



Especialistas de MGF e Dermatologia defendem abordagem e gestão partilhada do doente com psoríase

A abordagem do doente com psoríase pela Medicina Geral e Familiar e a sua gestão partilhada com a Dermatologia foram debatidas por médicos de ambas as especialidades, que sublinham a sua importância, no diagnóstico e tratamento dos utentes.

Durante uma [conversa na web promovida pelo Jornal Médico](#), os especialistas em Dermatologia Tiago Torres e Paulo Ferreira, e o especialista em MGF Rui Cernadas falaram dos desafios que se colocam e as estratégias que podem ser implementadas para melhorar a articulação entre as áreas e o tratamento da doença.

Foi também neste âmbito que, recentemente, um conjunto de especialistas em Dermatologia e em MGF – no qual se incluem os três médicos presentes na conversa virtual – desenvolveu um algoritmo de referência e gestão partilhada do doente psoriásico, que foi apresentado detalhadamente, neste webinar, por Tiago Torres.

O ponto de partida é, pois, o diagnóstico, sendo que, caso existam dúvidas em identificar se se está perante de um caso de psoríase, o doente deverá ser referenciado para Dermatologia.

Tratar ou referenciar? É outras das questões colocadas pelo algoritmo, desde o momento em que há confirmação de que se trata de psoríase. Para responder é necessário “avaliar a gravidade”, explica Tiago Torres, apresentando três ferramentas para fazê-lo, nomeadamente, a Body Surface Area (BSA), a Psoriasis Area and Severity Index (PASI) – dentro das lesões cutâneas – e a Dermatology Life Quality Index (DLQI), que parte do impacto da qualidade de vida.

Sublinha também a importância de se fazer um rastreio da artrite psoriásica: “A verdade é que 85% dos casos de artrite psoriásica aparecem após o envolvimento cutâneo e, portanto, somos nós – dermatologistas – e a MGF que vamos ver o seu aparecimento, tendo um papel fundamental no seu rastreio”.

Após a avaliação, o algoritmo indica que, caso seja uma psoríase moderada a grave, se devem referenciar os doentes para dermatologia, enquanto as situações suspeitas de artrite psoriásica devem ser encaminhadas para reumatologia.

No que ao tratamento diz respeito, Tiago Torres afirma: “O grande grupo de doentes, que será à volta dos 70%, cairá na forma ligeira, que, numa fase inicial, não há necessidade de referência para a dermatologia”. Explica, por isso, que deverá ser instituído um tratamento tópico, avaliada a resposta e apenas referenciar se esta for insatisfatória.

Recorda que há vários tratamentos disponíveis e que, inclusive, é para os casos mais graves que têm surgido mais terapêuticas.

“Nós, hoje em dia, para as formas graves, conseguimos controlar quase por completo, todos os doentes, com as terapêuticas. Para as formas localizadas, não temos tantos tratamentos novos: temos veículos novos, que nos trouxeram mais eficácia, mas não temos princípios ativos”, refere.

Na doença localizada, o tratamento passa pela utilização de corticoesteroides, análogos vitamina D – cuja combinação é apontada como a “melhor opção” – e inibidores calcineurina (off label).

Os doentes com psoríase têm maior risco de doença cardiovascular, em parte, devido ao aumento das comorbilidades cardio metabólicas, “em particular, a obesidade”, mas também outras associadas, como a hipertensão, a diabetes e a dislipidemia. Há ainda a inflamação sistêmica – que acontece mais nos doentes graves – e é a combinação dos dois fatores que leva ao aumento da aterosclerose e, portanto, à doença cardiovascular.

O último ponto abordado pelo algoritmo está relacionado com a necessidade da MGF ter conhecimento sobre os efeitos secundários das terapêuticas que são utilizadas nos doentes mais graves.

