

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO, ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA EM CIDADES DO OESTE DO PARANÁ

MOSCONI, Jéssica Eloísa¹
ROMAN, Fernando Roberto²
LITCHTENEKER, Karina³
ALEGRE-MALLER, Ana Claudia Paiva⁴

RESUMO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) vem apresentando índices com acentuadas variações entre países e regiões, e em associação a escassez de estudos epidemiológicos brasileiros, cria-se um cenário descontextualizado da doença no país. Através de um estudo analítico e revisional de prontuários dos anos de 2010 a 2019, que abrange pacientes de seis municípios do Oeste do Paraná, objetivou-se atualizar os dados pertencentes desta região acerca do LES. Foram identificados 69 pacientes, dos quais 66 eram mulheres e três homens, culminando em índices de prevalência de 33,09 casos/100.000 habitantes e incidência acumulada de 2,68 casos/ano. A faixa etária média foi calculada em 32,42, com desvio padrão de $\pm 11,52$, existindo quatro casos registrados em faixa etária inferior a 16 anos. Embora o estudo tenha apresentado resultados de incidência inferiores aos demonstrados em estudos brasileiros prévios, mostrou-se próximo aos dados encontrados em outros países que apresentam índices notáveis de frequência do LES.

PALAVRA-CHAVE: doença autoimune multissistêmica, incidência, prevalência, epidemiologia

SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS, EPIDEMIOLOGIC ANALYSIS IN CITIES OF WESTERN PARANÁ.

ABSTRAC

The systemic lupus erythematosus (SLE) has been presenting indices with marked variations between countries and regions, and in association with the scarcity of Brazilian epidemiological studies, it creates a decontextualized scenario of the disease in the country. Through an analytical and revisionary study of medical records from 2010 to 2019, which covers patients from six municipalities of Western Paraná, the objective was to update the data on this region about SLE. We identified 69 patients, of which 66 were women and three men, culminating in prevalence rates of 33.09 cases / 100,000 inhabitants and cumulative incidence of 2.68 cases/year. The average age range was estimated at 32.4 years, with four cases registered in the age group under 16 years. Although the study had lower incidence results than those shown in previous Brazilian studies, it was close to the data found in other countries that present remarkable rates of SLE frequency.

KEYWORDS: multisystem autoimmune disease, incidence, prevalence, epidemiology

¹ Acadêmica do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG. E-mail: jessica_mosconi@hotmail.com

² Médico Nefrologista e Intensivista atuante no Hospital Bom Jesus, HOESP – Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná e na Renalclin;

³ Médica Nefrologista atuante no Hospital Bom Jesus, HOESP – Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná e na Renalclin;

⁴ Mestre e Doutora em Biologia Celular e Molecular pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Pós-doutorado em Biociências e Saúde pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná, atualmente é docente do curso de medicina, enfermagem e fisioterapia do Centro Universitário FAG e do curso de estética e cosmetologia da Faculdade Dom Bosco. E-mail: anabioss@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Lúpus Eritematoso sistêmico (LES) é uma patologia autoimune pertencente ao grupo das colagenoses, que contempla amplo espectro de lesões tissulares imunologicamente mediadas, desencadeando, conseqüentemente, variável repercussão de manifestações clínicas e da gravidade.

Epidemiologicamente suas taxas de incidência e prevalência têm mostrado variações acentuadas em diferentes regiões do mundo, inclusive, dentro de um mesmo país. Esses dados reforçam a imprescindibilidade de levantamentos epidemiológicos representativos e atualizados do contexto factual para orientação de condutas específicas e tangíveis.

Contudo, não há parâmetros consistentes para dimensionar fidedignamente a situação brasileira, em razão dos estudos epidemiológicos escassos, como demonstrado no protocolo clínico e nas diretrizes terapêuticas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), embasadas em um único estudo publicado em 2003¹, realizado na cidade de Natal-RN. Assim, o artigo pretende descrever o atual panorama de seis cidades do Oeste do Estado do Paraná pertencentes a 20ª Regional de Saúde.

2. METODOLOGIA

O presente artigo explora os resultados obtidos através do estudo revisional e analítico de prontuários médicos dos anos de 2010 a 2019 de pacientes diagnosticados com LES nos municípios de Ouro Verde do Oeste, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Santa Helena, Marechal Candido Rondon e Toledo, contemplados pela jurisdição da 20ª Regional de Saúde.

