Nota Técnica 350218

Data de conclusão: 20/05/2025 11:37:47

Paciente

Idade: 34 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Cruz Alta/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 1ª Vara Federal de Carazinho

Tecnologia 350218

CID: M07.3 - Outras artropatias psoriásicas

Diagnóstico: Outras artropatias psoriásicas

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: GUSELCUMABE

Via de administração: SC

Posologia: guselcumabe 100mg - 100 mg na primeira e quarta semana de tratamento, seguido por 100 mg a cada 8 semanas até completar 1 ano de tratamento.

Uso contínuo? -

Duração do tratamento: dia(s)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: GUSELCUMABE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: antiinflamatórios (ibuprofeno, naproxeno, prednisona, prednisolona, dexametasona, hidrocortisona, acetato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona e metilprednisolona), imunomoduladores sintéticos (ciclosporina, leflunomida, sulfassalazina e metotrexato) e imunobiológicos (adalimumabe, etanercepte, infliximabe, golimumabe, secuquinumabe, certolizumabe pegol e tofacitinibe). É ofertada, também, a administração intra-articular de metilprednisolona por meio do procedimento de infiltração de substâncias em cavidade sinovial para o tratamento das manifestações localizadas da condição, conforme PCDT (26).

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: GUSELCUMABE

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: GUSELCUMABE

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: GUSELCUMABE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O guselcumabe é um medicamento dito imunobiológico; trata-se de um anticorpo monoclonal do tipo anti-interleucina23 (anti-IL23). A inibição da sinalização de IL-23 tem, como consequência, a diminuição da inflamação causada pela doença (2).
A eficácia e segurança do guselcumabe no tratamento da artrite psoriática em pacientes já submetidos ao uso de outros medicamentos imunobiológicos foi avaliada por dois ensaios clínicos de fase III: DISCOVER-1 e COSMOS (27,29).
O primeiro, DISCOVER-1 (27), foi um ensaio clínico randomizado (ECR) de fase III, duplo-cego, que avaliou o uso do guselcumabe comparado ao placebo em pacientes com e sem exposição prévia a inibidores de TNF (anti-TNF). Os 382 pacientes incluídos foram randomizados em 3 grupos: o primeiro submetido ao uso de guselcumabe a cada 4 semanas (n=128), o segundo a cada 8 semanas (n=128) e o terceiro ao uso de placebo (n=126). A proporção de pacientes incluídos que não responderam ao uso prévio de anti-TNF foi de 13% (n=17), 12% (n=15) e 10% (n=12) em cada grupo, e aquela de pacientes que apresentavam dactilite foi de 30% (n=38), 39% (n=49) e 44% (n=55), respectivamente. A eficácia do tratamento foi avaliada pelo ACR20, que se refere à proporção de pacientes de cada grupo que atingiu uma redução mínima de 20% no número de articulações acometidas pela condição associada a melhora de, pelo menos, 3 dos 5 seguintes parâmetros: melhora clínica observada/sentida pelo paciente, melhora do paciente percebida/avaliada pelo médico assistente, redução no escore de dor (EVA), redução da incapacidade laborativa ou relacionada às atividade dos cotidiano e melhora laboratorial de algum marcador de fase aguda/alta atividade da doença. O percentual de pacientes que alcançaram o ACR20 após 24 semanas de tratamento foi aferido em 59% (n=76) no grupo que recebeu guselcumabe a cada 4 semanas, 52% (n=66) naquele que recebeu a cada 8 semanas, e 22% (n=28) no grupo placebo; sendo assim, a diferença observada entre a melhora observada nos grupos tratamento e placebo, ou seja, aquele que pode ser atribuída ao uso do guselcumabe, foi de 37% (intervalo de confiança de 95% 26 a 48) no grupo das 4 semanas e de 30% (IC95% 19 a 41) no grupo das 8 semanas, não sendo observada diferença estatística entre os grupos. Embora uma melhora de 30% pareça expressiva, é imperioso que se reconheça que este número reflete que 30% daqueles que receberam o tratamento melhoram em 20%. Quando considerada melhora de 70% (ACR70), por exemplo, observa-se diferença de apenas 6% em relação ao placebo, sem que se traduza em significância estatística. Quando considerados apenas os pacientes que não responderam ao uso prévio de anti-TNF a melhora atribuída ao guselcumabe foi de 42% (IC95% 11 a 74) e 36% (IC95% 1 a 71) nos grupos de 4 e 8 semanas, respectivamente. Há, contudo, que se ter cautela na interpretação destess achados, já que o número de pessoas que não respondeu ao uso prévio de anti-TNF é bastante limitado e os testes estatísticos executados pelos pesquisadores não consideraram este limitante, tornando presunçosa a assunção de que estes números refletem a realidade; a fragilidade desta medida