“Não há dúvida que o doente psoriásico deve ser abordado e gerido em conjunto pela MGF e pela Dermatologia”, aponta, referindo alguns o papel assumido pelos médicos de família, no tratamento das formas ligeiras, na identificação de casos graves e referência à dermatologia, no rastreio, monitorização e tratamento das comorbilidades cardio metabólicas e prevenção da doença cardiovascular, no rastreio da artrite psoriásica e no que concerne ao diagnóstico e tratamento, ou referência, dos efeitos secundários das terapêuticas.

“70% dos doentes, na fase inicial, poderão ser tratados e controlados na MGF”, avança Tiago Torres.

Já Rui Cernadas aponta o fato de as doenças de pele estarem entre as cinco maiores causas de morbilidade, para os clínicos gerais, segundo dados da Organização Mundial de Saúde.

“Isto significa que, no seu conjunto, as doenças dermatológicas constituem um problema de saúde importante, junto da MGF”, salientou, frisando também o número de doentes psoriásicos, em Portugal, que ronda os 250 mil.

Considerando que existem cerca seis mil médicos de família, Rui Cernadas conclui que, em média, cada um terá 40 a 50 doentes com psoríase, afirmando que muitos deles podem não estar “verdadeiramente diagnosticados”.

Partindo dos números apresentados, considera existir uma lacuna na formação específica da especialidade, uma vez que, em MGF, não existe uma “componente dermatológica obrigatória”.

“É verdade que haverá situações dermatológicas que serão agudas e temporárias, mas há outras que são eminentemente doença crónica – como a psoríase é, provavelmente, o melhor exemplo, ainda por cima, uma patologia imonomeidiada – e que tem uma necessidade de controlo assistencial no tempo que não é irrelevante”, justifica Rui Cernadas.

Na sua intervenção, afirmou ainda que o fato de se tratar de uma doença crônica, cujas estimativas são “todas coerentes, quando dizem que vão reduzir a esperança média de vida de cinco a seis anos”, torna essencial a atuação precoce, quer no diagnóstico, quer no tratamento mais adequado e atempado.

Fato é que todos os especialistas se mostraram alinhados, em relação à abordagem e gestão dos doentes psoriásicos, mas também concordam que, a par do subtratamento, há um sub diagnóstico da doença.

Neste ponto, Paulo Ferreira, frisa que “só à volta de 100 a 120 mil doentes estão em acompanhamento médico, e destes, a grande maioria está sub diagnosticada e subtratada”.

Esta realidade é também um desafio para os médicos, que devem ser “proativos, assertivos e eficientes” a levar esses doentes para o seu âmbito, uma vez que muitos deles não mencionam os seus problemas de pele, seja por vergonha, preconceito, desconhecimento, ou problemas de acesso à consulta.

Paulo Ferreira considera que, essa atuação proativa do lado médico, permitir-lhes-ia “que a fração de formas ligeira e moderada fosse ainda maior”, fundamentando que “se identificaria a doença em estados iniciais, e o prognóstico, as vantagens, outcomes – quer para o médico, para o doente e para o SNS – seriam mais valias, a longo prazo. Portanto, na gestão da política de saúde, [é necessário] ir buscar estes doentes que não estão diagnosticados”.

Defendendo que o doente tem de ser visto como “um protagonista”, o dermatologista abre a porta à MGF e à enfermagem para se juntarem ao seu acompanhamento, uma vez que se torna importante avisar os utentes para os fatores desencadeantes da doença, informá-los sobre a psoríase e alertá-los para aspetos como controlar o peso, fazer dieta, abster-se do tabagismo, mas também, verificar o histórico familiar.

“É necessário informar sobre a doença, ir buscar os doentes sub diagnosticados e subtratados, e melhorar a referência”, reforça, acrescentando ser importante que os doentes entrem na consulta, “quando for de especialidade”, nas formas moderadas a grave. Isto para que possam ser tratados e não resvalarem para “as variantes fenotípicas e para a artrite, para as comorbilidades e para o aumento da mortalidade e para a necessidade de terapêuticas biológicas que ficam mais onerosas para o SNS”.

“Portanto, queremos sair de um ciclo vicioso e entrar num ciclo virtuoso”, remata Paulo Ferreira.

Fonte: [Jornal Médico](#).

[Read More](#)
