

# MORTALIDADE POR LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL – BRASIL, NO PERÍODO DE 1996 A 2018

Alfredo Aguirre da Paixão<sup>1</sup>

Eva Teixeira dos Santos<sup>2</sup>

Lenita da Silva Vieira Ximenes<sup>3</sup>

**RESUMO:** Há muito tempo, a geografia e a medicina caminham juntas em seus estudos, contribuindo na compreensão e distribuição espacial das doenças. Assim, este trabalho objetivou analisar a mortalidade por Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) em Mato Grosso do Sul, no período compreendido entre 1996 a 2018. Para tanto, realizou-se um levantamento bibliográfico sobre a temática, utilizando o banco de dados do sistema DATASUS. No período analisado, constatou-se que a mortalidade no MS foi maior na população branca (43,30%), na população na faixa etária de 20-44 anos de idade (58,62%) e na microrregião onde se encontra a capital estadual, Campo Grande (15,33/100.000 hab.). Desta forma, considera-se que os fatores ambientais, bem como as condições socioeconômicas estejam relacionados ao aparecimento e manifestações clínicas do LES e, em razão da escassez de estudos em Mato Grosso do Sul, sugere-se que a partir deste, trabalhos mais específicos possam ser realizados posteriormente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Geografia da Saúde; Incidência; Lúpus Eritematoso Sistêmico; Saúde da Mulher.

## SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS MORTALITY AT MATO GROSSO DO SUL STATE - BRAZIL, IN THE PERIOD FROM 1996 TO 2018

**ABSTRACT:** A long time, geography and medicine go together in their studies, contributed to the understanding and spatial distribution of disease. This study aimed to analyze mortality by Systemic Lupus Erythematosus (SLE) in Mato Grosso do Sul, in the period 1996-2018. So, conducted a literature review about theme, using the database of DATASUS system. In the analyzed period, it was found that mortality in MS it was higher in the white population (43.30%), in the population aged 20-44 years old (58.62%) and in the micro-region where the state capital, Campo Grande (15.33/100.000 hab.). Then, it is considered that environmental factors, as the socioeconomic condition, are related to

---

<sup>1</sup> Doutorando em Geografia pela Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD [alfredoalp@hotmail.com](mailto:alfredoalp@hotmail.com).

<sup>2</sup> Docente do Programa de Pós-Graduação em Geografia, Campus de Aquidauana - UFMS-[eva.teixeira@ufms.br](mailto:eva.teixeira@ufms.br).

<sup>3</sup> Mestra em Geografia Campus de Aquidauana - UFMS - [lenitaximenes@yahoo.com.br](mailto:lenitaximenes@yahoo.com.br).

the onset and clinical manifestations of SLE and, because the scarcity of studies in Mato Grosso do Sul, it is suggested that from, this more specific work could be performed later.

**KEYWORDS:** Health geography; Incidence; Systemic Lupus Erythematosus; Women's Health.

## MORTALIDAD POR LUPUS ERITEMASO SISTEMICO EN LO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL – BRASIL, EN LO PERIODO DE 1996 A 2018

**RESUMEN:** Hace mucho tiempo, la geografía y la medicina caminan juntas en sus estudios, ayudando en la comprensión y distribución espacial de las enfermedades. Así, este trabajo tiene por objetivo analizar la mortalidad por Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en Mato Grosso do Sul, en lo periodo comprendido entre 1996 a 2018. Para tanto, realizó-se un levantamiento bibliográfico sobre la temática, utilizando la base del dato do sistema DATASUS. En el período analizado, se constató-se que la mortalidad en el MS fue mayor en la población blanca (43,3%), en la población de 20 a 44 años (58,62%) y en la microrregión donde se ubica la capital del estado, Campo Grande (15,33/100.000 hab.). De esta forma, considera-se que los factores ambientáis, como las condiciones socioeconómicas son relacionados al aparecimiento y manifestaciones clínicas del LES y, en razón de la escasez de estudios en lo Mato Grosso del Sul, se sugiere que, a partir de este trabajo, otros trabajos más específicos puedan ser realizados posteriormente.

**PALABRAS-CLAVE:** Geografía de la Salud; Incidencia; Lupus Eritematoso Sistémico; Salud de la Mujer.

### INTRODUÇÃO

Há muito tempo, a geografia acompanha a medicina, pois Hipócrates (considerado o pai da medicina), com sua obra “Dos ares, das águas e dos lugares” (aproximadamente 480 a.C.), já demonstrava elementos geográficos em suas análises. Já a geografia médica demonstra que para se compreender como a doença se manifesta e se propaga é necessário conhecer o meio onde ela se instalou, como ressaltam Lacaz, Baruzzi e Siqueira Junior (1972, p.1) apud Santos (2010, p. 42), quando diz:

Na geografia médica, o estudo do enfermo é inseparável do seu ambiente, do biótopo onde se desenvolvem os fenômenos de ecologia associada com a comunidade a que ele pertence. Quando se estuda uma doença, principalmente metaxênica, sob o

ângulo da geografia médica, devemos considerar, ao lado do agente etiológico, do vector, do reservatório, do hospedeiro intermediário e do Homem suscetível, os fatores geográficos representados pelos fatores físicos (clima, relevo, solos, hidrografia, etc.), fatores humanos ou sociais (distribuição e densidade da população, padrão de vida, costume religioso superstições, meios de comunicação) e os fatores biológicos (vida vegetal e animal, parasitismo humano e animal, doenças predominantes, grupo sanguíneo da população, etc. (LACAZ; BARUZZI; SIQUEIRA JUNIOR, 1972, p. 1, *apud* SANTOS 2010, p. 42).

Para Pessoa (1960, p. 1) *apud* Santos (2010, p. 43), a “Geografia Médica tem por fim o estudo da distribuição e da prevalência das doenças na superfície da terra, bem como de todas as modificações que nelas possam advir por influência dos mais variados fatores geográficos e humanos”.

Assim, é possível interpretar as informações médicas sobre Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e demais enfermidades, através de elementos espaciais geográficos, tais como exemplificados na metodologia.

