



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

EMÍLIO MEDAUAR RIVAS

**INCIDÊNCIA DE ÓBITOS RELACIONADOS A DOENÇA ALCOÓLICA DO FÍGADO
POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE NA BAHIA NOS ANOS DE 2014 -2023**

SALVADOR - BA

2023

EMÍLIO MEDAUAR RIVAS

**INCIDÊNCIA DE ÓBITOS RELACIONADOS A DOENÇA ALCOÓLICA DO FÍGADO
POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE NA BAHIA NOS ANOS DE 2014 -2023**

Trabalho de pesquisa apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no componente Metodologia de Pesquisa III (MP III).

Orientador(a): Maria Conceição Galvão Sampaio

SALVADOR

2023

RESUMO

Introdução: O álcool é uma substância amplamente consumida em todo o mundo, mas seu uso excessivo está associado a uma série de problemas de saúde, incluindo a Doença Hepática Alcoólica (DHA). A DHA é uma das principais causas de mortalidade relacionada ao álcool, e sua prevalência é significativa no Brasil, especialmente na Bahia, onde é a terceira maior causa de óbitos relacionados a doenças hepáticas. A compreensão dos fatores de risco associados ao consumo de álcool e a implementação de estratégias preventivas e de tratamento são cruciais para reduzir a incidência e os custos relacionados a essa doença. **Objetivo:** Analisar a incidência da doença alcoólica do fígado por macrorregião do estado da Bahia nos anos de 2014 -2023. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo observacional de série temporal, com dados secundários do Ministério da Saúde acessíveis a partir da plataforma DATASUS do Departamento de Informática do SUS, realizado entre o período de 2014 -2023. Considerou-se as seguintes variáveis: Doença alcoólica do fígado, número de óbitos, ano dos óbitos. **Resultados:** No período estudado, foram registrados 2196 (0,7%) óbitos no Sistema Único de Saúde em decorrência doença alcoólica do fígado no estado da Bahia, uma média de 219.6 óbito anuais, sendo que o maior número das mortes ocorreu no ano de 2022, cerca de 242 indivíduos (11,2%). No que concerne as macrorregiões de saúde é possível observar uma grande concentração na região Leste (NRS - SALVADOR) 803 (36,5%) óbitos. A região Sudoeste (NBS - VITORIA CONQUISTA) coma segunda maior incidência de óbitos 308 (14%). A região Centro Norte (NRS - JACOBINA) e Nordeste (NRS - ALAGOINHAS) por sua vez apresentam as menores incidências com 101 (4,6%) e 102 (4,6%) respectivamente. **Conclusão:** O número de óbitos totais tem pouca variação, o que contradiz os dados encontrados na região Leste o que indica um problema crescente no interior do estado.

Palavras-chave: Doença Hepática Alcoólica, Epidemiologia, Mortalidade

ABSTRACT

Introduction: Alcohol is a widely consumed substance globally, but its excessive use is associated with a range of health problems, including Alcoholic Liver Disease (ALD). ALD is one of the leading causes of alcohol-related mortality, and its prevalence is significant in Brazil, particularly in Bahia, where it is the third leading cause of liver disease-related deaths. Understanding the risk factors associated with alcohol consumption and implementing preventive and treatment strategies are crucial to reducing the incidence and related costs of this disease. **Objective:** To analyze the incidence of alcoholic liver disease by macro-region in the state of Bahia from 2014 to 2023. **Methodology:** This is a descriptive observational time-series study, using secondary data from the Ministry of Health accessible through the DATASUS platform of the Department of Informatics of the SUS, conducted between the period of 2014-2023. The following variables were considered: alcoholic liver disease, number of deaths, and year of deaths. **Results:** During the study period, 2,196 (0.7%) deaths were recorded in the Unified Health System due to alcoholic liver disease in the state of Bahia, an average of 219.6 deaths per year, with the highest number of deaths occurring in 2022, approximately 242 individuals (11.2%). Regarding the health macro-regions, a high concentration of deaths was observed in the Eastern region (NRS - SALVADOR) with 803 (36.5%) deaths. The Southwestern region (NBS - VITORIA CONQUISTA) had the second highest incidence of deaths with 308 (14%). The Central-North region (NRS - JACOBINA) and the Northeast region (NRS - ALAGOINHAS) had the lowest incidences with 101 (4.6%) and 102 (4.6%) deaths, respectively. **Conclusion:** The total number of deaths has little variation, which contradicts the data found in the Eastern region, indicating a growing problem in the interior of the state.

Keywords: Alcoholic Liver Disease, Epidemiology, Mortality

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	3
2	OBJETIVOS	4
2.1	OBJETIVO GERAL	4
3	REVISÃO DE LITERATURA	4
3.1	EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA ALCOÓLICA DO FÍGADO.....	4
3.2	FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA ALCOÓLICA DO FÍGADO	5
3.3	DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DA DOENÇA ALCOÓLICA DO FÍGADO	6
3.4	TRATAMENTO DA DOENÇA ALCOÓLICA DO FÍGADO	8
3.5	MORTALIDADE DA DOENÇA ALCOÓLICA DO FÍGADO.....	10
4	MATERIAIS E MÉTODOS	10
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	10
4.2	BASES DE DADOS	10
4.3	VARIÁVEIS.....	11
4.4	LOCAL DA COLETA	11
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	11
4.6	PLANO DE ANÁLISE DE DADOS	11
5	RESULTADOS	11
6	DISCUSSÃO	14
7	CONCLUSÃO	17
	REFERÊNCIAS	17

1 INTRODUÇÃO

O álcool é uma das substâncias mais amplamente consumidas em todo o mundo. Há muito tempo são conhecidos os efeitos prejudiciais do consumo excessivo de bebidas que contêm álcool (etanol ou etílico)^{1,2}. Devido à sua molécula pequena, alta solubilidade e rápida absorção, o álcool pode causar desde intoxicação até dependência. A hepatotoxicidade do etanol está diretamente ligada ao seu metabolismo. A DHA é um exemplo de doença humana desencadeada pelo próprio indivíduo e influenciada por vários fatores. Estudos epidemiológicos têm mostrado uma correlação entre o consumo per capita de etanol e as taxas de mortalidade por cirrose em diversos países¹.

