

DOENÇA HEPÁTICA ALCOÓLICA NO BRASIL, UMA VISÃO EPIDEMIOLÓGICA

ALCOHOLIC LIVER DISEASE IN BRAZIL, AN EPIDEMIOLOGIC VIEW

**Arthur S. Rocha¹; Bianca B. Meneguetti¹; Douglas F. Vasconcelos¹;
Gabriela S. Magalhães¹; José Roberto C. Nogueira¹; Júlia M. Neves¹.**

Descritores: Hepatopatias Alcoólicas; Hepatite Alcoólica; Epidemiologia; Fígado Gorduroso
Keywords: Liver Diseases, Alcoholic; Hepatitis, Alcoholic; Epidemiology; Fatty Liver

RESUMO

Introdução: O álcool é a substância psicoativa mais consumida no mundo sendo o maior fator de risco evitável do mundo, causando inúmeras doenças, dentre elas a Doença Hepática Alcoólica, que abrange a Esteatose Hepática alcoólica, Hepatite Alcoólica e Cirrose Alcoólica. Devido a isso deve-se destacar a importância epidemiológica para rastreamento da quantidade do consumo e desenvolvimento de tais patologias relacionadas ao álcool no Brasil, suas repercussões médicas e socioeconômicas tanto no indivíduo como no país. **Objetivos:** Analisar dados sobre consumo abusivo de álcool no Brasil e no mundo e relacionar com a doença hepática alcoólica no Brasil, assim como determinar prevalência do consumo com a doença e suas repercussões diante da mortalidade, hospitalizações e gastos. **Métodos:** Abrange uma revisão bibliográfica com oito artigos selecionados de plataformas como Scielo, Pubmed e BVS a partir de descritores, publicações da Sociedade Brasileira de Hepatologia, livro da OMS, tabelas comparativas do DATASUS e VIGITEL, informações de publicações do VIGITEL e IBGE, Medicina Interna de Harrison (Voll.), 18ª ed. **Resultados:** O consumo de álcool é maior entre os homens e de 25 a 34 anos, houve pequeno incremento no consumo abusivo de bebidas alcoólicas no período de 2008 a 2010, mas se aumentarmos o intervalo de tempo estudado (1961 – 2010) constatamos um considerável crescimento do abuso pelos brasileiros. Houve queda no consumo de álcool (2008 -2010) apenas nas regiões Norte e Centro – Oeste. Apesar disso o aumento no número de internações e mortalidade por doença hepática alcoólica de 2008 a 2010 ocorreu em todas as regiões do país. **Conclusão:** A análise mostrou que o consumo abusivo de álcool no Brasil é maior se comparado à média mundial mesmo tendo padrões de prevalência

¹ 1. Acadêmico do Curso de Medicina do UNIFESO Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO.

similares. A prevalência no sexo masculino supera a feminina, seu consumo diminui com o avançar da idade e aumenta nos grupos de maior escolaridade e poder econômico. Falta de pesquisas sobre tais temas demonstra a importância da epidemiologia no Brasil.