pode ser objetivamente observada pelo amplo intervalo de confiança apresentado, que varia entre 1 e 71%, por exemplo, o que significa dizer que o valor real de melhora observada é algum número dentro desta faixa. Enquanto desfecho secundário foi avaliada a resolução da dactilite após 24 semanas de tratamento no conjunto de pacientes que apresentava a condição, sendo observada melhora de 13% (IC95% -7 a 34) e 17% (-2 a 35%) em relação ao placebo nos grupos que receberam goselcumabe a cada 4 e 8 semanas, respectivamente. Cabe pontuar que, quando observado apenas o grupo placebo, 49% daqueles que apresentavam dactilite demonstraram melhora da condição às 24 semanas, o que sugere que esta melhora foi impulsionada por fatores inespecíficos, e não pelo guselcumabe.

O estudo COSMOS (29), por sua vez, um ECR de fase III, duplo-cego e multicêntrico que investigou o uso do guselcumabe versus o uso de placebo em 285 indivíduos diagnosticados com artrite psoriática e que não responderam adequadamente aos inibidores do fator de necrose tumoral (anti-TNF). Na semana 24, 44,4% dos pacientes tratados com guselcumabe atingiram a resposta ao ACR20, em comparação com 19,8% no grupo placebo (diferença de 24,6%; IC 95%: 14,1 a 35,2; p<0,001). Além disso, a maioria dos pacientes que responderam ao tratamento até a semana 24 manteve essa resposta até a semana 48, com 83,3% mantendo a resposta ACR20 e 81,1% mantendo a resposta ACR50. O guselcumabe também mostrou eficácia na redução da entesite e dactilite, com 39,7% dos pacientes apresentando resolução da entesite e 44,8% mostrando resolução da dactilite, em comparação com 18,8% e 25,0% no grupo placebo, respectivamente (p=0,003 e p=0,040). Essa eficácia se manteve e até aumentou ao longo do estudo, com 67,2% dos pacientes apresentando resolução da dactilite após 48 semanas? no grupo guselcumabe. O perfil de segurança do guselcumabe foi favorável, com 42% dos pacientes relatando eventos adversos (EAs), comparado com 48% no grupo placebo até a semana 24.

Item	Descrição	Quantidade	Valor unitário	Valor Anual
GUSELCUMABE	100 MG SOL INJ CT 1 SER7 PREENC VD TRANS DISP SEGURANÇA X 1 ML		R$ 11.708,45	R$ 81.959,15

* Valor unitário considerado a partir de consulta de preço da tabela CMED. Preço máximo de venda ao governo (PMVG) no Rio Grande do Sul (ICMS 17%). O PMVG é o resultado da aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) sobre o Preço Fábrica – PF, PMVG = PF*(1-CAP). O CAP, regulamentado pela Resolução nº. 3, de 2 de março de 2011, é um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de medicamentos constantes do rol anexo ao Comunicado nº 15, de 31 de agosto de 2017 - Versão Consolidada ou para atender ordem judicial. Conforme o Comunicado CMED nº 5, de 21 de dezembro de 2020, o CAP é de 21,53%. Alguns medicamentos possuem isenção de ICMS para aquisição por órgãos da Administração Pública Direta Federal, Estadual e Municipal, conforme Convênio ICMS nº 87/02, sendo aplicado o benefício quando cabível.

O guselcumabe é comercializado na apresentação de seringas preenchidas de 1mL com concentração de 100 mg/mL. Considerando a posologia prescrita e os valores conforme consulta à tabela CMED em agosto de 2024, foi elaborada a tabela acima com o custo do tratamento.

