PESQUISAS E AÇÕES EM Saúde Pública
Edição X

Capítulo 13

MORTALIDADE POR LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO NAS CAPITAIS BRASILEIRAS NOS ANOS DE 2016 A 2020

TALYTHA YASMIM CARVALHO DE LIMA[1]
BEATRIZ ESSENFELDER BORGES[2]

[1]*Discente - Enfermagem do Centro Universitário Santa Cruz de Curitiba UniSantaCruz.*
[2]*Docente –Curso de Enfermagem do Centro Universitário Santa Cruz de Curitiba UniSantaCruz.*

Palavras-Chave *Mortalidade; Lupus Eritematoso Sistêmico; Epidemiologia.*

10.59290/978-65-81549-97-8.13

INTRODUÇÃO

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença multissistêmica, crônica inflamatória e autoimune. Sua etiologia ainda é desconhecida, mas fatores ambientais, genéticos, hormonais e infecciosos podem desencadear a patologia (COSTI *et al*, 2017; SOUZA *et al*, 2021; DA COSTA *et al*, 2014)

Existem dois principais tipos de variação da doença: lúpus discoides e lúpus eritematoso sistêmico disseminado que é a forma mais grave e a qual vai ser discutida. O que difere cada um é que o lúpus discoide/cutâneo é visto na derme com lesões eritematosas principalmente em áreas expostas à luz solar, já o lúpus eritematoso sistêmico acaba abrangendo tanto a derme com lesões eritematosas, quanto os órgãos, tecidos e articulações (JÚNIOR *et al, 2020)*

O LES tem maior incidência em mulheres em idade fértil com proporção de nove a dez mulheres para cada homem, e com prevalência variando de 14 a 50/100.000 habitantes em estudos norte-americanos BATISTA *et. al.*, (2017), e no Brasil uma a cada 1700 mulheres desenvolvem a doença (Sociedade Brasileira de Reumatologia 2022).

Por ser uma patologia multissistêmica de difícil diagnóstico e por apresentar sintomas e manifestações heterogêneas, além de oscilação de períodos ativos e remissivos da doença, só é confirmado após exames laboratoriais, investigação clínica, e critérios de classificação do LES segundo o EULAR/ACR de 2019 padrão-ouro (FREIRE *et al*, 2011; SOUZA *et al*, 2021; ZANEVAN *et al*, 2022).

O acompanhamento da doença é feito pela especialidade de Reumatologia e equipe multidisciplinar. O tratamento é medicamentoso de longo prazo e individual para cada pessoa. Com uso de corticoides, antimaláricos (hidroxicloroquina) e imunossupressores (azatioprina, ciclofosfamida e micofenolato de mofetil). Dessa forma, mudando a rotina, expectativa de vida e qualidade de vida do indivíduo. O uso desses medicamentos pode ocasionar alguns efeitos colaterais como alteração de humor, capacidade física reduzida, fatores que contribuem para alterações de cunho emocional como o aumento da depressão, entre outros (JÚNIOR *et al, 2020)*

Dessa forma, compreender o LES é importante, pois é uma patologia incurável e com alto índice de mortalidade. Assim, o objetivo desta pesquisa é identificar o perfil de mortalidade nas capitais brasileiras nos anos de 2016 a 2020.

MÉTODO

A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Compreendendo o período de registro das variáveis de interesse no ano de 2016 a 2020. A população alvo foi constituída por mulheres de 20 a 59 anos que vieram a óbito por LES nas capitais brasileiras.

Os dados de domínio público foram obtidos através do *webpage* (DATASUS, 2022) no Sistema de Informação de Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) - (SIM/SUS) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), frequência de óbitos, cuja Classificação Internacional de Doenças (CID 10) compreende o código M32 as quais se configuram como variáveis de interesse, que foram coletadas no mês de Outubro de 2022 e foram analisados através de estatística com frequência simples e porcentagens com base nos óbitos por ocorrências.

