



ISSN 2674-8169



Latindex



Google Acadêmico

Mortalidade por polineuropatias inflamatórias no Brasil: análise epidemiológica entre 2020 e 2024 com dados do DATASUS

Lara Rufato Figueiredo ¹, Jácomo Manzotti ¹, Gabriela Carvalho Jonck ², Maryane Braga Araújo ¹, Amanda Simanavicius Pezzutti ¹, Thamera Gabriele Darmin ¹, Felipe Roberto Volpato Pereira ¹, Beatriz Kaminski Dalla Vecchia ³, Guilherme Moraes de Luca ¹, Bárbara Zwan ¹, Gregório dos Reis Veiga ¹, Bruno Assonsim Lago ², Lígia Maria Costa Scheifer ⁴, Laura Biral Silva ⁵, Affonso Lompa Thomaz ¹, Izadora Graça de Moura ¹, Yasmin Letícia Souza de Moraes ⁶, Paula Abrante Lima da Silva ¹, Josiane Conceição de Andrade ¹, Gabriela Fernandes Gobor ¹.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n3p1605-1616>

Artigo recebido em 25 de Fevereiro e publicado em 25 de Março de 2026

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

A síndrome de Guillain-Barré (SGB) constitui a principal forma de polineuropatia inflamatória aguda, caracterizada por rápida progressão de fraqueza muscular e potencial comprometimento respiratório, podendo evoluir para óbito em casos graves. Este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico da mortalidade por polineuropatias inflamatórias no Brasil, no período de 2020 a 2024. Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo e descritivo, realizado a partir de dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponíveis no DATASUS. Foram analisadas as variáveis faixa etária e sexo. Observou-se maior concentração de óbitos nas faixas etárias mais avançadas, especialmente entre indivíduos com 60 anos ou mais, além de predominância no sexo masculino. Esses achados são consistentes com a literatura, que aponta maior gravidade e pior prognóstico da SGB em idosos e em determinados grupos populacionais. Ademais, o período analisado coincide com a pandemia de COVID-19, condição associada ao aumento de casos de SGB, o que pode ter influenciado os padrões observados. Conclui-se que a mortalidade por polineuropatias inflamatórias apresenta distribuição desigual segundo idade e sexo, reforçando a necessidade de vigilância epidemiológica e estratégias de manejo precoce.

Palavras-chave: Síndrome de Guillain-Barré; Polineuropatias inflamatórias; Mortalidade; Epidemiologia; DATASUS.

Mortality from Inflammatory Polyneuropathies in Brazil: An Epidemiological Analysis Between 2020 and 2024 Using DATASUS Data

ABSTRACT

Guillain-Barré syndrome (GBS) is the most common acute inflammatory polyneuropathy, characterized by rapidly progressive muscle weakness and potential respiratory failure, which may lead to death in severe cases. This study aimed to analyze the epidemiological profile of mortality due to inflammatory polyneuropathies in Brazil from 2020 to 2024. This is an ecological, retrospective, and descriptive study based on secondary data from the Mortality Information System (SIM), available at DATASUS. The variables analyzed included age group and sex. A higher concentration of deaths was observed among older age groups, particularly individuals aged 60 years or older, as well as a predominance in males. These findings are consistent with the literature, which indicates greater severity and worse prognosis of GBS in elderly populations and specific demographic groups. Furthermore, the analyzed period coincides with the COVID-19 pandemic, a condition associated with increased reports of GBS, which may have influenced the observed patterns. In conclusion, mortality due to inflammatory polyneuropathies shows an unequal distribution according to age and sex, reinforcing the need for epidemiological surveillance and early management strategies.

Keywords: Guillain-Barré syndrome; Inflammatory polyneuropathies; Mortality; Epidemiology; DATASUS.

Instituição afiliada – Universidade Cesumar ¹, Centro Universitário Integrado ², Centro Universitário Camp Real ³, Centro Universitário de Telêmaco Borba ⁴, Centro Universitário Ingá ⁵, Faculdade HONPAR ⁶.

