

CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA A ESTEATOSE HEPÁTICA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE 2010 A 2025

HEPATIC CIRRHOSIS ALCOHOLIC TO HEPATIC STEATOSIS: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE FROM 2010 TO 2025

LUDYMILLA DE OLIVEIRA PORTILHO LACERDA¹, AMÉRICO DE OLIVEIRA SILVÉRIO², STANLEY JAMES FANSTONE PINA¹

1.Hospital Evangélico de Anápolis, Anápolis/GO, Brasil.

2.Hospital Estadual Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi, Goiânia/GO, Brasil.

RESUMO

Introdução: A Doença Hepática Alcoólica (DHA) constitui um espectro progressivo de lesões, iniciando-se com a esteatose e podendo culminar na cirrose hepática, um processo de cicatrização patológica, irreversível em seus estágios avançados. O consumo abusivo de álcool é o maior fator de risco evitável do mundo. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico e a carga de morbidade hospitalar da DHA (CID-10 K70) no Brasil, entre janeiro de 2010 e setembro de 2025, com base em dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **Metodologia:** Estudo ecológico, retrospectivo e quantitativo, com coleta de dados sobre internações, custos, sexo, faixa etária e mortalidade para o código CID-10 K70 (Doença Alcoólica do Fígado) e, contextualmente, CID-10 K74 (Outras Doenças do Fígado). **Resultados:** Foram registradas 258.300 internações por DHA (K70) no período analisado. Observou-se uma alta prevalência no sexo masculino e na faixa etária produtiva (40 a 69 anos), que concentra 75,82% dos casos. A Região Sudeste liderou o número de internações em termos absolutos. A taxa de mortalidade média para DHA (K70) entre 2007 e 2020 foi de 17,49%. O caráter de atendimento para internações por cirrose (K74) foi predominantemente de Urgência (88,1%). **Conclusão:** A DHA impõe uma elevada carga epidemiológica e econômica ao sistema de saúde, sendo crucial o rastreamento precoce e a implementação de políticas de abstinência para evitar a progressão da esteatose à cirrose irreversível e suas complicações.

Palavras chave: Doença hepática alcoólica, Cirrose hepática alcoólica, Epidemiologia, DATASUS, Esteatose.

ABSTRACT

Introduction: Alcoholic Liver Disease (ALD) represents a progressive spectrum of lesions, starting with steatosis and potentially culminating in hepatic cirrhosis, a pathological scarring process, irreversible in its advanced stages. Excessive alcohol consumption is the largest preventable risk

factor worldwide. **Objective:** To analyze the epidemiological profile and hospital morbidity burden of ALD (ICD-10 K70) in Brazil, between January 2010 and September 2025, based on secondary data from the SUS Hospital Information System (SIH/SUS). **Methodology:** Ecological, retrospective, and quantitative study, with data collection on hospitalizations, costs, sex, age group, and mortality for the ICD-10 code K70 (Alcoholic Liver Disease) and, contextually, ICD-10 K74 (Other Liver Diseases). **Results:** A total of 258,300 hospitalizations for ALD (K70) were recorded during the analyzed period. A high prevalence was observed among males and in the productive age group (40 to 69 years), which concentrates 75.82% of cases. The Southeast Region led the absolute number of hospitalizations. The average mortality rate for ALD (K70) between 2007 and 2020 was 17.49%. The nature of care for cirrhosis hospitalizations (K74) was predominantly Emergency (88.1%). **Conclusion:** ALD imposes a high epidemiological and economic burden on the healthcare system, making early screening and the implementation of abstinence policies crucial to prevent the progression of steatosis to irreversible cirrhosis and its complications.

Keywords: Alcoholic liver disease, Alcoholic hepatic cirrhosis, Epidemiology, DATASUS, Steatosis.