Os serviços de saúde que contribuíram disponibilizando os prontuários a serem investigados, foram a Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, por meio do centro de especialidades com atendimentos reumatológicos, e a RenalClin², pertencente ao Instituto de Medicina Integrada (IMED), através do centro de hemodiálise, o responsável pela demanda de atendimentos nefrológicos dos municípios compreendidos sobre o campo de atuação da 20ª Regional de Saúde.

As referências populacionais utilizadas para determinação das taxas de incidência e prevalência, retirou-se do Censo 2010 da população brasileira realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

¹ Artigo Incidência de Lúpus Eritematoso Sistêmico em Natal, RN-Brasil, publicado em 2003 na Revista Brasileira de Reumatologia, baseado no Censo 2000 da população brasileira do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) estudou a incidência de LES na cidade de Natal-RN de primeiro de janeiro de 2000 à trinta e um de dezembro de 2000, excluindo casos de lúpus induzido por drogas.

² Clínica particular de nefrologia localizada na Rua Santos Dumont, 2708 – Centro, Toledo-PR, 85900-010.

Estatística (IBGE). A população estimada é de 205.559 habitantes ao considerar os seis municípios estudados, da qual 50,98% são mulheres e 49,02% homens.

No que concerne a coleta de dados, as informações se concentraram na faixa etária, gênero, manifestações clínicas e comorbidades dos pacientes, desconsiderando-se os casos de lúpus induzido por drogas. Estas informações repercutiram na elaboração de seis grandes grupos de análise, os quais foram traçados em concordância com a clínica dos pacientes. Dentre eles, acometimento cutâneo, alopecia não cicatricial, comprometimento articular, serosite, nefrite e manifestações neurológicas. Todos os parâmetros foram fundamentados nos critérios clínicos de classificação do LES formulados pelo *Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC)*¹, podendo o paciente enquadrar-se em mais de um grupo, conforme a clínica apresentada.

Assim, para estipular a divisão dos pacientes considerou-se como manifestações cutâneas, rash malar, discoide e hipertrófico, fotossensibilidade, lúpus bolhoso e paniculite lúpica; comprometimento articular, existência de sinovite em duas ou mais articulações, associada a edema ou derrama articular, e artralgia e rigidez matinal maior que 30 minutos; serosite, como dor pleurítica e pericárdica típica por mais de um dia, atrito e derrame pleural, efusão pericárdica e eletrocardiograma com sinais de pericardite; nefrite, presença de relação proteína creatinina urinária ou proteinúria 24 horas com mais de 500 mg de proteínas em 24 horas, ou presença de cilindros hemáticos; e manifestações neurológicas, convulsão, psicose, mielite, mononeuropatia, neuropatia cranial e periférica, e estado confusional agudo.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma afecção multissistêmica heterogênea do tecido conjuntivo, de caráter inflamatório e crônico, e natureza autoimune, que evolui com períodos de exacerbação e remissão.

A respeito de sua etiologia, até este momento não houveram elucidações, mas afirma-se que o desenvolvimento da doença está ligado à predisposição genética e aos fatores ambientais (SATO, et al., 2002, p. 363). Segundo (FERREIRA, et al., 2008, p. 200), indivíduos que apresentam em seu genótipo os genes HLA-B8, HLA-DR2 e HLA-DR3, apresentam maior propensão para evoluírem com expressão do distúrbio ao interagir com fatores ambientais, como a luz ultravioleta (U.V.), hormônios sexuais, infecções virais, fatores emocionais e algumas medicações.

Patologicamente, o controle imunorregulatório ineficaz, em consequência de processos falhos na tolerância imunológica, viabiliza a produção de autoanticorpos e a formação de imunocomplexos, que possuem efeito danoso.

Em estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos, países nórdicos e Reino Unido, os índices de incidência explicitam a predominância no sexo feminino, como citado por (VILAR, RODRIGUES, & SATO, 2003, p. 349), habitantes em mulheres na fase reprodutiva. Determinando, assim, uma proporção de nove a dez mulheres para um homem, e prevalência demarcada entre 14 a 50/100.000 habitantes (BORBA, et al., 2008, p. 196). As referências internacionais mostram variação entre 1,15 e 9,3 casos a cada 100.000 habitantes/ano, conforme a população em estudo. No entanto, a primeira pesquisa brasileira acerca de sua incidência, realizada na cidade de Natal - RN, exibiu índice de 8,7 casos/100.000 habitantes/ano (NAKASHIMA, et al., 2011, p. 237).