O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomenda o uso de guselcumabe, sozinho ou com metotrexato, como uma opção para o tratamento da artrite psoriásica ativa em

adultos cuja doença não respondeu suficientemente bem aos medicamentos modificadoras do curso da doença (DMCDs) ou que não podem tolerá-las. É recomendado apenas se eles tiveram 2 DMARDs convencionais e ter tido pelo menos 1 DMARD biológica, ou quando os inibidores do fator de necrose tumoral (TNF)-alfa são contraindicados (32).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: benefício de relevância clínica incerta quando comparado ao placebo.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: GUSELCUMABE

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Trata-se de condição crônica e progressiva, cujo tratamento tem objetivo de controle dos sintomas. Quanto à tecnologia pleiteada, destaca-se que as evidências disponíveis, apesar de apontarem para benefício, têm relevância clínica incerta e referem-se, em sua totalidade, à comparação com placebo. Ou seja, não há evidências que tenham comparado a tecnologia pleiteada às alternativas disponíveis na rede pública, de modo que não é possível inferir sobre a superioridade da mesma frente a estas alternativas.
Ademais, a parte autora não esgotou as alternativas disponíveis na rede pública. Além disso, o tratamento inclui medidas não-farmacológicas, das quais se destacam as mudanças do estilo de vida, como a cessação do tabagismo, o abandono do consumo de álcool e a prática regular de exercícios físicos, que objetivam a proteção articular.
Ainda, cabem considerações de custo e custo-efetividade. O medicamento apresenta um custo elevado e análises econômicas realizadas por agência internacional resultaram em perfil de custo-efetividade desfavorável para a intervenção proposta, levando a necessidade de desconto no valor do medicamento para que este fosse incorporado. Ressaltamos a imprescindibilidade da consideração dessas questões, não só na definição de política de saúde pública mas também em decisões individuais, sob risco de inadvertidamente prover atendimento privilegiado, com recursos públicos extraídos da coletividade - recursos públicos que, mesmo em países ricos, são finitos e possuem destinações orçamentárias específicas com pouca margem de realocação, e cuja destinação inadequada pode acarretar prejuízos à toda população assistida pelo SUS.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Bacelar S. Expressões médicas: glossário de dificuldades em terminologia médica. Conselho Federal de Medicina (CFM); 2018.

2. Arend CF. Linguagem médica voltada para o reumatologista: armadilhas e erros comuns. Rev Bras Reumatol. 2014;54(1):79–82.

3. De Rezende JM. PSORÍASE. PSORÍACO, PSÓRICO, PSORIÁTICO, PSORIÁSICO. Rev Patol Trop Trop Pathol. 2014;43(1):105–108.

4. Raychaudhuri SP, Wilken R, Sukhov AC, Raychaudhuri SK, Maverakis E. Management of psoriatic arthritis: early diagnosis, monitoring of disease severity and cutting edge therapies. J Autoimmun. 2017;76:21–37.

5. Carneiro S, Azevedo VF, Ranza R, et al. Recomendações sobre diagnóstico e tratamento da artrite psoriásica. Rev Bras Reumatol. 2013;53(3):227–241.

6. McAllister K, Goodson N, Warburton L, Rogers G. Spondyloarthritis: diagnosis and management: summary of NICE guidance. Bmj. 2017;356.

7. Ruiz DG, Azevedo MNL de, Santos OL da R. Artrite psoriásica: entidade clínica distinta da psoríase? Rev bras Reum. Published online 2012:630–638.

8. Terenzi R, Monti S, Tesei G, Carli L. One year in review 2017: spondyloarthritis. Clin Exp Rheumatol. 2018;36(1):1–14.

9. Hile G, Kahlenberg JM, Gudjonsson JE. Recent genetic advances in innate immunity of psoriatic arthritis. Clin Immunol. 2020;214:108405.

10. D'Angiolella LS, Cortesi PA, Lafranconi A, et al. Cost and Cost Effectiveness of Treatments for Psoriatic Arthritis: A Systematic Literature Review. Pharmacoeconomics. 2018;36(5):567–589. doi:10.1007/s40273-018-0618-5

11. Ogdie A, Schwartzman S, Eder L, et al. Comprehensive treatment of psoriatic arthritis: managing comorbidities and extraarticular manifestations. J Rheumatol. 2014;41(11):2315–2322.