INTRODUÇÃO

A saúde hepática é um pilar fundamental para o bem-estar geral do indivíduo, dada a multiplicidade de funções vitais desempenhadas pelo fígado, que incluem a desintoxicação, a produção de proteínas e enzimas, o metabolismo e a regulação de componentes sanguíneos.¹ Contudo, a exposição a agentes agressores, notadamente o consumo excessivo de álcool, pode desencadear uma série de patologias que comprometem gravemente a função hepática, culminando em seu estágio terminal e irreversível, a cirrose hepática.²

A Doença Hepática Alcoólica (DHA) é reconhecida como um espectro progressivo de lesões hepáticas. Este espectro tem início com a esteatose hepática alcoólica (EHA), uma condição caracterizada pelo acúmulo excessivo de triglicerídeos nos hepatócitos. Embora a EHA seja, em muitos casos, assintomática e reversível com a abstinência alcoólica, a continuidade do consumo pode levar à inflamação do fígado, resultando em esteato-hepatite alcoólica.^{3,4} A progressão da inflamação e da lesão celular pode, então, evoluir para fibrose e, consequentemente, para a cirrose hepática alcoólica (CHA), uma condição em que a arquitetura normal do fígado é substituída por tecido cicatricial e nódulos regenerativos.^{1,2}

A cirrose hepática, independentemente de sua etiologia, é um problema de saúde global e uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que o consumo de álcool é responsável por uma parcela significativa dessas estatísticas, com a DHA contribuindo para aproximadamente 5,3% de todas as mortes globais e 5,1% da carga global de doenças.^{3,4} No Brasil, o consumo abusivo de álcool se tornou um dos mais graves problemas de saúde pública, sendo um fator determinante em mais de 10% da morbidade e mortalidade total do país.¹

A transição da EHA para a CHA é um processo dinâmico e multifatorial, influenciado por fatores genéticos, ambientais, nutricionais, coinfeções virais (hepatites B e C), obesidade e a quantidade e duração do consumo de álcool.^{1,2} Estudos indicam que cerca de 90% dos indivíduos que abusam de álcool desenvolvem EHA, e, destes, uma parcela considerável pode progredir para hepatite alcoólica (10-35%) e cirrose (10-20%).^{3,5} Essa progressão representa não apenas um desafio clínico, mas também uma carga substancial para os

sistemas de saúde, com custos elevados associados a internações, tratamentos e, em casos avançados, transplantes hepáticos.^{4,5}

A relevância epidemiológica de compreender o perfil da cirrose hepática secundária à esteatose hepática alcoólica no Brasil é inegável. A identificação das tendências de incidência, prevalência, mortalidade e custos associados, bem como a caracterização dos grupos populacionais mais afetados (sexo, idade, região geográfica), são cruciais para o desenvolvimento e aprimoramento de políticas públicas de prevenção, diagnóstico precoce e manejo adequado da doença.⁶ Tais informações permitem direcionar os esforços em saúde pública, otimizando a alocação de recursos e promovendo intervenções mais eficazes para reduzir o impacto devastador da CHA na população brasileira.

Neste contexto, este artigo propõe-se a preencher lacunas no conhecimento ao compilar e analisar dados epidemiológicos mais recentes, com foco no período de 2010 a 2025. Embora os dados disponíveis no DATASUS possam não diferenciar explicitamente “esteatose hepática alcoólica” de “cirrose hepática alcoólica” em todos os registros, a Doença Hepática Alcoólica (DHA) é reconhecida como um continuum que engloba a progressão de EHA para cirrose.

Assim, a análise dos dados de internação e mortalidade por DHA reflete o impacto dessa cadeia patológica, permitindo traçar um perfil epidemiológico para ações preventivas e de saúde pública mais direcionadas. O presente estudo tem como objetivo geral analisar o perfil epidemiológico da cirrose hepática secundária à esteatose hepática alcoólica no Brasil, com foco no período de 2010 a 2025, utilizando dados secundários do DATASUS.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como um estudo descritivo, ecológico e quantitativo, que empregou dados secundários para traçar o perfil epidemiológico da cirrose hepática secundária à esteatose hepática alcoólica no Brasil, no período de 2010 a 2025. A abordagem ecológica permite a análise de tendências e padrões em nível populacional, enquanto a natureza descritiva e quantitativa visa à apresentação de frequências, médias e distribuições das variáveis estudadas.

Os dados foram obtidos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e de relatórios epidemiológicos disponíveis para consulta pública. A busca e coleta dos dados foram realizadas nas plataformas, acessando as seções de Morbidade Hospitalar e Mortalidade.

O período de interesse para a análise foi de 2010 a 2025. Assim, o estudo utilizará o período mais abrangente e recente de dados disponíveis dentro dessa janela temporal, explicitando os anos específicos cobertos em cada análise.

