Análise da internação, taxa de mortalidade e custos de tratamento hospitalar em pacientes com doença hepática alcoólica nas regiões brasileiras nos últimos 13 anos

analysis of hospitalization, mortality rate and costs of hospital treatme nt in patients with alcoholic liver disease in brazilian regions in the last 13 years

DOI:10.34117/bjdv7n6-513

Recebimento dos originais: 07/05/2021
Aceitação para publicação: 01/06/2021

Viviane Lozano Espasandin
Médica gastroenterologista e Professora Assistente de Prática Médica da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO).
E-mail: vivianelozano@yahoo.com

Larissa Carvalho das Chagas
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO).

Larissa Nogueira Reis Pimentel
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO).

Carolina Paixão Santos
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO).

Karina Molinaro
Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO).

RESUMO

A Doença Hepática Alcoólica (DHA) é uma patologia que, dependendo da quantidade e do tempo de consumo de álcool, pode apresentar três tipos de evoluções: esteatose, hepatite ou fibrose. A esteatose é o primeiro estágio e a apresentação mais comum, atingindo cerca de 90% dos etilistas que consomem, em média, 4-5 doses padrão a longo prazo. Essa fase é caracterizada pelo acúmulo de ácidos graxos nos hepatócitos. A esteato-hepatite, por sua vez, ocorre devido à destruição hepatocelular pela infiltração neutrofílica e pelo acúmulo de corpos de Mallory-Dark – emaranhados protêicos encontrados no interior da célula. A cronicidade do quadro leva à evolução para fibrose, na qual a cirrose é o estágio terminal e se caracteriza pelo depósito anormal de proteínas na matriz extracelular, o que promove uma alteração na arquitetura hepática e aparecimento de nódulos regenerativos. Com isso, o etilista de grande quantidade de álcool apresenta um alto risco para o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular devido ao processo cirrótico que desenvolve. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2018 foi estimado que 48% dos óbitos no mundo, por cirrose hepática, foram consequências do consumo crônico de álcool. Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo apresentar tanto a taxa de mortalidade quanto o número de internações e gasto público com tal patologia, no período de 2007-2020 no Brasil, tornando-se evidente, por meio dos resultados, o impacto e a necessidade de medidas políticas de promoção e prevenção.

Palavras-chave: Doença Hepática Alcoólica, Internação, Custos, Taxa de Mortalidade.

ABSTRACT
Alcoholic Liver Disease (DHA) is a pathology that, depending on the amount and time of alcohol consumption, can exhibit three types of evolution: steatosis, hepatitis or fibrosis. Steatosis is the first stage and the most common one, affecting about 90% of alcoholics who consume, on average, 4 a 5 standard doses in the long run. This phase is characterized by the accumulation of fatty acids in hepatocytes. Steatohepatitis, on the other hand, occurs due to hepatocellular destruction by neutrophilic infiltration and the accumulation of Mallory-Dark bodies - protein tangles found inside the cell. The chronicity of the condition leads to progression to fibrosis, in which cirrhosis is the terminal stage and characterized by the abnormal deposit of proteins in the extracellular matrix, which promotes an alteration in the hepatic architecture and the appearance of regenerative nodules. With that being said, the heavy drinker presents a high risk for both the development of steatohepatitis and hepatocellular carcinoma due to the cirrhotic process. According to the World Health Organization, in 2018 it was estimated that 48% of deaths worldwide, due to liver cirrhosis, were the consequences of chronic alcohol consumption. Thus, the present study aims to present both the mortality rate as well as the number of hospitalizations and public expenditure in the period 2007-2020 in Brazil, clearly showing, through the results, the impact and the need for political measures, promotion and prevention.

Keywords: Alcoholic Liver Disease, Hospitalizations, Public expenditure, Mortality rate.

1 INTRODUÇÃO

A Doença Hepática Alcoólica (DHA) é uma das principais causas de hepatopatia crônica em todo o mundo e é responsável por até 48% das mortes associadas à cirrose nos Estados Unidos. Tal patologia compreende um espectro clínico-histológico que engloba esteatose, esteato-hepatite e cirrose com suas complicações. Esses danos hepatocelulares são explicados pelos principais mecanismos de estresse oxidativo, produção de endotoxinas e metabolismo anormal da metionina causados pela ingestão de álcool. A fisiopatogênese, portanto, se inicia quando o fígado perde a capacidade de neutralizar os radicais livres provenientes da quebra da molécula de etanol, desencadeando efeitos tóxicos e alterações na função do órgão[1,2].

Dessa maneira, a esteatose é o primeiro estágio e a apresentação mais comum, atingindo cerca de 90% dos etilistas que consomem, em média, 4 a 5 doses padrão a longo prazo. Essa fase é caracterizada pelo acúmulo de ácidos graxos nos hepatócitos. Trata-se de uma condição reversível, geralmente assintomática e de bom prognóstico. A esteato-hepatite, por sua vez, acomete cerca de 30 a 40% dos indivíduos que relatam abuso crônico de álcool e constitui a lesão inflamatória mais grave[2,3]. Tal fase é consequência

da destruição hepatocelular pela infiltração neutrofílica e pelo acúmulo de corpos de Mallory-Dark – emaranhados protêicos encontrados no interior da célula. Essa fase apresenta clínica variável, podendo ser assintomática ou sintomática, com presença de sintomas inespecíficos como anorexia, náuseas, vômitos, hepatomegalia dolorosa, febre, leucocitose, icterícia ou sinais de insuficiência hepática. Ao contrário da esteatose, a esteato-hepatite é um processo que deixa cicatriz no tecido hepático e sua cronicidade leva à evolução para fibrose, na qual a cirrose é o estágio terminal e é caracterizada pelo depósito anormal de proteínas na matriz extracelular, o que promove uma alteração na arquitetura hepática e aparecimento de nódulos regenerativos.