Devido seu caráter multissistêmico e polimórfico, observa-se a ocorrência de injúria em um ou mais sistemas orgânicos do corpo humano, tendo destaque os comprometimentos articular, cutâneo, cardíaco, hematológico, neuropsiquiátrico, pulmonar e renal. Com isso, em uma avaliação inicial, o diagnóstico pode torna-se trabalhoso (FREIRE, SOUTO, & CICONELLI, 2011, p. 75), devido ao fato das apresentações clínicas assemelharem a um amplo número de diagnósticos diferenciais.

Desse modo, em 2012, o *SLICC*, objetivando facilitar o desfecho diagnóstico de casos suspeitos, aprimorou os critérios de classificação da doença formulados em 1982 pelo Colégio Americano de Reumatologia¹ e revistos em 1997, possibilitando incremento de sensibilidade ao número de diagnósticos efetivos.

Tabela 1 – SLICC Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus.

CRITÉRIOS CLÍNICOS:
1. Lúpus cutâneo agudo: inclui rash malar, lúpus bolhoso e rash fotossensível;
2. Lúpus cutâneo crônico: rash discoide, hipertrófico ou paniculite lúpica;
3. Úlceras orais: palato, boca e língua, ou úlceras nasais
4. Alopecia não cicatricial
5. Sinovite de duas ou mais articulações, com edema ou derrame articular (ou artralgia e rigidez matinal maior que 30 minutos);
6. Serosite: dor pleurítica típica por mais de um dia ou derrame pleural ou atrito pleural; dor pericárdica típica por mais de um dia ou efusão pericárdica ou eletrocardiograma com sinais de pericardite;
7. Renal: relação proteína e creatinina urinária (ou proteinúria 24 horas) com mais de 500mg de proteínas nas 24 horas, ou cilindros hemáticos;
8. Neurológico: convulsão, psicose, mielite; mononeuropatia, neuropatia cranial ou periférica, estado confusional agudo;

¹ Organização fundada em 1934 comprometida em promover a melhoria do atendimento aos pacientes com doenças reumáticas.

-
9. Anemia hemolítica;
 10. Leucopenia $<4.000/\text{mm}^3$ ou linfopenia $<1.000/\text{mm}^3$, na ausência de outra causa conhecida;
 11. Trombocitopenia $<100.000/\text{mm}^3$, na ausência de outra causa conhecida.
-

CRITÉRIOS IMUNOLÓGICOS:

1. Fator antinuclear (FAN) positivo;
 2. Anticorpo anti-DNA positivo;
 3. Anticorpo anti-Sm positivo;
 4. Positividade de anticorpos antifosfolipídeos;
 5. Complemento reduzido (frações C3, C4, CH50);
 6. Coombs direto positivo (na ausência de anemia hemolítica).
-

Fonte: SLICC, sliccgroup.org/research/sle-criteria/.

O SLICC designa o cumprimento de pelo menos quatro critérios, dentro dos quais deve haver pelo menos um critério clínico e outro imunológico, ou em casos de nefrite lúpica associada a presença do Fator Antinuclear ou do anticorpo anti-DNA têm se critério clínico único para o diagnóstico.

Com relação ao tratamento, objetiva-se a supressão da atividade da doença (FREIRE, SOUTO, & CICONELLI, 2011, p. 76), sendo indispensável minimizar as falhas do sistema imune, mediante terapêutica com glicocorticoides e imunossupressores. Contudo, a imunossupressão obtida, proporciona maior suscetibilidade a infecções, incluindo as oportunistas, aumentando a morbimortalidade.

Por conseguinte, a compreensão dos processos vinculados ao LES, oportunizou a demonstração de resultados consonantes com a literatura.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificou-se um montante de 69 pacientes, composto por três homens e 66 mulheres, culminando na proporção entre gêneros de 22 mulheres para cada homem diagnosticado, a qual apresenta-se acima dos valores habitantes registrado. Ademais, constatou-se a existência prévia de diagnóstico de 14 pacientes, devido ao fato do estudo ter estabelecido o ano de 2010 como ponto primordial da avaliação.