Partindo da perspectiva clínica, o LES é definido da seguinte forma: “doença inflamatória crônica, multissistêmica, de causa desconhecida e de natureza autoimune, caracterizada pela presença de diversos auto anticorpos. Evolui com manifestações clínicas polimórficas, com períodos de exacerbações e remissões”. (SATO *et al.*, 2002, p. 363). Vianna, Simões e Inforzato (2010) ratificam que sendo uma doença crônica prolonga-se por muito tempo, devendo tomar várias precauções inclusive em seu diagnóstico.

Fernandes (2014) lembra os estudos de Magalhães Junior (2013) e da Sociedade Brasileira de Reumatologia (2011), ao apontar como uma das principais alterações imunológicas: o desequilíbrio na produção de anticorpos, reagindo assim com as proteínas do próprio organismo, podendo causar várias inflamações pelo corpo. Muitas vezes, os fatores ambientais são o estopim dos agravos da doença, como por exemplo: a irradiação solar, infecções virais ou por outros microrganismos, ampliando pela pré-disposição genética dos indivíduos.

Quanto à susceptibilidade genética, Fonseca (2009, p. 5), em seus estudos, aponta que: “a taxa de concordância para o Lúpus Eritematoso Sistêmico em gêmeos monozigóticos é de 25% contra 2% para os gêmeos dizigóticos, o que indica que, apesar de importante, a componente genética não é suficiente, por si só, para causar a doença”.

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença da categoria CID<sup>4</sup> 10 encontrada no Capítulo CID 10 – XIII das doenças sistêmicas osteomuscular e do tecido conjuntivo subdividido no grupo CID – 10 doenças sistêmicas do tecido conjuntivo (categoria CID – M32 Lúpus Eritematoso Disseminado). Apresentando-se por vezes com sintomas que indicam outros tipos de patologias, dificultando o diagnóstico correto.

O Colégio Americano de Reumatologia (American College of Rheumatology - ACR) (2004) apud Mattje e Turato (2006), recorda-nos que o LES é chamado de o grande imitador, pois suas manifestações agem de modo tão amplo que constantemente é confundido com outras doenças, o LES considerado uma importante condição clínica que afeta diversos órgãos, tais como: a pele, os rins, os pulmões, além de sistema nervoso, dentre outros.

O diagnóstico do LES é feito através da associação de dados clínicos e laboratoriais. A utilização clínica da presença destes autoanticorpos e de vários outros é extremamente útil. Deve ser feita pelo reumatologista, pois não são específicos, isto é, aparecem em mais de uma doença e a combinação da presença de um ou mais autoanticorpos com a clínica é que permite que se chegue a um diagnóstico (VIANNA; SIMÕES; INFORZATO, 2010, p. 2).

No que se refere à incidência de indivíduos manifestando o LES, os estudos de Reis e Costa (2010, p. 409) apontam que “o LES é uma das doenças autoimunes mais comuns em mulheres jovens, com maior incidência na faixa etária de 15 a 40 anos, na proporção de 6 a 10 mulheres para cada homem”.

---

<sup>4</sup> A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD) (CID10, 2019).

Murphy e Isenberg (2013) *apud* Fernandes (2014), afirmam que a taxa de mortalidade masculina é superior à feminina, sendo o segundo superior ao primeiro apenas após o segundo ano de diagnóstico. Ainda os autores afirmam que isto sugere que em homens mais velhos os comprometimentos da doença são mais elevados e assim se torna mais complexo o seu curso clínico ao comparar-se com o sexo feminino.

Fernandes (2014) aponta que os homens desenvolvem as manifestações clínicas típicas do LES, tais como nos casos femininos, porém, algumas manifestações essenciais podem ser diferentes, sendo que o diagnóstico tardio pode levar o indivíduo ao óbito.

Sato *et al.* (2002) salientam a importância de algumas medidas gerais para melhorar a qualidade de vida do paciente diagnosticado com LES: informar aos seus familiares os cuidados que devem ser tomados no prosseguimento da doença; obter apoio psicológico; estímulo à atividade física regular, evitar alimentos com excesso de sais, carboidratos e lipídios; além de evitar o tabagismo.

Mattje e Turato (2006) apontam a necessidade de manifestar apoio ao paciente tanto por parte dos profissionais médicos, quanto da família em questões delicadas, que variam desde a prática de exercícios leves e moderados à gravidez de jovens com o lúpus manifestado.

Quanto à gravidez de pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico, Sato *et al.* (2002) apontam que deve ser considerada de alto risco, necessitando acompanhamento multidisciplinar até o puerpério (resguardo) por causa da possibilidade de reagudização. Ainda os autores apontam que frequentemente há a incidência de casos em que as pacientes manifestam sinais de depressão devido ao desengajamento e estilo de enfrentamento emocional.

É de extrema importância para um bom acompanhamento da doença que o paciente compreenda a situação em que se encontra e busque absorver as mudanças que ocorreram em sua vida da melhor forma possível. Para tanto,

como é elucidado por Araujo e Traverso-Yépez (2007, p. 121), a psicologia na saúde “trata-se de identificar o potencial de recursos psicossociais capazes de ajudar a pessoa a lidar melhor com esse sofrimento”.

Para Reis e Costa (2010), tão importante quanto às mensurações dos casos de morbimortalidade em mulheres pelo LES é a avaliação de qualidade de vida (QV) das mesmas.

Quanto ao tratamento, a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2010) exemplifica a utilização de medicamentos como analgésicos, anti-inflamatórios e/ou doses baixas dos corticoides para os níveis mais leves e no caso de níveis mais elevados de tratamento o uso de doses mais elevadas destes medicamentos juntamente com imunossupressores, além do uso de cloroquina, pois este ajuda no controle do LES.