Por se tratar de uma droga lícita, o álcool é capaz de criar dependência, sendo visto como válvula de escape para muitas pessoas. Seu fácil acesso, permite o uso abusivo de forma legal nos parâmetros morais que tangenciam a sociedade[4,]

A progressão da doença, por sua vez, estará associada ao nível de hepatotoxicidade do etanol, duração e tipo de consumo de álcool, desnutrição, fatores genéticos, além de infecção concomitante com os vírus da hepatite B e C, já que esses microorganismos podem ser responsáveis por acelerar o processo fibrótico[1,5,6]. Assim, o etilista de grande quantidade de álcool apresenta um alto risco tanto para o desenvolvimento de esteato-hepatite quanto para carcinoma hepatocelular devido ao processo cirrótico instalado. Outro fator que contribui para a evolução da doença é a disbiose intestinal, pois a ingestão excessiva de álcool acarreta no aumento da proliferação bacteriana que, consequentemente, lesiona a mucosa e altera permeabilidade local. Por esse motivo, ocorre a translocação das bactérias e de suas endotoxinas para a circulação portal, o que promove a estimulação de citocinas e quimiocinas pró-inflamatórias e, por fim, danos aos hepatócitos[7].

O diagnóstico da hepatopatia por etiologia alcoólica é baseado principalmente na anamnese e exame físico. Dessa maneira, questionários como AUDIT são úteis na investigação, uma vez que fornecem informações sobre o impacto do álcool na vida do indivíduo em relação ao abuso de consumo ou dependência da substância. Trata-se de um questionário de dez perguntas, de alta sensibilidade e especificidade, tendo uma pontuação de 0-40, com resultado > 8 sugerindo abuso de álcool e > 20 dependência. Como pode ser uma ferramenta demorada em consultas médicas, pode se realizar a versão mais curta, principalmente na atenção primária, o AUDIT-c[5].

Embora não exista exames complementares que definem a etiologia alcoólica, laboratório e imagens podem ajudar a identificar fatores que complementam tal hipótese.

Com isso, biomarcadores hepáticos são requisitados como aspartato aminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT), gama glutamil transferase (GGT), bilirrubinas, proteínas totais e frações, além de hemograma completo e coagulograma. A relação AST/ALT é um dos marcadores indiretos mais conhecidos na prática clínica, sendo > 1 sugestivo de ingestão excessiva de álcool[8]. Em casos mais leves de esteato-hepatite pode apenas ter a elevação de AST.

Outros métodos não invasivos são os de imagem, que podem ser úteis para excluir outras causas e/ou identificar comprometimento no tecido hepático. Assim, geralmente, elastografia por ultrassom é a escolha para avaliar a presença de fibrose. Essa ferramenta diagnóstica, além de ter baixo custo, teve o melhor desempenho para o diagnóstico precoce de cirrose em pacientes com hepatite crônica por HCV, evitando a biópsia hepática em 90% dos casos. Esta está indicada somente nos pacientes quando há dúvidas e os testes são discordantes[8]. Outros exames de imagem podem ser obtidos por meio de tomografia computadorizada ou ressonância magnética do abdome, principalmente quando há suspeita de carcinoma hepatocelular[9]. Apesar da existência destes testes de triagem, a maioria dos pacientes é diagnosticada em estágios avançados e os dados sobre a prevalência e o perfil com doença precoce são limitados[5, 10, 11, 12].

Até o momento, o tratamento mais eficaz para atenuar o curso clínico da DHA e, até mesmo reverter o dano hepático, é a abstinência alcoólica prolongada por meio de medidas farmacológicas e terapia comportamental com entrevista motivacional. No entanto, é importante ressaltar que o abuso ou dependência de álcool não é sinônimo de DHA, pois apenas cerca de 10 a 20% dos etilistas crônicos desenvolvem formas graves, como esteato-hepatite ou cirrose [2, 5, 6, 10].

Com a alta prevalência e o impacto econômico, a DHA está recebendo atenção crescente por parte das autoridades de saúde, organizações de financiamento de pesquisas e da comunidade acadêmica do fígado. A sua identificação no ambiente de atenção primária em um estágio inicial e as intervenções comportamentais subsequentes devem ser encorajadas. Portanto, o presente estudo tem o objetivo de levantar dados fornecidos pelo DATASUS, das diferentes regiões brasileiras nos últimos treze anos, a fim de demonstrar a relação entre a internação, mortalidade e os gastos por DHA e a repercussão no país[1, 5, 13].