ABSTRACT

Background: Alcohol is the most consumed psychoactive substance among people, being the largest avoidable risk factor in the world, causing numerous diseases, among them Alcoholic Liver Disease, which includes alcoholic hepatic steatosis, alcoholic hepatitis and alcoholic cirrhosis. Due to this, it is important to highlight the epidemiological importance of screening for the amount of consumption and development of such alcohol-related pathologies in Brazil, its medical and socioeconomic repercussions on the individual as well as on the country. **Aims:** This study aims to analyze data on alcohol abuse in Brazil and in the world to be able to relate with alcoholic liver disease in Brazil, as well as to determine prevalence of consumption with the disease and its repercussions due to mortality, hospitalizations and expenses. **Methods:** Includes a bibliographic review with 8 articles selected from platforms such as Scielo, Pubmed and VHL from descriptors, publications of the Brazilian Society of Hepatology, WHO book, DATASUS and VIGITEL comparative tables, VIGITEL and IBGE publications, academic book. **Results:** Alcohol consumption is higher among men and from 25 to 34 years old, there was a small increase in alcohol consumption during the period from 2008 to 2010, but if we increase the time interval studied (1961 - 2010) we see a considerable increase in alcohol consumption abuse by Brazilians. Alcohol consumption declined (2008 - 2010) only in the North and Central - West regions. Nevertheless, the increase in the number of hospitalizations and mortality by alcoholic liver disease from 2008 to 2010 can be noticed in all regions of the country. **Conclusions:** The analysis showed that the abusive consumption of alcohol in Brazil is greater compared to the world average even having similar prevalence patterns. The prevalence in males surpasses female, their consumption decreases by advancing age and increases in groups of higher education and economic power. Lack of research on such topics demonstrates the importance of epidemiology in Brazil.

INTRODUÇÃO

A bebida alcoólica, em 2017, foi a substância psicoativa mais consumida no mundo^{1,2}, sendo o maior fator de risco evitável de diversas doenças³. Esse consumo é prejudicial e há relação de causa direta com mais de 200 tipos de patologias. No ano de 2012, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o consumo de álcool foi responsável por 5,1% da carga

global de doenças, o que corresponde a 139 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (disability-adjusted life years – DALY). Ademais, a cada ano, 3,3 milhões de mortes no mundo, aproximadamente, resultam do consumo abusivo do etanol, o que equivale a 5,9% do total de óbitos⁴. São conhecidos os efeitos do abuso de álcool no sistema digestivo, mas os danos provocados pelo alcoolismo vão além dos órgãos desse sistema, abrangendo praticamente todos os demais. A maior prevalência e mortalidade, entretanto, é relacionada à hepatopatia alcoólica⁵, que abrange esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose^{5,6}.

A esteatose hepática alcoólica (EHA) é o primeiro estágio da doença hepática alcoólica, caracterizada pelo acúmulo de triglicerídeos nos hepatócitos e pode levar ao desenvolvimento de lesões mais graves como esteato-hepatite alcoólica e cirrose alcoólica. A patogênese da EHA envolve estresse oxidativo e disfunção do metabolismo lipídico. Recentemente foi demonstrado que a resposta à hipóxia tem papel essencial em seu desenvolvimento e está ligada a geração mitocondrial de espécies reativas de oxigênio (ROS)⁷. A hepatite alcoólica caracteriza-se por hepatócitos lesionados devido à degeneração em balão, necrose irregular, infiltrado de polimorfonucleares e fibrose nos espaços de Disse. É conhecida como um precursor da cirrose. Esta é caracterizada por desenvolvimento de fibrose que leva à formação de nódulos de regeneração, quando já há distorção arquitetônica do fígado⁸.

Além das implicações médicas, o uso abusivo do álcool também prejudica social e economicamente toda a sociedade. Logo, o estudo epidemiológico é de extrema importância para demonstrar a grandiosidade do consumo de bebida alcoólica pelos brasileiros e assim obter indicadores relevantes para o desenvolvimento de políticas públicas adequadas⁴.

OBJETIVOS

O objetivo do presente trabalho é prover informações a respeito da incidência, prevalência, número de hospitalizações, mortalidade e gastos hospitalares relacionados à doença hepática alcoólica e ao consumo de álcool no Brasil e no mundo.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica com 8 artigos nacionais e internacionais, 1 fascículo publicado pela Sociedade Brasileira de Hepatologia, sites de busca on-line do Ministério da Saúde sendo eles o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL Brasil), livro acadêmico, ainda foram colhidas informações do Relatório de status global sobre álcool e saúde 2014 da Organização Mundial da Saúde e da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 do Ministério do

Planejamento, Desenvolvimento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Os artigos foram selecionados a partir dos descritores, sendo estes compostos por textos completos em inglês e português e com pesquisas realizadas em humanos.