A Sociedade Brasileira de Reumatologia (2010) também elucida sobre os cuidados a se tomar em tratamento do LES, são eles: estabelecer um repouso adequado, manter alimentação saudável, controlando as doses de sal e açúcar para os indivíduos com pressão hipertensão e glicose alterada, respectivamente, prática de exercícios físicos. Além de evitar o consumo de bebidas alcoólicas e cigarros, e manter uma boa higiene para evitar possíveis infecções, dentre outros, pois as pessoas acometidas com o LES possuem maiores chances de desenvolverem doenças cardiovasculares, além de doenças como hipertensão, colesterol elevado e insuficiência renal.

No que se refere a exercícios físicos, Póvoa (2010) descreve que o melhor a ser feito são os exercícios isométricos todos os dias, com uma duração média de 6 segundos em cada grupamento muscular.

Vilar, Rodrigues e Sato (2003) afirmam que, com relação à LES, a maioria das pesquisas realizadas tendo o lúpus como objeto de estudo foram efetivados nos Estados Unidos da América e na Europa. Ainda enfatizam que o estudo de incidência da doença no Brasil e em região de clima tropical, à exceção de um

estudo realizado na Ilha de Curaçau (de sua autoria), sendo este estudo realizado na cidade de Natal estado de Rio Grande do Norte.

Os estudos de Lopez *et al.* (2003), realizados no norte da Espanha (Astúrias), constataram uma prevalência de 2,15/100.000 habitantes por ano, tendo diagnósticos mais significantes em mulheres. Ocorrendo uma razão de sexo entre os pacientes de 7,5:1 (a cada 7,5 mulheres diagnosticadas ocorria 1 diagnosticado para o sexo masculino).

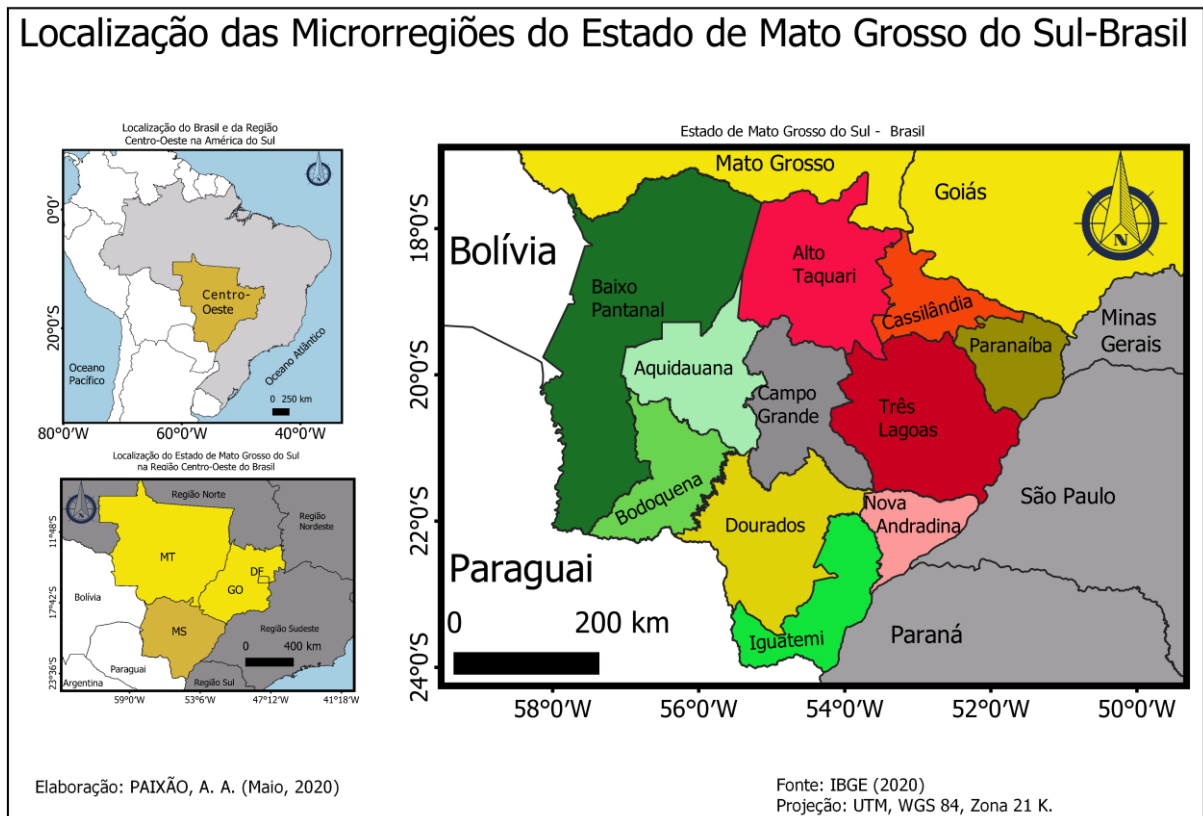
Rees *et al.* (2014), em um estudo similar, realizado entre 1999-2012, no Reino Unido, obtiveram como resultado de 4,91/100.000 pessoas-ano para a incidência, ao longo do período estudado, e 97,04/100.000 habitantes para a prevalência, em 2012. Sendo maior o número de ocorrências em indivíduos do sexo feminino (6.634 casos ou 86%), o pico do número de casos femininos encontra-se na faixa etária de 50 a 59 anos e os masculinos na faixa etária de 60 a 69 anos.

Para Nakashima *et al.* (2011), os estudos sobre o LES no Brasil são escassos, sendo mais comumente estudados na Europa e nos Estados Unidos, podendo se distinguir os resultados entre os países ao redor do mundo, assim como as regiões de um mesmo país. Neste contexto, gerado devido a carência de estudos, este trabalho tem como objetivo analisar a mortalidade causada por Lúpus, no estado de Mato Grosso do Sul - Brasil, nos períodos compreendidos entre 1996 a 2018, bem como contribuir para a implementação de políticas públicas na área em questão.

O estado de Mato Grosso do Sul está localizado na região Centro-Oeste do Brasil, e limita-se com os estados de Mato Grosso (MT), Goiás (GO), Minas Gerais (MG), São Paulo (SP) e Paraná (PR), e os países Paraguai e Bolívia, conforme figura 1 (IBGE, 2015).

Figura 1: Localização das Microrregiões do Estado de Mato Grosso do Sul –  
Brasil.