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo observacional, transversal, descritivo através de uma revisão sistemática e quantitativa, que tem por objetivo analisar as variáveis de custos de internação e tratamento hospitalar e taxa de mortalidade em pacientes com doença hepática alcoólica nas regiões brasileiras nos últimos 13 anos. Foi implementada uma revisão sistemática presente na literatura associada a uma coleta dos dados de forma descritiva, observacional e transversal dos custos hospitalares do SUS em relação ao tratamento da Doença Hepática Alcoólica (DHA) e sua consequente taxa de mortalidade dos pacientes usuários do SUS, disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de treze anos – dezembro de 2007 a junho de 2020 – avaliando valor de gastos públicos, complexidade, taxa de mortalidade, óbitos absolutos e permanência. Os dados da pesquisa foram analisados por meio de tabelas e gráficos realizados pelo *software* Microsoft Excel 2016©. Foram feitas eventuais correlações de prevalência em relação à doença, risco de morte e internação. É importante ressaltar que alguns gráficos disponíveis no DATASUS não compreenderam o ano de 2007 e, por isso, não foram expostos nessa análise

3 RESULTADOS

No período analisado foram observadas 204.276 internações por Doença Hepática Alcoólica (DHA) no Brasil, tendo as regiões Sudeste (96.033) e Nordeste (44.222) os maiores números, como exposto na Tabela 1.

Não foi possível obter o número de internações de dezembro de 2007, pois os dados não foram disponibilizados pelo DATASUS.

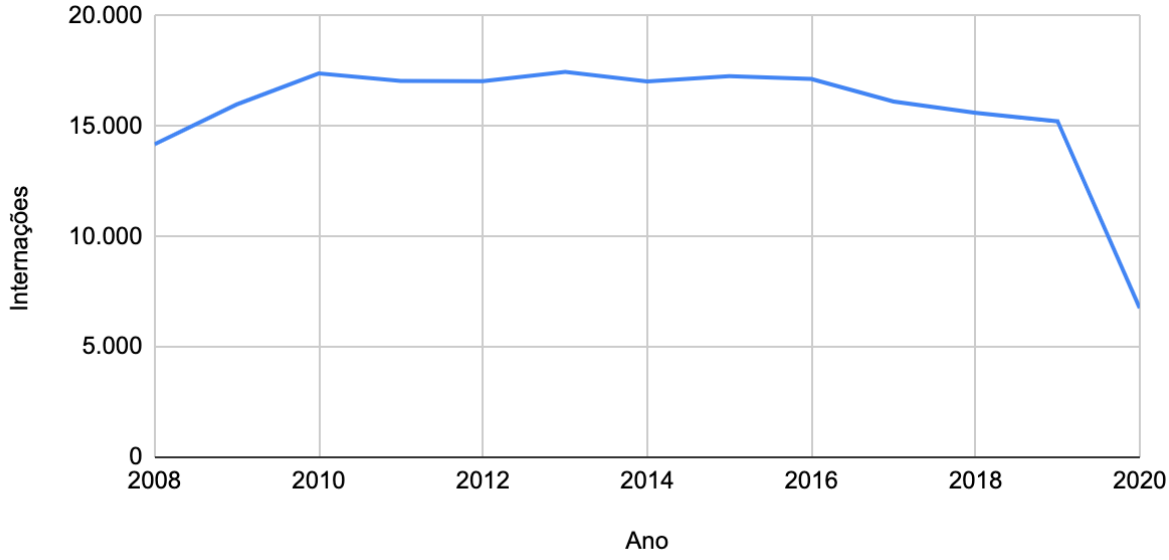
Tabela 1 - Número de internações por DHA nos anos de 2008-2020 dividido por regiões.

Ano	TOTAL	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2008	**14.182**	385	2.603	7.091	3.168	935
2009	**15.989**	494	2.900	8.293	3.323	979
2010	**17.394**	617	3.206	8.966	3.468	1.137
2011	**17.051**	752	3.245	8.742	3.131	1.181
2012	**17.038**	761	3.784	8.183	3.226	1.084
2013	**17.461**	705	4.230	7.960	3.276	1.290
2014	**17.037**	863	3.982	7.658	3.152	1.382
2015	**17.267**	770	3.949	7.828	3.222	1.498
2016	**17.144**	771	3.979	7.655	3.121	1.618
2017	**16.119**	723	3.722	7.150	2.980	1.544
2018	**15.608**	648	3.667	6.870	2.956	1.467
2019	**15.226**	595	3.502	6.686	3.013	1.430
2020	**6.760**	242	1.453	2.951	1.447	667
Total	**204.276**	8.326	44.222	96.033	39.483	16.212