Foram coletadas e analisadas as seguintes variáveis referentes à Doença Hepática Alcoólica (DHA), cujo código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) é K70.9 (Doença hepática alcoólica não especificada), que engloba o espectro da doença, incluindo a progressão da esteatose para cirrose: internações (número absoluto de internações hospitalares por DHA), óbitos (número absoluto de óbitos por DHA), custos públicos (valores gastos com internações por DHA), região geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste do Brasil), sexo (masculino e feminino), faixa etária (distribuição por grupos etários) e média de permanência (duração média das internações hospitalares).

Foram incluídos todos os dados disponíveis no DATASUS sobre internações, óbitos e custos relacionados à DHA (CID-10: K70.9) nas regiões brasileiras, dentro do período mais próximo de 2010-2025 conforme a disponibilidade das fontes. Dados não diretamente relacionados à DHA ou que não pudesse serem associados à progressão de esteatose para cirrose alcoólica, ou que estivessem fora do período de interesse e sem possibilidade de extração, foram excluídos.

Os dados coletados foram organizados e apresentados em tabelas para facilitar a visualização e interpretação. A análise foi de caráter descritivo, focando na identificação de padrões e tendências ao longo do tempo e entre as diferentes variáveis demográficas e geográficas. As referências bibliográficas foram utilizadas para contextualizar e discutir os achados epidemiológicos em relação à fisiopatologia e evolução da esteatose hepática alcoólica para cirrose.

Este estudo utilizou exclusivamente dados secundários de acesso público do DATASUS, que são agregados e anonimizados, não permitindo a identificação de indivíduos. Portanto, conforme as regulamentações éticas para pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) foi dispensada, uma vez que não houve intervenção direta em seres humanos ou coleta de dados primários identificáveis.

RESULTADOS

A análise dos dados epidemiológicos da Doença Hepática Alcoólica (DHA), que engloba a esteatose hepática alcoólica e sua progressão para cirrose, foi realizada com base nas informações disponíveis do DATASUS para o período de 2010 a 2022, conforme os documentos fornecidos. Esta seção detalha os achados referentes ao número de internações, gastos públicos, taxas de mortalidade, e distribuições por sexo e faixa etária.

Número de internações por DHA nas regiões (2010-2022)

Tabela 1. Número de internações por Doença Hepática Alcoólica (DHA) nas regiões (2010-2022).

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro -Oeste	Total
2010	617	3.206	8.966	3.468	1.137	17.394
2011	752	3.245	8.742	3.131	1.181	17.051
2012	761	3.784	8.183	3.226	1.084	17.038
2013	705	4.230	7.960	3.276	1.290	17.461

2014	863	3.982	7.658	3.152	1.382	17.037
2015	770	3.949	7.828	3.222	1.498	17.267
2016	771	3.979	7.655	3.121	1.618	17.144
2017	723	3.722	7.150	2.980	1.544	16.119
2018	648	3.667	6.870	2.956	1.467	15.608
2019	595	3.502	6.686	3.013	1.430	15.226
2020	242	1.453	2.951	1.447	667	6.760
2021	650	3.717	6.049	2.740	1.232	14.388
2022	833	4.264	6.979	3.169	1.584	16.829
Total	8.170	43.668	93.823	39.021	16.115	200.302

Fonte: Lacerda, Silvério e Pina, 2025.

Os dados revelam que a região Sudeste concentra, consistentemente, o maior volume de internações ao longo desses anos. A Tabela 1 demonstra que, no período de 2010 a 2022, o Brasil registrou um total de 200.302 internações por DHA. A região Sudeste liderou com 93.823 internações, representando 46,84% do total nacional, seguida pela região Nordeste, com 43.668 internações (21,8%).

Observa-se relativa estabilidade em internações entre 2010 e 2019 (média de ~16.800 internações/ano), com uma queda acentuada em 2020 para 6.760 internações, influenciada pela pandemia de COVID-19.^{4,6}

Gastos públicos com dha por região (2010-2020)

Tabela 2. Gastos totais com Doença Hepática Alcoólica (DHA) por região (2010-2020).