RESULTADOS

Na tabela 1 podemos observar que o consumo abusivo de álcool é maior entre os homens do que entre as mulheres em todas as faixas etárias analisadas. Além disso, nota-se que o hábito, entre os homens, aumenta até 25 a 34 anos, faixa etária a partir da qual há queda do abuso. Já entre as mulheres observamos queda do consumo abusivo de álcool já a partir da primeira faixa etária (18 a 24 anos). Comparativamente, entre os anos de 2008 e 2010, houve um aumento irrisório da porcentagem de consumo abusivo de álcool em todas as faixas etárias analisadas.

Faixa etária	Masculino 2008	Feminino 2008	Total 2008	Masculino 2010	Feminino 2010	Total 2010
18 a 24 anos	27	14	20,2	26,3	14,6	20,3
25 a 34 anos	33,3	11,9	22,1	34	13,5	23,2
35 a 44 anos	29,1	10,9	19,4	30	10,4	19,5
45 a 54 anos	25,2	7,8	15,8	23,6	9,8	16,1
55 a 64 anos	17,8	4,3	10,3	17,8	4,6	10,4
65 anos e mais	6,7	1,5	3,5	9	1,8	4,5

Tabela 1. % consumo abusivo de álcool por Faixa etária e Sexo Fonte: 1 - Fonte: MS/SVS/CGDANT - VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico⁵.

Na tabela 2, observamos que houve queda do consumo abusivo de álcool nas regiões Norte e Centro – Oeste e aumento nas demais. A faixa etária dos 25 a 34 anos é a responsável pelos maiores números, em ambos os períodos analisados.

Região (capitais)	18 a 24 anos		25 a 34 anos		35 a 44 anos		45 a 54 anos		55 a 64 anos		65 anos e mais		Total	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Região Norte	18,8	17,4	26,5	23,7	23,7	21,8	20,2	19,3	10,2	10,5	2,8	3	20,7	19
Região Nordeste	21,7	25,2	24,9	25,2	23,5	22,9	16,6	18,5	11	11,9	4,9	5	20,1	21,2
Região Sudeste	18,8	18,1	19,8	21,4	17,7	18,5	15,7	15,3	11	10,3	3,4	5	16	16,4
Região Sul	22,9	19,6	15,9	23,4	12,6	13,9	10,1	12,6	5,5	7,4	*	2,7	13,3	15,3
Região Centro-Oeste	21,5	19	23	25	17,5	17,7	15	14,2	8,6	9,7	2,7	3	18,1	18
Total	20,2	20,3	22,1	23,2	19,4	19,5	15,8	16,1	10,3	10,4	3,5	4,5	17,6	18

Tabela 2. % consumo abusivo de álcool por Região e Faixa etária Fonte: 2. MS/SVS/CGDANT - VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico⁹

Na tabela 3, comparando os anos de 2008 e 2017, observamos aumento no número de internações por hepatopatia alcoólica nas regiões Norte e Centro-Oeste e queda nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. Podemos constatar, ao analisar os demais anos apresentados na tabela, que no intermédio do período citado houveram flutuações no número de internações.

Região	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Região Norte	388	514	646	755	769	724	876	781	772	460	6.722
Região Nordeste	2.642	2.932	3.219	3.277	3.824	4.192	4.013	3.877	3.964	2.532	34.635
Região Sudeste	7.238	8.275	8.936	8.716	8.175	7.937	7.623	7.838	7.577	4.864	77.677
Região Sul	3.201	3.306	3.443	3.167	3.219	3.259	3.180	3.184	3.108	2.043	31.343
Região Centro-Oeste	916	1.007	1.151	1.188	1.072	1.289	1.401	1.530	1.604	1.023	12.263

Tabela 3. Internações por Região e Ano atendimento - Doença Alcoólica do Fígado Fonte:3. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)¹⁰

Na tabela 4, percebe-se leve aumento na taxa de mortalidade por hepatopatas alcoólicas em todas as regiões do Brasil, no período estudado. Sendo o Sudeste a região com os maiores registros e o Norte com os menores.