Elaboração: Os próprios autores.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Para analisar a ocorrência dos óbitos gerados por internações com Lúpus Eritematoso Sistêmico, por faixas etárias da população do estado de Mato Grosso do Sul, da região Centro-Oeste e do Brasil, no período de 1996 a 2018, foram desenvolvidas as seguintes etapas:

A primeira etapa consiste no levantamento bibliográfico e cartográfico sobre o tema, nos portais de revistas científicas e nas plataformas de banco de dados do IBGE. A segunda etapa refere-se à coleta de dados sobre a mortalidade por LES, no período de 1996 a 2018 para o Estado de Mato Grosso do Sul como um todo, bem como para suas microrregiões geográficas (MRG). Para estabelecer comparação foram realizadas as análises para a região Centro-Oeste e Brasil, em todos os casos, sendo levado em consideração o sexo, a idade, a cor/raça, o grau de escolaridade e a situação conjugal, no *site* do DATASUS (Departamento de Informática do SUS-TABNET).



Posteriormente, realizou-se o cálculo de coeficientes da razão de mortalidade, na proporção do número de óbitos e a população de sua respectiva área x 100.000. Os mapas foram gerados no software QGis Madeira 3.4, na Escala 1: 7.000.000, e projeção UTM, Datum WGS 84, a partir de arquivos no formato shapefile com os polígonos dos municípios representados, disponibilizados pelo IBGE (2018), aos quais foram associados, através da edição da tabela de atributo, os valores obtidos durante o processo de análise, visando representar cada tema mapeado.

Na terceira etapa foram levantados os dados de caracterização socioeconômica do estado, de modo a estabelecer a quantificação da população estuda, extraídos no *site* do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Portal IBGE Cidades e Estados).

Na quarta etapa foram elaboradas tabelas, em ambiente Excel, a fim de quantificar e ajudar na análise e na espacialização da evolução dos casos de LES, por municípios e por microrregiões geográficas do estado de Mato Grosso do Sul, ao longo do período estudado. E na última etapa foram analisados os casos de LES, por sexo, idade, escolaridade, cor e situação conjugal, e confrontados com os dados coletados do IBGE estabelecendo relação entre o referencial encontrado em outras localidades.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar os dados extraídos do sistema DATASUS referentes à Mortalidade por Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) em Mato Grosso do Sul, pode se observar 261 casos de óbitos de um total de 431 óbitos inseridos no grupo CID-10 doenças do tecido conjuntivo, expressando assim, um percentual de 60,55% atribuídos a este grupo.

Ao referir-se a este percentual no seu Capítulo CID-10 (XIII) doenças sistêmicas osteomuscular e do tecido conjuntivo, sua representatividade decaí

para 24,85% (1.050 óbitos), deste total. Sendo que no ano de 2010 foi constatado o maior número de óbitos por LES (vinte óbitos) e o de 1997 o menor (um óbito).

Ao se constatar que a mortalidade no Brasil por LES, atingiu o número de 16.931 casos de óbitos no período estudado, observou-se que na região Centro-Oeste ocorreu no total, 1.592 desses casos nacionais, ou seja, 9,40% dos óbitos por LES foram registrados na região do Centro-Oeste do Brasil, ocupando assim o 4º lugar dentre as regiões brasileiras, sendo a região Sudeste com maior número de casos 7.553 óbitos (44,61%) ao todo, seguida da região Nordeste 3.779 casos de óbitos (22,32%) e a região Sul 2.419 casos de óbitos (14,29%), a região Norte ocupa o 5º lugar com 1.588 casos de óbitos (9,38%).

Quanto à mortalidade por sexo, vale salientar que tanto a nível nacional, quanto na região Centro-Oeste, além do estado de Mato Grosso do Sul, constatou-se maior mortalidade ocorrente para os indivíduos do sexo feminino (Tabela 1).

Cabe ressaltar que ao agrupar o período estudado em quatro períodos distintos: 1996 a 2000; 2001 a 2006; 2007 a 2012 e 2013 a 2018 constatou-se que com o avanço dos anos a representatividade dos casos de óbitos também obtiveram um aumento.

Tabela 1 – LES em MS, região Centro-Oeste e Brasil por razão de sexo – 1996 a 2018.

Ano	Mato Grosso do Sul				Centro-Oeste				Brasil			
	Masc. 1	Fem. 1	Ign. 1	%	Masc. 1	Fem. 1	Ign. 1	%	Masc. 1	Fem. 1	Ign. 1	%
1996	5	24	-	11.1	32	201	-	14.6	252	2.342	3	15.3
-				1				4				4
2000												
2001	12	60	-	27.5	40	296	-	21.1	345	3.333	-	21.7
-				9				0				2
2006												
2007	12	66	-	29.8	52	437	-	30.7	495	4.548	-	29.7
-				8				2				9
2012												

2013	6	76	-	31.4	63	471	-	33.5	619	4.994	-	33.1
-				2				4				5
2018												
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>226</b>	<b>-</b>	<b>100</b>	<b>187</b>	<b>1.40</b>	<b>-</b>	<b>100</b>	<b>1.711</b>	<b>15.217</b>	<b>3</b>	<b>100</b>
						<b>5</b>						

Fonte: <sup>1</sup> DATASUS, 2020

Elaboração: Os próprios autores.

Ao comparar o estado de Mato Grosso do Sul com o Brasil, obteve-se o resultado de representatividade de 1,54% dos casos nacionais. Ao comparar o estado com os demais da região, pode-se observar que o estado representa 16,39% dos óbitos por LES da região Centro-Oeste, ocupando assim o 4º lugar (último lugar) na região, sendo que a maior representatividade fica a cargo do estado de Goiás com 651 óbitos (40,90%), seguido do Distrito Federal com 380 óbitos (23,87%) e Mato Grosso com 300 óbitos (18,84%), Tabela 2.

Tabela 2: Óbitos por Lúpus nos estados da região Centro-Oeste, 1996 a 2018.