Apesar de ser amplamente consumido, o álcool é um importante contribuinte para a carga global de doenças e mortes prematuras³. Os problemas relacionados ao álcool variam desde vício e dependência até questões de saúde mais graves, como cirrose e óbito⁴, além de ter implicações comportamentais e sociais. Estudos indicam que a ingestão de álcool é responsável por milhões de mortes anualmente em todo o mundo, representando cerca de 4% do total de óbitos⁵. No Brasil, a maioria dos custos hospitalares associados ao uso de substâncias está relacionada ao uso indevido do álcool⁵, e a dependência dessa substância afeta principalmente homens jovens, especialmente quando consumida de forma regular, o que contribui para o aumento das taxas de mortalidade e representa uma causa evitável de morte⁶.

A Doença Hepática Alcoólica (DHA) é uma questão de saúde frequente entre a população bahiana e pode ser evitada⁷. Ela resulta do consumo excessivo de álcool, e em geral, a quantidade e frequência de consumo da substância são determinantes para a probabilidade e gravidade do dano hepático. As mulheres são mais suscetíveis a desenvolver alterações no fígado do que os homens. Consumir bebidas alcoólicas em quantidades superiores a 30 a 40 g de etanol por dia em homens e 20 g de etanol por dia em mulheres, por períodos de 5 ou 10 anos, pode causar várias lesões hepáticas, como esteatose, hepatite alcoólica, cirrose, fibrose perivenular e hepatocarcinoma. O álcool é um depressor do Sistema Nervoso Central e afeta diretamente diversos órgãos, como o fígado, o coração, os vasos sanguíneos e a parede do estômago. Além dos efeitos mencionados, pode causar alterações hematológicas, como anemia, leucocitose e trombocitopenia^{8,9}.

É fundamental analisar a epidemiologia da DHA uma vez que o câncer de fígado induzido pelo álcool ocupa o primeiro lugar entre todas as causas de mortalidade por câncer de fígado, representando 53%, 46%, 42%, 39% e 37% dos casos na Europa Oriental, Central Europa, sul da América Latina, Austral Ásia e América do Norte de alta renda, respectivamente¹⁰. Ao olhar o Brasil vemos que a Bahia é o terceiro estado com maior incidência da doença, ficando atrás de SP e MG¹¹, e a distribuição desigual nas macros regiões de saúde da Bahia.

Ao analisarmos os dados correlatos sobre os custos associados à DHA, torna-se evidente a significativa magnitude desses custos. Conforme registros de 2001 (DATASUS, 2001), no Brasil, foram contabilizadas 84.467 internações para o tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool, ultrapassando em mais de quatro vezes o número de internações relacionadas ao uso de outras substâncias. No mesmo período, foram emitidas 121.901 Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) para internações associadas ao alcoolismo. Com uma média de permanência na internação de 27,3 dias para o período analisado, essas internações acarretaram um custo anual para o Sistema Único de Saúde (SUS) superior a 60 milhões de reais. Este cenário ilustra a relevância dos gastos relacionados à DHA e a necessidade de abordagens eficazes para lidar com seus impactos econômicos¹².

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a incidência da doença alcoólica do fígado por macrorregião do estado da Bahia nos anos de 2014 -2023.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA ALCOÓLICA DO FÍGADO

A doença hepática induzida pelo álcool representa um grave problema de saúde em escala mundial, sendo responsável pela maioria dos casos de morbidade e mortalidade relacionadas ao fígado. Em 2017, a prevalência global de cirrose hepática compensada e descompensada atribuída ao álcool foi de 23,6 milhões e 2,5 milhões, respectivamente. Especificamente, a cirrose hepática alcoólica

contribui com 1% das mortes em todo o mundo, uma proporção que se espera aumentar nos próximos anos. Esse cenário é agravado pelo contínuo desenvolvimento e aprimoramento de tratamentos para hepatite viral, o que tem levado a doença hepática relacionada ao álcool a se tornar o principal fator na carga global de doenças hepáticas. Esses dados destacam a necessidade urgente de políticas de saúde pública e intervenções eficazes para lidar com esse crescente desafio de saúde pública¹³.

Os principais fatores de risco para a doença alcoólica do fígado incluem a quantidade de álcool ingerida ao longo do tempo, a duração e continuidade do consumo, sendo que o sexo feminino tende a apresentar maior vulnerabilidade. A desnutrição e a presença de substâncias hepatóxicas em bebidas alcoólicas também contribuem para o desenvolvimento da doença. Além disso, outras condições patológicas, como obesidade e deposição de ferro, podem aumentar o risco de complicações hepáticas. A infecção pelos vírus da hepatite B e C é outro fator de risco importante, assim como a predisposição genética. O reconhecimento e a compreensão desses fatores são essenciais para a prevenção e o manejo adequado da doença alcoólica do fígado¹.

3.2 FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA ALCOÓLICA DO FÍGADO

A esteatose hepática é caracterizada pela acumulação excessiva de gordura nas células do fígado, sendo uma condição com várias causas, incluindo obesidade, diabetes, deficiências nutricionais, uso de certos medicamentos e exposição a agentes tóxicos. Entre elas, a esteatose alcoólica é uma das mais comuns, frequentemente apresentando características macrogoticulares e localizando-se na zona centrolobular do fígado. Em casos mais graves, pode se estender por todo o lóbulo hepático. Complicações como a formação de cistos gordurosos e lipogranulomas podem ocorrer, indicando a ruptura das células hepáticas. Além do acúmulo de gordura, a esteatose alcoólica também envolve a deposição acentuada de proteínas no fígado. A hepatomegalia associada à esteatose é influenciada tanto pela quantidade de gordura acumulada quanto pela deposição excessiva de proteínas, podendo levar a alterações hepáticas significativas. Anteriormente, acreditava-se que a esteatose não evoluía para cirrose, porém, estudos recentes indicam que, com a continuação do consumo de álcool, ela pode progredir para hepatite alcoólica e cirrose¹.

