



DISCUSSÃO

**Vista lateral da entrada do Ambulatório do Instituto Lauro de Souza Lima —
FOTO produzida por José Ricardo Franchim, 2001.**

5. DISCUSSÃO

O ILSL é um dos cinco Asilos-Colônias construídos no Estado de São Paulo, no início do século XX, e atendeu 51.494 pacientes com hanseníase e outras moléstias até 1999. Desde sua fundação mantém atendimentos médicos e laboratoriais padronizados e um Serviço de Arquivo Médico e Estatístico organizado e competente. Portanto, neste trabalho foi possível a obtenção de uma amostra grande com dados rigidamente padronizados e completos que consideramos perfeitamente adequados para a realização deste estudo descritivo, que objetivou verificar a sobrevida actuarial dos portadores de hanseníase em uma Instituição especializada e associá-las aos tratamentos preconizados e com as causas de morte.

A frequência de óbitos dos pacientes atendidos no período de 69 anos compreendida pelo estudo foi de 6,2%. O material obtido nos permitiu estudar 2.046 pacientes, isto é, 63,58% do total de óbitos sendo 70,7% dos óbitos de pacientes com hanseníase.

Quando o período de estudo foi subdividido em décadas observamos uma queda gradativa da frequência de óbitos, especialmente, a partir de 1950. A redução da mortalidade em pacientes internados pode ser atribuída ao uso dos componentes da sulfona como tratamento específico para a hanseníase^(4;4;13;22;24;24;38,40) introduzido no ILSL na década de 40. Com isso, embora a prevalência da doença fosse mantida^(41,42), o número de óbitos em Instituições especializadas foi sendo reduzido até 1970 - provavelmente pela maior adesão ao tratamento e redução de suas complicações - e aumentando em hospitais gerais para os quais os pacientes passaram a ser encaminhados⁽²¹⁾.

O tratamento paliquimioterápico (PQT) foi introduzido em 1981 para substituir a monoterapia com a sulfona e com a rifamicina sv que já haviam apresentado resistência^(5;9;13;43;46). Em nossa casuística, observamos que na década da introdução do POT (1981-89) a curva de sobrevida actuarial da doença sofreu redução de 2 anos e na década seguinte apresentou aumento significativo, sugestivo do impacto da introdução do PQT.

Nossos dados mostram que os esquemas terapêuticos padronizados e adotados pela OMS^(14;15;47;47-52) coincidiram com o aumento significativo da sobrevida dos pacientes com hanseníase. Assim, a sobrevida que era de 5 anos na década pré sulfona, praticamente quadruplicou após a introdução desta droga. Entretanto, observou-se uma queda estatisticamente significativa no período de 1980/89, provavelmente devida à resistência aos componentes da sulfona e da rifamicina SV(53;54). Posteriormente, elevou-se para 38 anos em 1990/99 possivelmente refletindo a eficácia do esquema paliquimioterápico iniciado na década de 80.

Observamos maior mortalidade em pacientes do sexo masculino inclusive com aumento da proporção a partir de 1960 de 2:1 para 3:1. Lombardi⁽²¹⁾, estudando a mortalidade por hanseníase no Estado de São Paulo de 1931 a 1980, mostrou que a mortalidade é também maior em homens na proporção de 2:1, mas não encontrou como nós o aumento da proporção nos últimos 40 anos.

Geograficamente, a hanseníase possui prevalência variável entre os sexos. Por exemplo, ela é mais incidente em homens na proporção de 3:1 na China⁽⁵⁵⁾ e de 2:1 em Nova Caledônia (Ilha Francesa da Oceania)⁽⁵⁶⁾ e, em alguns 'Daises da África como Senegal, Marrocos e Tunísia⁽⁵⁷⁾. É mais prevalente em mulheres na proporção de 4:1 em Bangladesh na Índia⁽⁵⁸⁾ e de 1,5:1 em Burkina

Faso⁽⁵⁷⁾. Tem incidência igual ou quase semelhante entre homens e mulheres nas Ilhas Francesas de Mayotte (1,2:1)⁽⁵⁹⁾, 1,3:1 no Japão⁽⁶⁰⁾ e 1:1 no Kênia⁽⁵⁷⁾.

No Brasil, os dados de incidência e prevalência da doença entre homens e mulheres até 1980 foram de 2:1⁽⁴²⁾⁽⁶¹⁾, mas vêm sofrendo alterações a partir de 1996 (1,2:1)⁽⁵²⁾, chegando atualmente à proporção de 1:1⁽¹⁷⁾. Também, em estudo realizado por Lamm), no Município de Belo Horizonte/MG, no período de 1992 a 1997, a prevalência foi praticamente semelhante entre os sexos.

A diferença encontrada em nossa casuística pode ser então explicada pelo fato de haver no ILSL um predomínio de atendimento de portadores de hanseníase do sexo masculino. Em dados não mostrados (Anexo II), observamos, conforme levantamento realizado no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico no período de 2000 a 2002, um predomínio de pacientes do sexo masculino atendidos (1,6:1) e internados (2:1) neste Instituto. Atribuímos este achado ao fato do maior acometimento no sexo masculino pelas formas multibacilares — mais agressivas — enquanto que as mulheres têm mais as formas paucibacilares — menos agressiva^(27'57'62'63). Desta forma, os homens desenvolvem mais complicações sistêmicas, incapacidades⁽⁵⁸⁾ e, conseqüentemente, maior necessidade de internação para tratamento e/ou reabilitação em Centros Especializados, como o I.L.S.L.