Região	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Região Norte	11,86	12,45	13,93	13,51	15,99	15,47	17,47	14,98	17,62	15,65	15,17
Região Nordeste	14,04	14,8	16,93	17,03	17,49	17,7	17,09	18,96	18,49	17,26	17,14
Região Sudeste	17,2	16,52	16,89	17,21	19,06	18,14	17	18,74	18,74	20,29	17,86
Região Sul	14,06	14,79	14,99	15,79	16,46	17,31	15,72	16,65	18,11	17,38	16,07
Região Centro-Oeste	14,3	17,78	16,51	15,82	18,94	12,96	14,42	16,41	15,4	17,4	15,9
Total	15,59	15,8	16,38	16,65	18,07	17,38	16,6	18,02	18,2	18,58	17,1

Tabela 4. Taxa mortalidade por Região e Ano atendimento, Doença Hepática Alcoólica Fonte: 4. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)¹

Podemos inferir, de acordo com a tabela 5, que mais da metade das mortes por cirrose hepática são atribuíveis ao álcool e que parte considerável da mortalidade por acidentes automobilísticos também.

	Taxas de mortalidade padronizadas por idade		Frações atribuíveis ao álcool	
Cirrose hepática, homens/mulheres	28	5.8	62.6	60.2
Acidentes automobilísticos, homens/mulheres	52.5	11.3	18	5.2

Tabela 5. Consequências a saúde: morbimortalidade (2012) - a cada 100.000 pessoas (+15) Fonte: Global status report on alcohol and health, 2014¹¹

Com a figura 1 podemos observar que, globalmente, há predomínio do consumo de álcool no hemisfério norte e países desenvolvidos.

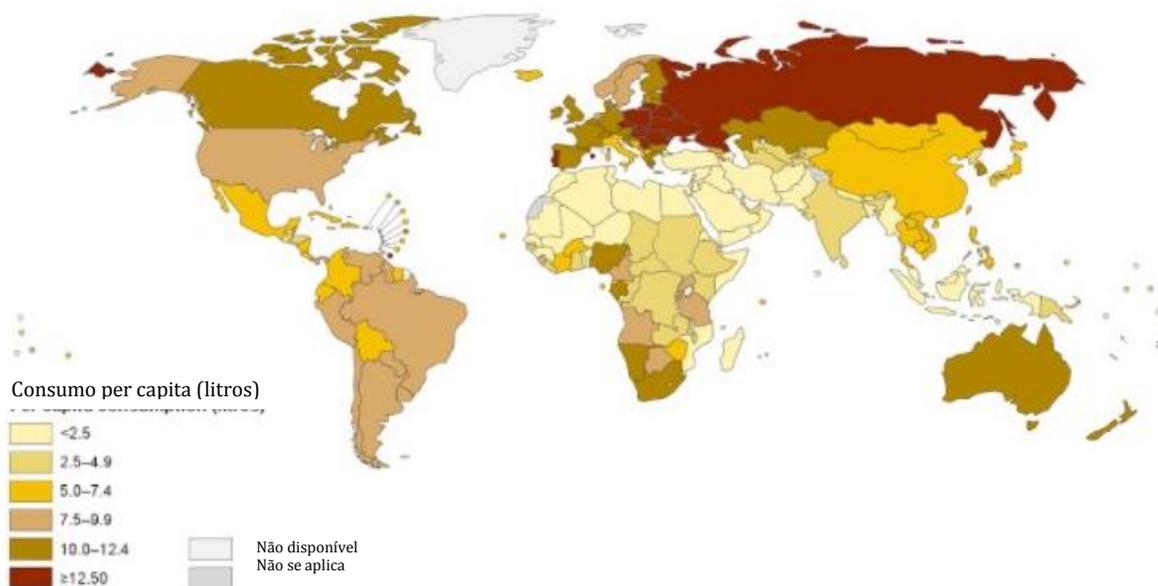


Figura 1. Consumo per capita total de álcool (15+) anos; por litros de álcool, 2010 Fonte: Global status report on alcohol and health, 2014¹¹