A hepatite alcoólica é uma complicação significativa do alcoolismo, cuja prevalência não é totalmente compreendida devido à falta de sintomas em alguns pacientes e à falta de realização de biópsias hepáticas para confirmação diagnóstica. Estudos mostram uma variação na prevalência da hepatite alcoólica, variando entre 8% e 63%. O mecanismo pelo qual a hepatite alcoólica leva à cirrose ainda não é completamente compreendido, mas aproximadamente 50% dos casos de hepatite alcoólica são relatados como associados à cirrose hepática. Os principais achados histológicos para diagnóstico incluem degeneração e necrose dos hepatócitos, inflamação predominantemente por neutrófilos e possível fibrose pericelular e perivenular. Esses achados são mais comuns na região centrolobular. A hepatite alcoólica é caracterizada pela presença de esteatose macrovesicular, inflamação do parênquima hepático e, possivelmente, corpúsculos de Mallory, fibrose ou cirrose¹⁴.

A fase avançada da doença hepática alcoólica é geralmente considerada irreversível pela maioria dos autores. A incidência de cirrose varia entre 12% e 30%, sendo mais alta em estudos baseados em necropsias. Inicialmente, a cirrose apresenta um padrão morfológico micronodular, que pode evoluir para um padrão macronodular ou misto em fases avançadas, especialmente após períodos prolongados de abstinência alcoólica. A formação de nódulos hepáticos é lenta devido à inibição da regeneração hepática pelo álcool, o que dificulta a diferenciação entre cirroses alcoólicas e não alcoólicas com base apenas no padrão morfológico. Aproximadamente 5% a 10% dos pacientes com cirrose alcoólica desenvolvem hepatocarcinoma, sendo que a cirrose de padrão macronodular é mais associada a esse desenvolvimento¹⁴.

3.3 DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DA DOENÇA ALCOÓLICA DO FÍGADO

O diagnóstico da doença hepática alcoólica deve basear-se em uma avaliação abrangente dos dados do paciente. A anamnese é fundamental, embora os pacientes possam ou não apresentar sintomas específicos, que incluem anorexia, náuseas, vômitos, emagrecimento e dores abdominais. Nas formas mais graves, com encefalopatia hepática, podem ocorrer alterações psíquicas, como desorientação e sonolência. É crucial obter informações detalhadas sobre os hábitos de consumo de álcool do paciente, sendo necessário que a ingestão diária de álcool seja de pelo menos 40-80g durante um período mínimo de 1 ano

para suspeitar de DHA. Para calcular a quantidade diária de etanol ingerida, utiliza-se a fórmula: Quantidade/dia = dose em ml x grau x 0,8 / 100.¹

É importante considerar que os alcoólatras frequentemente subestimam sua ingestão de álcool, alegando que "bebem socialmente". Além disso, durante a anamnese, também devem ser investigadas informações sobre a presença de doenças não hepáticas de origem alcoólica¹.

No exame físico, os pacientes com doença hepática alcoólica podem apresentar sinais comuns relacionados ao alcoolismo e/ou doença hepática, como febre, telangiectasias, icterícia, ginecomastia, eritema palmar e hepatoesplenomegalia. A hepatomegalia é o sinal mais frequente, presente em cerca de 80% dos casos de DHA em pacientes que continuam consumindo álcool. A presença de um fígado aumentado é indicativa de doença hepática, seja alcoólica ou não. Nas formas mais graves, com encefalopatia hepática, podem ocorrer tremores de extremidades, hipertonia e hiperreflexia, além de sinais neurológicos como bradilalia, bradicinesia e apraxia construcional. O foeter hepaticus, um odor desagradável exalado pelo hálito, também pode estar presente. A ascite é encontrada em cerca de 30% dos casos leves e em aproximadamente 80% dos casos moderados a graves de DHA⁹.

No exame laboratorial deve-se observar os níveis de AST e ALT que geralmente não ultrapassam 300 UI/L na doença hepática alcoólica, a menos em casos específicos, como necrose esclerosante hialina ou em presença de doença hepática induzida pelo paracetamol ou hepatite viral. Um índice AST/ALT maior ou igual a 2 é altamente sugestivo de hepatite ou cirrose alcoólica, ocorrendo em aproximadamente 70% dos casos de hepatite alcoólica⁹.

A determinação da atividade sérica da GGT pode ser útil, pois está aumentada em um número considerável de pacientes com DHA. A fosfatase alcalina (FA) também é comumente aumentada na DHA. Altos índices de GGT/FA são mais sugestivos de DHA do que de doença hepática não alcoólica. Testes adicionais, como albuminemia, tempo de protrombina, bilirrubinemia e função discriminante de Maddrey, são úteis para detectar disfunção hepática e avaliar prognóstico na HA. Porém, embora os testes laboratoriais sejam úteis, nem sempre há correlação direta entre seus resultados e os dados histológicos⁹.

Além disso, alguns exames devem ser realizados para excluir doenças hepáticas não alcoólicas, como hepatite viral, hepatopatias autoimunes, hemocromatose genética e Doença de Wilson. Isso inclui a determinação de fatores antinucleares, anticorpos antimúsculo liso, antimitocôndria, AgHBs, Anti-HBc, anti-HVC, ferro, ferritina e cobre séricos, especialmente se a biópsia hepática não for realizada¹⁴.

