

# **Polifarmacoterapia em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico atendidos em um Hospital Universitário**

Rogério Perônico Bezerra<sup>a\*</sup>, Danielle Christinne S. Egypto de Brito<sup>b</sup>

## **Resumo**

**Objetivo:** O objetivo deste trabalho é avaliar a prevalência de polifarmacoterapia entre os pacientes com LES atendidos no ambulatório de reumatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), identificando as principais classes medicamentosas prescritas.

**Metodologia:** Realizou-se um estudo transversal observacional envolvendo pacientes com LES atendidos no ambulatório de reumatologia do HULW, em João Pessoa- PB. Os instrumentos utilizados foram um questionário com dados socioeconômicos, um abordando os fármacos utilizados pelos pacientes e outro abordando atividade de doença (SLEDAI) e tempo de doença. **Resultados:** Foram avaliados 88 pacientes com diagnóstico de LES, destes 86 eram do sexo feminino; a média de idade foi de 37,3 anos; a renda familiar média dos pacientes avaliados foi de 1,4 salários mínimos. A prevalência de polifarmácia neste grupo foi de 35,2%; os fármacos mais utilizados foram prednisona (89,8%), hidroxicloroquina (78,4%) e omeprazol (45%). Houve uma maior prevalência de polifarmacoterapia entre o grupo de pacientes com mais de 65 anos. Por outro lado, não houve uma correlação estatisticamente significativa entre polifarmácia estado civil, condição socioeconômica, tempo de doença e atividade de doença. **Conclusão:** Concluímos haver uma relação entre LES e polifarmacoterapia, atentando para uma necessidade urgente do uso racional dos medicamentos, sobretudo em pacientes com doenças crônicas, como LES. Objetivando evitar os danos diretos causados por cada fármaco e pela interação entre várias drogas com o organismo, mecanismo que se potencializa com o tempo de uso e quantidade de medicações utilizadas.

Palavras chave: lúpus eritematoso sistêmico, polifarmácia, interações medicamentosas

## Abstract

**Objective:** The present study aims to assess the prevalence of polypharmacy between patients diagnosed with systemic lupus erythematosus (SLE) attended at the rheumatology division clinic of Lauro Wanderley University Hospital (LWUH), identifying the main drug classes prescribed. **Methods:** We conducted a transversal observational study including patients diagnosed with SLE attending the rheumatology clinic of LWUH, in João Pessoa - PB. The tools employed included three questionnaires concerning sociodemographic data, drugs in use and a third one addressing disease activity index (SLEDAI) and duration of disease. **Results:** 88 patients diagnosed with SLE were assessed, 86 of which were female, the mean age was 37.3 years, the mean family income was 1.4 minimum wages (US\$ 391). The prevalence of polypharmacy in the studied group was 35.2%; the most frequently prescribed drugs were prednisone (89.8%), hydroxychloroquine (78.4%) and omeprazole (45%). Polypharmacy was significantly more prevalent between patients over 65 years-old. There was no statistically significant correlation between polypharmacy and marital status, socioeconomic status, duration of disease or disease activity. **Conclusion:** We concluded that polypharmacy is an important issue between patients diagnosed with SLE, endorsing the urgent need of rational drug usage, especially in patients with chronic diseases as SLE. This special concern aims to avoid direct damage caused by each single drug, as well as the interaction between several drugs and the organism, a mechanism that is potentialized as the time and number of drugs increases.

**Keywords:** systemic lupus erythematosus, polypharmacy, drug interactions

---

Serviço de Reumatologia - Departamento de Medicina Interna - Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW- UFPB, Brasil.

a. Graduando de medicina, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Brasil.

\* Endereço: Av. Mal. Esperidião Rosas, 110, Expedicionários, João Pessoa-PB, CEP:58041-070; email: capbmperonico@gmail.com

b. Mestre e Professora Adjunta de Reumatologia; UFPB, Brasil.