Autor correspondente: Lara Rufato Figueiredo lara@alunos.unicesumar.edu.br

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia inflamatória aguda, imunomediada, considerada a principal causa de paralisia flácida aguda generalizada no mundo na era pós-pólio. Caracteriza-se por fraqueza muscular progressiva, arreflexia e graus variáveis de comprometimento sensitivo, autonômico e respiratório, podendo evoluir rapidamente para insuficiência ventilatória e óbito nos casos mais graves^{1,3,9}. A doença apresenta amplo espectro clínico, que inclui formas desmielinizantes e axonais, com manifestações heterogêneas e diferentes desfechos funcionais, o que reforça sua relevância clínica e epidemiológica^{1,2,3}.

A fisiopatologia da SGB está relacionada a uma resposta autoimune aberrante contra componentes dos nervos periféricos e raízes nervosas, geralmente desencadeada por infecções prévias. O mecanismo mais aceito envolve mimetismo molecular, no qual antígenos infecciosos induzem produção de anticorpos e ativação imunológica cruzada contra gangliosídeos e outras estruturas neurais, promovendo inflamação, desmielinização e, em determinados subtipos, degeneração axonal^{3,9}. Esse processo explica a instalação aguda do quadro neurológico e a possibilidade de rápida deterioração clínica, sobretudo em pacientes com maior carga inflamatória ou acometimento axonal extenso^{1,3}.

Do ponto de vista clínico, a SGB representa uma emergência neurológica. A progressão dos sintomas costuma ocorrer ao longo de dias a poucas semanas, com risco de falência respiratória, disautonomia, arritmias, instabilidade hemodinâmica e complicações infecciosas e tromboembólicas durante a hospitalização^{1,2}. Mesmo com avanços diagnósticos e terapêuticos, incluindo imunoglobulina intravenosa e plasmaférese, a doença permanece associada a morbidade expressiva, internações prolongadas, necessidade de suporte intensivo e mortalidade não desprezível, especialmente em pacientes idosos, com doença grave no início ou necessidade de ventilação mecânica^{1,2,9}.

A distribuição da SGB e de outras polineuropatias inflamatórias também deve ser analisada à luz de seus determinantes infecciosos e contextuais. Nas últimas décadas, diferentes agentes infecciosos foram relacionados ao desencadeamento da síndrome, e, mais recentemente, a infecção por SARS-CoV-2 passou a integrar esse debate. Embora a relação causal absoluta entre COVID-19 e SGB ainda tenha sido discutida na literatura, evidências apontam plausibilidade biológica e acúmulo de relatos clínicos e revisões sistemáticas sugerindo associação temporal em parte dos casos. Considerando que o período de 2020 a 2024 coincide com a pandemia e seus desdobramentos, torna-se particularmente relevante investigar o comportamento epidemiológico dos óbitos por polineuropatias inflamatórias nesse intervalo^{7,8}.

Além da SGB, o grupo das polineuropatias inflamatórias compreende outras entidades imunomediadas, entre elas a polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica (PIDC) e suas variantes, que, embora apresentem curso clínico distinto, compartilham mecanismos inflamatórios periféricos e relevância neurológica⁴⁻⁶. Nos sistemas de informação em saúde, especialmente em bases secundárias de abrangência nacional, como o DATASUS, a agregação diagnóstica sob categorias mais amplas da CID-10 pode limitar a distinção refinada entre subtipos específicos, o que exige cautela metodológica na interpretação dos achados. Ainda assim, tais bases constituem instrumentos valiosos para análise do comportamento populacional da mortalidade e para identificação de grupos mais vulneráveis^{5,6}.

No Brasil, estudos com dados secundários de abrangência nacional são fundamentais para compreender o impacto das doenças neurológicas no sistema de saúde e subsidiar estratégias de vigilância, diagnóstico oportuno e organização da rede assistencial. A análise da mortalidade por polineuropatias inflamatórias permite reconhecer padrões segundo sexo e faixa etária, além de contribuir para a compreensão da carga dessas condições em diferentes contextos epidemiológicos. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar a mortalidade por polineuropatias inflamatórias no Brasil, entre 2020 e 2024, com base em dados do DATASUS^{1,7,8}.



METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, observacional, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários de domínio público obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram analisados os óbitos por polineuropatias inflamatórias no Brasil, no período de 2020 a 2024, identificados por meio do código G61 da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), o qual inclui a síndrome de Guillain-Barré (G61.0) e outras polineuropatias inflamatórias. A utilização desse agrupamento deve-se à limitação do sistema em disponibilizar dados detalhados por subcategoria em determinadas tabulações. As variáveis selecionadas para análise foram: faixa etária e sexo. Os dados foram extraídos por meio da plataforma TABNET e organizados em tabelas e gráficos para análise descritiva. No período analisado, observou-se maior número de óbitos nas faixas etárias mais avançadas, com destaque para indivíduos entre 60 e 79 anos, além de predominância do sexo masculino, com 922 óbitos, em comparação a 567 no sexo feminino.

Por se tratar de dados secundários de acesso público, sem identificação individual, o estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

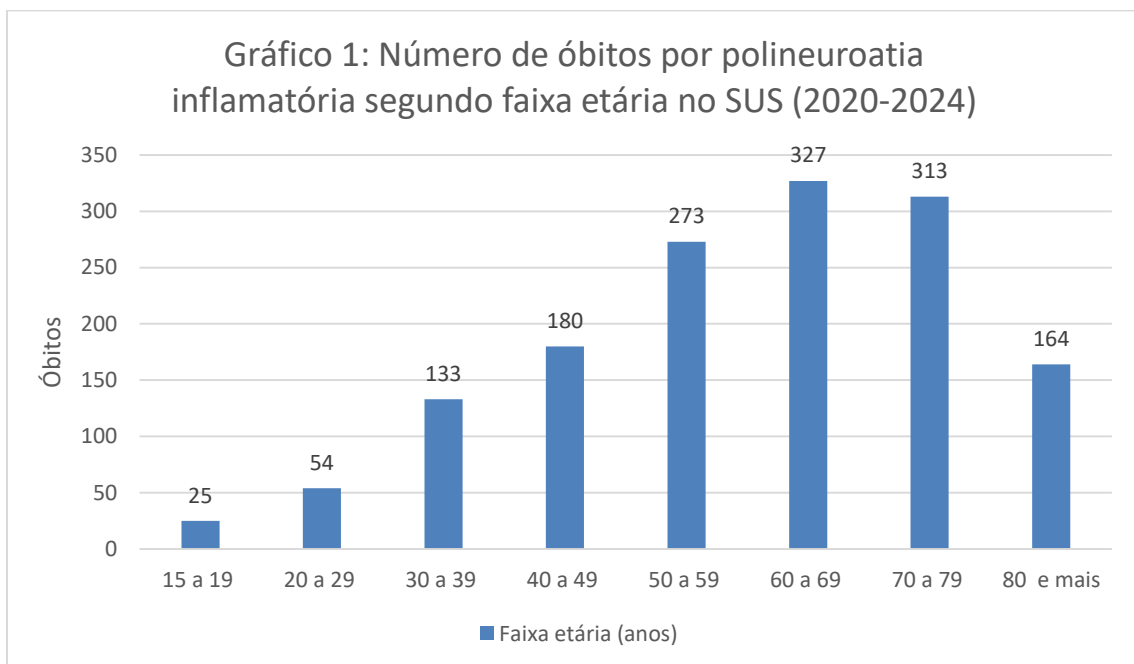
RESULTADOS

No Brasil, entre 2020 e 2024, foram registrados 1.489 óbitos por polineuropatias inflamatórias. Na apresentação gráfica por faixa etária, entretanto, não foram incluídos os óbitos de 0 a 14 anos, que corresponderam a 20 registros (1,34%) do total. Assim, o Gráfico 1 contemplou 1.469 óbitos (98,66%), distribuídos a partir dos 15 anos de idade.