As novas técnicas de diagnóstico não invasivas desempenham um papel crucial no estudo das hepatopatias, incluindo a doença hepática alcoólica. A ultrassonografia, especialmente quando associada à elastografia, destaca-se no diagnóstico e acompanhamento desses pacientes. A elastografia por ultrassonografia avalia a dureza do órgão ou lesão, permitindo identificar endurecimento hepático associado à fibrose ou cirrose. Além disso, a ultrassonografia é útil no diagnóstico diferencial com icterícia obstrutiva¹⁵.

Tanto a tomografia computadorizada quanto a ressonância magnética desempenham papéis importantes na detecção de esteatose e fibrose hepática. Especificamente, a ressonância magnética é altamente sensível para identificar hepatomas e nódulos regenerativos, superando a tomografia computadorizada nesses aspectos.

Embora essas técnicas sejam essenciais, é importante ressaltar que o diagnóstico preciso da DHA requer a inclusão de dados morfológicos obtidos por laparoscopia e biópsia hepática. No entanto, é crucial reconhecer que os dados morfológicos por si só não são suficientes para diagnosticar a DHA sem o conhecimento dos dados clínicos, especialmente os padrões de consumo de álcool do paciente. A biópsia hepática, apesar de sua importância, nem sempre é viável devido a vários fatores, como distúrbios de coagulação sanguínea ou recusa do paciente em se submeter ao procedimento¹.

Portanto, a integração cuidadosa de dados clínicos, testes laboratoriais e métodos de imagem é fundamental para um diagnóstico preciso e uma abordagem eficaz no manejo da doença hepática alcoólica¹.

3.4 TRATAMENTO DA DOENÇA ALCOÓLICA DO FÍGADO

A completa abstenção de bebidas alcoólicas pode resultar em benefícios significativos para a saúde hepática, incluindo a redução da insuficiência

hepática e dos níveis de hipertensão portal. Isso pode ser atribuído, em grande parte, à redução da gordura no fígado e à diminuição da inflamação. Essas mudanças levam a uma diminuição do volume intra-hepático e da pressão sobre as veias hepáticas, sinusoides e comunicações intersinusoidais. A redução da hipertensão portal, por sua vez, pode resultar em uma diminuição do volume de ascite, bem como na redução da ocorrência de sangramentos de varizes e da insuficiência funcional hepatorenal. Em pacientes alcoólatras com esteatose, a abstenção do consumo de álcool geralmente leva a uma rápida melhora clínica, incluindo a redução do tamanho do fígado, e pode refletir em melhorias nos resultados de exames laboratoriais¹⁴.

O descanso é recomendado em casos de hepatite alcoólica aguda (DHA) descompensada, com ascite, icterícia ou encefalopatia, e em formas compensadas da doença, com astenia ou fadiga, para facilitar a supervisão da abstinência do álcool. O tratamento sintomático deve abordar náuseas, vômitos e dores abdominais, preferencialmente com acetaminofeno. Distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos devem ser corrigidos para evitar desidratação e perdas de eletrólitos. A desnutrição proteico-calórica comum em pacientes com DHA requer uma dieta calórica adequada e suplementação vitamínica, especialmente de ácido fólico. A administração endovenosa de aminoácidos pode reduzir a hiperbilirrubinemia e a mortalidade. Medidas adicionais são necessárias para lidar com complicações como encefalopatia hepática, retenção de líquidos, disfunção renal e infecções, visando à prevenção e ao tratamento adequado⁹.

O potencial terapêutico de diversos fármacos, tais como corticosteroides, esteroides anabolizantes, propiltiouracil, ácido ursodesoxicólico, S-adenosil-L-metionina (SAME), fosfatidilcolina, pentoxifilina, anticorpos antifator de necrose tumoral (FTN) e silimarina, tem sido objeto de estudo no tratamento da Doença Hepática Alcoólica, com resultados variados em termos de eficácia¹⁴.

As indicações para o Transplante Hepático (TH) podem ser resumidas da seguinte forma: Todos os pacientes com Doença Hepática Alcoólica (DHA) em estágio avançado devem, em princípio, ser considerados candidatos; A seleção dos pacientes deve ser baseada em critérios clínicos, semelhantes aos utilizados para hepatopatias não alcoólicas, excluindo aqueles com comprometimento significativo extra-hepático, como disfunção cerebral, pancreatite crônica,

cardiomiopatia e alterações musculoesqueléticas, e avaliando também os aspectos psicossociais; É necessário um período de abstinência alcoólica de pelo menos 6 meses antes do transplante; É recomendado abandonar o hábito de fumar, especialmente após o transplante; O TH na Doença Hepática Alcoólica deve ser evitado, a menos que seja absolutamente indispensável. A sobrevivência após cinco anos de transplante também apresenta altos índices¹⁴.

3.5 MORTALIDADE DA DOENÇA ALCOÓLICA DO FÍGADO

A doença hepática induzida pelo álcool é uma das principais causas de morbidade e mortalidade hepáticas em nível mundial. Em 2017, a prevalência global de cirrose hepática compensada e descompensada associada ao álcool foi estimada em 23,6 milhões e 2,5 milhões de casos, respectivamente. A cirrose hepática induzida pelo álcool é responsável por 1% das mortes em todo o mundo, e a tendência é que esse número aumente nos próximos anos. Além disso, com os avanços contínuos nos tratamentos para a hepatite viral, a doença hepática relacionada ao álcool está se tornando o principal contribuinte para a carga global de doenças hepáticas¹³.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal, de base epidemiológica, retrospectivo e analítico-descritivo.