## **Introdução**

A polifarmácia constitui um tema de relevância crescente em pesquisas clínicas e de saúde pública.<sup>1</sup> Embora diversos estudos afirmem que a polifarmácia se mostra um desafio importante aos sistemas de saúde, não há na literatura um consenso sobre sua definição. São citadas como possíveis acepções para o termo o desencontro entre diagnóstico e medicamento, medicação duplicada, uso excessivo de medicamentos, entre outras.<sup>2</sup> O uso simultâneo de 5-6 medicações ou mais, é uma definição operacional que vem sendo utilizada de forma consistente.<sup>3,4</sup> A frequência de polifarmácia tem aumentado nos últimos anos, provavelmente em decorrência do envelhecimento populacional e acúmulo de morbidades, além da difusão de protocolos de tratamento baseados em evidências.<sup>5,6</sup>

Uma revisão sistemática publicada recentemente observou que a polifarmacoterapia tem uma relação bem estabelecida com desfechos negativos, tais como aumento dos gastos com saúde, tanto pelo paciente, quanto pelo sistema público de saúde; aumento do risco de efeitos colaterais; interações medicamentosas; não aderência ao tratamento; declínio do estado funcional do paciente; declínio das funções cognitivas; quedas; incontinência urinária; alterações no estado nutricional.<sup>7</sup> Outros estudos também demonstraram que polifarmacoterapia está associada a uma maior taxa de prescrições médicas inapropriadas e maior número de hospitalizações.<sup>8</sup>

A polifarmácia é um fenômeno classicamente associado a pacientes institucionalizados e idosos.<sup>3-8</sup> No entanto, o tema tem obtido atenção crescente na abordagem de pacientes portadores de doenças crônicas,<sup>9-10</sup> inclusive entre pacientes jovens, a exemplo do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES).

O LES é uma doença autoimune multissistêmica crônica, que tem como característica marcante o desenvolvimento de focos inflamatórios em vários tecidos e órgãos. Evolui com períodos de remissão e exacerbação, comprometendo principalmente a pele, articulações,

serosas, glomérulos e o sistema nervoso central. Sua patogênese está centrada na presença de múltiplos autoanticorpos. Estes são produzidos por uma resposta imunológica disfuncional e, ao se ligarem aos autoantígenos, formam imunocomplexos que ativam o sistema imune, dando início ao processo de quimiotaxia e inflamação tecidual.<sup>11</sup>

O LES predomina entre mulheres jovens, durante o menacme, numa proporção feminino/masculino em torno de 9:1.<sup>12</sup> Apresenta ainda predomínio na raça negra, sendo três a quatro vezes mais frequente em relação a indivíduos de etnia caucasiana.<sup>13</sup>

O tratamento ideal para o LES varia conforme o estágio da doença, sua atividade e gravidade, bem como a sua resposta a regimes prévios de tratamento. No arsenal terapêutico do LES encontram-se drogas como os antimaláricos (hidroxicloroquina e cloroquina), anti-inflamatórios não-esteroidais (AINE), corticosteroides (hidrocortisona, prednisona, metilprednisolona), ciclofosfamida, micofenolato, azatioprina, metotrexate e belimumab, entre outras drogas.<sup>14</sup>

Com o aumento da expectativa de vida dos pacientes com LES, resultante de importantes evoluções no entendimento da doença e novos regimes terapêuticos,<sup>15-17</sup> além do acometimento agudo dos surtos de atividade de doença, passam a ganhar importância crescente o manejo das comorbidades associadas ao envelhecimento e ao próprio dano crônico determinado pela doença.<sup>18</sup> As complicações crônicas do LES podem ainda ser resultantes do tratamento da doença, devido aos efeitos colaterais das drogas utilizadas. Os corticosteroides, por exemplo, podem ter como efeitos adversos o diabetes mellitus, dislipidemia, ganho ponderal, eventos cardiovasculares e osteoporose,<sup>19</sup> que comumente determinam a adição de novos fármacos ao manejo do doente, levando ao fenômeno conhecido como “cascata iatrogênica”.