Assim sendo, a determinação do intervalo de tempo pelo estudo, oportunizou a averiguação de valores flutuantes de incidência, demonstrados na *Tabela 2*, corroborando com a identificação de maior número de ocorrências em 2010, totalizando 11 novos casos.

Nesta conjuntura, mensurou-se incidência acumulada de 2,68 casos/100.000 habitantes/ano, catalogada por distinção de gênero em 4,96 casos/100.000 mulheres/ano e 0,3 casos/100.000

homens/ano. Da mesma forma, estabeleceu-se prevalência de 33,09 casos/100.000 habitantes, juntamente com, 65,95 casos/100.000 habitantes na população feminina e casos/100.000 habitantes na população masculina.

Tabela 2 – Incidência entre 2010 a 2019.

Ano	Nº de casos novos (F/M)	Incidência - casos por 100.000 indivíduos/ano
2010	11 (11/0)	5,35 (10,5/0,0)
2011	3 (2/1)	1,46 (1,91/0,99)
2012	8 (7/1)	3,89 (6,67/0,99)
2013	4 (4/0)	1,95 (3,82/0,0)
2014	4 (4/0)	1,945 (3,82/0,0)
2015	8 (8/0)	3,89 (7,63/0,0)
2016	9 (8/1)	4,38 (7,63/0,99)
2017	5 (5/0)	2,43 (4,77/0,0)
2018	2 (2/0)	0,97 (1,91/0,0)
2019	1 (1/0)	0,48 (0,95/0,0)

Fonte: Mosconi *et al* (2019).

No tocante, a faixa etária da população estudada, considerando a idade estimada na época do diagnóstico, alcançou média de 40,43 anos, com desvio padrão de $\pm 12,60$, sendo $40,3 \pm 12,78$ anos nas mulheres e $42,33 \pm 9,07$ anos nos homens. Estes resultados validam os valores obtidos no estudo de (VILAR, RODRIGUES, & SATO, 2003), com exceção da idade média dos homens, que foi de 35 anos.

Tabela 3 – Número de pacientes identificados e idade média calculada.

Gênero	Número de pacientes	Idade média $\pm$ desvio padrão
Feminino	66	$40,3 \pm 12,78$
Masculino	3	$42,33 \pm 9,07$
Total	69	$40,43 \pm 12,60$

Fonte: Mosconi *et al* (2019).

Incluindo a constatação de quatro casos de indivíduos menores de 16 anos, contabilizando prevalência de 1,94 casos/100.000 habitantes e de 9,09 casos/100.000 habitantes entre idade de 0 a 14 anos, e incidência acumulada de 0,09 casos por 100.000 indivíduos, concordante aos estudos internacionais.

Segundo (PONS-ESTEL, UGARTE-GILL, & ALARCÓN, 2017), o LES na infância tem exibido incidência e prevalência menores em relação a doença manifesta em adultos. Afirmção legitimada por estudos Norte Americanos, Europeus e Chineses, que expõem incidência anual de LES em crianças, com idade inferior a 16 anos, menor que 1 caso/100.000 habitantes.

Além disso, verificou-se um pico de incidência na faixa etária dos 30 a 39 anos ($32,42 \pm 11,52$), como demonstrado na *Tabela 4*. Este resultado foi igualmente expresso no estudo realizado por (NAKASHIMA, *et al.*, 2011).

Tabela 4 – Distribuição por faixa etária da população estudada.

Gênero	Número de pacientes	Idade média $\pm$ desvio padrão
Feminino	66	$32,3 \pm 11,72$
Masculino	3	$34,33 \pm 6,80$
Total	69	$32,42 \pm 11,52$

Fonte: Mosconi *et al* (2019).

Ao ponderar as características clínicas manifestadas por cada paciente, estas foram classificadas conforme os seis grupos determinados. Os resultados mostram comprometimento articular em 66,66% dos indivíduos, todos do sexo feminino; manifestações cutâneas em 60,86% , formados em 7,15% por homens; nefropatia em 39,13%, ocorrendo apenas em mulheres; alopecia não cicatricial em 20,28%, representados 92,85% por mulheres; por fim, 7,24% de manifestações neurológicas, evidenciadas apenas no sexo feminino, *Tabela 5*.

Tabela 5- Frequências absolutas (FA) e frequências relativas (FR %) das variáveis “sexo” e as “diferentes variáveis relacionadas à amostra”. P-valor do teste de Qui-quadrado de independência.