Foram realizados cálculos proporcionais dessas mortalidades, para 100 mil habitantes, para cada capital, sendo que os dados referentes

as populações foram obtidos no *site* do IBGE (2020).

Os dados estão apresentados na forma de gráficos e tabelas nos quais foram analisados através da estatística descritiva, proporcionando indicadores quantitativos, que permitiu a descrição dos casos.

De acordo com Resolução nº 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP do Conselho Nacional de Saúde – CNS, a presente pesquisa dispensa avaliação ética pois os dados apresentados são de domínio público, segundo o Art. 1º, parágrafo único da mesma resolução. Visto não permitir identificação dos sujeitos.

RESULTADOS

Após análise dos óbitos por capitais brasileiras e a cada 100 mil habitantes, é visto que São Paulo teve o maior número de óbitos, com 242 mortes, porém com 1,99/100.000 habitantes. A 2º capital com maior número de óbitos é o Rio de Janeiro, com 182 mortes e 2,75/-100.000 habitantes, e comparando a tabela a cada 100.000 habitantes, temos um cenário diferente onde Cuiabá apontou 44 mortes e 7,33/100.000 habitantes e assim se torna a capital com a maior taxa de mortalidade nos anos de 2016 a 2020. A 2º capital com maior índice de óbitos é Teresina com 56 mortes e 6,53/100.000 habitantes. E o ano com maior taxa de mortalidade foi 2017 com 338 óbitos e 20,87/100.000 habitantes e 2020 com a menor taxa de mortalidade com 249 óbitos e 16,70/-100.000 habitantes. E a totalidade de 2016 a 2020 foi 1533 óbitos e 97,29/100.000 habitantes (**Tabela 13.1**).

Tabela 13.1 Total de óbitos por Capitais Brasileiras e a cada 100 mil habitantes nos anos de 2016 a 2020, sexo feminino, faixas etárias de 20 a 59 anos