Entre as faixas etárias apresentadas, observou-se progressivo aumento do número de óbitos com o avanço da idade até a sétima década de vida. O grupo de 15 a 19 anos registrou 25 óbitos (1,68%), enquanto a faixa de 20 a 29 anos apresentou 54

óbitos (3,63%). Entre 30 e 39 anos, foram observados 133 óbitos (8,93%), e entre 40 e 49 anos, 180 óbitos (12,09%). A partir dos 50 anos, os valores tornaram-se expressivamente mais elevados: a faixa de 50 a 59 anos concentrou 273 óbitos (18,33%), a de 60 a 69 anos apresentou o maior quantitativo, com 327 óbitos (21,96%), seguida pela faixa de 70 a 79 anos, com 313 óbitos (21,02%), e pelo grupo de 80 anos ou mais, com 164 óbitos (11,01%).

De forma agregada, os indivíduos com 50 anos ou mais somaram 1.077 óbitos, correspondendo a 72,33% de toda a mortalidade observada no período. Quando analisadas especificamente as faixas de 60 anos ou mais, verificaram-se 804 óbitos, equivalentes a 54,00% do total, evidenciando importante concentração da mortalidade nos grupos etários mais avançados. Em contraste, os indivíduos entre 15 e 49 anos totalizaram 392 óbitos (26,33%), enquanto os menores de 15 anos representaram apenas 1,34% dos registros.



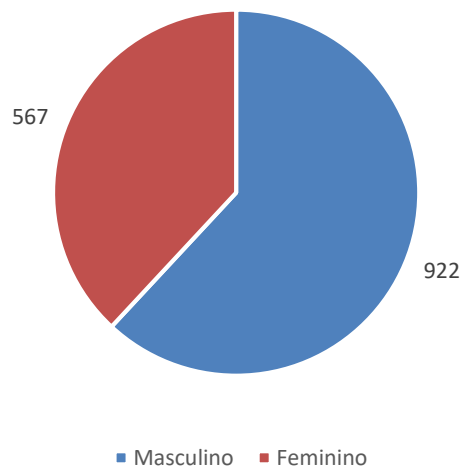
Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Na análise segundo o sexo, segundo o Gráfico 2, observou-se predomínio masculino, com 922 óbitos, o que correspondeu a 61,92% do total. O sexo feminino concentrou 567 óbitos (38,08%). Esses dados indicam razão aproximada de 1,63 óbito

em homens para cada 1 óbito em mulheres, demonstrando desigualdade importante na distribuição da mortalidade por polineuropatias inflamatórias no período estudado.

Em conjunto, os resultados evidenciam que a mortalidade por polineuropatias inflamatórias no Brasil, entre 2020 e 2024, apresentou perfil epidemiológico marcado por predomínio do sexo masculino e acentuada concentração em faixas etárias mais elevadas, especialmente entre 60 e 79 anos, que, somadas, responderam por 640 óbitos (42,98%) do total analisado.

Gráfico 2: Número de óbitos por polineuroatia inflamatória segundo sexo no SUS (2020-2024)



Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo demonstram que os óbitos por polineuropatias inflamatórias se concentraram predominantemente em idades mais avançadas, especialmente entre 50 anos ou mais, com pico nas faixas de 60 a 69 e 70 a 79 anos. Esse padrão é coerente com a literatura sobre síndrome de Guillain-Barré, principal entidade aguda dentro desse grupo diagnóstico, segundo a qual a idade avançada está associada a maior gravidade clínica, pior recuperação funcional e maior risco de desfechos desfavoráveis, incluindo óbito^{1,2,3,9}. Entre os mecanismos que podem explicar esse comportamento estão menor reserva fisiológica, maior carga de comorbidades,

maior probabilidade de disfunção autonômica, complicações infecciosas e necessidade de suporte ventilatório nos casos graves^{1,2,9}.

A menor frequência de óbitos nas faixas etárias mais jovens também encontra respaldo na literatura, que descreve a ocorrência da síndrome em diferentes idades, porém com pior prognóstico nos extremos etários, sobretudo em idosos^{1,2}. Embora adolescentes e adultos jovens possam desenvolver formas graves, a evolução tende a ser mais favorável nesse grupo quando comparada à população idosa, possivelmente em razão de menor carga de comorbidades, melhor tolerância às complicações sistêmicas e maior potencial de recuperação neurológica^{1,3,9}. Assim, a distribuição observada neste estudo reforça que a mortalidade não acompanha apenas a ocorrência da doença, mas também a vulnerabilidade clínica do indivíduo acometido^{2,3}.