Variáveis	Categorias	Feminino		Masculino		p-valor
		FA	FR %	FA	FR %	
Idade diagnóstico	Até 20 anos	9	13,64	0	0,00	0,300
	De 21 a 30 anos	22	33,33	0	0,00	
	de 31 a 40 anos	23	34,85	1	33,33	
	De 41 a 50 anos	7	10,61	1	33,33	
	Acima de 50 anos	5	7,58	1	33,33	
Manifestações cutâneas	Não	27	40,91	0	0,00	0,156
	Sim	39	59,09	3	100,00	
Alopecia não cicatricial	Não	53	80,30	2	66,67	0,566
	Sim	13	19,70	1	33,33	
Artralgia	Não	20	30,30	3	100,00	0,012
	Sim	46	69,70	0	0,00	
Serosite	Não	62	93,94	3	100,00	0,660
	Sim	4	6,06	0	0,00	
Nefrite	Não	39	59,09	3	100,00	0,156
	Sim	27	40,91	0	0,00	
Manifestações neurológicas	Não	61	92,42	3	100,00	0,621
	Sim	5	7,58	0	0,00	
Diagnóstico	Até o ano 2000	5	7,58	0	0,00	0,754

De 2001 a 2005	5	7,58	0	0,00
De 2006 a 2010	15	22,73	0	0,00
De 2011 a 2015	24	36,36	2	66,67
De 2016 a 2019	17	25,76	1	33,33

Fonte: Mosconi et al (2019).

No que tange as comorbidades, a *Tabela 6* destaca as registradas nos prontuários, possibilitando inferir a notoriedade da hipertensão arterial sistêmica (HAS), demonstrada em 23,28% da população estuda, assim como, do hipotireoidismo (21,73%), fenômeno de Raynaud (13,04%) e depressão (11,59%), as quais constituem fatores diretos de influência prognóstica.

Tabela 6 - Comorbidades.

Comorbidades	Homens	Mulheres	Total
Alterações articulares	0	2	2
Aneurismo cerebral	0	1	1
Ansiedade	0	3	3
Apendicetomia	1	2	3
Cardiopatía	0	5	5
Coreia reumática	0	1	1
Depressão	0	8	8
Diabetes mellitus	0	6	6
Dislipidemia	0	3	3
Esclerodermia	0	2	2
Esteatose hepática	0	1	1
Fenômeno de Raynaud	0	9	9
Fibromialgia	1	5	6
Hepatite c	0	1	1
Hernia de disco	0	1	1
Hiperplasia de próstata	1	0	1
Hipertensão arterial sistêmica	0	16	16
Hipotireoidismo	0	15	15
Histerectomia	0	3	3
Maculopatia por uso de cloraquina	1	1	2
Nefrolitíase	0	3	3
Nódulo tireoidiano	0	1	1
Obesidade	0	1	1
Osteopenia	0	1	1
Osteoporose	0	3	3
Pré- eclampsia	0	1	1
Psoríase	0	1	1
Polineuropatia	0	1	1
Sangramento uterino disfuncional	0	2	2
Síndrome de sjogren	1	4	5
Tabagismo	0	4	4

Tireoidectomia	0	1	1
Transplante de córnea	0	1	1
Trombose venosa profunda	0	2	2
Tromboembolismo pulmonar	0	1	1
Trombofilia	0	1	1
Vasculite	0	4	4
Varizes	0	2	2

Fonte: Mosconi et al (2019).

A presença assídua de HAS entre os pacientes é incontestavelmente razão de decréscimo das impressões prognósticas, ao considerar que HAS não tratada atua potencializando a incidência de aterosclerose, doenças cardiovasculares e de acidentes vasculares cerebrais na população geral.

Ainda, observou-se que 28 dos 69 pacientes exibiram quadro de comprometimento renal ou alterações do sistema nervoso central, ou seja, 40,6% dos casos estão dispostos dentro do espectro mais grave da doença.

Tabela 7 - Frequências absolutas (FA) e frequências relativas (FR %) das diferentes características dos indivíduos que possuem a doença de lúpus. P-valor do teste de Qui-quadrado para k-proporções.