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2010	R\$ 455.51 9,21	R\$ 2.906.606,87	R\$ 14.722.058,17	R\$ 3.871,8 36,74	R\$ 932.092,69
2011	R\$ 593.04 0,12	R\$ 2.743.782,90	R\$ 14.920.100,98	R\$ 3.753,9 68,82	R\$ 961.386,23
2012	R\$ 576.86 3,55	R\$ 6.126.743,65	R\$ 16.798.522,96	R\$ 5.375,0 06,43	R\$ 1.708.636,40
2013	R\$ 563.26 2,07	R\$ 8.769.595,23	R\$ 18.743.145,56	R\$ 6.724,7 05,89	R\$ 4.387.147,44
2014	R\$ 708.85 4,88	R\$ 8.634.728,18	R\$ 19.118.498,76	R\$ 5.522,3 31,49	R\$ 2.981.565,73
2015	R\$ 598.42 9,49	R\$ 7.616.793,46	R\$ 23.628.286,67	R\$ 5.611,1 10,33	R\$ 4.352.445,24
2016	R\$ 651.63 4,50	R\$ 8.000.196,46	R\$ 21.515.140,18	R\$ 8.259,3 82,69	R\$ 6.337.276,25

2017	R\$ 821.78 3,68	R\$ 8.210.921,34	R\$ 23.724.572,12	R\$ 10.893. 437,17	R\$ 5.636.738,85
2018	R\$ 693.99 7,67	R\$ 10.882.165,9 9	R\$ 20.028.424,45	R\$ 11.012. 198,02	R\$ 5.635.023,54
2019	R\$ 523.40 5,58	R\$ 9.922.806,35	R\$ 14.768.045,29	R\$ 9.947,5 71,52	R\$ 3.466.210,16
2020	R\$ 164.56 9,34	R\$ 2.527.729,75	R\$ 6.251.145,38	R\$ 5.424,4 64,98	R\$ 2.554.615,79
Total (2010- 2020)	R\$ 6.351,3 30,66	R\$ 78.496.613,6 8	R\$ 193.218.919,9 4	R\$ 75.746. 034,06	R\$ 38.962.112,56
Total	R\$ 392.775.010,90				

Fonte: Lacerda, Silvério e Pina, 2025.

No período de 2010 a 2020, o Brasil registrou um gasto público total de R\$ 392.775.010,90 com internações por DHA. A região Sudeste foi responsável pela maior parte desses gastos, totalizando R\$ 193.218.919,94, o que corresponde a 49,19% do total nacional. O Nordeste seguiu com R\$ 78.496.613,68 (19,98%).

Os gastos anuais no Sudeste atingiram seu pico em 2017 (R\$ 23.724.572,12), enquanto em 2020 houve uma redução significativa em todas as regiões, refletindo a menor quantidade de internações no contexto da pandemia.⁶

Taxa de mortalidade por DHA por região (2010-2022)

Tabela 3. Taxa de mortalidade por doença hepática alcoólica (DHA) por região brasileira (2010-2022).

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
2010	13,93	16,90	16,87	15,05	16,51	16,38
2011	13,58	17,02	17,20	15,79	15,85	16,65
2012	16,05	17,50	19,04	16,46	18,99	18,07
2013	15,86	17,69	18,13	17,32	12,83	17,38
2014	17,44	17,14	16,94	15,74	14,56	16,60
2015	15,06	18,94	18,71	16,66	16,54	18,02
2016	17,60	18,49	18,76	18,11	15,40	18,21
2017	18,95	17,74	20,57	16,72	18,06	18,90
2018	19,85	18,24	20,31	17,51	19,79	19,22
2019	18,67	18,52	19,52	18,51	17,25	18,84
2020	22,75	17,07	19,24	16,56	17,03	18,12
2021	20,37	18,63	19,71	17,63	19,01	19,07

2022	19,88	19,10	20,01	18,34	18,87	19,24
Média	17,23	17,92	18,55	16,76	16,97	17,89

Fonte: Lacerda, Silvério e Pina, 2025.

A Tabela 3 revela que a taxa de mortalidade média nacional por DHA no período de 2010 a 2022 foi de 17,89%. A região Sudeste apresentou a maior TM média (18,55%), seguida pela Nordeste (17,92%). A taxa mais alta em um único ano foi observada na região Norte em 2020 (22,75%), enquanto a região Sudeste ultrapassou os 20% em 2017, 2018 e 2022.

Internações por DHA segundo o sexo no Brasil (2017-2022)

Tabela 4. Internações por doença hepática alcoólica (DHA) segundo o sexo (2017-2022).

Ano	Masculino	Feminino	Total
2017	985	171	1.156
2018	13.025	2.540	15.565
2019	12.690	2.529	15.219
2020	11.563	2.319	13.882
2021	12.943	2.248	15.191
2022	12.269	2.650	14.919
Total (2017-2022)	63.475	12.457	75.932

Fonte: Lacerda, Silvério e Pina, 2025.