4.2 BASES DE DADOS

A coleta que foi realizada dos dados notificados através da plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e foi produzida seguindo as abas: “Epidemiológicas e Morbidade”, “Geral, por local de internação – a partir de 2008” com abordagem geográfica “Bahia” e foram utilizadas as seguintes variáveis: Macrorregião de Saúde. Também foi selecionado um indicador a partir das seguintes abas: “Informações de Saúde (TABNET)”, “Assistência à Saúde”, “Produção Hospitalar (SIH/SUS)”, “Morbidade Hospitalar Do SUS, por local de residência, a partir de 2008”, com abrangência geográfica de “Bahia”, selecionados os anos de 2014 a 2023. Foi utilizada as variáveis: Doença alcoólica do fígado.

Para a confecção das tabelas de resultados, foram utilizados os instrumentos da plataforma Word e Excel.

Crêterios de inclusão, foram selecionados todos os dados obtidos a partir do DATA SUS gerados a partir da estratégia das abas supracitadas.

4.3 VARIÁVEIS

Para obten o dos dados nas bases indicadas foram selecionadas as seguintes variáveis: macrorregião de saúde, ano de atendimento,  bitos.

4.4 LOCAL DA COLETA

Para esse estudo foram coletados dados de todos os óbitos por ano atendimento nas macrorregiões de saúde do estado da Bahia, no período de 2014 a 2023.

A Bahia (latitude 11  24' 35.5464"S e longitude 41  16' 51.0852" O)   um estado localizado na região Nordeste, que possui uma área territorial extensa, além disso, essa região está subdividida em nove macrorregiões.

4.5 ASPECTOS  TICOS

Por se tratar de um estudo feito em bases de acesso universal (internet), não se aplicam as prerrogativas das Resolu es CNS no. 466/2012 e 510/2016, que tratam das pesquisas diretamente feitas com seres humanos.

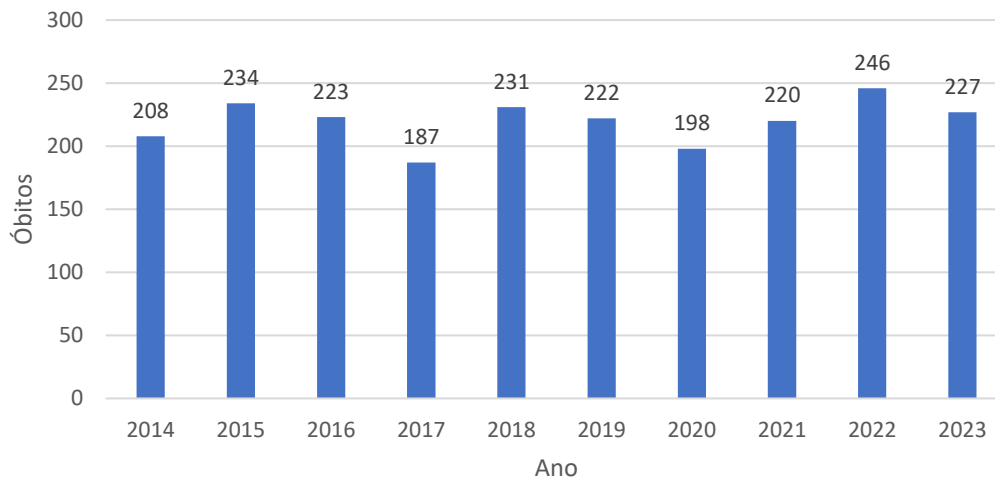
4.6 PLANO DE ANÁLISE DE DADOS

Com os dados coletados, será construído um banco de dados no Programa Excel  e serão tratados utilizando-se a estatística descritiva (distribui o de frequência absoluta e relativa).

5 RESULTADOS

No período estudado (2014 a 2023), foram registrados 2196 (0,7%)  bitos no Sistema  nico de Saúde em decorrência doença alcoólica do fígado no estado da Bahia, uma média de 219.6 óbito anuais. Analisando a distribui o das internat es por ano, foi possível observar que o maior número das mortes por doença alcoólica do fígado ocorreu no ano de 2022, cerca de 242 indivíduos (11,2%). Por sua vez em 2017 foi observado o menor número de óbitos, 187 indivíduos, (8.5%). Os demais dados estão representados no gráfico 1.

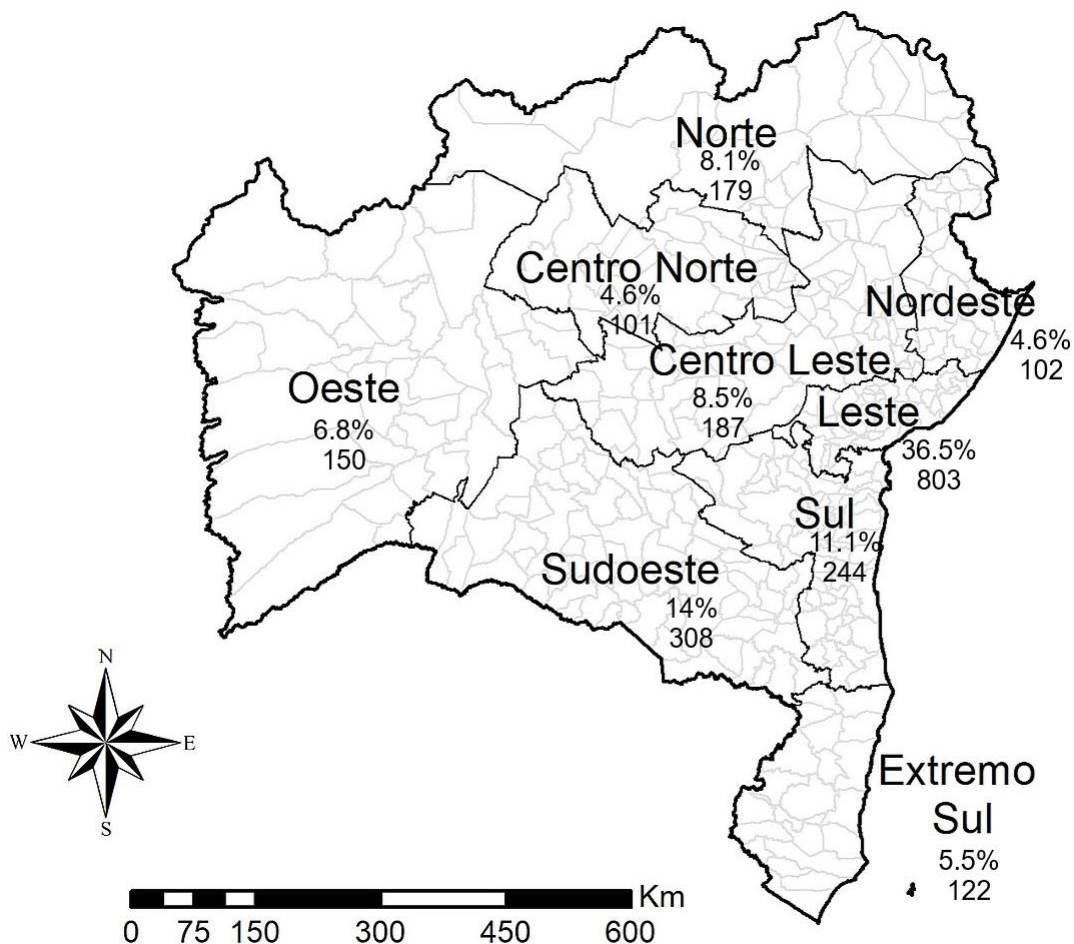
Gráfico 1- Número de óbitos no SUS decorrente da doença alcoólica do fígado no Estado da Bahia nos anos de 2014 a 2023.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