Área	Ano <sup>1</sup>				Total	
	1996-2000	2001-2006	2007-2012	2013-2018	(N.º) <sup>1</sup>	(%)
<b>MS</b>	29	72	78	82	<b>261</b>	<b>16,39</b>
<b>MT</b>	37	60	88	115	<b>300</b>	<b>18,84</b>
<b>GO</b>	88	132	216	215	<b>651</b>	<b>40,90</b>
<b>DF</b>	79	72	107	122	<b>380</b>	<b>23,87</b>
<b>C-O</b>	<b>233</b>	<b>336</b>	<b>489</b>	<b>534</b>	<b>1.592</b>	<b>100</b>

Fonte: <sup>1</sup> DATASUS, 2020

Elaboração: Os próprios autores.

Ao se calcular o coeficiente de Mortalidade pela razão de 100.000 habitantes, obteve-se para o estado de Mato Grosso do Sul 10,65/100.000 habitantes, já em sua população masculina 2,87/100.000 habitantes, e para a população feminina 18,39/100.000 habitantes. Ao abordar os dados do estado em relação as suas Microrregiões Geográficas (MRG) constatou-se a seguinte sequência em ordem decrescente por números absolutos de óbitos e

representatividade: MRG-Campo Grande ocorreram 134 óbitos representando um percentual de 51,34% do total de 261 óbitos, assim a MRG possui uma incidência de 15,33/100.000 habitantes; MRG-Dourados 40 óbitos (15,33% ou 7,98/100.000 habitantes); MRG-Baixo Pantanal 14 óbitos (5,36% ou 10,09/100.000 habitantes); MRG-Iguatemi 13 óbitos (4,98% ou 5,74/100.000 habitantes); MRG-Três Lagoas 12 óbitos (4,60% ou 7,6/100.000 habitantes); MRG-Bodoquena 12 óbitos ( 4,60% ou 11,40/100.000 habitantes); MRG-Aquidauana 11 óbitos (4,21% ou 10,43/100.000 habitantes); MRG-Alto Taquari 10 óbitos (3,83% ou 8,53/100.000 habitantes); MRG-Nova Andradina 7 óbitos (2,68% ou 4,1/100.000 habitantes); MRG-Cassilândia 6 óbitos (2,30% ou 9,62/100.000 habitantes); e MRG-Paranaíba 2 óbitos (0,77% ou 2,61/100.000 habitantes), Tabela 3.

Tabela 3 – Coeficiente de mortalidade por LES na Microrregiões de MS de 1996 a 2018.

Mesorregião/ Estado	Microrregião Geográficas	Óbitos		População 2010 <sup>2</sup>	Coeficiente de mortalidade (100.000 hab.)
		(N.º) <sup>1</sup>	(%)		
<b>Pantanaís Sul-Mato- Grossense</b>	MR-01 Baixo Pantanal	14	5,36	138.692	10,09
	MR-02 Aquidauana	11	4,21	105.407	10,43
<b>Centro Norte de Mato Grosso do Sul</b>	MR-03 Alto Taquari	10	3,83	117.174	8,53
	MR-04 Campo Grande	134	51,34	873.851	15,33
<b>Leste de Mato Grosso do Sul</b>	MR-05 Cassilândia	6	2,30	60.309	9,62
	MR-06 Paranaíba	2	0,77	76.468	2,61
	MR-07 Três Lagoas	12	4,60	156.246	7,68
	MR-08 Nova Andradina	7	2,68	88.371	7,92
<b>Sudoeste de Mato Grosso do Sul</b>	MR-09 Bodoquena	12	4,60	105.254	10,40
	MR-10 Dourados	40	15,33	500.919	7,98
	MR -11 Iguatemi	13	4,98	226.333	5,74
<b>Mato Grosso do Sul</b>	-	<b>261</b>	<b>100</b>	<b>2.449.024</b>	<b>10,65</b>

Fonte: <sup>1</sup> DATASUS, 2020; <sup>2</sup> Perfil Estatístico de MS, 2016

Elaboração: Os próprios autores.

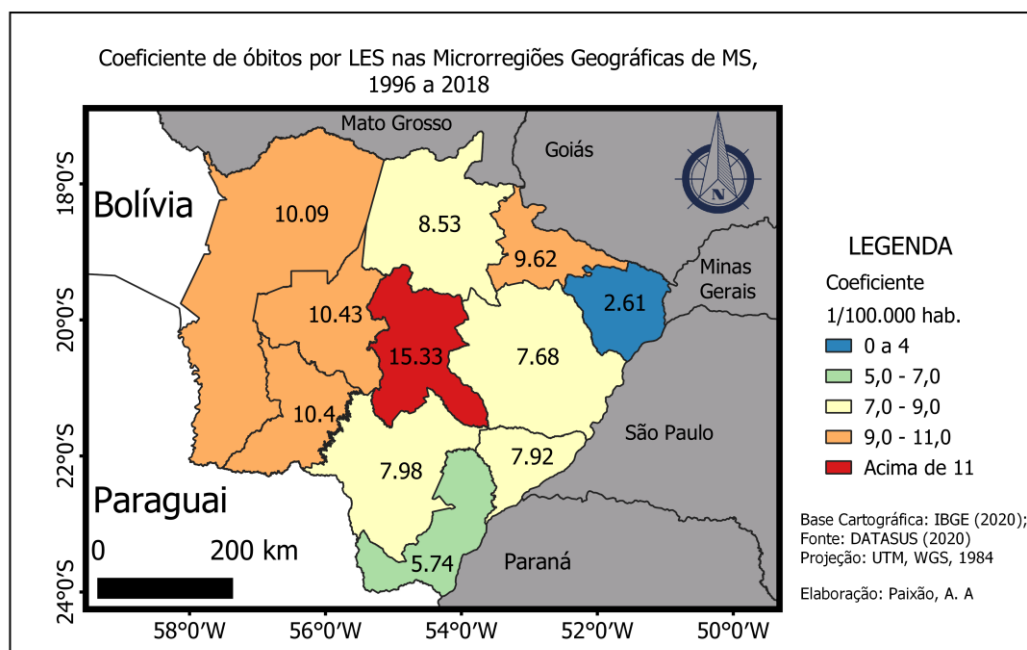
Observa-se que ao se referir ao número de óbitos por microrregiões do IBGE, as duas primeiras microrregiões com maior número absolutos e relativos de óbitos por LES comportam também os dois municípios mais populosas do estado pelo censo de 2010, respectivamente, municípios homônimos das microrregiões: Campo Grande com 786.797 habitantes e Dourados com 196.035 habitantes (IBGE, 2015), figura 2.