O predomínio de óbitos no sexo masculino observado nos dados também é compatível com a tendência descrita em estudos internacionais, que apontam maior frequência de síndrome de Guillain-Barré em homens^{1,9}. Embora os mecanismos exatos dessa diferença não estejam totalmente esclarecidos, admite-se que fatores biológicos, imunológicos e mesmo distintos perfis de exposição a infecções desencadeantes possam influenciar a distribuição por sexo^{1,3,9}. No presente estudo, essa predominância masculina na mortalidade pode refletir tanto maior incidência quanto eventual maior gravidade ou atraso no reconhecimento clínico em determinados contextos, hipótese que merece investigação em análises futuras com dados clínicos individualizados².

Outro aspecto relevante é que o período analisado, de 2020 a 2024, coincide com a pandemia de COVID-19 e seus desdobramentos. Desde 2020, a literatura passou a descrever possível associação entre infecção por SARS-CoV-2 e desenvolvimento de síndrome de Guillain-Barré, com plausibilidade biológica e crescente número de relatos e revisões sistemáticas sobre o tema. Embora não seja possível, com base nos dados agregados do DATASUS, estabelecer relação causal entre a pandemia e os óbitos observados, esse contexto epidemiológico deve ser considerado na interpretação dos resultados, pois pode ter influenciado tanto a ocorrência de casos quanto a gravidade clínica, o acesso ao cuidado e os desfechos hospitalares^{7,8}.

Entretanto, a interpretação dos achados exige cautela metodológica. O agrupamento utilizado corresponde às polineuropatias inflamatórias, categoria que inclui a síndrome de Guillain-Barré, mas não se restringe a ela. Outras doenças imunomediadas do sistema nervoso periférico, como a polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica e suas variantes, também podem estar representadas nessa classificação, embora apresentem curso clínico e prognóstico distintos⁴⁻⁶. Dessa forma, os resultados devem ser entendidos como expressão da mortalidade do conjunto das polineuropatias inflamatórias, ainda que a síndrome de Guillain-Barré provavelmente responda por parcela importante da carga aguda e dos desfechos fatais observados^{4,5}.

Sob a perspectiva assistencial, os dados reforçam a necessidade de diagnóstico precoce e manejo oportuno dessas neuropatias inflamatórias, especialmente em homens e idosos, grupos que concentraram maior mortalidade no presente estudo. A literatura destaca que reconhecimento rápido da progressão da fraqueza, monitorização respiratória e autonômica, encaminhamento para unidades com suporte intensivo e instituição precoce de terapias específicas, como imunoglobulina intravenosa ou plasmaférese nos casos indicados, são medidas determinantes para reduzir complicações e melhorar o prognóstico^{1,2,3,9}. Além disso, a organização da rede de atenção e a vigilância epidemiológica tornam-se particularmente relevantes em contextos de circulação ampliada de agentes infecciosos potencialmente desencadeantes^{7,8}.

No conjunto, os achados deste estudo corroboram a relevância epidemiológica das polineuropatias inflamatórias no Brasil e sugerem que a mortalidade se distribui de forma desigual segundo idade e sexo, com nítida concentração em homens e em faixas etárias mais avançadas. Essa configuração é compatível com o conhecimento atual sobre maior gravidade e pior prognóstico em idosos, bem como com a predominância masculina descrita para a síndrome de Guillain-Barré^{1,2,9}. Embora limitados pelo uso de dados agregados e por categoria diagnóstica ampla, os resultados contribuem para a compreensão do perfil de mortalidade dessas condições no país e podem subsidiar

ações voltadas à identificação precoce dos casos mais graves e à redução de óbitos evitáveis⁴⁻⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade por polineuropatias inflamatórias no Brasil, entre 2020 e 2024, apresentou distribuição desigual segundo faixa etária e sexo, com predomínio de óbitos no sexo masculino e concentração expressiva nas idades mais avançadas, especialmente a partir dos 50 anos. Esses achados sugerem maior vulnerabilidade de homens e idosos aos desfechos fatais dessas condições, em consonância com a literatura sobre a síndrome de Guillain-Barré e outras neuropatias inflamatórias periféricas. Embora a análise se baseie em categoria diagnóstica ampla do DATASUS, os resultados contribuem para o entendimento do perfil epidemiológico da mortalidade no país e reforçam a importância do diagnóstico precoce, da assistência especializada e da vigilância em saúde para reduzir complicações e óbitos evitáveis.