O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência de polifarmacoterapia entre os pacientes com LES atendidos no ambulatório de reumatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), identificando as principais classes de medicações prescritas.

## **Metodologia**

Foi conduzido um estudo transversal observacional envolvendo pacientes com LES atendidos no ambulatório de reumatologia do HULW, em João Pessoa - Paraíba, Brasil, no período de março a novembro de 2014.

Para o cálculo da amostra, foi considerada uma população finita, adotando-se um nível de significância de 1,96 e um erro relativo de 10%, resultando em uma amostra de 88 indivíduos.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados envolviam um questionário com dados socioeconômicos, um abordando os fármacos utilizados pelos pacientes e outro com informações sobre atividade e tempo de doença.

A atividade de doença foi avaliada através do *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index* (SLEDAI).<sup>20</sup> A pontuação no SLEDAI varia de 0 a 105, sendo 0 doença inativa e 105 atividade máxima. Considera-se atividade severa de doença pontuações superiores a 12.<sup>21</sup> No questionário acerca dos fármacos usados pelos pacientes, foram incluídas as seguintes informações: nome dos fármacos, doses diárias e tempo de uso. O questionário socioeconômico envolvia informações como nome, idade, endereço, sexo, estado civil, cor (branca ou não branca) e renda (em salários mínimos). Os pacientes com mais de 65 anos de idade foram classificados como idosos.

A definição operacional de polifarmácia adotada pelo estudo envolveu aqueles pacientes que fazem uso de seis ou mais medicações por dia.<sup>3,4</sup>

Dados categóricos foram expressos como proporções, e suas diferenças medidas pelo teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Variáveis contínuas foram expressas como médias. Foi testada a relação entre polimedicação e as seguintes variáveis: tempo de diagnóstico de LES, SLEDAI, estado civil e idade. Os cálculos estatísticos foram realizados através do programa SPSS versão 20.0 (IBM Corp, Armonk, NY, EUA). Valores de  $p < 0.05$  foram considerados estatisticamente significativos.

O projeto de pesquisa do presente estudo foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisas em Seres Humanos do HULW. Os participantes assinaram o termo de consentimento informado após esclarecimentos sobre a pesquisa.

## **Resultados**

Foram entrevistados 88 pacientes do ambulatório de reumatologia do HULW portadores de LES.

As características sociodemográficas da população estudada estão descritas na Tabela 1. A média de idade observada foi de 37,3 anos, sendo 82 (93,2%) classificados como não-idosos. Oitenta-e-seis (97,7%) pacientes eram do sexo feminino e apenas 2 (2,7%) foram declarados como do sexo masculino. Quanto ao estado civil, 35 (39,8%) eram solteiros, 48 (54,5%) eram casados e 5 (5,7%) eram viúvos. A classificação étnica demonstrou que 50 (56,8%) se autodeclararam brancos e 38 (43,2%) como não brancos. A média de renda familiar encontrada foi de 1,4 salários mínimos, sendo 10 (11,3%) com renda inferior a 1 salário mínimo, 79,5% entre 1 e 3 salários mínimos, 6,7% superior a 3 salários mínimos; 2,2% não souberam responder ou não tinham renda.

As principais características clínicas dos pacientes estão descritas na Tabela 2. Trinta-e-um pacientes reportaram fazer uso de 6 ou mais medicações rotineiramente, resultando em uma prevalência de polifarmacoterapia de 35,2%. A média de atividade de doença encontrada

na amostra foi de 16,35 pontos no SLEDAI, sendo 18 (20,5%) classificados como doença inativa, 15 (17%) como ativo e 55 (62,5%) como atividade de doença grave. Quanto ao tempo de doença, a média encontrada foi de 6,1 anos e 46 (52,3%) apresentavam diagnóstico de LES há menos de 5 anos, ao passo em que 42 (47,7%) apresentavam diagnóstico há mais de 5 anos.