Fonte: DATASUS

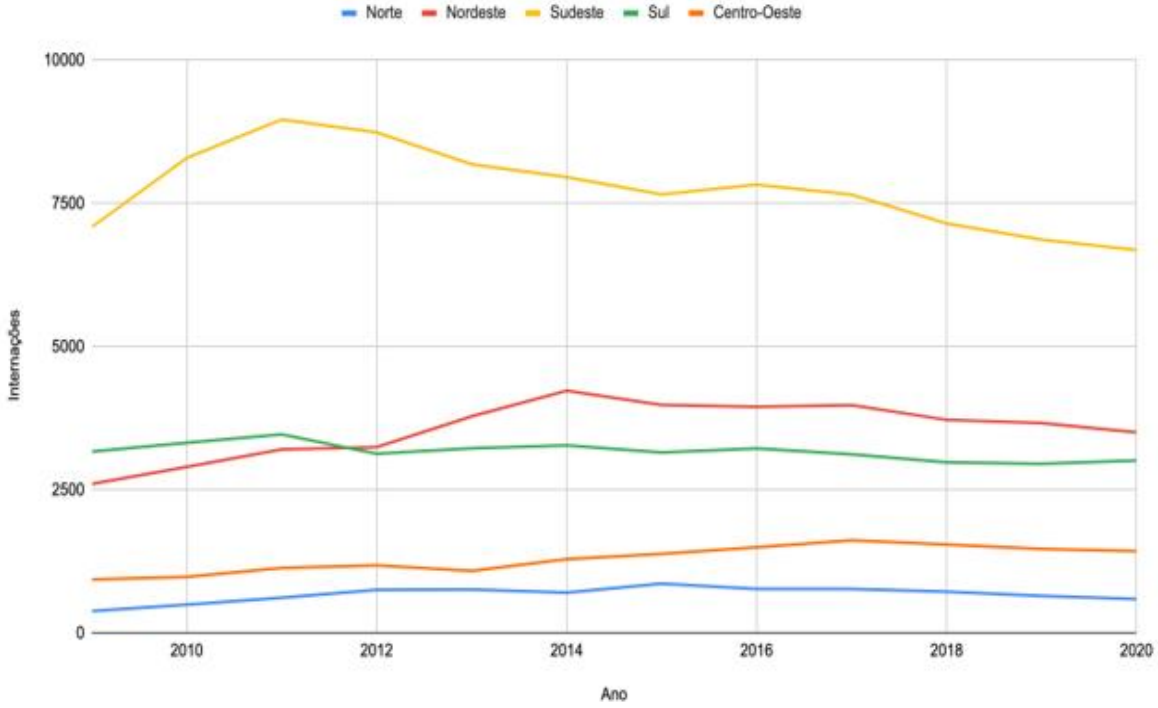
Por meio dos Gráficos 1 e 2 é possível observar a quantidade de internações em cada ano no território brasileiro, e o índice de internações em cada região do país, respectivamente.

Gráfico 1 - Relação do índice de internações por ano no território brasileiro.



Fonte: DATASUS

Gráfico 2 - Relação do índice de internações por ano por região no território brasileiro.



De acordo com a Tabela 2, podemos observar que o gasto total brasileiro com essa patologia foi de R$ 429.772.692,76 e que a Região Sudeste registrou o maior valor (R$ 23.724.572,12) no período analisado.

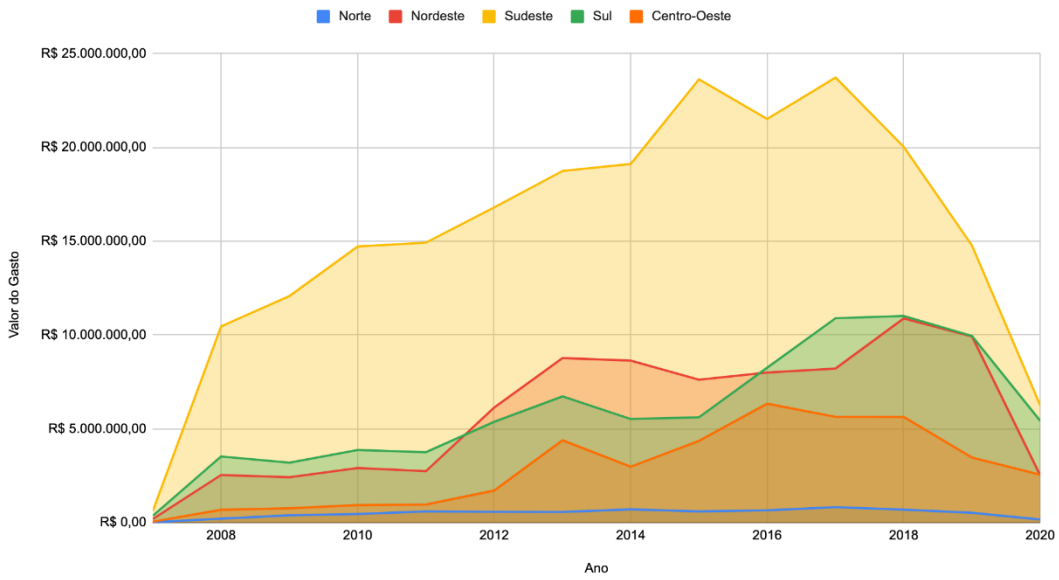
Tabela 2 - Relação dos gastos totais com DHA por região brasileira e ano.