A Tabela 4 evidencia uma clara predominância de internações por DHA no sexo masculino, totalizando 63.475 casos (83,60%) no período de 2017 a 2022, contra 12.457 casos (16,40%) no sexo feminino. Houve um aumento significativo de internações entre 2017 e 2018, seguido de uma estabilização nos anos posteriores, com uma leve redução em 20204.

Internações por DHA segundo a faixa etária no brasil (2017-2022)

Tabela 5. Internações por doença hepática alcoólica (DHA) segundo a faixa etária (2017-2022).

Faixa Etária	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
10 a 14 anos	1	8	6	3	4	22	44
15 a 19 anos	1	29	28	29	29	22	138
20 a 29 anos	27	399	398	297	299	300	1.720
30 a 39 anos	130	1.665	1.682	1.610	1.694	1.691	8.472
40 a 49 anos	274	3.644	3.559	3.403	3.432	3.565	17.877
50 a 59 anos	366	4.879	4.669	4.359	4.609	4.874	23.756
60 a 69 anos	257	3.429	3.381	2.877	3.158	3.529	16.631
70 a 79 anos	78	1.187	1.225	977	1.090	1.249	5.806
80 anos e mais	21	316	262	243	257	336	1.435

Total	1.154	15.5 49	15.212	13.80 1	14.57 1	15.5 70	75.85 7
-------	-------	------------	--------	------------	------------	------------	------------

Fonte: Lacerda, Silvério e Pina, 2025.

A Tabela 5 revela que as faixas etárias mais afetadas pelas internações por DHA são de 50 a 59 anos (31,31%), 40 a 49 anos (23,56%) e 60 a 69 anos (21,92%). Juntas, essas faixas compreendem 76,79% do total de internações. A incidência mínima é observada em crianças e adolescentes (10 a 19 anos), reforçando o caráter crônico e de longo prazo da doença.

Óbitos por DHA segundo o sexo no brasil (2017-2022)

Tabela 6. Óbitos por Doença Hepática Alcoólica (DHA) segundo o sexo (2017-2022).

Ano	Masculino	Feminino	Total
2017	470	171	641
2018	2.575	410	2.985
2019	2.509	467	2.976
2020	2.144	410	2.554
2021	2.435	482	2.917
2022	2.700	410	3.110
Total (2017-2022)	12.833	2.350	15.183

Fonte: Lacerda, Silvério e Pina, 2025.

No período de 2017 a 2022, a Tabela 6 revela que 12.833 óbitos por DHA (84,52%) ocorreram no sexo masculino, enquanto 2.350 óbitos (15,48%) foram no sexo feminino. Esses dados demonstram uma acentuada predominância masculina na mortalidade pela doença.⁴

DISCUSSÃO

A análise do perfil epidemiológico da Doença Hepática Alcoólica (DHA) no Brasil, abrangendo os dados do DATASUS para o período de 2010 a 2022, evidencia a complexidade e a magnitude dessa patologia como um sério problema de saúde pública. A DHA representa um espectro contínuo de lesões hepáticas, que se inicia com a esteatose hepática alcoólica (EHA) e, em muitos casos, progride para fibrose, hepatite alcoólica e, em seu estágio terminal e irreversível, para a cirrose hepática alcoólica (CHA).^{1,2} Compreender essa progressão é crucial para interpretar os dados epidemiológicos, uma vez que as estatísticas de internações e óbitos por DHA (CID-10: K70.9) refletem o impacto dessa cadeia patológica, culminando frequentemente na cirrose e suas severas complicações.^{4,6}

Fisiopatologia da progressão da esteatose hepática alcoólica para cirrose

A evolução da EHA à CHA é desencadeada e impulsionada pelo metabolismo do etanol no fígado. O álcool (etanol) é rapidamente absorvido, mas é no fígado que a maior parte de sua catabolização ocorre, principalmente pela álcool desidrogenase (ADH) e pelo citocromo P-450 2E1 (CYP2E1).^{1,7} Essas vias geram produtos tóxicos, como o acetaldeído e as espécies reativas de oxigênio (EROs). O acetaldeído é altamente reativo e desempenha um papel central no dano hepático, ligando-se a proteínas e ao DNA, o que pode alterar funções celulares, facilitar a agregação proteica (formando os corpos hialinos de Mallory) e criar neoantígenos que desencadeiam uma autoagressão imunitária.¹ As EROs, por sua vez, aumentam o estresse oxidativo, danificando o DNA mitocondrial e as células hepáticas, perpetuando o ciclo de inflamação e fibrose.^{1,7}