12. Catanoso M, Pipitone N, Salvarani C. Epidemiology of psoriatic arthritis. Reumatismo. Published online 2012:66–70.

13. Ogdie A, Langan S, Love T, et al. Prevalence and treatment patterns of psoriatic arthritis in the UK. Rheumatology. 2013;52(3):568–575.

14. Li R, Sun J, Ren L-M, et al. Epidemiology of eight common rheumatic diseases in China: a large scale cross-sectional survey in Beijing. Rheumatology. 2012;51(4):721–729.

15. Yang Q, Qu L, Tian H, et al. Prevalence and characteristics of psoriatic arthritis in Chinese patients with psoriasis. J Eur Acad Dermatology Venereol. 2011;25(12):1409–1414.

16. Carneiro JN, Paula AP de, Martins GA. Psoriatic arthritis in patients with psoriasis: evaluation of clinical and epidemiological features in 133 patients followed at the University Hospital of Brasília. An Bras Dermatol. 2012;87(4):539–544.

17. Reich K, Krüger K, Mössner R, Augustin M. Epidemiology and clinical pattern of psoriatic arthritis in Germany: a prospective interdisciplinary epidemiological study of

1511 patients with plaque?type psoriasis. Br J Dermatol. 2009;160(5):1040–1047.

18. Sampaio-Barros PD. Epidemiology of spondyloarthritis in Brazil. Am J Med Sci. 2011;341(4):287288.

19. Sampaio-Barros PD. Epidemiology of spondyloarthritis in Brazil. Am J Med Sci. 2011;341(4):287 Ranza R, Carneiro S, Qureshi AA, et al. Prevalence of psoriatic arthritis in a large cohort of Brazilian 17 patients with psoriasis. J Rheumatol. 2015;42(5):829–834.

20. Liu J-T, Yeh H-M, Liu S-Y, Chen K-T. Psoriatic arthritis: epidemiology, diagnosis, and treatment. World J Orthop. 2014;5(4):537.

21. National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Final Appraisal Determination: Certolizumab pegol and secukinumab for treating active psoriatic arthritis after inadequate response to DMARDs.; 2017. https://www.nice.org.uk/guidance/ta445/chapter/1-Recommendations

22. Elmamoun M, Eraso M, Anderson M, et al. International league of associations for rheumatology recommendations for the management of psoriatic arthritis in resource-poor settings. Clin Rheumatol. Published online 2020:1–12.

23. Marsal S, Armadans-Gil L, Martinez M, Gallardo D, Ribera A, Lience E. Clinical, radiographic and HLA associations as markers for different patterns of psoriatic arthritis. Rheumatology (Oxford). 1999;38(4):332–337.

24. Pedersen OB, Svendsen AJ, Ejstrup L, Skytthe A, Junker P. On the heritability of psoriatic arthritis. Disease concordance among monozygotic and dizygotic twins. Ann Rheum Dis. 2008;67(10):1417–1421.

25. Wang Q, Vasey FB, Mahfood JP, et al. V2 regions of 16S ribosomal RNA used as a molecular marker for the species identification of streptococci in peripheral blood and synovial fluid from patients with psoriatic arthritis. Arthritis Rheum Off J Am Coll Rheumatol. 1999;42(10):2055–2059.

26. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoríaca. Disponível em: portal-portaria-conjunta_pcdt_ap_2021.pdf (www.gov.br)

27. Deodhar A, Helliwell PS, Boehncke WH, Kollmeier AP, Hsia EC, Subramanian RA, Xu XL, Sheng S, Agarwal P, Zhou B, Zhuang Y, Ritchlin CT; DISCOVER-1 Study Group. Guselkumab in patients with active psoriatic arthritis who were biologic-naive or had previously received TNF? inhibitor treatment (DISCOVER-1): a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. Lancet. 2020 Apr 4;395(10230):1115-1125. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30265-8. Epub 2020 Mar 13.

28. Mease PJ, Rahman P, Gottlieb AB, Kollmeier AP, Hsia EC, Xu XL, Sheng S, Agarwal P, Zhou B, Zhuang Y, van der Heijde D, McInnes IB; DISCOVER-2 Study Group. Guselkumab in biologic-naive patients with active psoriatic arthritis (DISCOVER-2): a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. Lancet. 2020 Apr

4;395(10230):1126-1136. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30263-4. Epub 2020 Mar 13.