REFERÊNCIAS

1. Shahrizaila N, Lehmann HC, Kuwabara S. Guillain-Barré syndrome. *Lancet*. 2021 Mar 27;397(10280):1214-1228. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00517-1. Epub 2021 Feb 26. PMID: 33647239.
2. Leonhard SE, Mandarakas MR, Gondim FAA, Bateman K, Ferreira MLB, Cornblath DR, van Doorn PA, Dourado ME, Hughes RAC, Islam B, Kusunoki S, Pardo CA, Reisin R, Sejvar JJ, Shahrizaila N, Soares C, Umapathi T, Wang Y, Yiu EM, Willison HJ, Jacobs BC. Diagnosis and management of Guillain-Barré syndrome in ten steps. *Nat Rev Neurol*. 2019 Nov;15(11):671-683. doi: 10.1038/s41582-019-0250-9. Epub 2019 Sep 20. PMID: 31541214; PMCID: PMC6821638.
3. Van den Berg B, Walgaard C, Drenthen J, Fokke C, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. *Nat Rev Neurol*. 2014 Aug;10(8):469-82. doi: 10.1038/nrneurol.2014.121. Epub 2014 Jul 15. PMID: 25023340.



4. Van den Bergh PYK, van Doorn PA, Hadden RDM, Avau B, Vankrunkelsven P, Allen JA, Attarian S, Blomkwist-Markens PH, Cornblath DR, Eftimov F, Goedee HS, Harbo T, Kuwabara S, Lewis RA, Lunn MP, Nobile-Orazio E, Querol L, Rajabally YA, Sommer C, Topaloglu HA. European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society guideline on diagnosis and treatment of chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy: Report of a joint Task Force-Second revision. *J Peripher Nerv Syst.* 2021 Sep;26(3):242-268. doi: 10.1111/jns.12455. Epub 2021 Jul 30. Erratum in: *J Peripher Nerv Syst.* 2022 Mar;27(1):94. doi: 10.1111/jns.12479. Erratum in: *Eur J Neurol.* 2022 Apr;29(4):1288. doi: 10.1111/ene.15225. PMID: 34085743.
5. Mathey EK, Park SB, Hughes RA, Pollard JD, Armati PJ, Barnett MH, Taylor BV, Dyck PJ, Kiernan MC, Lin CS. Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy: from pathology to phenotype. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2015 Sep;86(9):973-85. doi: 10.1136/jnnp-2014-309697. Epub 2015 Feb 12. PMID: 25677463; PMCID: PMC4552934.
6. Gwathmey K. Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy and Its Variants. *Continuum (Minneap Minn).* 2020 Oct;26(5):1205-1223. doi: 10.1212/CON.0000000000000907. Erratum in: *Continuum (Minneap Minn).* 2021 Apr 1;27(2):553. doi: 10.1212/CON.0000000000001030.. [dosage error in article text]. PMID: 33002999.
7. Zhao H, Shen D, Zhou H, Liu J, Chen S. Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2 infection: causality or coincidence? *Lancet Neurol.* 2020 May;19(5):383-384. doi: 10.1016/S1474-4422(20)30109-5. Epub 2020 Apr 1. PMID: 32246917; PMCID: PMC7176927.
8. Pimentel V, Luchsinger VW, Carvalho GL, Alcará AM, Esper NB, Marinowic D, Zanirati G, da Costa JC. Guillain-Barré syndrome associated with COVID-19: A systematic review. *Brain Behav Immun Health.* 2023 Mar;28:100578. doi: 10.1016/j.bbih.2022.100578. Epub 2023 Jan 17. PMID: 36686624; PMCID: PMC9842533.
9. Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. *Lancet.* 2016 Aug 13;388(10045):717-27. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00339-1. Epub 2016 Mar 2. PMID: 26948435.