Tratando-se dos óbitos por cor/raça como elemento de análise: a indígena tem 3 óbitos (1,15%), a amarela possui 4 óbitos (1,53%), a preta 18 óbitos (6,90%), a parda 102 (39,08%), a branca possui 113 óbitos (43,30%) e os que tiveram ignorados em sua cor/raça foram 21 óbitos (8,04%). Comparando o coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes e desconsiderando os dados referente aos ignorados, constatou que o maior índice consiste na população de cor/ raça preta na proporção de 14,98 casos a cada 100.000 habitantes e o menor na população de cor/raça indígena na proporção de 4,09 por 100.000 habitantes, no entanto, em percentagem os maiores índices foram para a população branca, com 43,30% conforme Tabela 4.

---

195

Figura 2: Coeficiente de óbitos por LES nas Microrregiões Geográficas de MS, 1996 a 2018.



Elaboração: Os Próprios autores.

Tabela 4 - Representação do LES em MS no período de 1996 a 2018 por 100.000 habitantes.

Representatividade do LES em MS no período de 1996 a 2018 por 100.000 habitantes				
Cor/Raça <sup>1</sup>	Óbitos <sup>1</sup> (N.º)	Óbitos (%)	População <sup>2</sup> 2010	Coeficiente de mortalidade 100.000 hab.
Amarela	4	1,53	29.957	13,35
Branca	113	43,30	1.158.103	9,75
Indígena	3	1,15	73.295	4,09
Parda	102	39,08	1.067.560	9,55
Preta	18	6,90	120.096	14,98
Ignorado	21	8,04	13	161,538
<b>Total</b>	<b>261</b>	<b>100</b>	<b>2.449.024</b>	<b>10,65</b>

Fonte: <sup>1</sup> DATASUS, 2020; <sup>2</sup> Perfil Estatístico de MS, 2016

Elaboração: Os próprios autores.

Quanto ao sexo, nota-se que dos 261 óbitos, 226 foram do sexo feminino representando 86,59% desse total, enquanto ocorreram 35 óbitos do sexo masculino, ou seja, 13,41%, Tabela 5.

Tabela 5 – Mortalidade por LES por razão de cor/raça no estado de MS de 1996 a 2018.

Cor/Raça <sup>1</sup>	Óbitos por LES 1996 a 2018					
	Masculino		Feminino		Total	
	(N.º) <sup>1</sup>	(%)	(N.º) <sup>1</sup>	(%)	(N.º) <sup>1</sup>	(%)
Amarela	0	0	4	100	4	1,53
Branca	15	13,27	98	86,73	113	43,30
Indígena	0	0	3	100	3	1,15
Parda	14	13,72	88	86,28	102	39,08
Preta	1	5,55	17	94,45	18	6,90
Ignorado	5	23,80	16	76,20	21	8,04
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>13,41</b>	<b>226</b>	<b>86,59</b>	<b>261</b>	<b>100</b>

Fonte: <sup>1</sup> DATASUS, 2020

Elaboração: Os próprios autores.

Ao analisar os dados referentes ao sexo em conjunto com a faixa etária os dados referentes a idade reprodutiva (de 20 a 44 anos de idade), pode se observar que o número de óbitos cai para 153 casos, ou seja, 58,62% do total de 261 óbitos (tabela 6).

Tabela 6 - Representatividade por faixa etária do LES em MS de 1996 a 2018.

Faixa etária (anos) <sup>1</sup>	ÓBITOS					
	Masculino		Feminino		Total	
	(N.º) <sup>1</sup>	(%)	(N.º) <sup>1</sup>	(%)	(N.º) <sup>1</sup>	(%)
1 a 19	3	8,57	21	9,29	24	9,20
20 a 44	16	45,72	137	60,62	153	58,62
45 a 59	10	28,57	37	16,37	47	18,00
60 a mais de 80	6	17,14	31	13,72	37	14,18
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>226</b>	<b>100</b>	<b>261</b>	<b>100</b>

Fonte: <sup>1</sup> DATASUS, 2020

Elaboração: Os próprios autores.



Entretanto, a proporção na razão por sexo na faixa etária de 20 a 44 anos de idade, continua a ser maior para o sexo feminino, sendo 16 óbitos para o sexo masculino e 137 para o sexo feminino, representando 10,45% e 89,55%, respectivamente dos óbitos para esta faixa etária (tabela 7).

Tabela 7 – Representatividade do LES por faixa etária em MS no período de 1996 a 2018

Faixa etária (anos) <sup>1</sup>	ÓBITOS					
	Masculino		Feminino		Total	
	(N.º) <sup>1</sup>	(%)	(N.º) <sup>1</sup>	(%)	(N.º) <sup>1</sup>	(%)
1 a 19	3	12,50	21	87,50	24	100
20 a 44	16	10,45	137	89,55	153	100
45 a 59	10	21,27	37	78,73	47	100
60 a mais de 80	6	16,22	31	83,78	37	100
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>13,40</b>	<b>226</b>	<b>86,60</b>	<b>261</b>	<b>100</b>

Fonte: <sup>1</sup> DATASUS, 2020

Elaboração: Os próprios autores.

Quanto ao coeficiente de mortalidade por LES por razão de sexo e faixa etária constatou-se que ao se referir a sexo ocorreram maiores índices na população femininas em todas as faixas etárias em relação a população masculinas. Os maiores índices foram da população do sexo feminino com idade entre 20 a 44 anos de idade com 27,56 óbitos por 100.000 habitantes e o menor na população masculina na faixa etária de 1 a 19 anos de idade com 0,70 óbitos por 100.000 habitantes (tabela 8).