De acordo com a figura 2, podemos inferir que o consumo de bebidas alcoólicas pelos brasileiros no período analisado (1961 a 2010) mais que dobrou e que a cerveja foi o tipo de bebida responsável por esse aumento, seguida pelos destilados.

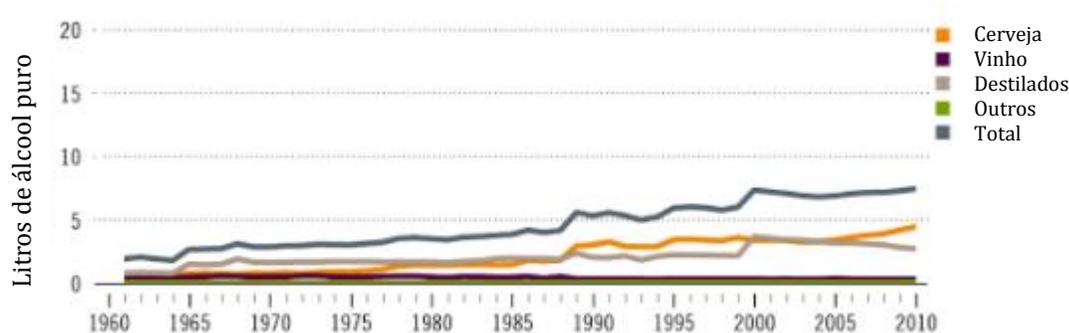


Figura 2 - Álcool: níveis e padrões. Consumo per capita (15+) registrado de álcool, 1961 - 2010

Fonte: Global status report on alcohol and health, 2014¹¹

Discussão

Segundo a OMS, o consumo mundial de álcool pode ser avaliado pelo consumo per capita de álcool, sendo definido pela quantidade de álcool consumida per capita em litros de álcool puro em uma determinada população. No contexto internacional, limitar o consumo de álcool per capita para a população com mais de 15 anos equilibra o fato de que a distribuição populacional em países em desenvolvimento é bastante diferente da dos países desenvolvidos (i.e., os países em desenvolvimento têm uma proporção muito maior de jovens). O consumo per capita para toda a população significaria que o consumo entre adultos seria subestimado nos países com muitos jovens. O consumo total per capita, como demonstrado pelos dados mais recentes da OMS, globalmente, indivíduos acima dos 15 anos bebem em média 6,2 L de álcool puro por ano. Já no Brasil, no ano de 2010 é possível observar que o consumo de álcool per capita em indivíduos maiores de 15 anos em média é 8,7L de álcool puro por ano¹¹.

No entanto, há uma grande variação no consumo total de álcool em regiões da OMS e Estados Membros. Os níveis de consumo mais elevados continuam a ser encontrados nos países desenvolvidos, em particular na Região Europeia (EUR) e na Região das Américas (AMR). Os níveis intermediários de consumo são encontrados na Região do Pacífico Ocidental (WPR) e na Região Africana (AFR), enquanto os níveis de consumo mais baixos são encontrados na Região da Ásia do Sudeste Asiático (SEAR) e particularmente na Região do Mediterrâneo Oriental¹¹.

No Brasil foi possível observar um aumento na prevalência e um comportamento estacionário de consumo abusivo de bebida alcoólica para os sexos feminino e masculino entre os anos de 2006 e 2013⁷.