A relação entre idade e polifarmácia nos pacientes com LES foi estatisticamente significativa ( $p = 0,011$ ), demonstrando prevalência significativamente aumentada entre pacientes com idade superior a 65 anos. A relação entre polifarmácia e tempo de diagnóstico de LES ( $p = 0,425$ ), grau de atividade de doença pelo índice SLEDAI ( $p = 0,429$ ), estado civil ( $p = 0,315$ ) não foram estatisticamente significantes (Tabela 3).

Os fármacos mais utilizados pelos pacientes entrevistados foram prednisona (89,8%), hidroxiquina (78,4%), omeprazol (45%), drogas anti-hipertensivas (40,9%), outras drogas modificadoras de atividade de doença (22,7%), anti-depressivos e ansiolíticos (14,8%), anti-inflamatórios não-hormonais (10,2%) e estatinas (9,09%), representados no Gráfico 1.

## **Discussão**

A polifarmácia e suas consequências têm sido alvo de múltiplos estudos ao longo dos anos.<sup>1,2,22,23</sup> Embora os dados disponíveis na literatura tenham estabelecido claramente uma forte relação entre polifarmácia e desfechos clínicos negativos,<sup>7</sup> não existe uma definição consensual sobre o termo. Bushardt et al relataram a existência de até 24 formas distintas de se definir polifarmácia,<sup>2</sup> o que torna extremamente difícil a medida do fenômeno e seu real impacto sobre os sistemas de saúde.<sup>1,2</sup> Diversos autores optam por utilizar uma definição mais prática e etimologicamente correta de polifarmácia, referindo-se ao número de medicamentos prescritos.<sup>1-4,22,23</sup> Mesmo baseando-se nestes parâmetros, ainda é difícil estabelecer um ponto

de corte exato que melhor se correlacione com desfechos clínicos desfavoráveis e impactos negativos sobre o sistema de saúde.

Uma das principais críticas a uma definição de polifarmácia baseada estritamente no número de medicações prescritas é o fato de diversas condições clínicas terem demonstrado taxas de sobrevida, controle otimizado das complicações e impactos positivos sobre qualidade de vida quando controladas intensivamente com várias classes de medicamentos.<sup>14,24,25</sup> O enfrentamento da polifarmácia dentro do sistema de saúde como o número de medicamentos prescritos não refletiriam, portanto, o real impacto deste fenômeno.

A literatura carece de trabalhos voltados para a avaliação da polifarmácia entre pacientes com diagnóstico de LES. Payne et al,<sup>6</sup> em recente estudo populacional incluindo pacientes atendidos em regime ambulatorial no Reino Unido, demonstrou que 8,9% dos pacientes com doenças reumatológicas em geral são submetidos a regimes de polifarmácia, com média de 4,9 medicações prescritas por paciente.

A prevalência de polifarmácia encontrada em nosso estudo foi de 37,2%. Este número é considerável, uma vez que é descrita uma prevalência de 21,5% dentro da população adulta geral, e apenas 8,9% dos pacientes com doenças reumatológicas.<sup>6</sup> Entretanto, o número se torna ainda mais expressivo quando nos referimos a um grupo populacional predominantemente jovem, com média de idade de 37,3 anos, demonstrando que o LES tem papel determinante sobre o número de medicações prescritas aos pacientes. Os estudos demonstram que o avançar da idade é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de polifarmácia na população geral, sendo este um evento incomum entre pacientes com 20-29 anos, ocorrendo em apenas 2,2% dos casos, chegando a 36% entre pacientes de 60-69 anos e até 70,4% para pacientes com 80 anos ou mais.<sup>6,26</sup> Estes dados corroboram com a prevalência significativamente maior encontrada entre os pacientes no grupo de 65 anos ou mais em nosso estudo.

Os dados encontrados na literatura demonstram existir uma diferença discreta, porém estatisticamente significativa, na ocorrência de polifarmácia entre homens e mulheres, sendo mulheres mais susceptíveis ao fenômeno.<sup>6,26</sup> Estudos analisando o perfil de acometimento do LES em diferentes grupos populacionais estabelecem que, embora seja infrequente em homens, a doença geralmente toma um curso mais agressivo em relação às mulheres, com perfil de morbimortalidade menos favorável, o que poderia explicar uma atenuação da diferença de gênero.<sup>27</sup> É provável que a quantidade pequena de pacientes do sexo masculino incluídos em nosso estudo não tenha sido capaz de detectar uma possível diferença entre os gêneros.