Variáveis	Categorias	FA	FR %	p-valor
Sexo	Feminino	66	95,65	< 0,0001
	Masculino	3	4,35	
Idade diagnóstico	Até 20 anos	9	13,04	< 0,0001
	De 21 a 30 anos	22	31,88	
	De 31 a 40 anos	24	34,78	
	De 41 a 50 anos	8	11,59	
	Acima de 50 anos	6	8,70	
Manifestações cutâneas	Não	27	39,13	0,011
	Sim	42	60,87	
Alopecia não cicatricial	Não	55	79,71	< 0,0001
	Sim	14	20,29	
Artralgia	Não	23	33,33	< 0,0001
	Sim	46	66,67	
Serosite	Não	65	94,20	< 0,0001
	Sim	4	5,80	
Nefrite	Não	42	60,87	0,011
	Sim	27	39,13	
Manifestações neurológicas	Não	64	92,75	< 0,0001
	Sim	5	7,25	
Diagnóstico	Até o ano 2000	5	7,25	< 0,0001
	De 2001 a 2005	5	7,25	
	De 2006 a 2010	15	21,74	

De 2011 a 2015	26	37,68
De 2016 a 2019	18	26,08

Fonte: Mosconi et al (2019)

Apesar de, a nefrite ser um indício de gravidade, tanto pela doença quanto pela terapêutica, a curva de sobrevida dos nefropatas demonstra maior longevidade quando comparada a dos pacientes sem nefrite. Isso decorre da satisfatória perquisição por auxílio médico, contrariamente ao verificado em quadros mais brandos.

Destarte, embora o comprometimento articular seja comparativamente menos preocupante, ao considerarmos o risco aparente de vida, incorpora os fatores prejudiciais ao desfecho evolutivo da doença, por conta da interpretação equivocada de irrelevância atribuída aos sintomas dolorosos e ao fácil acesso a fármacos analgésicos, que proporcionam a sensação de controle da dor. Portanto, é indubitável a correlação do prognóstico ao comprometimento orgânico acarretado.

Dessa maneira, ao confrontarmos as manifestações clínicas e desfecho evolutivo da sobrevida dos pacientes, averiguamos, conforme (APPENZELLER & COSTALLAT, 2004) e os resultado atingidos foi a associação negativa entre sintomas gerais e articulares, nefrite ou pacientes com HAS, e sobrevida, corroborando com impressões desfavoráveis acerca do manejo e da evolução dos pacientes.

Comparando o presente estudo ao publicado por Vilar et al (2000), identificamos inferioridade relativa a incidência estimada de 8,7/100.000 indivíduos/ano, 14,1 em mulheres e 2,2 homens. Entretanto, constatou-se proximidade com os índices da Islândia, Áustrias – Espanha, Quebec – Canadá, Valtropia – Itália, Sul da Suécia e Anhui – China. Segundo (VARGAS & ROMANO, 2009, p. 84), as maiores taxas de frequência registradas de LES, estão situadas nos país do Sul da Europa (Itália e Espanha) e Norte da Austrália.

Com relação a incidência, constatou-se que o valor de 2,7 casos/habitantes/ano exibida pelo estudo, está próximo aos índices apresentados pelo estudo de (LOPEZ ET AL, 2003) e (TSIONIL ET AL, 2015), ambos com 2,2 casos/habitantes/ ano e similar a (GUDMUNDSSON ET AL, 1990) e (BERNATSKY ET AL, 2007), que apresentaram 3 casos/habitantes/ano.

Igualmente, a prevalência apurada de 33,09 casos/100.00 habitantes demonstrou equiparidade a (BERNATSKY ET AL, 2007), e proximidade com (LOPEZ ET AL, 2003), GUDMUNDSSON ET AL, 1990), (NIVED ET AL, 1985), (ZOUT ET AL, 2014) e (TSIONIL ET AL, 2015), que foram de, 32,8, 34,1, 35,6, 37,6, 38,9 e 39,2 casos/100.000 habitantes, respectivamente.

Por tanto, constata-se que a análise epidemiológica realizada obteve desfecho símil ao de países em que o LES tem mostrado-se prevalecente e, também, demonstrou a existência em demasia de fatores prejudiciais ao desfechos prognósticos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora, os índices de incidência estejam abaixo aos demonstrados em Natal, no geral o estudo é confinante aos da Islândia, Áustrias – Espanha, Quebec – Canadá, Valtropia – Itália, Sul da Suécia e Anhui – China, países com índices notáveis de frequência de LES.