No que concerne as macrorregiões de saúde é possível observar uma grande concentração na região Leste (NRS - SALVADOR) 803 (36,5%) óbitos. A região Sudoeste (NBS - VITORIA CONQUISTA) como segunda maior incidência de óbitos 308 (14%). A região Centro Norte (NRS - JACOBINA) e Nordeste (NRS - ALAGOINHAS) por sua vez apresentam as menores incidências com 101 (4,6%) e 102 (4,6%) respectivamente. Os demais dados estão representados no gráfico 2.

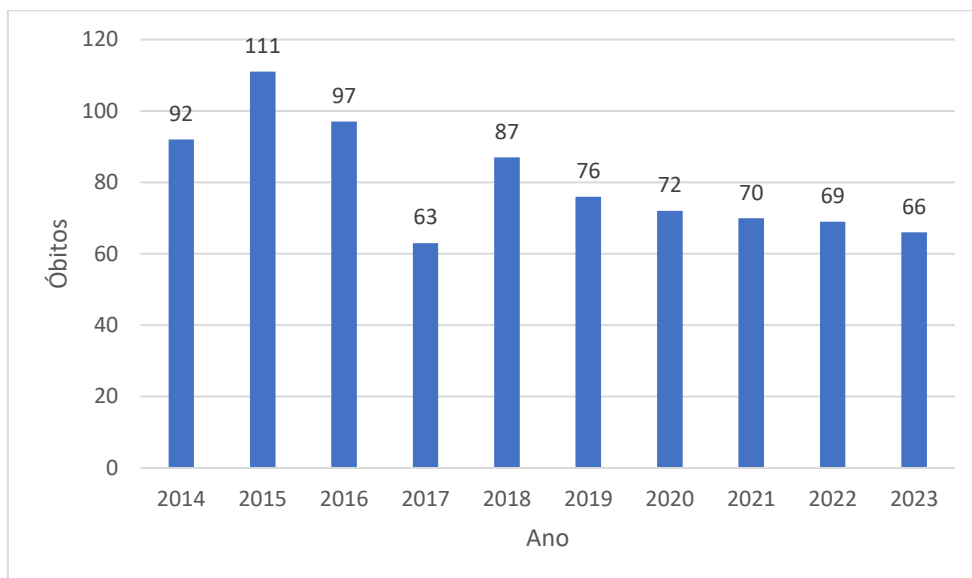
Gráfico 2- Total de óbitos no SUS decorrente da doença alcoólica do fígado no Estado da Bahia nos anos de 2014 a 2023 por macrorregião de saúde.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Podemos comparar o número total de internações em cada Macrorregião de Saúde. A LESTE (NRS - SALVADOR) mostra consistentemente o maior número de internações. Entre tanto é possível observar uma tendência de queda no período entre 2015 e 2023, de 101 para 66, uma diminuição percentual de 59%, com um dado anômalo em 2017 onde foi registado 63 óbitos. Os demais dados estão representados no gráfico 3

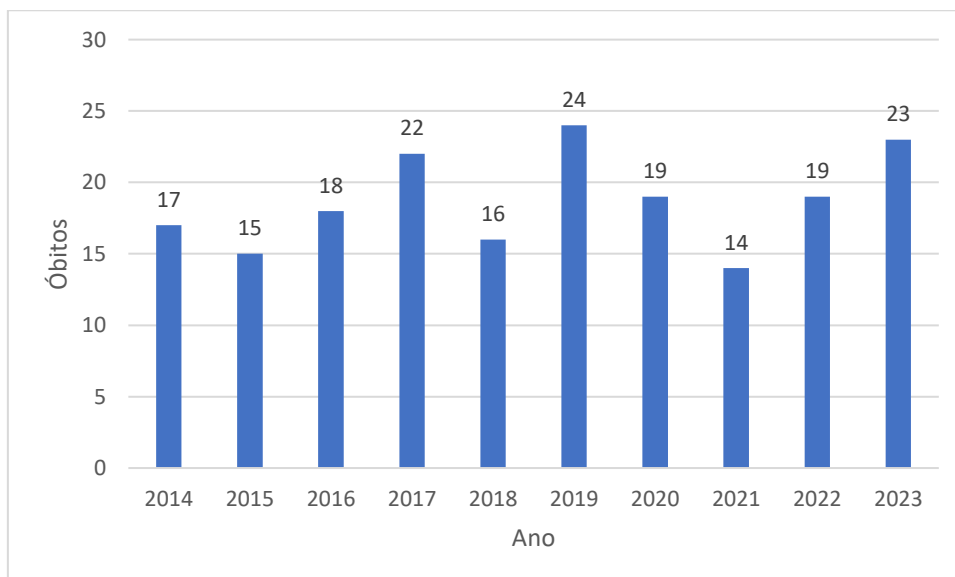
Gráfico 3- Total de óbitos no SUS decorrente da doença alcoólica do fígado na Macrorregião de Saúde Leste (NRS – SALVADOR) nos anos de 2014 a 2023 por macrorregião de saúde.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A região CENTRO-LESTE (NRS - FEIRA SANTANA) demonstrou uma tendência de alta a partir de 2021 com um aumento Percentual de 64% até 2023. Os demais dados estão representados no gráfico 4.