As recomendações atuais baseadas em evidências para o tratamento de pacientes com diagnóstico de LES envolvem terapia conservadora de base com antimaláricos, efetiva no controle de manifestações leves de doença e prevenção de surtos de atividade, adição de corticosteroides na dose mínima necessária em casos selecionados, associados ou não a imunossuppressores citotóxicos ou imunobiológicos.<sup>14</sup> A literatura especializada também recomenda protocolos de monitoramento sistemático de complicações crônicas da doença, seu tratamento e condições associadas, como doença ocular, neuropsiquiátrica, renal, pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal, musculoesquelética, gonadal, metabólica, infecções e neoplasias,<sup>28,29</sup> o que pode apontar a necessidade de suspensão ou mesmo adição de agentes terapêuticos. É bem reconhecido o fato de que o LES constitui um fator de risco independente para doença cardiovascular, em decorrência da promoção ambiente de inflamação crônica favorável à aterosclerose,<sup>30</sup> além da hipertensão arterial, fortemente associada à nefrite lúpica,<sup>31</sup> entre outras possíveis consequências. Sabe-se ainda que o grupo de morbidades que mais determinam adição de drogas à rotina dos pacientes é o das doenças cardiovasculares,<sup>6,26</sup> Por estes motivos, uma relação significativa entre polifarmácia e tempo de diagnóstico ou atividade de doença era esperada, o que não foi observado em nosso estudo.

A análise das principais classes medicamentosas prescritas entre os pacientes atendidos no ambulatório de LES do serviço de reumatologia do HULW demonstra um perfil de prescrições compatíveis com as recomendações baseadas em evidências.<sup>14</sup>

O uso de prednisona foi reportado em 89,8% dos pacientes, e as drogas modificadoras de atividade de doença (DMAD) em 22,7%, refletindo um grupo de pacientes com altos índices de atividade de doença, apresentando média de 16,35 pontos pelo SLEDAI, que exigem esforços adicionais às estratégias conservadoras para o controle adequado.<sup>14</sup> A amostra revelou uma prevalência do uso de hidroxicloroquina de 78,4%, recomendado para todos os pacientes com diagnóstico de LES sem contraindicações.<sup>14</sup> A proporção relativamente alta de pacientes em uso de omeprazol (45%) pode ser explicada por fatores como proteção contra os efeitos gastrintestinais da prednisona e coexistência de dispepsia por outros fatores.<sup>32</sup> Reforçando o papel do LES como um fator acelerador de aterosclerose e outras doenças cardiovasculares,<sup>30,31</sup> o uso frequente de drogas como anti-hipertensivos (40,9%) e estatinas (9,0%) foi constatado, apesar da baixa média de idade dos pacientes.

Os transtornos neuropsiquiátricos têm origem multifatorial e são um agravante significativo sobre a qualidade de vida dos pacientes com diagnóstico de LES, ocorrendo em até 75% dos indivíduos em algum momento da vida.<sup>33</sup> O uso de doses de prednisona superiores a 20 mg/dia constitui um fator de risco independente para depressão no LES, assim como diagnóstico recente, incapacidade e atividade cutânea de doença.<sup>34</sup> O fato de 14,8% dos pacientes relatarem uso de psicotrópicos é, portanto, esperado dentro da população estudada.