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2007	R$ 22.184,60	R$ 191.768,76	R$ 623.733,41	R$ 369.178,76	R$ 50.760,10
2008	R$ 205.227,63	R$ 2.538.514,28	R$ 10.460.348,84	R$ 3.523.007,51	R$ 685.232,22
2009	R$ 388.081,56	R$ 2.415.618,49	R$ 12.076.887,20	R$ 3.198.451,81	R$ 763.174,40
2010	R$ 455.519,21	R$ 2.906.606,87	R$ 14.722.058,17	R$ 3.871.836,74	R$ 932.092,69
2011	R$ 593.040,12	R$ 2.743.782,90	R$ 14.920.100,98	R$ 3.753.968,82	R$ 961.386,23
2012	R$ 576.863,55	R$ 6.126.743,65	R$ 16.798.522,96	R$ 5.375.006,43	R$ 1.708.636,40
2013	R$ 563.262,07	R$ 8.769.595,23	R$ 18.743.145,56	R$ 6.724.705,89	R$ 4.387.147,44
2014	R$ 708.854,88	R$ 8.634.728,18	R$ 19.118.498,76	R$ 5.522.331,49	R$ 2.981.565,73
2015	R$ 598.429,49	R$ 7.616.793,46	R$ 23.628.286,67	R$ 5.611.110,33	R$ 4.352.445,24
2016	R$ 651.634,50	R$ 8.000.196,46	R$ 21.515.140,18	R$ 8.259.382,69	R$ 6.337.276,25
2017	R$ 821.783,68	R$ 8.210.921,34	R$ 23.724.572,12	R$ 10.893.437,17	R$ 5.636.738,85
2018	R$ 693.997,67	R$ 10.882.165,99	R$ 20.028.424,45	R$ 11.012.198,02	R$ 5.635.023,54
2019	R$ 523.405,58	R$ 9.922.806,35	R$ 14.768.045,29	R$ 9.947.571,52	R$ 3.466.210,16
2020	R$ 164.569,34	R$ 2.527.729,75	R$ 6.251.145,38	R$ 5.424.464,98	R$ 2.554.615,79

Fonte: DATASUS

Já no Gráfico 3, é possível observar os gastos com a DHA em cada região brasileira, separadas por cores, de acordo com a legenda. Na Tabela 3 são expostos os percentuais de gastos com a DHA em cada região do Brasil, associados às doenças do trato digestivo.

Gráfico 3 - Exposição ilustrativa da relação dos gastos por região e por ano com DHA.



Fonte: DATASUS

Tabela 3 - Percentual dos gastos por região brasileira por ano com DHA em relação às patologias do trato digestivo.

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2007	1,76%	15,25%	49,60%	29,36%	4,04%
2008	1,18%	14,58%	60,07%	20,23%	3,94%
2009	2,06%	12,82%	64,09%	16,97%	4,05%
2010	1,99%	12,70%	64,32%	16,92%	4,07%
2011	2,58%	11,94%	64,95%	16,34%	4,18%
2012	1,89%	20,03%	54,92%	17,57%	5,59%
2013	1,44%	22,38%	47,83%	17,16%	11,20%
2014	1,92%	23,36%	51,72%	14,94%	8,07%
2015	1,43%	18,22%	56,52%	13,42%	10,41%
2016	1,46%	17,87%	48,06%	18,45%	14,16%
2017	1,67%	16,66%	48,14%	22,10%	11,44%
2018	1,44%	22,55%	41,51%	22,82%	11,68%
2019	1,35%	25,69%	38,23%	25,75%	8,97%
2020	0,97%	14,94%	36,94%	32,05%	15,10%

Fonte: DATASUS

Na Tabela 4, pode-se discernir a presença da mortalidade mediante à presença da doença no grupo exposto, sendo assim, a razão entre a quantidade de óbitos e o número de autorização de internação hospitalar (AIH) aprovadas.

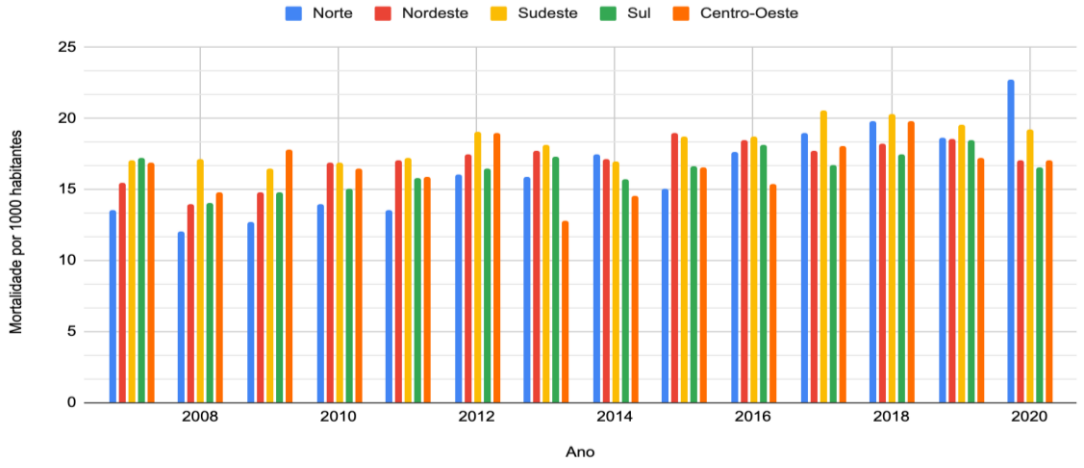
Tabela 4 - Relação da Mortalidade por DHA por região brasileira por ano.