Porém, a prevalência foi maior no sexo masculino em relação ao sexo feminino em todas as faixas etárias e anos estudados. Sendo identificado um padrão redutivo de menor frequência do consumo abusivo a medida que houve aumento da idade, mas foi notada uma tendência de crescimento deste comportamento entre idosos para ambos gêneros e entre o sexo masculino da faixa etária 30-39 anos. Foi observado uma tendência crescente de consumo abusivo de álcool no sexo feminino da Região Sudeste e tendência estacionária nos outros estados brasileiros para ambos os sexos. A prevalência do consumo exagerado de álcool mundial e a do Brasil é muito parecida, evidenciando alta prevalência, ocorrência maior no sexo masculino, em jovens, de melhor nível socioeconômico e com alta escolaridade¹².

A porcentagem de adultos que fizeram consumo abusivo de álcool deve ser avaliada considerando a quantidade de adultos que usaram em exagero álcool/quantidade de entrevistados.

Assim, sendo considerado para o sexo masculino como consumo abusivo alcoólico como

cinco ou mais doses e para mulheres de quatro ou mais doses em um único evento, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias, considerando as respostas ao questionário: “Nos últimos 30 dias, o sr. chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?” para homens ou “Nos últimos 30 dias, a sra. chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?” para mulheres.

A dose de álcool é representada por uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou dose de destilados. Nas 27 cidades consideradas, a frequência do consumo de álcool abusivo nos últimos 30 dias foi 16,5% aproximadamente 2,5 vezes maior no sexo masculino compreendendo 24,8% em relação a 9,4% do sexo feminino. Nos dois gêneros a frequência de consumo abusivo foi maior entre pessoas de 25 a 34 anos e possui tendência de aumento em proporção com o nível de escolaridade¹³.

As mais importantes Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), assim como acidentes e violências, pela OMS, tem como principal fator de risco o consumo de álcool em quantidades abusivas. A análise deste indicador conseguiu permitir a avaliação do padrão de consumo alcoólico em população adulta demonstrando características sociodemográficas relacionadas e tendências de consumo, com destaque no consumo alcoólico habitual e ingestão abusiva de álcool. A porcentagem populacional brasileira acima de 18 anos que possuíam o hábito de ingerir álcool uma ou mais vezes por semanas foi de 24%, diversificando na Região Norte (18%) e Região Sul (28,4%). Verificando esta prática entre homens foi de 36,3% e em mulheres de 13,0%¹².

Entre o sexo feminino percebe-se que a diminuição do consumo inicia mais precocemente que visto no sexo masculino, a partir da faixa etária dos 18-24 anos. Observando que entre os anos 2008 e 2010, comparando as análises é possível perceber um aumento insignificante em todas as faixas etárias compreendidas^{9,10}.

Dentro da faixa de adultos com alto nível educacional, principalmente nível superior completo, essa porcentagem foi de 30,5%, a medida que no grupo de adultos sem escolaridade e ensino fundamental incompleto foi de apenas 19,0%¹².

Segundo análises realizadas em comparações de dados da VIGITEL, foi possível observar uma diminuição do consumo abusivo de álcool nas regiões Norte e Centro – Oeste e aumento nas demais nos anos de 2008 para 2010. A faixa etária dos 25 a 34 anos é a responsável pelos maiores números, nos dois anos comparados¹³.

O início do consumo de álcool está em torno de 18,7 anos de idade no Brasil, sendo que na Região Nordeste e Região Sudeste inicia em média aos 18,3 e 19,0 anos respectivamente,

não sendo evidenciada grandes oscilações entre as Grandes Regiões. Contudo, há uma precoce iniciação desta prática se analisarmos por gênero, mostrando que o sexo masculino começa em média com 17,9 anos e no sexo feminino o início médio é de 20,6 anos¹².

