

Mortalidade por fibrose pulmonar idiopática

A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é a mais comum das doenças intersticiais pulmonares (DIP). Apesar disso, sua etiologia permanece desconhecida e ainda não há opções terapêuticas realmente efetivas contra a doença. Um outro aspecto igualmente pouco conhecido é a epidemiologia da moléstia. Ainda que seja bem reconhecida a preferência pelo acometimento de pessoas do sexo masculino, principalmente a partir da quinta e sexta décadas de vida, são escassos e pouco confiáveis os dados relativos à real incidência, prevalência e mortalidade da condição. Estudo realizado no Estado do Novo México, nos EUA, estima a incidência anual da FPI em 11/100.000 para os homens e 7/100.000 para as mulheres⁽¹⁾.

A carência de informações epidemiológicas adequadas relacionadas a FPI ocorre em nível mundial, não podendo ser atribuída unicamente às crônicas mazelas do sistema de saúde nacional. Diferentes fatores certamente contribuem para essa situação, entre outros, a baixa incidência da doença, a complexidade dos métodos necessários para um diagnóstico preciso, a mudança freqüente de conceitos e definições, bem como a falta de conhecimento adequado de muitos médicos sobre o tema. De fato, mesmo entre os especialistas e pesquisadores da área, ainda permanecem sem resposta inúmeras questões relativas às pneumonites intersticiais idiopáticas como um todo, e à FPI em particular.

Desse modo, estudos voltados à investigação da epidemiologia das DIP são raros no Brasil. Recentemente Castro *et al.*⁽²⁾, utilizando dados fornecidos pelo DATA-SUS, evidenciaram um padrão de elevação do coeficiente anual de mortalidade por pneumoconioses no período de 1979 a 1998. A transição da versão 9 do Código Internacional das Doenças (CID) para a versão 10 influenciou nos resultados obtidos, levando ao aumento do registro de óbitos por pneumoconioses. O coeficiente de mortalidade calculado para as pneumoconioses no ano de 1998 foi de 0,18 óbitos/100.000 habitantes.

No presente número do *Jornal de Pneumologia* Fortuna *et al.*⁽³⁾ fazem uma análise retrospectiva de dados fornecidos pelo Centro Regional de Informação de Saúde do Rio Grande do Sul, acerca da mortalidade por FPI entre os anos de 1970 e 2000 naquele Estado. Os autores constataram uma elevação significativa da mortalidade por FPI ao longo dos anos, fato que já foi descrito para outros países em publicações internacionais na última década. Além disso, a comparação dos índices de mortalidade do estudo com dados disponíveis de outros países, em anos semelhantes, revelou valores de mortalidade baixa

para o Rio Grande do Sul. Assim, por exemplo, enquanto no ano de 1991 o coeficiente de mortalidade por FPI no Rio Grande do Sul foi próximo a 0,4 óbito/100.000 habitantes, na Austrália e Inglaterra foram obtidos valores respectivamente de 1,8 e 2,8 óbitos/100.000 habitantes⁽⁴⁾. Finalmente, à semelhança do observado por Castro *et al.*, ficou evidente a influência nos resultados da transição do sistema CID-8 para o CID-9 e deste para o CID-10.

Estudos semelhantes aos de Castro *et al.*⁽²⁾ e Fortuna *et al.*⁽³⁾ são muito bem-vindos e devem ser estimulados, pois claramente contribuem para uma melhor caracterização da situação das DIP no país. Entretanto, como os próprios autores do último trabalho advertem, as “limitações inerentes a este tipo de estudo” recomendam que “os dados sejam interpretados com a devida cautela”.

Coultas e Hughes⁽⁵⁾ investigaram a utilidade dos dados obtidos a partir de atestados de óbito como índices da ocorrência de DIP na população. Os autores estudaram 385 pacientes com diagnósticos prévios de alguma DIP, dos quais 134 vieram a falecer. Dos 129 atestados de óbito encontrados para análise, DIP foi listada como a *causa mortis* apenas em 14,7 % dos casos. Referência a DIP foi listada em algum local do atestado (*causa mortis*, doença de base, ou outras condições significantes) em 45,7% dos óbitos. No que diz respeito aos casos com fibrose pulmonar (CID-9 515 e 516.3), o diagnóstico foi listado como *causa mortis* em 68,5% das ocasiões, e em algum ponto do atestado em 71,2% dos óbitos. Os autores concluíram que dados de mortalidade subestimam a verdadeira incidência de DIP, muito embora tal problema seja menos intenso no que diz respeito a FPI.