Ano	TOTAL	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2007	**16,68**	13,51	15,43	17,03	17,24	16,87
2008	**15,59**	12,01	13,94	17,16	14,06	14,79
2009	**15,8**	12,67	14,8	16,5	14,79	17,79
2010	**16,38**	13,93	16,9	16,87	15,05	16,51
2011	**16,65**	13,58	17,02	17,2	15,79	15,85
2012	**18,07**	16,05	17,5	19,04	16,46	18,99
2013	**17,38**	15,86	17,69	18,13	17,32	12,83
2014	**16,6**	17,44	17,14	16,94	15,74	14,56
2015	**18,02**	15,06	18,94	18,71	16,66	16,54
2016	**18,21**	17,6	18,49	18,76	18,11	15,4
2017	**18,9**	18,95	17,74	20,57	16,72	18,06
2018	**19,22**	19,85	18,24	20,31	17,51	19,79
2019	**18,84**	18,67	18,52	19,52	18,51	17,25
2020	**18,12**	22,75	17,07	19,24	16,56	17,03
Total	**17,49**	16,32	17,37	18,25	16,37	16,57

Fonte: DATASUS

A taxa de mortalidade (TM) total nos 13 anos estudados foi de 17,49%, sendo 2018 o ano com a TM mais alta de 19,22, enquanto o ano de 2008 apresentou a menor taxa de 15,59. Dentre as regiões brasileiras, a Sudeste apresentou a maior mortalidade de 18,25 e a Norte a menor, na qual representava 16,32 do valor da taxa.

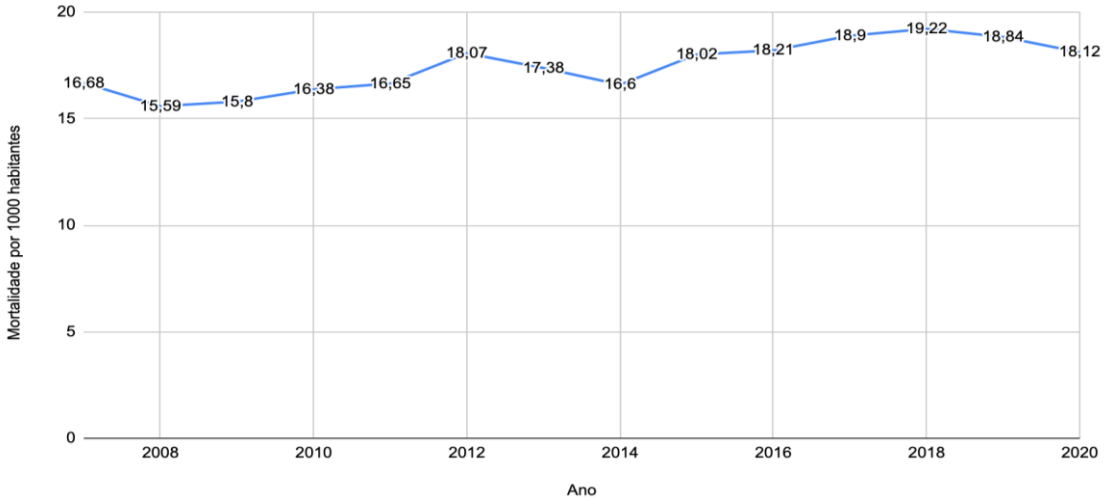
Gráfico 4 - Exposição ilustrativa da mortalidade por DHA por região brasileira ao ano.



Fonte: DATASUS

De 2008 até 2016, a taxa de mortalidade em todas as regiões do país esteve abaixo de 20%. No ano de 2017, a região Sudeste ultrapassou esse valor, assim como a região Norte em 2020, que apresentou taxa de mortalidade de quase 25%, a maior encontrada durante o período analisado.

Gráfico 5 - Exposição ilustrativa da mortalidade por DHA no Brasil entre 2008-2020.



Fonte: DATASUS

4 DISCUSSÃO

A Doença Hepática Alcoólica (DHA) é a terceira causa de morte evitável, uma das principais hepatopatias crônicas e responsável por 500.000 óbitos anuais no mundo[14,15,16,17]. De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi estimado que as três milhões de mortes em 2016 e 48% em 2018 (colocou escrito em números e depois porcentagem, ficou estranho), por cirrose hepática, estavam relacionadas ao consumo excessivo de álcool[14,15]. Em 2020 na Inglaterra e no País de Gales, exemplos que compreendem a península britânica , segundo o Instituto Nacional de Estatísticas Britânico, no período de janeiro a setembro, 79,8% das 5.460 mortes pelo uso de álcool foram causadas por danos hepáticos[18].

Diante dos resultados observados pelo DATASUS no Brasil, em 2018 se obteve a maior taxa de mortalidade (19,22%) com predomínio do percentual na Região Sudeste (20,31%) e seguido pela Região Norte (19,85%). Sendo assim, os fatores que podem ter contribuído para esses picos são: os hábitos de vida, principalmente da Região Sudeste; menor identificação na atenção primária em estágio inicial e menor implementação de medidas políticas que levam à diminuição da ingestão alcoólica – aumento de impostos na venda de álcool, maior fiscalização na idade legal para a compra, intervenção médica,

anúncios e ações legais mais rígidas para dirigir sob influência (1,16). No ano de 2020, com um total de taxa de mortalidade de 18,12%, a Região Norte (22,75%) ultrapassou a Região Sudeste (19,24%). Com isso, pode-se afirmar que tais medidas se tornaram mais precárias no norte do país devido às condições socioeconômicas e políticas da região.

