rheumatology*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; p.1165-1175, 2008.
- CARNEIRO, S. et al. Recomendações sobre diagnóstico e tratamento da artrite psoriásica. *Rev Bras Reumatol*. v. 53, n. 3, p. 227-241, maio 2013.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. Prevalence and most common causes of disability among adults—United States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. v. 58, n.16, p. 421-426, 2009.
- CLADMAN, D. D. Psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin No rth Am* v. 24, p. 829-44, 1998.
- DAUS, L. Give them a hand: patients with hand and foot Psoriasis Require Special Attention. *Dermatol Nurs*; v. 20, n. 4, p. 291-293, 2008.
- DO, B. T. et al. Healthy People 2010 arthritis management objectives: monitoring prevalence of self-management education and provider counseling for weight loss and exercise. *Ann Fam Med*.v. 9, n. 2, p. 136–141, 2011.
- DORAN, D. *Nursing Outcomes: the state of the science*. 2ª ed. USA: Jones & Bartlett Publishers; 2011.
- FITZGERALD, O. et al. Application of composite disease activity scores in psoriatic arthritis to the PRESTA data set. *Ann Rheum Dis*. v. 71, n. 3, p. 358-362, 2012.
- FONSECA, J. J. S. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC, 2002.
- FUJI, R. et al. Burden of disease in patients with diagnosed psoriasis in Brazil: results from 2011 national health and wellness survey (NHWS). *Value Health*.v. 15, n. 4, p. A107, 2012.

- GOLDENSTEIN-SCHAINBERG, C. Artrite psoríase. In: Martins MA, Carilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL (orgs.). *Clínica Médica*. v. 5. Barueri: Manole, 2009; p. 628-631.
- GOLDENSTEIN-SCHAINBERG C. FAVARATO MHS, RANZA R. Conceitos atuais e relevantes sobre artrite psoríase. *Rev Bras Reumatol*. v. 52, n. 1, p. 98-106, 2012.
- GOSSEC, L. et al. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update. *Ann Rheum Dis*. v. 75, n. 3, p. 499–510, março de 2016.
- GRIFFITHS, C. E. M.; BARKER, J. N. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* v. 370, n. 9583, p. 263-271, 2007.
- GRILLO, M.; LONG, R.; LONG, D. Habit reversal training for the itch-scratch cycle associated with pruritic skin conditions. *Dermatol Nurs* v. 19, n. 3, p. 243-249, 2007.
- GULDBAKKE, K. K.; KHACHEMOUNE, A. Guttate psoriasis. *Dermatol Nurs* v. 18, n. 4, p. 369, 2006.
- HOOTMAN, J. M.; CHENG, W. V. Psychological distress and fair/poor health among adults with arthritis: state-specific prevalence and correlates of general health status, United States, 2007. *Int J Public Health*. v. 54, n. suppl 1, p. S75–S83, 2009.
- HUSNI, M. E.; MEASE, P. J. Managing comorbid disease in patients with psoriatic arthritis. *Curr Rheumatol Rep*. v. 12, n. 4, p. 281-287, 2010.
- JANKOWIAK, B. et al. The need for health education among patients with psoriasis. *Dermatol Nurs* v. 16, n. 5, p. 439-444, 2004.
- KRALIK, D.; PRICE, K.; TELFORD K. The meaning of self-care for people with chronic illness. *J Nurs Healthc Chronic Illn*. v. 2, n. 3, p. 197-204, 2010.
- LAN, G. K.; BINGHAM, C. O. Artrite psoriática. In: Imboden J, Hellmann D, Stone J. *Current: Reumatologia – Diagnóstico e Tratamento*. 2ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2008.
- LAWTON, S. Skin barrier function and the use of emollients in dermatological nursing. *Br J Nurs*. v. 16, n. 12, p. 712: 4-9, 2007.
- LIU, J-T. Psoriatic arthritis: Epidemiology, diagnosis, and treatment. *World J Orthop*. v. 5, n. 4, p. 537, 2014.
- MARSAL, S. et al. Clinical, radiographic and HLA associations as markers for different patterns of psoriatic arthritis. *Rheumatology*. v. 38, n. 4, p. 332–337, 1999.