Os anti-inflamatórios não-hormonais (AINH) são drogas rotineiramente utilizadas no controle da inflamação na população geral. Para os pacientes com LES, os AINH podem ser utilizados no controle de serosite, sintomas musculoesqueléticos e cefaleia.<sup>14</sup> Porém, estes medicamentos suscitam uma atenção maior neste grupo específico, devido ao seu baixo perfil de segurança, justificando sua prescrição em apenas 10,2% dos pacientes atendidos em nosso

serviço. Entre as complicações que merecem destaque, a nefrite lúpica é um fator de risco importante para insuficiência renal induzida por AINH, assim como os riscos de reações alérgicas, hepatotoxicidade e meningite asséptica estão aumentados nestes pacientes.<sup>35</sup>

## **Conclusão**

Os autores concluem que o LES se apresenta como uma condição crônica que se relaciona à ocorrência de polifarmácia, mesmo em populações mais jovens. Chamamos atenção para o risco aumentado de danos diretos e indiretos, além de interações medicamentosas, associados à prescrição de medicamentos adicionais para pacientes com LES. Assim, é indispensável a adoção de medidas baseadas em evidências, capazes de trazer benefícios que suplantem os riscos de esquemas múltiplos, assim como a individualização do regime terapêutico conforme os medicamentos previamente utilizados e presença de comorbidades.

Ao nosso conhecimento, este é o primeiro trabalho descrito que se atém à relação entre polifarmácia e LES. Mais estudos serão necessários para avaliar o real impacto da polifarmácia entre pacientes com diagnóstico de LES.

## **Referências**

1. Gillette C, Prunty L, Wolcott J et al. A new lexicon for polypharmacy: Implications for research, practice, and education. *Res Social Adm Pharm* 2014 Ago 28 [Epub ahead of print].
2. Bushardt RL, Massey EB, Simpson TW et al. Polypharmacy: misleading, but manageable. *Clin Interv Aging* 2008; 3 (2): 383-389.
3. Kim HA, Shin JY, Kim MH et al. Prevalence and Predictors of Polypharmacy Among Korean Elderly. *PLoSOne* 2014; 10 ( 9): e98043.

4. Nobili A, Franchi C, Pasina L et al. Drug utilization and polypharmacy in an Italian elderly population: the EPIFARM-elderly project. *Pharmacol Epidemiol Drug Saf* 2011; 20: 488–496
5. Barnett K, Mercer KW, Norbury M et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380 (9836): 37-43.
6. Payne RA, Avery AJ, Duerden M et al. Prevalence of polypharmacy in a Scottish primary care population. *Eur J Clin Pharmacol* 2014; 70: 575-581.
7. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf* 2014; 13: 57–65
8. Fialová D, Topinková E, Gambassi G et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA* 2005; 293: 1348-1358
9. Lake JK, Weiss JA, Dergal J et al. Child, Parent, and Service Predictors of Psychotropic Polypharmacy Among Adolescents and Young Adults with an Autism Spectrum Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2014 Oct 20 [Epub ahead of print]
10. Reed BN, Rodgers JE, Sueta CA. Polypharmacy in heart failure: drugs to use and avoid. *Heart Fail Clin* 2014; 10 (4): 577-590.
11. Rahman A, Isenberg DA. Systemic Lupus Erythematosus. *N Engl J Med* 2008; 358 (9): 929-939.
12. Hopkinson N. Epidemiology of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 1992; 51 (12): 1292-1294.
13. Fernandez M, Alarcón GS, Calvo-Alen J et al. A multiethnic, multicenter cohort of patients with systemic lúpus erythematosus (SLE) as a model for the study of ethnic disparities in SLE. *Arthritis Rheum* 2007; 57: 576-584.