Sabe-se que o etilista crônico apresenta alto risco para desenvolver esteato-hepatite alcoólica, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular (CHC). O estágio final da DHA, a cirrose, é caracterizada por uma deposição anormal de proteínas na matriz extracelular, o que promove uma alteração da arquitetura hepática e o aparecimento de nódulos regenerativos. Essa condição de fibrose avançada, gera complicações graves no organismo como ascite, encefalopatia hepática, hemorragias digestivas altas por ruptura de varizes gastroesofágicas e, por fim, o CHC. Como tentativa de frear essa progressão é necessário adotar os seguintes princípios terapêuticos: (1) cessar o consumo de álcool ; (2) suporte nutricional com suplementação de vitaminas B, C, K e ácido fólico; (3) tratamento farmacológico com corticóides, metadoxina, pentoxifilina visto que dados experimentais demonstraram efeitos anti-inflamatórios promissores e benéficos na hepatite alcoólica grave prevenindo a síndrome hepatorrenal. Outra terapia farmacológica é a administração de probióticos como tentativa de regular a disbiose intestinal[7,19].

Quando chega à fase terminal, o único tratamento possível para aumentar a expectativa de vida do indivíduo cirrótico é o transplante hepático, no qual corresponde cerca de 15% dos motivos de transplantes nos EUA e 20% na Europa[5, 20]. Dessa maneira, a DHA a longo prazo não só gera dano clínico, mas também causa um impacto na saúde pública, social e econômica – produtividade, absenteísmo, gasto com o número de internações hospitalares, terapias farmacológicas e cirúrgicas[20]. No período de tempo analisado, 2007 a 2020, o Brasil gastou R$ 11.820.661.527,13 em doenças do aparelho digestivo, sendo R$ 429.772.692,76 especificamente com Doença Hepática Alcoólica, com um percentual maior do valor em 2017 (4,39%). Já as internações entre 2008 a 2020 corresponderam um total de 204.276, tendo ainda a Região Sudeste com o maior índice (96.033), bem possivelmente devido ao maior número de habitantes, juntamente à maior disponibilidade de ambiente hospitalar.

O álcool é a causa mais frequente de doença hepática, sendo a evolução para hepatite a mais comum devido ao processo inflamatório intenso que destrói os hepatócitos pela infiltração neutrofílica e pelo acúmulo de corpos de Mallory-Denk – emaranhados protêicos no interior da célula hepática[5]. Em 50% dos indivíduos com esteato-hepatite alcoólica, há o desenvolvimento para cirrose, na qual a expectativa de vida varia de

acordo com a Classificação de Child-Pugh e MELD[21]. A Classificação de Child-Pugh é dividida em A, B e C, sendo B com uma sobrevida em 1 ano de 81% e C de 45%. Dessa maneira, esse escore tem importante valor prognóstico, em termos de mortalidade nos indivíduos cirróticos a partir dos valores de albumina, bilirrubina, INR, nível de gravidade da ascite e da encefalopatia hepática. O MELD avalia o risco de óbito na lista de espera para o transplante caso não seja realizado em 3 meses. Para calculá-lo é preciso levar em conta os valores de INR, bilirrubina total e creatinina. Ultimamente tem-se preferido utilizar a fórmula associada ao número concentração de sódio plasmático e à partir do escore de 11 já é indicação para inserir na lista de transplante hepático[8, 22].

Dessa forma, caso não haja medidas políticas e de prevenção/promoção de saúde, a tendência é que esse estágio final aumente futuramente no âmbito mundial, podendo até ampliar a lista de transplante. Um dado recente, que poderá corroborar para esse acontecimento, é que durante a pandemia o consumo de álcool aumentou em 34,7% na Alemanha, 32% na China e 18% no Brasil entre a população com 18 anos de idade ou mais[21, 23, 24, 25]. Assim, é esperado que o sistema de saúde possa enfrentar uma demanda significativa para o tratamento de Doença Hepática Alcoólica diante do cenário atual caso não haja inserção de um plano para conter tal crescente.

5 CONCLUSÃO

Através dos dados analisados, pode-se concluir que, ao longo dos 13 anos, o impacto da DHA foi significativo. As taxas de mortalidade oscilaram entre as regiões, evidenciando a influência dos diferentes estilos de vida e das condições sócio-econômicas nos resultados obtidos. Embora a região Sudeste tenha apresentado custos maiores em função do número maior de habitantes, os gastos gerais de todas as regiões reduziram de forma considerável, em função de políticas de prevenção contra o consumo de álcool. Torna-se evidente, portanto, que para melhorar a morbi-mortalidade pela DHA é preciso investir cada vez mais em medidas de prevenção, assim como em pesquisas que forneçam informações e esclarecimento sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Yoon Y-H , Chen CM . Surveillance Report #105. Liver cirrhosis mortality in the United States: national, state, and regional trends, 2000-2013. 2016 (acessado em 10 Maio 2021). Disponível em https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/surveillance105/Cirr13.htm

2. Mann RE , Smart RG , Govoni R . The epidemiology of alcoholic liver disease. 2004 (acessado em 10 Maio 2021). Disponível em https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27-3/209-219.htm

3. Osna NA, Donohue TM Jr, Kharbanda KK. Alcoholic Liver Disease: Pathogenesis and Current Management. *Alcohol Res*. 2017;38(2):147-161.