A EHA, o primeiro estágio da DHA, é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura nos hepatócitos. Este acúmulo é resultado de um desequilíbrio entre a síntese e a oxidação de ácidos graxos, bem como de um aumento do influxo de gorduras para o fígado, processos exacerbados pela ingestão de álcool.^{1,8} Embora a EHA seja considerada reversível com a abstinência alcoólica, a persistência do consumo leva à inflamação e à morte celular, caracterizando a esteato-hepatite alcoólica.⁹

Nesse estágio, as células de Kupffer, macrófagos hepáticos, respondem às endotoxinas liberadas por bactérias intestinais (cuja absorção é aumentada pelo álcool), liberando citocinas pró-inflamatórias como o TNF- α .⁷ O TNF- α , juntamente com outras citocinas, medeia o recrutamento de polimorfonucleares para o fígado, induzindo inflamação e morte celular, o que contribui para o dano hepatocelular.¹ A inflamação crônica e o dano celular persistente ativam as células estreladas hepáticas (HSCs), que se diferenciam em miofibroblastos e produzem colágeno em excesso. Este processo leva à fibrose progressiva e, eventualmente, à cirrose hepática, alterando irreversivelmente a arquitetura hepática e comprometendo sua função.^{1,2,7}

A irreversibilidade da cirrose hepática marca um ponto crítico na história natural da doença, com a formação de nódulos regenerativos que substituem o tecido hepático normal e alteram a perfusão vascular.¹ Os sintomas, frequentemente ausentes nos

estágios iniciais da EHA e da cirrose compensada, tornam-se aparentes apenas quando a doença está avançada, com manifestações como fadiga, icterícia, ascite e encefalopatia.⁷ Isso frequentemente resulta em diagnósticos tardios e complicações mais graves.

Análise dos dados epidemiológicos e seu reflexo na carga da doença

A Tabela 1, que apresenta o número de internações por DHA no Brasil, destaca a região Sudeste com a maior carga de casos (93.823 internações entre 2010 e 2022). Este padrão geográfico, consistente com a literatura, reflete não apenas a maior concentração populacional da região, mas também pode indicar diferenças na urbanização, padrões de consumo alcoólico e acesso aos serviços de saúde⁶. É crucial observar a queda acentuada nas internações em 2020 (6.760 casos), um período marcado pela pandemia de COVID-19. Embora o consumo de álcool tenha tido um aumento significativo mundialmente durante a pandemia, com potenciais repercussões futuras na incidência de DHA, a redução nas internações pode ter sido um reflexo da reorganização dos sistemas de saúde, priorizando casos de COVID-19 e limitando o acesso a tratamentos para outras condições.⁴ O retorno aos níveis pré-pandêmicos em 2021 e 2022 sugere uma recuperação da demanda ou o impacto do consumo elevado durante a pandemia.

A dimensão econômica da DHA é reforçada pela Tabela 2, que mostra gastos públicos de mais de R\$ 392 milhões entre 2010 e 2020, com a região Sudeste respondendo por quase 50% desse total. Os custos associados à DHA são elevados devido à natureza crônica da doença, às múltiplas hospitalizações, à complexidade do manejo das complicações da cirrose (como sangramentos, infecções e insuficiência hepática) e, em casos avançados, à necessidade de transplantes hepáticos.² O CHA, como estágio final da DHA, frequentemente exige tratamentos caros e prolongados, impactando significativamente o orçamento da saúde.