29. Coates LC, Gossec L, Theander E, Bergmans P, Neuhold M, Karyekar CS, Shawi M, Noël W, Schett G, McInnes IB. Efficacy and safety of guselkumab in patients with active psoriatic arthritis who are inadequate responders to tumour necrosis factor inhibitors: results through one year of a phase IIIb, randomised, controlled study (COSMOS). Ann Rheum Dis. 2022 Mar;81(3):359-369. doi: 10.1136/annrheumdis-2021-220991.

30. Coates LC, Gossec L, Theander E, et al.. Eficácia e segurança do guselkumabe em pacientes com artrite psoriática ativa que respondem inadequadamente aos inibidores do fator de necrose tumoral: resultados ao longo de um ano de uma fase IIIB. Ann Rheum Dis 2022; 81:359–69. 10.1136/annrheumdis-2021-220991

31. Mease PJ, Rahman P, Gottlieb AB, Kollmeier AP, Hsia EC, Xu XL, et al. Guselkumab in biologic-naive patients with active psoriatic arthritis (DISCOVER-2): a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. Lancet. 4 de abril de 2020;395(10230):1126–36.

32. National Institute for Health and Care Excellence. Guselkumab for treating active psoriatic arthritis after inadequate response to DMARDs. Technology appraisal guidance [TA711]. Published: 10 August 2022. Disponível em 1 Recommendations | Guselkumab for treating active psoriatic arthritis after inadequate response to DMARDs | Guidance | NICE

33. Gossec L, Baraliakos X, Kerschbaumer A, de Wit M, McInnes I, Dougados M, Primdahl J, McGonagle DG, Aletaha D, Balanescu A, Balint PV, Bertheussen H, Boehncke WH, Burmester GR, Canete JD, Damjanov NS, Kragstrup TW, Kvien TK, Landewé RBM, Lories RJU, Marzo-Ortega H, Poddubnyy D, Rodrigues Manica SA, Schett G, Veale DJ, Van den Bosch FE, van der Heijde D, Smolen JS. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. Ann Rheum Dis. 2020 Jun;79(6):700-712. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-217159.

34. Singh JA, Guyatt G, Ogdie A, Gladman DD, Deal C, Deodhar A, Dubreuil M, Dunham J, Husni ME, Kenny S, Kwan-Morley J, Lin J, Marchetta P, Mease PJ, Merola JF, Miner J, Ritchlin CT, Siaton B, Smith BJ, Van Voorhees AS, Jonsson AH, Shah AA, Sullivan N, Turgunbaev M, Coates LC, Gottlieb A, Magrey M, Nowell WB, Orbai AM, Reddy SM, Scher JU, Siegel E, Siegel M, Walsh JA, Turner AS, Reston J. Special Article: 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2019 Jan;71(1):2-29. doi: 10.1002/acr.23789. Epub 2018 Nov 30. PMID: 30499259; PMCID: PMC8265826.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme consta em laudo médico (Evento 1, LAUDO9), a parte autora

foi diagnosticada com artrite psoriática. É relatado evolução de dano articular com erosões articulares e citado uso prévio antiinflamatórios, corticosteróides, imunossupressores (sulfassalazina e metotrexato) e imunobiológicos (adalimumabe, inflixmabe e secuquinumabe). Não são informados os tempos de tratamento, doses utilizadas, ou resultados alcançados com cada tratamento citado, é mencionado, contudo, que a parte autora teve persistência da dor articular e de entesites (inflamação das enteses - local de fixação dos tendões, ligamentos e cápsulas articulares aos ossos), motivo pelo qual se justifica a refratariedade aos tratamentos experimentados. Ressalta-se que para se estabelecer a refratariedade ao medicamento, deve-se utilizar dose otimizada por período de tempo mínimo. Atualmente, encontra-se em uso de tofacitinibe associado à leflunomida e mantém episódios recorrentes de uveíte (inflamação da úvea ocular) e dactilites (edema nos dedos), que o impedem de exercer sua atividade laborativa: motorista de caminhão. Diante do exposto, foi prescrito uso de guselcumabe - tecnologia pleiteada em processo - enquanto tratamento substitutivo ao tofacitinibe, para uso concomitante com a leflunomida. O médico prescritor argumenta que a indicação de guselcumabe se dá por tratar-se de medicamento cujo mecanismo de ação difere daquele dos demais fármacos imunobiológicos já utilizados pela parte autora.