4. Castheloge S, Maggioni D, Luciano M, Santos T, Santos A. Brazilian Journal of DevelopmentISSN: 2525-876144390Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.4, p.44390-44395apr2021Compreensão fenomenológica existencial acerca da dependência química na contemporaneidade. *Andréa De Fátima Santo*. 2021;(6).

5. Singal AK, Bataller R, Ahn J, Kamath PS, Shah VH. ACG Clinical Guideline: Alcoholic Liver Disease. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(2):175-194. doi:10.1038/ajg.2017.469

6. Gao, B. e Bataller, R. (2011). Alcoholic liver disease: pathogenesis and new therapeutic targets, *Gastroenterology* 141(5), pp. 1572-85

7. Louvet, A. and Mathurin, P., 2015. Alcoholic liver disease: mechanisms of injury and targeted treatment. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 12(4), pp.231-242.

8. Zaterka S, Eisig J. *Tratado De Gastroenterologia : Da Graduação À Pós-Graduação*. 2nd ed. São Paulo: Atheneu; 2016.

9. Heuman D. Alcoholic Hepatitis Workup: Approach Considerations, Complete Blood Count, Screening Blood Tests. Emedicine.medscape.com. https://emedicine.medscape.com/article/170539-workup#showall. Published 2019. Accessed May 12, 2021.

10. Orntoft NW , Sandahl TD , Jepsen P et al. Short-term and long-term causes of death in patients with alcoholic hepatitis in Denmark . Clin Gastroenterol Hepatol 2014 ; 12 : 1739 – 44 e1.

11. Louvet A , Labreuche J , Artru F et al. Main drivers of outcome diff er between short and long-term in severe alcoholic hepatitis: a prospective study . Hepatology 2017 ; 66 : 1464 – 73.

12. Saunders JB , Aasland OG , Babor TF et al. Development of the alcohol use disorders identifi cation test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II . Addiction 1993 ; 88 : 791 – 804.

13. Leggio L , Lee MR . Treatment of alcohol use disorder in patients with alcoholic liver disease . Am J Med 2017 ; 130 : 124 – 3.

14. Yeverino-Gutiérrez M, González-González M, González-Santiago O. Mortality From Alcohol-Related Liver Cirrhosis in Mexico (2000–2017). *Front Public Health*. 2020;8. doi:10.3389/fpubh.2020.524356

15. Thiele M, Detlefsen S, Sevelsted Møller L et al. Transient and 2-Dimensional Shear-Wave Elastography Provide Comparable Assessment of Alcoholic Liver Fibrosis and Cirrhosis. *Gastroenterology*. 2016;150(1):123-133. doi:10.1053/j.gastro.2015.09.040

16. Hatton J, Burton A, Nash H, Munn E, Burgoyne L, Sheron N. Drinking patterns, dependency and life-time drinking history in alcohol-related liver disease. Addiction. 2009;104(4):587–592. pmid:19215600

17. Ginés P, Graupera I, Lammert F, Angeli P, Caballeria L, Krag A, et al. Screening for liver fibrosis in the general population: a call for action. The Lancet Gastroenterology & Hepatology. 2016;1(3):256–260. pmid:28404098

18. Fleischmann A, Gehring E, Poznyak V, Rekve D, Krupchanka D, Gumm J-C. *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Geneva: World Health Organization (2018). Available online at: https://www.who.int/publications/i/item/global-status-report-on-alcohol-and-health-2018

19. Li, Y. M., Fan, J. G., 2019. Fatty Liver Disease Expert Committee, & Chinese Medical Doctor Association. Guidelines of prevention and treatment for alcoholic liver disease (2018, China). *Journal of digestive diseases*, *20*(4), 174-180.

20. Limb M. Deaths from alcohol hit record high during 2020, show figures. *BMJ*. 2021;372:n317. Published 2021 Feb 3. doi:10.1136/bmj.n317

21. World Health Organization. Alcohol and COVID: what do you need to know? http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf?ua=1 (acessado em 10/Mai/2021).

22. Reddy S, CivanJ. From Child-Pugh to Model for End-Stage Liver Disease.Medical Clinics of North America. 2016;100(3):449-464.

23. Garcia L, Sanchez Z. Consumo de álcool durante a pandemia da COVID-19: uma reflexão necessária para o enfrentamento da situação. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(10). doi:10.1590/0102-311x00124520

24. Rehm J, Kilian C, Ferreira-Borges C, Jernigan D, Monteiro M, Parry CDH, et al. Alcohol use in times of the COVID 19: implications for monitoring and policy. Drug Alcohol Rev 2020; 39:301-4.

25. Bajaj JS , O'Leary JG , Reddy KR et al. Survival in infection-related acuteon-chronic liver failure is defined by extrahepatic organ failures . Hepatology 2014 ; 60 : 250 – 6.