Níveis relativamente baixos ou moderados de consumo de álcool não estão relacionados a aumentos significativos para o risco de desenvolver cirrose hepática (mas esse risco aumenta exponencialmente com consumo mais intenso). No entanto, se uma pessoa desenvolveu cirrose hepática, não importa se isso se deve ao consumo de álcool ou a outros fatores, o risco de mortalidade por cirrose hepática torna-se bastante pronunciado mesmo em níveis relativamente moderados de consumo¹¹.

Pelo banco de dados do DATASUS, disponibilizado on-line pelo Ministério da Saúde Brasileiro (MS), entre os anos de 2008 e 2010 foi feita uma comparação levando em consideração o número de internações por hepatopatia alcoólica e foi observado um aumento no Norte e Centro-Oeste e um decréscimo no Nordeste, Sudeste e Sul. Assim, entre esses anos citados pode-se entender que houve oscilações não significativas no número e internações¹⁰.

A mortalidade atribuída ao álcool, no geral foi estimada em cerca de 3,3 milhões de mortes em 2012, causadas pelo consumo de álcool exacerbado. Isso corresponde a 5,9% de todas as mortes, ou uma em cada 20 mortes no mundo (7,6% para homens, 4,0% para mulheres). Não se destaca nenhuma categoria específica patológica. O maior número de óbitos é de doenças cardiovasculares, seguidas de lesões (especialmente lesões involuntárias), doenças gastrointestinais (principalmente cirrose hepática) e câncer¹¹.

O prognóstico de hepatopatia alcoólica é variável, com quase 100% de sobrevivência em casos leves, em comparação com alta mortalidade a curto prazo entre os casos mais severos. O consumo de álcool é uma das principais causas de morbidade e mortalidade global, com grande impacto negativo como resultado da DHA¹⁴.

O consumo de álcool é o principal fator na patogênese das doenças hepáticas crônicas. A doença hepática alcoólica (DHA) é definida por lesões histológicas no fígado que podem variar desde a esteatose hepática simples até estádios mais avançados, como esteatohepatites alcoólicas, cirrose, carcinoma hepatocelular e insuficiência hepática. Como uma das formas mais antigas de lesão hepática conhecida pelos humanos, DHA ainda é uma das principais causas de morbidade e mortalidade relacionadas ao fígado com sobrecarga dos sistemas médicos com hospitalização e os custos de gestão aumentando constantemente¹⁵.

O uso de álcool é uma das principais causas de morbidade e mortalidade evitáveis em todo o mundo, com grande impacto negativo como resultado da doença hepática alcoólica. A

DHA é uma designação ampla que abrange uma série de doenças, incluindo esteatose simples, inflamação, fibrose e cirrose. A esteatose, que está presente em mais de 90% dos bebedores pesados, é assintomática e reversível com abstinência. No entanto, com consumo continuado de álcool, pode ocorrer inflamação hepática e lesão, uma condição conhecida como hepatite alcoólica¹⁴.

Há uma crescente conscientização sobre o impacto significativo do uso nocivo do álcool não apenas em indivíduos, mas também na saúde pública global. Os danos causados pela bebida não são apenas pessoais e não estão limitados à saúde. Em vez disso, o uso nocivo do álcool também pode impor custos sociais e econômicos significativos para a sociedade. Conforme descrito abaixo, existem três categorias principais de custos sociais e econômicos atribuíveis ao álcool. A primeira categoria de custos são os custos econômicos diretos do consumo de álcool, cujas estimativas são tipicamente derivadas dos dados do registro, ou seja, os registros da operação caso por caso das principais instituições de resposta social a problemas, por exemplo, hospitais e sistema de saúde, o sistema de polícia e justiça criminal, os sistemas de desemprego e bem-estar. Os custos diretos englobam os custos de vários tipos de serviços de saúde, tais como hospitalizações, atendimento ambulatorial, atendimento em enfermagem, medicamentos prescritos ou cuidados de saúde em casa. No entanto, tais custos diretos do setor da saúde representam apenas 9-24% de todos os custos sociais atribuíveis ao álcool¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo abusivo de álcool global se mostrou menor em relação ao Brasil, mostrando alta prevalência e o estagnação do consumo nos últimos 10 anos nas diversas regiões do país. A prevalência é maior no sexo masculino comparado ao sexo feminino, e a frequência do consumo abusivo diminui com a progressão idade em ambos os gêneros. Comparando o Brasil com os dados mundiais, é válido notar que há similaridade na alta prevalência e padrão de ocorrência no sexo masculino que feminino, entre indivíduos mais jovens e com melhor nível socioeconômico e com maior grau de instrução.