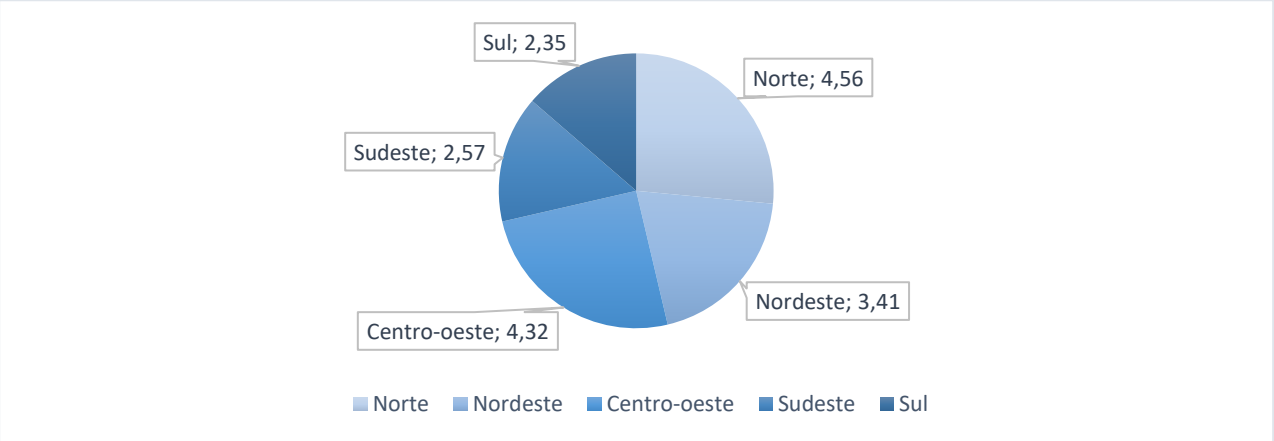
Capital	2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Aracaju	5	0,78	5	0,77	1	0,15	5	0,76	3	0,45	19	2,91
Belém	16	1,11	21	1,45	11	0,74	11	0,74	14	0,93	73	4,96
Belo Horizonte	11	0,44	14	0,55	8	0,32	12	0,48	18	0,71	63	2,50
Boa Vista	3	0,92	2	0,60	2	0,53	5	1,25	5	1,19	17	4,50
Brasília	15	0,50	15	0,49	17	0,57	14	0,46	17	0,56	78	2,59
Campo Grande	4	0,46	5	0,57	5	0,56	6	0,67	4	0,44	24	2,71
Cuiabá	12	2,05	10	1,69	7	1,15	7	1,14	8	1,29	44	7,33
Curitiba	8	0,42	12	0,63	13	0,68	13	0,67	3	0,15	49	2,56
Florianópolis	1	0,21	0	0,00	2	0,41	1	0,20	3	0,59	7	1,40
Fortaleza	19	0,73	22	0,84	14	0,53	20	0,75	12	0,45	87	3,29
Goiânia	21	1,45	16	1,09	8	0,53	15	0,99	9	0,59	69	4,65
João Pessoa	4	0,50	4	0,49	2	0,25	4	0,49	1	0,12	15	1,86
Macapá	6	1,29	4	0,84	2	0,41	2	0,40	4	0,78	18	3,71
Maceió	11	1,08	5	0,49	2	0,20	9	0,88	4	0,39	31	3,03
Manaus	22	1,05	36	1,69	29	1,35	22	1,01	20	0,90	129	6,00
Natal	5	0,57	3	0,34	2	0,23	3	0,34	4	0,45	17	1,93
Palmas	1	0,36	2	0,70	2	0,69	5	1,67	2	0,65	12	4,06
Porto Alegre	7	0,47	12	0,81	7	0,47	12	0,81	8	0,54	46	3,10
Porto Velho	6	1,17	2	0,39	2	0,38	2	0,38	3	0,56	15	2,88
Recife	16	0,98	15	0,92	20	1,22	16	0,97	13	0,79	80	4,88
Rio Branco	4	1,06	7	1,83	4	1,00	5	1,23	3	0,73	23	5,84
Rio de Janeiro	36	0,55	43	0,66	32	0,48	41	0,61	30	0,44	182	2,75
Salvador	12	0,41	21	0,71	21	0,73	17	0,59	21	0,73	92	3,17
São Luís	8	0,74	3	0,27	5	0,46	10	0,91	8	0,72	34	3,10
São Paulo	65	0,54	49	0,40	59	0,48	49	0,40	20	0,16	242	1,99
Teresina	17	2,01	7	0,82	13	1,51	7	0,81	12	1,38	56	6,53
Vitória	1	0,28	3	0,83	2	0,56	5	1,38	0	0,00	11	3,04
Total	336	22,13	338	20,87	292	16,60	318	21,00	249	16,70	1533	97,29

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
Legenda: 1- Total óbitos 2- Óbitos a cada 100 mil habitantes
Fonte: IBGE - Estimativas de População

Nesta segunda análise (**Gráfico 13.1**), é observada a taxa de mortalidade de cada região nos anos de 2016 a 2020, onde foi utilizada como referência para cálculo a **Tabela 13.1**. A

região Norte, com 4,56/100.000 habitantes, teve a maior taxa de óbitos nesses 5 anos mencionados, em seguida região Centro-Oeste com 4,32, região Nordeste 3,41, região Sudeste 2,57 e a região Sul com a menor taxa: 2,35/-100.000 habitantes.