- MATHIEU, S.; MOTREFF, P.; SOUBRIER, M. Spondyloarthropathies: an independent cardiovascular risk factor? *Joint Bone Spine*. v. 77, n. 6, p. 542-545, 2010.
- MENEGON, D. B. *Avaliação de comorbidades em pacientes com psoríase*. Faculdade de Medicina, Dissertação (Mestrado). Programa de pós-graduação em Medicina: Porto Alegre, 2011. 80f. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/35888>>. Acesso em: 24 jul. 2020.
- MOLL, J. M.; WRIGHT, V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. v. 3, n. 1, p. 55–78, 1973.
- MUMTAZ, A. et al. Development of A Composite Psoriatic Disease Activity Index [resumo]. *Arthritis Rheum*. v. 60, n. Suppl 10, p. s200, 2009.

- MUMTAZ, A.; FITZGERALD, O. Application of the GRAPPA psoriatic arthritis treatment recommendations in clinical practice. *Curr Rheumatol Rep.* v. 12, n. 4, p. 264-271, 2010.
- NARCISO, L. *Manual informativo para o doente com Artrite Psoriática*. Centro Hospitalar Lisboa Norte, Unidade Técnica de Reumatologia. 2013.
- OGDIE, A. et al. Prevalence and treatment patterns of psoriatic arthritis in the UK. *Rheumatology.* v. 52, n. 3, p. 568–575, março de 2013.
- PEDERSEN, O. et al. On the heritability of psoriatic arthritis. Disease concordance among monozygotic and dizygotic twins. *Ann Rheum Dis.* v. 67, n. 10, p. 1417–1421, 2008.
- PETROS, H. M. What's your assessment? Palmoplantar pustulosis. *Dermatol Nurs.* v. 20, n. 3, p. 203-205, 2008.
- RANZA, R. et al. Prevalence of Psoriatic Arthritis in a Large Cohort of Brazilian Patients with Psoriasis. *J Rheumatol.* v. 42, n. 5, p. 829–834, maio de 2015.
- RYAN, S. Psoriasis: characteristics, psychosocial effects and treatment options. *Br J Nurs.* v. 17, n. 5, p. 284-290, 2008.
- RITCHLIN, C. T. et al. Biomarkers in psoriasis and psoriatic arthritis: GRAPPA 2008. *J Rheumatol.* v. 37, n. 2, p. 462–467, 2010.
- SAMPAIO-BARROS, P. D. Epidemiology of Spondyloarthritis in Brazil. *Am J Med Sci.* v. 341, n. 4, p. 287–288, abril de 2011.
- SAMPOGNA, F.; TABOLLI, S.; ABENI, D. IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) investigators. Living with psoriasis: prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Derm Venereol.* v. 92, n. 3, p. 299-303, 2012.
- SIDANI, S. Self-Care. In: Doran D. *Nursing Outcomes: the state of science*. 2ª ed. USA: Jones & Bartlett Publishers, p.131-200, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (SBD). *Consenso Brasileiro de Psoríase 2012 - Guias de avaliação e tratamento*. 2ed. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/textecc/traducao/dermatologia/files/outros/Consenso\\_Psoríase\\_2012.pdf](http://www.ufrgs.br/textecc/traducao/dermatologia/files/outros/Consenso_Psoríase_2012.pdf)>. Acesso em: 24 jul. 2020.
- SONG, J.; CHANG, R. W.; DUNLOP, D. D. Population impact of arthritis on disability in older adults. *Arthritis Rheum.* v. 55, n. 2, p. 248–255, 2006.
- SUHONEN, R.; VÄLIMÄKI, M.; LEINOKILPI, H. A review of outcomes of individualized nursing interventions on adult patients. *J Clin Nurs.* v. 17, n. 7, p. 843-860, 2008.
- TANG, M. M. et al. Quality of life and cost of illness in patients with psoriasis in Malaysia: a multicenter study. *Int J Dermatol.* v. 52, n. 3, p. 314-322, 2013.
- WILSON, F. C. et al. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum.* v. 61, n. 2, p. 233-239, 2009. Comment in: *Evid Based Med.* v. 14, n. 6, p.185, 2009.