A estabilidade no consumo abusivo de bebidas alcoólicas no Brasil desde meados de 2006 a 2017, mesmo havendo um aumento de internações por hepatopatia alcoólica nas regiões Norte e Centro-Oeste e diminuição nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. E ainda podemos relacionar esses dados com a queda do consumo da região Norte e Centro-Oeste e aumento do consumo das demais regiões. Os gastos em saúde pública relacionados com a doença hepática alcoólica e o consumo excessivo de bebida alcoólica são significativos, pode-se observar que a DHA ainda é uma das principais causas de morbidade e mortalidade relacionadas ao fígado e está sendo

exercida nos sistemas médicos com hospitalização e aumentando constantemente os custos de gestão. Portanto, é importante ressaltar a necessidade de realização de novas pesquisas epidemiológicas que relacionam a incidência, prevalência da DHA com o aumento do consumo excessivo de bebida alcoólica no Brasil.

REFERÊNCIAS

- 1 - Munhoz, Tiago N. et al. Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 7, 2017.
- 2 - Winstock, Adam R. The global drug survey 2014. findings. Global Drug Survey, 2017.
- 3 - Martins, Maria Evangelista et al. Qualidade de vida e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino. Rev. psiquiatr. clín.(São Paulo), v. 39, n. 1, p. 5-11, 2012.
- 4 - Garcia, Leila Posenato; Freitas, Lúcia Rolim Santana de. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, n. 2, p. 227-237, 2015
- 5 - Gonçalves, Carlos Sandoval; Pereira, Fausto E.L. Hepatopatia Alcoólica: Patogênese e Tratamento. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA; fascículo 7
- 6 - Deleuran, Thomas et al. Epidemiology of alcoholic liver disease in Denmark 2006–2011: a population-based study. Alcohol and Alcoholism, v. 50, n. 3, p. 352-357, 2015.
- 7 - Ma, Zhenhua et al. Resveratrol improves alcoholic fatty liver disease by downregulating HIF-1 α expression and mitochondrial ROS production. PloS one, v. 12, n. 8, p. e0183426, 2017.
- 8 - Braunwald, Eugene et al. Medicina Interna de Harrison (Voll.). 18^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- 9 - VIGITEL, Brasil. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. SVS/Ministério da Saúde e NUPENS/Universidade de São Paulo, 2011.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [online]. Brasília [s.d.]. Disponível em: [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acessado em 19 de maio de 2017.
- 11 - WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION. MANAGEMENT OF SUBSTANCE ABUSE UNIT. Global status report on alcohol and health, 2014. World Health Organization, 2014.
- 12 - Pesquisa nacional de saúde: 2013: indicadores de saúde e mercado de trabalho: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016. ISBN 978-85-240-4383-3
- 13 - Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. ISBN 978-85-334-2243-8
- 14 - Orman, Eric S.; Odena, Gemma; Bataller, Ramon. Alcoholic liver disease: pathogenesis, management, and novel targets for therapy. Journal of gastroenterology and hepatology, v. 28, n. S1, p. 77-84, 2013

15 - Kim, Moon-Sun; Ong, Madeleine; Qu, Xianqin. Optimal management for alcoholic liver disease: Conventional medications, natural therapy or combination?. World journal of gastroenterology, v. 22, n. 1, p. 8, 2016.