Corroborar esta suposição nosso achado de freqüência de mortes dos casos de MHV mais elevada (acima de 80% até 1989 e 90% na última década) do que a da população com hanseníase falecida no Estado de São Paulo até 1980⁽²¹⁾ que foi acima de 70%.

Quando analisamos a curva de sobrevida actuarial da hanseníase e a idade do óbito, observamos que homens e mulheres morreram com idades

semelhantes e conviveram com a doença pelo mesmo período de tempo, mostrando que o fato do maior contingente de nossa casuística ser de pacientes do sexo masculino reforça os estudos já realizados sugestivos de que a hanseníase nesse sexo tem maior morbidade e requer em mais internações.

A idade de óbito dos pacientes aumentou no decorrer do período estudado e nos permitiu atribuí-lo provavelmente é, eficiência dos tratamentos preconizados.

As Causas de morte

Por ordem decrescente de frequência, as principais causas de mortes no ILSL deste estudo, pertenceram aos grupos das doenças infecciosas, doenças renais e doenças cardiovasculares. Estes dados são concordantes com os achados de Nakayama et al⁽²⁶⁾, quando estudou necropsias de pacientes com hanseníase do ILSL no período de 1970 a 1986. As causas de óbito de pacientes com hanseníase no Estado de São Paulo de 1931 a 1980 são as mesmas, porém com as doenças renais ocupando o terceiro lugar e não o segundo⁽²¹⁾ conforme nossos achados.

O grupo das doenças infecciosas foi formado predominantemente pela chamada caquexia leprótica. Antes da introdução da terapêutica específica, a hanseníase por si só causava muitas mortes em decorrência das sucessivas reações imunológicas que debilitavam os pacientes^(7;22-24). Com o advento da antibioticoterapia, estas reações foram sendo reduzidas^(3;14;15;41;46;47-50;52;64) e as infecções cederam sua posição para as doenças renais e cardiovasculares. Entretanto, o grupo de doenças infecciosas voltou a ser causa predominante de morte dos pacientes com hanseníase a partir de 1990. Alguns autores estudando as alterações do perfil de morbimortalidade da população brasileira, afirmam que a hanseníase vislumbra uma das situações paradigmáticas: de que a doença

subsistirá por longo tempo em nosso meio, representadas pelas grandes endemias urbanas.

O segundo grupo de causas de óbitos mais freqüente foi o das doenças renais, que passou a ter importância desde 1950. Naquela época já havia tratamento com sulfona e isto aumentou a curva de sobrevida da hanseníase e dos pacientes, que passaram portanto, a conviver com a doença por tempo suficiente para o aparecimento de doenças renais. Simultaneamente, houve melhora dos métodos diagnósticos e terapêuticos das complicações renais, que também contribuíram para a importância que essas complicações passaram a ter a partir deste período⁽⁶⁷⁻⁷⁴⁾. As lesões renais na hanseníase, especialmente a amiloidose renal, ocorrem em geral devido aos surtos reacionais repetitivos^(3;13;26;72;75;75-81) e pela presença de úlceras tróficas^{(3),(26)}. Nakayama et al⁽²⁶⁾, estudando material anatomopatológico de rim obtido por biopsia ou necropsia desses pacientes observaram a freqüência de 31 % de amiloidose, 14% de glomerulonefrites, 11% de nefroesclerose, 9% de nefrite tubulointersticial, 6% de outras lesões renais e apenas 29% dos casos não apresentaram problemas renais.

No presente estudo foi possível observar que a partir de 1970 as complicações renais foram diminuindo, fato que atribuímos aos maiores conhecimentos sobre estas complicações, sua prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado, principalmente ao uso contínuo e prolongado da sulfona e ao uso da PQT.

Concomitantemente com a melhora do arsenal terapêutico e com a redução das complicações renais houve aumento da sobrevida actuarial dos pacientes, e em 1970 a 1989, passaram então a morrer de doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Análises da população em geral mostram que o perfil das causas de morte na população brasileira adulta tem apresentado decréscimo das doenças infecto-contagiosas desde 1960, e que têm prevalecido as doenças crônicas e degenerativas^(65;82). Assim, o achado do nosso trabalho que mostra a elevação da frequência de mortes por doenças infecciosas na hanseníase nesta última década, sugere que esta doença não respeitou o perfil da população geral adulta. As razões para esta constatação não foram objeto de estudo deste trabalho.

Com frequências menores, as outras causas de morte foram por doenças neoplásicas, digestivas, respiratórias e outras, as quais elevaram-se também nos últimos 20 anos, provavelmente pelo fato de maior sobrevivência dos pacientes com hanseníase e pelos avanços nos recursos de diagnósticos das mais variadas doenças. Nossos achados mostram também que as mortes por doenças digestivas e por outras causas (principalmente diabetes e doenças autoimunes) superaram nestes últimos dez anos a frequência de mortes por doenças renais, sugerindo a necessidade de estudos futuros para melhor compreensão deste fenômeno.

Em resumo, as principais causas de morte foram as doenças infecciosas, renais e cardiovasculares, onde modificadas devido ao tratamento específico e ao aumento da sobrevivência dos pacientes com hanseníase suas alternâncias e frequências foram sendo, e que alguns outros grupos de doenças estão predominando como causas de morte, inclusive a reemergência das mortes por doenças infecciosas.