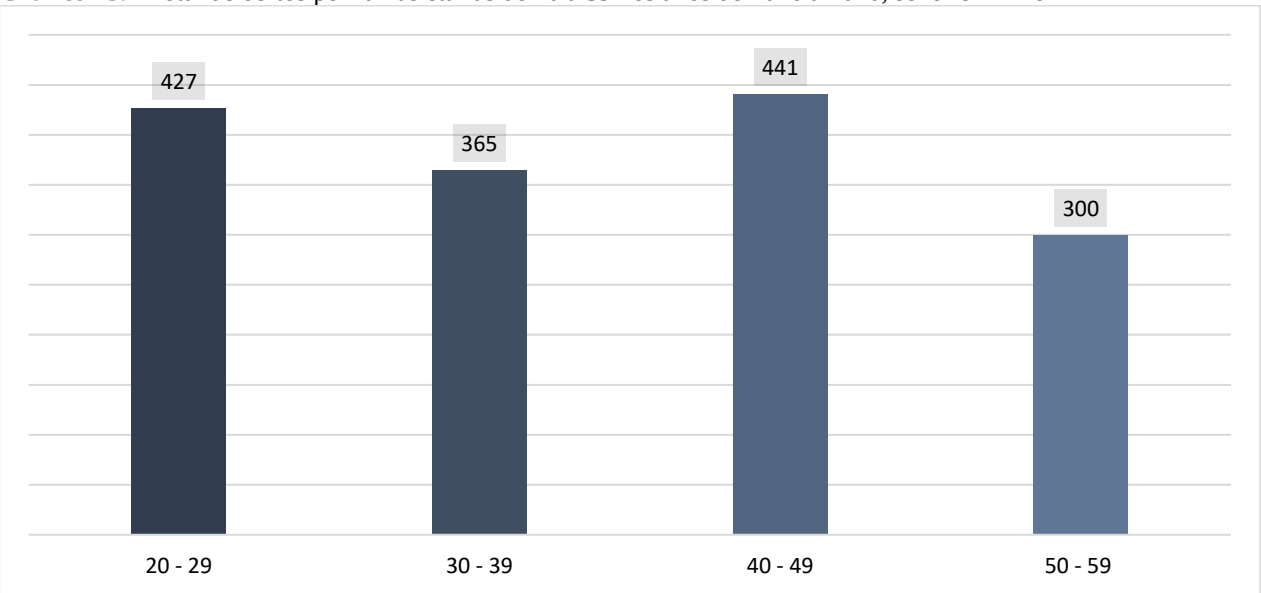
Gráfico 13.1 Total de óbitos a cada 100 mil habitantes comparada por regiões nos anos de 2016 a 2020, sexo feminino, faixas etárias de 20 a 59 anos



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
Fonte: IBGE - Estimativas de População

O **Gráfico 13.2** tem como finalidade apresentar a totalidade de óbitos das faixas etárias de 20 a 59 anos, nos anos de 2016 a 2020. Dessa forma o resultado observado foi que na faixa etária de 40-49 anos teve a maior taxa de mortalidade com 441 óbitos, e a faixa etária de menor número de óbitos, foi de 50-59 anos com 300 mortes nestes 5 anos mencionados.

Gráfico 13.2 Total de óbitos por faixas etárias de 20 a 59 nos anos de 2016 a 2020, sexo feminino



DICUSSÃO

Nesta pesquisa foi observado que os anos com maiores taxas de óbitos foram os de 2017 com 338 e 2016 com 336 e, comparado ao estudo de Batista *et al.* (2017) a maior quantidade de óbitos foram nos anos de 2014 com 898 e 2012 com 874. É fato que a pesquisa realizada se difere quanto a idade pois no estudo mencionado a faixa etária de interesse é de 0 (zero) a 80 (oitenta) anos entre homens e mulheres, e a atual é de 20 (vinte) a 59 (cinquenta e nove) anos somente mulheres, entretanto a discrepância entre os resultados é relevante.