Cabe salientar que a maior população se concentra na faixa etária de 20 a 44 anos e de sexo feminino (497,080 habitantes) e que ao comparar as populações por sexo a segunda maior fica a cargo da faixa etária de 1 a 19 anos de idade, no entanto, esta faixa etária ocupa os menores índices de óbitos por LES no estado.

Tabela 8 – Coeficiente de mortalidade (100.000 habitantes) por LES por razão de sexo e faixa etária.

Sexo	Valores	Faixa etária				Total
		1 a 19	20 a 44	45 a 59	60 a + de 80	
<b>Masculino</b>	(N.º) <sup>1</sup>	3	16	10	6	<b>35</b>
	(%)	12,50	10,45	21,27	16,22	<b>13,40</b>
	População <sup>2</sup>	425.765	490.768	187.830	115.565	<b>1.219.928</b>
	Coeficiente	0,70	3,26	5,32	13,84	<b>2,86</b>
<b>Feminino</b>	(N.º) <sup>1</sup>	21	137	37	31	<b>226</b>
	(%)	87,50	89,55	78,73	83,78	<b>86,60</b>
	População <sup>2</sup>	411.939	497.080	196.372	123.705	<b>1.229.096</b>
	Coeficiente	5,09	27,56	18,84	25,05	<b>18,38</b>
<b>Total</b>	(N.º) <sup>1</sup>	24	153	47	37	<b>261</b>
	(%)	100	100	100	100	<b>100</b>
	População <sup>2</sup>	837.704	987.848	384.202	239.270	<b>2.449.024</b>
	Coeficiente	2,86	15,48	12,33	15,46	<b>10,65</b>

Fonte: <sup>1</sup> DATASUS, 2020; <sup>2</sup> Perfil Estatístico de MS, 2016

Elaboração: Os próprios dos autores.

As observações quanto ao estado civil se fixaram da seguinte forma: casados 90 óbitos (34,48%), separados 22 óbitos (8,43%), solteiros 125 óbitos (47,90%), viúvos 13 óbitos (4,98%), outros estados civis 4 óbitos (1,53%) e os que tiveram seus dados ignorados 7 óbitos (2,68%).

Quanto à escolaridade se constatou que 11 óbitos (4,22%) ocorreram em indivíduos sem nenhuma escolaridade, de 1 a 8 anos de escolaridades constatou-se 88 óbitos (33,72%), de 8 a 11 anos 91 óbitos (34,86%), de 12 a mais anos 35 óbitos (13,41%), 36 óbitos tiveram seus dados ignorados, isto é, (13,79%).

Em estudo realizado na cidade de Natal no Rio Grande do Norte (Vilar, Rodrigues e Sato, 2003) apontam que no ano de 2000 a incidência de pacientes com lúpus na cidade era de 8,7 por 100.000/ano, sendo a média de idade dos pacientes de 31,8 anos, e o sexo feminino mais acometido por esta doença nos diagnósticos com idade média de 35 anos.

O mesmo fato, ocorre no estudo realizado em Cascavel, Paraná por Nakashima *et al.* (2011), 92,8% da população estuda se encontrava em idade reprodutiva e pertencente ao sexo feminino.

Observando-se assim que a situação mais crítica se encontra nos indivíduos do sexo feminino em idade reprodutiva, tanto no local de estudo quanto a nível nacional, também no estudo realizado por Vilar, Rodrigues e Sato (2003).

Vilar, Rodrigues e Sato (2003), ainda exemplificam dados de outras pesquisas realizadas pelo mundo (por 100.000 habitantes/ano): Fessel em São Francisco (CA) entre 1965-1973 com um total de casos de 74 e uma incidência de 7,6; Michet *et al.* em Rochester-MN, entre 1950-1979 com um total de 25 casos e uma incidência de 1,9; Uramoto *et al.* em Rochester-MN, entre 1980-1992 constatou 48 casos e uma incidência de 5,5 (tendo assim um aumento dos casos significativo neste intervalo de tempo entre os estudos). Dentre outros estudos. Além de que, desta forma pode-se dizer que os estudos clínicos de lúpus estão sendo realizados há algum tempo ao redor do mundo.

Os estudos de Lopez *et al.* (2003), apontam que cerca de 72% da população diagnosticada com Lúpus pertence ao sexo feminino no norte da Espanha.

Na cidade de Buenos Aires, segundo Scolnik (2014), a incidência de lúpus na cidade possui taxas semelhantes às reportadas em estudos nos EUA e na América Latina. Sendo a incidência de 6.3/100.000 habitantes. Destes casos 83,8% são casos no sexo feminino.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se tratar de mortalidade pode-se concluir que, por raça/cor ocorreram em menor frequência os casos de óbitos em negros e indígenas, pois na cor/raça branca encontra-se 43,30% juntamente com os de cor/raça parda com 39,08% ocupando a maior parte dos óbitos ocorridos. Outro dado chama à atenção a

quantidade de óbitos (vinte e um) ocorridos que tiveram seus registros ignorados, o que nos faz refletir sobre a importância do preenchimento completo das informações no sistema DATASUS.

Ao observar os dados referentes ao estado de Mato Grosso do Sul, constatou-se que no estado encontra-se à mesma realidade aos demais estudos, aqui referendados, sendo representado o maior percentual de óbitos na faixa etária dos indivíduos em idade de reprodução (58,62%), com os maiores índices no sexo feminino (89,55%) deste total.

Enquanto o coeficiente de mortalidade por LES no estado de Mato Grosso do Sul atingiu 10,65 óbitos por 100.000 habitantes ao longo do período estudado a Microrregião Geográfica de Campo Grande obteve o maior coeficiente de 15,33 óbitos por 100.000 habitantes. As microrregiões Geográficas de Aquidauana, de Bodoquena e do Baixo Pantanal atingiram números similares ao do estado, 10,43/100.000 habitantes; 10,40/100.000 habitantes e 10,09/100.000 habitantes, respectivamente. Enquanto os menores coeficientes ficaram a cargo das microrregiões de Iguatemi 5,74/100.000 habitantes e Paranaíba 2,61/100.000 habitantes.