14. Van Vollenhoven RF, Mosca M, Bertsias G et al. Treat-to-target in systemic lupus erythematosus: recommendations from an international task force. *Ann Rheum Dis* 2014; 73 (6): 958-967.
15. Merrell M, Shulman LE. Determination of prognosis in chronic disease, illustrated by systemic lupus erythematosus. *J Chronic Dis* 1955; 1 (1): 12-32.
16. Pistiner M, Wallace DJ, Nessim S et al. Lupus erythematosus in the 1980s: a survey of 570 patients. *Semin Arthritis Rheum* 1991; 21 (1): 55-64.
17. MacGowan JR, Ellis S, Griffiths M et al. Retrospective analysis of outcome in a cohort of patients with lupus nephritis treated between 1977 and 1999. *Rheumatology (Oxford)* 2002; 41 (9): 981-987.
18. Strand V, Gladman D, Isenberg D et al. Endpoints: consensus recommendations from OMERACT IV. *Outcome Measures in Rheumatology. Lupus* 2000; 9 (5):322-7.
19. Fardet L. Metabolic and cardiovascular adverse events of systemic glucocorticoid therapy. *Rev Med Interne*. 2013; 34(5): 303-309.
20. Bombardier C, Gladman DD, Urowitz MB et al. Derivation of the SLEDAI. A disease activity index for lupus patients. *Arthritis Rheum* 1992; 35: 630-640.
21. Uribe AG, Vilá LM, McGwin G Jr et al. The Systemic Lupus Activity Measure-revised, the Mexican Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI), and a modified SLEDAI-2K are adequate instruments to measure disease activity in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2004; 31 (10): 1934-1940.
22. Gnjjidic D, Hilmer SN, Blyth FM et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol* 2012; 65: 989-995.
23. Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Pract* 2005; 17 (4): 123-132.

24. James PA, Oparil S, Carter BL et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014; 311 (5): 507-520.
25. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2013; 128: e240-e327.
26. Qato DM, Alexander GC, Conti RM et al. Use of Prescription and Over-the-counter Medications and Dietary Supplements Among Older Adults in the United States. *JAMA* 2008; 300 (24): 2867-2878.
27. Faezi ST, Hosseini AM, Akbarian M et al. Clinical and immunological pattern of systemic lupus erythematosus in men in a cohort of 2355 patients. *Int J Rheum Dis* 2014; 17 (4): 394-9.
28. Mosca M, Tani C, Aringer M et al. European League Against Rheumatism recommendations for monitoring patients with systemic lupus erythematosus in clinical practice and in observational studies. *Ann Rheum Dis* 2010; 69 (7): 1269-1274.
29. Gladman D, Ginzler E, Goldsmith C et al. The development and initial validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Damage Index for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheum* 1996; 39 (3): 363-369.
30. Mezalek ZT, Harmouche H, Ammouri W et al. Atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Presse Medicale* 2014; 43 (10): 1034-1047.
31. Shaharir SS, Mustafar R, Mohd R et al. Persistent hypertension in lupus nephritis and the associated risk factors. *Clin Rheumatol* 2014 Nov 6 [Epub ahead of print]
32. Hoes JN, Jacobs JW, Verstappen SM et al. Adverse events of low- to medium-dose oral glucocorticoids in inflammatory diseases: a meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2009; 68 (12): 1833-1838.

33. Jeltsch-David H, Muller S. Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: pathogenesis and biomarkers. *Nat Rev Neurol* 2014; 10 (10): 579-596.
34. Huang X, Magder LS, Petri M. Predictors of incident depression in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2014; 41 (9): 1823-33.
35. Ostensen M, Villiger PM. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in systemic lupus erythematosus. *Lupus* 200; 9 (8): 566-572.

**Tabela 1** Características sociodemográficas dos pacientes estudados

---

<b>Idade</b>	
Média (em anos)	37,3
Idosos	6 (6,8%)
Não-idosos	82 (93,2%)
<hr/>	
<b>Gênero</b>	
Feminino	86 (97,7%)
Masculino	2 (2,3%)
<hr/>	
<b>Estado civil</b>	
Solteiros	35 (39,8%)
Casados	48 (54,5%)
Viúvos	5 (5,7%)
<hr/>	
<b>Cor</b>	
Branca	50 (56,8%)
Não branca	38 (43,2%)
<hr/>	
<b>Renda familiar</b>	
Média (em SM)	1,4
< 1 SM	10 (11,3%)
1-3 SM	70 (79,5%)
> 3 SM	6 (6,7%)
Não soube responder ou não tem renda	2 (2,2%)