Este estudo foi realizado com a padronização de 100.000 habitantes para elucidar sobre as capitais e regiões mais afetadas, pois observando em outra pesquisa como Batista *et al.* (2017) a região Sudeste é apresentada com a maior taxa de número de óbitos e, a densidade demográfica desse território e a rede assistencial em grande escala, faz com que indivíduos de outros locais se dirijam para busca de tratamento ou afins relacionados ao LES. Se verificado isoladamente sem a extensão territorial, de fato acontece mais óbitos nesse local, dessa forma a **Tabela 13.1** traz a comparação dessas duas vertentes, o valor isolado de óbito de cada capital e o valor isolado de óbito de cada capital por 100.000 habitantes, assim apesar da região Sudeste ter o maior número de óbitos ela não tem a maior taxa de mortalidade.

Foi identificado uma totalidade de 1533 óbitos por LES no período de 2016 a 2020. Foi observado que a região Norte teve a maior taxa de óbitos com 4,56/100.000 habitantes, e a taxa de mortalidade no Brasil segundo os dados de Costi *et al.* (2017) é de 4,76 óbitos/100.000 habitantes. Neste mesmo estudo foi avaliado a população de 2002 a 2011 onde a região norte teve um resultado de 5,40/100.000 habitantes, dessa forma o resultado atual está abaixo do esperado conforme a taxa de mortalidade do Brasil e da Região.

De acordo com o **Gráfico 13.1** as regiões com maior índice de mortalidade são respectivamente, Norte, Centro-Oeste e Nordeste. O estudo de Dos Santos *et al.* (2022) relata que o resultado de óbitos foi menor do que esperado para região nordeste. Dessa forma é relevante ressaltar que na região nordeste a exposição aos raios ultravioleta, dieta inadequada, condições de subnutrição, dificuldade de acesso ao tratamento e aos medicamentos específicos são determinantes no desencadeamento e na atividade da doença, tornando a sua letalidade aumentada. A região norte tem grandes adversidades de acesso a assistência médica e multiprofissional dos serviços de saúde de média e alta complexidade (BATISTA *et al.,* 2017). Com isso é visto que o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013) apresenta os estados com municípios com baixo índice de desenvolvimento humano municipal (MHDI) do país, entre eles estão as regiões Norte e Nordeste. Com essa informação é necessário ser mais cauteloso ao comparar as pesquisas de mortalidade entre regiões brasileiras, já que é fato uma deficiência na rede de serviços acessíveis a população deste território (PNUD, 2013).

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), as regiões Norte e Nordeste seguem com incerteza quanto a descrição de óbitos em geral, com demasiadas taxas de subnotificação, principalmente na região Nordeste quando comparada com a média nacional, especialmente com o Centro-Sul (IBGE, 2009). Dessa forma apesar do **Gráfico 13.1** ter uma taxa maior de mortalidade nessas regiões, sabe-se com esses dados mencionados anteriormente que poderia ser ainda mais alta a taxa de mortalidade desses territórios.

O LES tem maior incidência em mulheres em idade fértil com proporção de nove a dez

mulheres para cada homem, e com prevalência variando de 14 a 50/100.000 habitantes em estudos norte-americanos. E no Brasil segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2022) é considerado que uma a cada 1700 mulheres desenvolvem a doença.

A variável de faixa etária do **Gráfico 13.2** corrobora com a literatura de outros estudos como DOS SANTOS *et al.* (2022) o qual teve percentual superior nas idades de 20 a 49 anos, SOARES *et al.* (2023) 30 e 39 anos e COSTI *et al*. (2017) 20 e 39 anos, no estudo atual a faixa etária de 20 a 29 anos e 40 a 49 anos obtiveram os maiores índices de mortalidade, assim a incidência da patologia em mulheres são predominantes nos anos reprodutivos.

LES é uma patologia complexa a qual tem momentos ativos e remissivos, fazendo com que os portadores tenham uma sobrecarga de comorbidades, uma vez que pode se alastrar em múltiplos órgãos, o qual afeta a qualidade de vida e aumenta a possibilidade de mortalidade do indivíduo (SOUZA *et al*, 2021; SOARES *et al.*, 2023).