Já é sabido que esta realidade se repete ao redor do mundo, com intensidades diferentes, mas com a mesma importância para as populações. Assim, cabe a elaboração de políticas que abordem com maior amplitude a divulgação desta enfermidade, realizando uma massificação do conhecimento da população a ser maior acometida por esta.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Adriana Dias; TRAVERSO-YÉPEZ, Martha Azucena. 2007. Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (LES). **Estudos de psicologia**, Natal, v. 12, n. 2, p. 119-127.

BRASIL. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Econômico (SEMADE). **Perfil Estatístico de Mato Grosso do Sul 2016**. Campo Grande, 2016, p.109.

CID10. **Busca de Doenças**. Disponível em: <<https://www.cid10.com.br>>. Acesso em: 01 de out. 2019.

DATASUS. Informações de saúde (TABNET). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/cnv/obt10ms.def>>. Acesso em: 23 fev. 2020.

FERNANDES, Carla Taciana dos Santos. **Lúpus eritematoso sistêmico no sexo masculino: um estudo de caso**. 32f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/6826/PDF%20-%20Carla%20Taciana%20dos%20Santos%20Fernandes.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 04 abr. 2015.

FONSECA, Samuel Barbosa. **Lúpus Eritematoso Sistêmico: Causas, Mecanismos Patológicos e Alvos Terapêuticos Futuros**. 2009. 42f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina), Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE estados**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ms>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Arquivos Shapefiles 2018**. Disponível em: <<http://goo.gl/sd6GFo>>. Acesso em: 28 de Ago. 2018.

LOPEZ, P.; MOZO, L.; GUTIÉRREZ, C. Epidemiology of systemic lupus erythematosus in a northern Spanish population: gender and age influence on immunological features. **Lupus Around the world**, Bethesda, n. 12, v.11, pp. 860–865, 2003. Disponível em: <<http://lup.sagepub.com/content/12/11/860.full.pdf+html>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

MATTJE, Gilberto Dari; TURATO, Egberto Ribeiro. Experiências de vida com lúpus eritematoso sistêmico como relatadas na perspectiva de pacientes ambulatoriais. No Brasil: um estudo clínico-qualitativo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 14, v. 4, p. 1-9, 2006. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2320/2465>. Acesso em: 30 jan. 2015.

MURPHY, Grainne; ISENBERG, David. Effect of Gender on Clinical Presentation in Systemic Lupus Erythematosus. **Rheumatology**, Oxford, n. 52, v. 12, p. 2108-2115, 2013.

NAKASHIMA, Carlos Alberto Kenji.; GALHARDO, Ana Paula; SILVA, Jackeline Ferreira Marinho da; FIORENZANO, Gracielle Rodrigues; SANTOS, Anelyse Bozzo da Silva do; LEITE, Manuel Fernando Silva; NOGUEIRA, Marcio Augusto; MENOLLI, Poliana Vieira da Silva; MENOLLI, Rafael Andrade. Incidência e aspectos clínico-laboratoriais do lúpus eritematoso sistêmico em cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, n. 51, v. 3, pp. 231-239, 2011.

PÓVOA, Thaís Inácio Rolim. Lúpus Eritematoso Sistêmico, Exercício Físico e Qualidade de Vida. **Revista Digital Buenos Aires**, Buenos Aires, n. 15, v. 144, p. 1-10, 2010.

REES, Frances; DOHERTY, Michael; GRAINGE, Matthew; DAVENPORT, Graham; LANYON, Peter; ZHANG, Weiya. The incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus in the UK, 1999–2012. **Clinical and epidemiological research**, Bethesda, n. 75, v. 1, p. 1-6, 2014.

REIS, Maria Gorette dos; COSTA, Izaias Pereira da. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico no Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, n.50, v.4, p. 408-422, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n4/v50n4a06.pdf>. Acesso em: 30 jan. de 2015.

203

SANTOS, Flavia de Oliveira. Geografia médica ou Geografia da saúde? Uma reflexão. **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente – SP, n. 32, v. 1, p. 41-51, 2010.

SATO, Emilia Inoue; BONFÁ, Eloísa Dutra; COSTALLAT, Lílian Tereza Lavras; SILVA, Nilzio Antonio da; BRENOL, João Carlos Tavares; SANTIAGO, Mittermayer Barreto; SZAJUBOK, José Carlos Mansur; RACHILD FILHO, Acir; BARROS, Rui Toledo; VASCONCELOS, Mônica. Consenso brasileiro para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico (LES). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, n. 42, v. 6, p. 362-370, 2002.

SCOLNIK, M.; MARIN, J.; VALEIRAS, S. M.; MARCHESE, M. F.; TALANI, A. S.; AVELLANEDA, N. L.; ETCHEPARE, P.; PLOU, M. S.; SORIANO, E. R. Incidence and prevalence of lupus in Buenos Aires, Argentina: a 11-year health management organisation-based study. **Lupus science e medicine**, Bethesda, n. 1, v. 1, p. 1-8, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Lúpus. Disponível em: <[http://www.reumatologia.com.br/PDFs/LES\\_Cartilha\\_PDF\\_COMPLETO\\_2011.pdf](http://www.reumatologia.com.br/PDFs/LES_Cartilha_PDF_COMPLETO_2011.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2015.

VIANNA, Rodrigo; SIMÕES, Manuel Jesus; INFORZATO, Heraldo C. Borges. Lúpus Eritematoso Sistêmico. **Revista Ceciliana**, Santos, n. 2, v. 1, p. 1-3, 2010.

VILAR, Maria José Pereira; RODRIGUES, Juliana Martins; SATO, Emilia Inoue. Incidência de Lúpus Eritematoso Sistêmico em Natal, RN-Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, n. 43, v. 6, p. 347-351, 2003.

Submetido em: 08 de março de 2021.

Aprovado em: 14 de maio de 2021.

Publicado em: 29 de junho de 2021.