A artrite psoríaca (AP), também dita psoriásica ou psoriática (1–3), é uma doença sistêmica inflamatória associada à psoríase. A AP integra o grupo das espondiloartrites, caracterizada por apresentar sorologia do fator reumatoide geralmente negativa, porém cursando com acometimento da pele (psoríase), dos dedos (dactilites), das unhas, das articulações periféricas, do esqueleto axial (espondilite ou sacroiliíte) e das enteses (locais de inserção de tendões, ligamentos e cápsula articular às superfícies ósseas) (4–6). É uma doença imunomediada e poligênica, de etiologia multifatorial que envolve uma combinação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais, na qual as citocinas relacionadas aos linfócitos T têm papel central, como ocorre na psoríase. Níveis elevados de citocinas pró inflamatórias (fator de necrose tumoral -TNF- e interleucinas -IL) podem ser encontrados na pele e na sinóvia de pacientes com AP (4,5).

O diagnóstico envolve o reconhecimento das características clínicas e de imagem; de forma geral, a presença de doença inflamatória articular associada à manifestação de psoríase confirma a suspeita (26). A apresentação clínica da AP é heterogênea e varia desde manifestações articulares e dermatológicas a complicações articulares com erosão óssea, que ocorrem em até 40% a 60% dos casos (10,20). As manifestações articulares incluem: poliartrite simétrica, artrite oligoarticular, artrite das articulações interfalangeanas distais, espondilite, dactilite, entesite. Já as manifestações cutâneas: psoríase, alterações ungueais e as extra-articulares como uveíte e doença inflamatória intestinal. Fatores ambientais, infecciosos e imunológicos podem favorecer a manifestação da forma ativa da doença - caracterizada pela presença aguda dos sintomas - e gravidade, esta última aferida por escores, a exemplo do DAPSA(4–9). Os sintomas como fadiga, dor e comorbidades associadas podem ter grande impacto psicológico. Isto leva a comprometimento das atividades diárias e da qualidade de vida dos pacientes (10,20,21).Como complicações cita-se o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, metabólicas, doenças oftálmicas autoimunes (uveítes) e doenças inflamatórias do intestino (doença de Crohn e colite ulcerativa) (8,10,11). O prognóstico da doença é pior na presença de dano articular e acometimento de articulações como quadril, punho, tornozelo, coluna cervical e articulação sacroilíaca, elevação das provas de reação inflamatórias e manifestações extra-articulares (22–25).

A prevalência global da AP pode atingir de 0,3% a 1,0% da população, com uma incidência que varia de 0,01 a 5,0 a cada 100.000 casos ao ano (12). Já em pacientes com psoríase, a prevalência aumenta, variando de 6% a 41% (13–17) (5,14). Estudos epidemiológicos brasileiros apontam que a AP é a segunda espondiloartrite mais frequente no país, com uma

prevalência de 13,7%, sendo superior a 33% na população previamente acometida com psoríase (19). Em 75% dos casos, a AP se manifesta após o aparecimento das lesões cutâneas, havendo início simultâneo em 10% dos pacientes e podendo, em 15%, preceder a psoríase (5).

O tratamento da AP objetiva a redução dos sintomas, a remissão ou o alcance da atividade mínima da doença, aferida pela escore MDA, favorecendo a qualidade de vida e evitando perda da capacidade funcional dos pacientes. As terapias anti-sintomáticas incluem medicamentos anti-inflamatórios esteroidais (corticoesteróides) e não esteroides,

O tratamento inclui alternativas farmacológicas para o controle da atividade da doença, que podem ser sintéticos (metotrexato, sulfassalazina, leflunomida), ou biológicos, como os inibidores de fator de necrose tumoral - anti-TNF - (adalimumabe, etanercepte, golimumabe, infliximabe e certolizumabe pegol) e inibidores de interleucina17 - anti-IL17 - (secuquinumabe) e inibidores da Janus Kinases - inibidores da JAK - (tofacitinibe). Também são utilizados anti-inflamatórios esteroidais (corticoesteróides como a prednisona) e não esteroidais (ibuprofeno, naproxeno). O tratamento não farmacológico inclui o abandono do tabagismo, controle do consumo de álcool, prática de exercícios físicos supervisionada e perda de peso (32,33).