Gráfico 4- Total de óbitos no SUS decorrente da doença alcoólica do fígado na Macrorregião de Saúde CENTRO-LESTE (NRS - FEIRA SANTANA) nos anos de 2014 a 2023 por macrorregião de saúde.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

6 DISCUSSÃO

O atual estudo avaliou a taxa de mortalidade relacionada a doença alcoólica de fígado no estado da Bahia, nos períodos entre 2014 e 2023. As

informações e resultados obtidos são referentes ao contexto desta localidade e região, assim como também refletem características epidemiológicas que pertencem a quadros mais amplos, remetente às condições sociais e de saúde internacionais, nacionais e regionais. Os resultados devem fornecer suporte e material para a compreensão dos efeitos da Doença Alcoólica do Fígado e os impactos que pode gerar⁵.

Após a realização do presente estudo, foi possível observar a ocorrência de óbitos decorrentes da doença alcoólica do fígado por macrorregião do estado da Bahia. Para a realização desse trabalho, foi estabelecido como o objetivo geral analisar a incidência de óbitos decorrentes da doença alcoólica hepática por macrorregião do estado da Bahia nos anos de 2014 há 2023, e para isso, foram observadas algumas características. Assim, ocorreram 2196 óbitos decorrentes da doença alcoólica do fígado no estado da Bahia nos anos entre 2014 há 2023. Sendo a maior incidência no ano de 2022 (246 óbitos), e o ano de 2017 com o menor número (187 óbitos). A doença hepática alcoólica é responsável por 0,7% de todos os óbitos ocorridos no estado da Bahia no período estudado, dado inferior ao encontrado na média global de 1%¹³.

Em relação à região de saúde da Bahia, o destaque ficou para a região Leste (Salvador) com as maiores incidências de óbitos em decorrência da DHA, representando 36.5%. A maior quantidade de ocorrências de óbitos na região de Leste (Salvador), pode ser atribuída a uma maior população associado a concentração de hospitais e clínicas na capital, o que ocasionaria o deslocamento de moradores da região do interior do estado, seja pela busca de atendimento ou por transferência hospitalar, quando então, muitos acabam por falecer devido às complicações da doença. Entretanto a região mostra uma tendencia de queda que inicia em 2015, de 101 para 66, uma diminuição percentual de 59%, com um dado anômalo em 2017 onde foi registrado 63 óbitos¹⁶. Esse achado acompanha o que foi apontado no estudo de Espasandin et al. (2021) que demonstra que a região Nordeste vem em tendencia de queda deis de 2014¹⁷. Esse estudo mostra como essa queda pelo menos na Bahia é puxada pela capital, Salvador, que dispõem de mais recursos e maior acesso a saúde e levanta o questionamento se esse fenômeno não se repete nos demais estados reforçando a importância da análise de dados regionalizada. Não foi possível encontrar dados na literatura

que justifiquem a ocorrência dos dados encontrados no ano de 2017, mas é possível inferir que houve subnotificação ou erro no preenchimento das declarações de óbitos nesse ano.

A identificação de uma tendência de alta na região CENTRO-LESTE (NRS - FEIRA SANTANA) a partir de 2021, com um aumento percentual significativo de 64% até 2023, destaca a importância de compreender os fatores que estão impulsionando esse crescimento. Essa análise pode fornecer insights valiosos para profissionais de saúde, gestores públicos em entender e abordar as necessidades específicas dessa região em relação à saúde. É possível perceber que esse aumento ocorreu em todas as regiões do Brasil diversos estudos como o Rehm et al. (2020) apontam o aumento do consumo de álcool durante o período de isolamento durante a pandemia global de covid 19 é possível inferir que esse aumento seja reflexo desses dados^{17,18}.

Além disso, é importante considerar o impacto desse aumento percentual na capacidade do sistema de saúde local em lidar com a demanda crescente por serviços de saúde. Um aumento repentino e significativo pode sobrecarregar os recursos existentes, levando a desafios adicionais no fornecimento de cuidados de saúde de qualidade. Portanto, é essencial avaliar a infraestrutura de saúde disponível na região e identificar áreas de melhoria que possam ajudar a fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde.

Por fim, a identificação dessa tendência de alta também destaca a necessidade de monitoramento contínuo e vigilância epidemiológica na região. A coleta e análise de dados em tempo real são essenciais para detectar precocemente mudanças nas tendências de saúde e implementar medidas de controle e prevenção de forma oportuna. Em suma, a análise da tendência de alta na região CENTRO-LESTE (NRS - FEIRA SANTANA) fornece uma oportunidade crucial para investigar e abordar os determinantes de saúde específicos dessa área. Essa compreensão aprofundada é fundamental para informar políticas e intervenções de saúde pública direcionadas que visem melhorar a saúde e o bem-estar da população local.