---

SM = salário mínimo

**Tabela 2** Características clínicas da amostra

<b>Polifarmácia</b>	31 (35,2%)
<b>SLEDAI</b>	
Inatividade	18 (20,5%)
Atividade leve a moderada	15 (17,5%)
Atividade severa	55 (62,5%)
<b>Tempo de doença</b>	
< 5 anos	46 (52,3%)
≥ 5 anos	42 (47,7%)

SLEDAI = *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index*

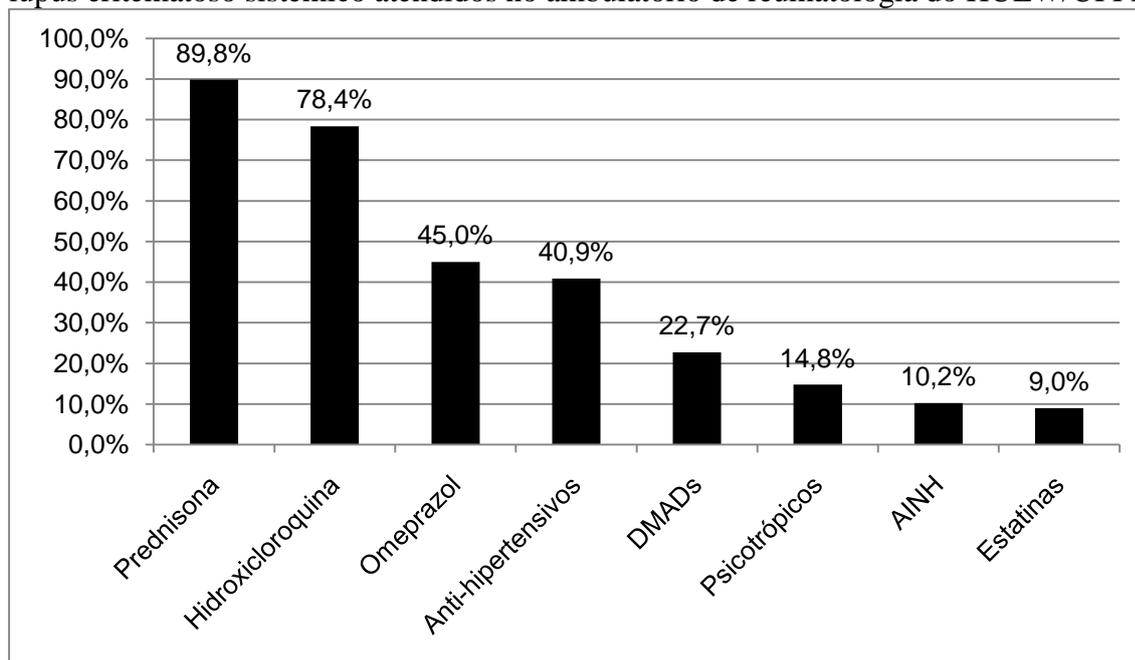
**Tabela 3** Relação entre a ocorrência de polifarmácia e fatores clínicos e sociodemográficos

<b>Característica clínico-demográfica</b>	<b>Frequência de polifarmácia n (%)</b>
<b>Idade</b>	
< 65 anos	26 (31,7%)
≥ 65 anos	5 (83,3%)
	$p = 0,011^*$
<b>Estado civil</b>	
Solteiro	9 (25,7%)
Casado	20 (41,6%)
Viúvo	2 (40%)
	$p = 0,315$
<b>Tempo de doença</b>	
< 5 anos	18 (39,1%)
≥ 5 anos	28 (30,9%)
	$p = 0,422$
<b>SLEDAI</b>	
Doença inativa	4 (22,2%)
Doença ativa	6 (40%)
Atividade severa	21 (38,1%)
	$p = 0,429$

\*  $p < 0,05$

SLEDAI = *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index*

**Gráfico 1** Avaliação das principais classes medicamentosas prescritas para pacientes com lúpus eritematoso sistêmico atendidos no ambulatório de reumatologia do HULW/UFPB



DMADs = drogas modificadoras de atividade de doença;  
AINH = anti-inflamatórios não-hormonais