Existem dois principais tipos de variação da doença: lúpus discoides, e lúpus eritematoso sistêmico disseminado que é a forma mais grave. O que difere cada um é que o lúpus discoide/cutâneo é visto na derme com lesões eritematosas principalmente em áreas expostas à luz solar, já o lúpus eritematoso sistêmico acaba abrangendo tanto a derme com lesões eritematosas quanto os órgãos, tecidos e articulações (JÚNIOR *et al, 2020).*

Diante disso Zerbini e Fidelix (1989) sistematizam os principais sintomas da doença em ordem de incidência: artrite, febre, problemas na pele, tais como vermelhidão em “asa de borboleta”, fotossensibilidade, queda de cabelo, fenômeno de Raynaud (coloração de mãos e pés), feridas no nariz e na boca, bem como cansaço, perda de peso, problemas renais, problemas pulmonares, problemas cardíacos, aumento de gânglios, depressão e, até, complicações neurológicas e psicóticas, que fazem parte de outras doenças. Entretanto existem estudos que mencionam que não necessariamente segue se os sintomas nesta ordem descrita acima (JÚNIOR *et al,* 2020), mas é importante ter esse conhecimento sobre os principais sintomas da patologia.

A doença só é confirmada após exames laboratoriais, investigação clínica e critérios de classificação do LES segundo o EULAR/ACR de 2019 padrão-ouro, o qual é realizado sete exames clínicos e três imunológicos, ao todo são 22 critérios com pesos distintos. É necessário apresentar um resultado de 10 ou mais para que estejam nos critérios de classificação de LES, ainda assim é preciso ressaltar que o diagnóstico é de competência médica, o qual irá avaliar de forma individual cada paciente. Assim mesmo que um indivíduo não alcance a pontuação 10 não é critério excluir possibilidade de LES, somente o profissional médico tem essa decisão (ZANEVAN *et al,* 2022).

A qualidade de vida dos indivíduos que são portadores de LES é comprometida, uma vez que quanto maior é a atividade da doença, menor é a qualidade de vida do portador. Os efeitos colaterais das medicações são expressivos, os mais frequentes relacionado ao uso de corticoides são: Diabetes Mellitus tipo 2, cataratas e hepatite tóxica (JÚNIOR *et al,* 2020)

Em outra pesquisa sobre qualidade de vida é notado que a parte psicológica é uma das principais afetadas nesse paciente de modo que a depressão e ansiedade tem maior prevalência do que na população geral e em outras pessoas com outras patologias reumáticas e do tecido conjuntivo, com isso foi averiguado que o desenvolvimento de ansiedade e depressão, pode contribuir de tal maneira que para o aumento de morbidade e mortalidade e baixa qualidade de vida (SOUZA *et al*, 2021).

Com isso foi realizado um estudo com a expectativa de melhora de vida nos pacientes portadores de LES, com o objetivo de reduzir

os efeitos colaterais, dessa forma têm sido desenvolvidos anticorpos monoclonais que reduzam a produção dos níveis de célula B, responsáveis pelos aspectos clínicos e característicos da doença. O mecanismo diminui os efeitos do Lúpus, oferecendo novas esperanças para um tratamento com menores efeitos colaterais, em relação às terapias convencionais (SOARES *et al.*, 2023).

Segundo Batista e colaboradores (2017). a mortalidade por LES vem diminuindo com o passar dos anos, por motivo de desenvolvimento de novas opções de tratamento, como a modalidade terapêutica e imunológica que são exames mais sensíveis e específicos que os anteriores, porém na atual pesquisa os resultados corroboram com outros estudos, dessa forma a mortalidade de Lúpus Eritematoso Sistêmico é relevante, assim se faz necessário contínuas pesquisas com informações atualizadas sobre perfil epidemiológico, qualidade de vida, entre outros assuntos.

Por fim o LES não se constitui como doença de notificação compulsória, visto que, segundo a legislação regulatória, Lei n. 6.259 de 1975, não engloba o rol de doenças de contágio ou quarentena, tampouco figura como relevante à notificação em listagem própria elaborada pelo Ministério da Saúde.

CONCLUSÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma patologia complexa, com este estudo foi possível avaliar que a maior taxa de mortalidade é a região Norte com 4,56/100.000 habitantes, a capital com o maior número de óbitos é São Paulo com 242 mortes e a faixa etária de maior letalidade com 441 óbitos é de 40 a 49 anos.

A qualidade de vida (QV) dos portadores de LES é mais baixa quando comparada a população geral, a questão dos efeitos colaterais é de grande relevância quando comparado a QV. Dessa forma já está em curso o desenvolvimento de um mecanismo para diminuir os efeitos de LES, com isso trazendo esperança para um tratamento com menores efeitos colaterais e maior QV.

É necessário enfatizar que LES não se constitui como doença de notificação compulsória, assim é de extrema relevância realizar a notificação nos dados do Ministério da Saúde. Já que assim é possível analisar a população, as regiões e protocolos de tratamentos que estão com eventual êxito ou deficiência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, Wellida Lima *et al.* Mortalidade por lúpus eritematoso sistêmico no Brasil de 2005 a 2014. Vita et Sanitas, v. 11, n. 1, p. 3-14, 2017.

BRASIL - Ministério da Saúde. DATASUS. MORTALIDADE BRASIL Lúpus Eritematoso Sistêmico, 2022.

COSTI, Luisa Ribeiro *et al.* Mortalidade por lúpus eritematoso sistêmico no Brasil: avaliação das causas de acordo com o banco de dados de saúde do governo. Revista brasileira de reumatologia, v. 57, p. 574-582, 2017.

DA COSTA, LUCIANA MEIRA; COIMBRA, CLAUDIA CRISTINA BATISTA EVANGELISTA. Lúpus Eritematoso Sistêmico: Incidência e tratamento em mulheres.Revista Uningá, v. 20, n. 1, 2014.

DOS SANTOS, Francisco Carlos Carneiro *et al.* Mortalidade por lúpus eritematoso sistêmico no Brasil: análise do perfil sociodemográfico. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, v. 11, n. 13, pág. e281111325968-e281111325968, 2022.

FREIRE, Eutília Andrade Medeiros; SOUTO, Laís Medeiros; CICONELLI, Rozana Mesquita. Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico.Revista Brasileira de Reumatologia, v. 51, p. 75-80, 2011.

IBGE. Estimativas de população, 25 de out. 2020.

IBGE. Estimativas populacional, 2009.

JÚNIOR, Helder Castro Sampaio *et al.* Avaliação dos sintomas, complicações, tratamento e efeitos colaterais medicamentosos sobre a qualidade de vida de portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES): revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 4, p. 10303-10318, 2020.

PNUD, Brasil. Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil, 2013.

SBR. Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Sociedade Brasileira de Reumatologia, 31 de ago. de 2022.

SOARES, Y. V., Guerrieri, C. G., & Pancoto, J. A. T. (2023). Perfil epidemiológico de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico na cidade de Vitória - Espírito Santo. *Brazilian Journal of Production Engineering*, , *2023.*

SOUZA RR, Marcon SS, Teston ET, Reis P, Seguraço RS, Silva ES, *et al.* Fatores influentes da qualidade de vida em pessoas com lúpus eritematoso sistêmico. Acta Paul Enferm. 2021.

ZANEVAN, Ivan Rosso *et al.* Lúpus Eritematoso Sistêmico: limitações da classificação atual e perspectivas diagnósticas Lúpus Eritematoso Sistêmico: limitações da classificação atual e perspectivas diagnósticas. Revista Brasileira de Revista de Saúde, v. 5, n. 1, pág. 237-249, 2022.

ZERBINI, C.A. & FIDELIX, T.S.A. Conversando sobre o lúpus: um livro para o paciente e a família, São Paulo: Roca, 1989.