Possivelmente, os valores encontrados estejam subestimados, devido ao fato, do estudo ter reunido apenas prontuário de pacientes em acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde. Assim, muitos pacientes em acompanhamento particular, desconsiderado os pacientes em acompanhamento na Renalclin, não foram computados. Somado ao fato de o Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR), centro de referência de especialidades dos 18 municípios da abrangência da 20ª Regional de Saúde, indispor de médico reumatologista. Com isso, apenas moradores do município de Toledo são assistidos por serviços reumatológicos pelo SUS.

As atualizações epidemiológicas no atual contexto são de suma importância, diante de um cenário de incremento progressivo dos índices de doenças autoimunes. Essas informações fomentam melhorias nas condições diagnósticas, terapêuticas e de auxílio aos enfermos de modo a permitir planejamento estratégico para prevenção de sequelas e agravos a saúde dos indivíduos acometidos.

REFERÊNCIAS

APPENZELLER, S.; COSTALLAT, L. T. Análise de Sobrevida Global e Fatores de Risco para Óbito em 509 Pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 44, n. 3, p. 198-205, 2004. Acesso em 01 de out. de 2019, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v44n3/04.pdf>

BORBA, E. F.; LATORRE, L. C.; BRENOL, J. C.; KAYSER, C.; DA SILVA, N. A., ZIMMERMANN, A. F.; SATO, E. I. Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 48, n. 4, p. 196-207, 2008. Acesso em 01 de out. de 2019, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n4/v48n4a02>

FERREIRA, M.; SALGUEIRO, A. B.; ESTRADA, J.; RAMOS, J.; VENTURA, L.; VALE, C.; BARATA, D. Lúpus Eritematoso Sistêmico - Caso Clínico. **Acta Médica Portuguesa**, v. 21, n. 2, p. 199-204, 2008. Acesso em 01 de out. de 2019, disponível em http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/899/1/Acta%20Med%20Port%202008_21_199.pdf

FREIRE, E. A.; SOUTO, L. M.; CICONELLI, R. M. Medidas de Avaliação em Lúpus Eritematoso Sistêmico. (Elsevier, Ed.) **Revista Brasileira de Reumatologia**, p. 75-80, 2011. Acesso em 01 de out. de 2019, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n1/v51n1a06.pdf>

NAKASHIMA, C. A.; GALHARDO, A. P.; DA SILVA, J. F.; FIORENTINO, G. R., D.; SANTOS, A. B.; LEITE, M. F.; MENOLLI, R. A. Incidência e Aspectos Clínico-laboratoriais do Lúpus Eritematoso Sistêmico em Cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 3, p. 235-239, 2011. Acesso em 01 de out. de 2019, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n3/v51n3a04.pdf>

PONS-ESTEL, G. J., UGARTE-GILL, M. F., & ALARCÓN, G. S. Epidemiology of Systemic Lupus Erythematosus. **Expert Review of Clinical Immunology** v. 13, n. 8, p. 799-814, 2017. Acesso em 01 de out. de 2019, disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1744666X.2017.1327352?scroll=top&needAccess=true>

SATO, E. I.; BONFÁ, E. D.; COSTALLAT, L. T.; DA SILVA, N. A.; BRENOL, J. C.; SANTIAGO, M. B.; VASCONCELOS, M. Consenso Brasileiro para o Tratamento do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 42, n. 6), p. 362-370, 2002. Acesso em 01 de out. de 2019, disponível em <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1415190635Consenso%20Bras%20Lupus.pdf>

VARGAS, K. S.; ROMANO, M. A. Lúpus Eritematoso Sistêmico: Aspectos Epidemiológicos e Diagnósticos. **Revista Salus**, v. 3, n. 1, p. 79-94, 2009. Acesso em 01 de out. de 2019, disponível em <file:///C:/Users/Jessica/Documents/Faculdade/artigos/artigos/1204-5627-1-PB.pdf>

VILAR, M. J.; RODRIGUES, J. M.; SATO, E. I. Incidência de Lúpus Eritematoso Sistêmico em Natal-RN Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologista**, v. 43, n. 6, p. 347-351, 2003. Acesso em 01 de out. de 2019, disponível em https://www.researchgate.net/profile/Emilia_Sato/publication/262591972_Incidence_of_systemic_lupus_erythematosus_in_Natal_RN_Brazil/links/570d6dc408aec783ddce2002/Incidence-of-systemic-lupus-erythematosus-in-Natal-RN-Brazil.pdf