O uso de dados do Datasus em trabalhos científicos é fundamental para a compreensão do panorama de saúde pública no Brasil. Contudo, é imperativo reconhecer as limitações inerentes a esse banco de dados, que podem comprometer a confiabilidade dos resultados. Problemas como subnotificação, inconsistências na classificação de causas de morte, e a falta de atualização de registros podem resultar em estimativas imprecisas ou enviesadas. Além disso, a variabilidade na qualidade dos dados entre diferentes regiões pode dificultar comparações nacionais¹⁹.

7 CONCLUSÃO

O a incidência da doença alcoólica do fígado por macrorregião do estado da Bahia nos anos de 2014 -2023 concentrasse majoritariamente na região de Leste (Salvador), 36,5% dos óbitos, é notório nessa macrorregião a tendencia de queda. Porém a tendência não acompanha todo o estado e o número de óbitos totais acaba tendo pouca variação mantendo uma média de 219.6 óbito anuais, o que indica um problema crescente no interior do estado. Os achados desse estudo mostram a Bahia com uma indecência de óbitos decorrente da doença alcoólica do fígado de 0,7% inferior à média global de 1%, entretanto diferentemente do dado global que vem em tendencia de queda na Bahia a média se mante constante. Haja visto que se trata de uma doença evitável esse é um número significativo e que demanda atenção.

Além disso, é crucial reconhecer a importância de políticas públicas direcionadas à prevenção do consumo excessivo de álcool, considerando que este é o principal fator etiológico da DHA. Investir em iniciativas que promovam a conscientização sobre os riscos do consumo abusivo de álcool e que incentivem práticas saudáveis de estilo de vida é fundamental para mitigar o impacto da DHA na população. Portanto, conclui-se que abordagens multifacetadas, que envolvam não apenas o setor de saúde, mas também políticas de saúde pública e educação para a comunidade, são essenciais para enfrentar efetivamente o desafio representado pela Doença Hepática Alcoólica na Bahia.

REFERÊNCIAS

1. Mincis M, Mincis R. Revista GED04 Dez 2011-B.indd.

2. Singal AK, Bataller R, Ahn J, Kamath PS, Shah VH. ACG clinical guideline: Alcoholic liver disease. Vol. 113, American Journal of Gastroenterology. Nature Publishing Group; 2018. p. 175–94.
3. World Health Organization. Management of Substance Abuse Team. Global status report on alcohol and health. World Health Organization; 2011. 286 p.
4. Wangchuk P. Burden of Alcoholic Liver Disease: Bhutan Scenario. Euroasian J Hepatogastroenterol. 1º de junho de 2018;8(1):81–2.
5. Bohland AK, Gonçalves AR. Mortalidade atribuível ao consumo de bebidas alcoólicas. SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português). 1º de setembro de 2015;11(3):136.
6. Marín-León L, Bosco De Oliveira H, Neury #, Botega J. MORTALIDADE POR DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL NO BRASIL: 1998-2002. Vol. 12, Psicologia em Estudo. 2007.
7. Silva L, Costa¹ G, Magno De Sousa A, Lettyccya B, Chacon De Araújo P, Caroline V, et al. ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA DOENÇA HEPÁTICA ALCOÓLICA NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2017 E 2022. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences [Internet]. 2017;6(1):67–80. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v6n1p67-80>
8. Correia MS, Da R, Bucho C, Fernando Pessoa U. Fisiopatologia da Doença Hepática Alcoólica. 2013.
9. Dutra RS, Santos D, Kérvia A, Clementino P, Hellen N, Lustosa R, et al. Doença hepática alcoólica: manifestações e diagnóstico laboratorial através do coagulograma e transaminases alcoholic liver disease: demonstrations and laboratory diagnosis through coagulation and transaminases. 2016;16(3).
10. Liu R, Wakabayashi G, Hj K, Gh C, Fong YA, Ri T, et al. GUIDELINES 1432 International consensus statement on robotic hepatectomy surgery in 2018 REVIEW 1445 Growing burden of alcoholic liver disease in China: A review MINIREVIEWS 1457 Esophageal diverticulum: New perspectives in the era of minimally invasive endoscopic treatment [Internet]. Vol. 25, World Journal of Gastroenterology Contents Weekly. Disponível em: <https://www.wjgnet.com/bpg/gerinfo/240>
11. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). SIM: Sistema de Informações de Mortalidade. Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Brasil.
12. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). SIM: Sistema de Informações de Mortalidade. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. 2003.
13. Zhang X, Zhang X, Liu M, Zhu L, He Z. Global, regional, and national burden of cirrhosis and other chronic liver diseases due to alcohol use, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2019. BMC Gastroenterol. 1º de dezembro de 2022;22(1).

14. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease q [Internet]. Disponível em: <http://apps.who.int/>
15. da Silva L de CM, de Oliveira JT, Tochetto S, de Oliveira CPMS, Sigrist R, Chammas MC. Ultrasound elastography in patients with fatty liver disease. Vol. 53, Radiologia Brasileira. Colegio Brasileiro de Radiologia; 2020. p. 47–55.
16. Oliveira Da Hora R. Morbimortalidade por doenças hepáticas alcoólicas na cidade de Salvador: 2008-2015.
17. Espasandin VL, Das Chagas LC, Pimentel LNR, Santos CP, Molinaro K. 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 treatment in patients with alcoholic liver disease in brazilian regions in the last 13 years. Brazilian Journal of Development. 22 de junho de 2021;7(6):61696–709.
18. 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. Vol. 39, Drug and Alcohol Review. Blackwell Publishing; 2020. p. 301–4.
19. Yano KM, Prado SI, Couto W, Zucchi P, Novaes MAP de. LIMITAÇÕES NO USO DO DATASUS COMO FONTE DE DADOS DE PESQUISAS CIENTÍFICAS. Em Revista Multidisciplinar em Saude; 2021. p. 27.