Independente das deficiências da metodologia empregada, os estudos publicados apontam para um crescimento contínuo das taxas de mortalidade por FPI em diferentes regiões do mundo nas últimas décadas^(4,6,7). Os dados de Fortuna *et al.*⁽³⁾ sugerem fortemente que o mesmo esteja acontecendo no Brasil. É extremamente difícil se estabelecer em que medida esse fenômeno está sendo influenciado pela maior divulgação e conhecimento da condição nos meios médicos. Entretanto, ele também poderia ser explicado por um aumento da incidência ou da gravidade dos casos da moléstia. Como FPI sempre foi reconhecida como doença de prognóstico pobre, na maioria das vezes não responsiva à terapia medicamentosa, a primeira possibilidade merece particular consideração. Investigações voltadas para a identificação de fatores de risco associados ao desenvolvimento da FPI sugerem um impor-

tante papel para o tabagismo, infecções virais, e a inalação de poeiras de natureza mineral, animal e vegetal⁽⁸⁾. Desse modo, elevações na incidência da FPI poderiam estar relacionadas com a ocorrência de mudanças comportamentais ou fenômenos ambientais ainda não reconhecidos.

O trabalho de Fortuna *et al.*⁽³⁾ levanta ainda outras questões: (i) a inclusão no estudo apenas de casos nos quais fibrose pulmonar foi registrada como a principal causa de morte não levou a exclusão de um número expressivo de atestados em que FPI poderia estar listada como uma doença de base? (ii) qual o grau de rigor e detalhamento colocado por nós médicos no preenchimento de atestados de óbitos de pacientes com pneumopatias crônicas? (iii) a baixa mortalidade por FPI observada no estudo, em com-

paração com outros países, deve-se de fato à pequena incidência da moléstia, ou ocorreria pela falta de diagnósticos adequados em nosso meio? (iv) os códigos do CID-10, atualmente em vigor, são realmente adequados para refletir as complexidades relacionadas com os diferentes diagnósticos de DIP?

Do exposto, fica claro que a epidemiologia das DIP em geral, e da FPI em particular, é assunto obscuro e de difícil investigação. Estudos como os de Castro *et al.*⁽²⁾ e Fortuna *et al.*⁽³⁾ devem ser estimulados, pois funcionam como pequenas chamas que começam a iluminar o caminho a ser percorrido.

JOSÉ ANTONIO BADDINI MARTINEZ
Faculdade de Medicina da USP, Ribeirão Preto, SP

REFERÊNCIAS

1. Coultas DB, Zumwalt RE, Black WC, Sobonya RE. The epidemiology of interstitial lung diseases. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;150:967-72.
2. Castro HA, Vicentin G, Pereira KCX. Mortalidade por pneumoconioses nas macro-regiões do Brasil no período de 1979-1998. *J Pneumol* 2003; 29:82-8.
3. Fortuna FP, Perin C, Cunha L, Rubin AS. Mortalidade por fibrose pulmonar idiopática no Rio Grande do Sul. *J Pneumol* 2003;29:
4. Hubbard R, Johnston I, Coultas DB, Britton J. Mortality rates from cryptogenic fibrosing alveolitis in seven countries. *Thorax* 1996;51:711-16.
5. Coultas DB, Hughes MP. Accuracy of mortality data for interstitial lung disease in New Mexico, USA. *Thorax* 1996;51:717-20.
6. Johnston I, Britton J, Kinnear W, Logan R. Rising mortality from cryptogenic fibrosing alveolitis. *BMJ* 1990;301:1017-21.
7. Mannino DM, Etzel RA, Parrish RG. Pulmonary fibrosis deaths in the United States, 1979-1991. An analysis of multiple-cause mortality data. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;153:1548-52.
8. Baumgartner KB, Samet JM, Coultas DB, et al. Occupational and environmental risk factors for idiopathic pulmonary fibrosis: a multicenter case-control study. *Am J Epidemiol* 2000;152:307-15.