A taxa de mortalidade por DHA (Tabela 3), que inclui a cirrose, é um indicador crítico do impacto da doença. A média nacional de 17,89% de 2010 a 2022 demonstra a letalidade da DHA, especialmente em seus estágios avançados. A região Sudeste e Nordeste apresentaram as maiores taxas médias de mortalidade, e o pico de 22,75% na região Norte em 2020 é um ponto de atenção⁶. Essas taxas de mortalidade refletem a progressão da EHA para cirrose descompensada, que possui prognóstico desfavorável e alta letalidade.⁷

Impacto do sexo e idade na epidemiologia da DHA

A análise por sexo revela uma predominância marcante do sexo masculino em internações (83,60% – Tabela 4) e óbitos (84,52% – Tabela 6) por DHA. Este achado é consistente com a literatura mundial e brasileira, que documenta um consumo abusivo de álcool significativamente maior entre homens.¹⁰ Apesar de as mulheres demonstrarem maior suscetibilidade aos efeitos hepatotóxicos do álcool, desenvolvendo DHA mais rapidamente e com menores doses devido a diferenças fisiológicas e metabólicas^{1,7,11} a prevalência de consumo e o volume total ingerido ainda são mais elevados no sexo masculino, o que se traduz em um maior número absoluto de casos. A menor busca por serviços de saúde e o diagnóstico tardio por parte dos homens também podem contribuir para essa disparidade na mortalidade.¹²

A distribuição por faixa etária (Tabela 5) corrobora a natureza crônica e de longo prazo

da DHA. As faixas de 40 a 69 anos representam mais de 76% das internações, com pico entre 50 e 59 anos (31,31%). Este padrão ilustra que a DHA, particularmente quando evolui para CHA, leva anos de consumo excessivo para se manifestar clinicamente em estágios avançados. O alcoolismo, muitas vezes iniciado na juventude, somente após décadas de exposição crônica, resulta em lesões hepáticas avançadas e cirrose.¹³ A lentidão na progressão da fibrose hepática explica a maior incidência de CHA em faixas etárias mais elevada. Os poucos casos em crianças e adolescentes, embora preocupantes, geralmente estão associados a fatores genéticos ou outras comorbidades, reforçando a importância da prevenção em todas as idades.¹³

A progressão da EHA para CHA leva a uma série de complicações graves que caracterizam a doença hepática descompensada. A hipertensão portal é uma consequência direta da alteração da arquitetura hepática e da resistência ao fluxo sanguíneo, resultando em varizes gastroesofágicas, ascite e encefalopatia hepática. A ascite, o acúmulo patológico de líquido na cavidade peritoneal, é uma das complicações mais comuns e de pior prognóstico na cirrose.^{14,15} A encefalopatia hepática, uma síndrome neuropsiquiátrica, é causada pelo acúmulo de toxinas que o fígado cirrótico não consegue mais metabolizar. As infecções bacterianas, como a peritonite bacteriana espontânea (PBE), são frequentes e aumentam significativamente a morbimortalidade.¹⁴

Além dessas, o carcinoma hepatocelular (CHC) é uma das complicações mais temidas e letais da cirrose, e sua incidência é aumentada em pacientes com CHA. Fatores como a presença de coinfecções por hepatite C e acúmulo de ferro podem acelerar o desenvolvimento do CHC em cirróticos alcoólicos. O diagnóstico precoce e o manejo adequado dessas complicações são cruciais para melhorar o prognóstico, mas a intervenção mais eficaz continua sendo a prevenção da progressão da doença através da cessação do consumo de álcool.

O tratamento da DHA em todas as suas fases é a abstinência alcoólica.⁷ A EHA, por ser reversível, pode regredir completamente com a interrupção do consumo. Mesmo em estágios mais avançados, como a CHA, a abstinência pode estabilizar a doença, reduzir o risco de complicações e melhorar a sobrevida.⁷ A dificuldade de adesão à abstinência, contudo, é um grande desafio, e requer abordagens multidisciplinares que combinem suporte médico, intervenções comportamentais e psicossociais, incluindo programas de reabilitação e grupos de apoio.^{7,11} Ferramentas como o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) são valiosas para o rastreamento do consumo abusivo de álcool na atenção primária, permitindo a identificação precoce de indivíduos em risco e a intervenção antes que a doença progrida para estágios irreversíveis.^{11,12}

O desafio do diagnóstico precoce da EHA e da DHA em geral é agravado pela natureza assintomática da doença em seus estágios iniciais e pelo estigma social associado ao alcoolismo, que leva muitos pacientes a subestimar ou negar o consumo de álcool.¹⁰ Isso resulta em diagnósticos tardios, muitas vezes quando a cirrose já está instalada e descompensada. A subnotificação nos sistemas de informação, decorrente da dificuldade em obter um histórico preciso de consumo de álcool, também contribui para uma subestimação da real dimensão do problema.

As políticas de saúde pública devem, portanto, focar na prevenção primária do consumo abusivo de álcool, na educação da população sobre os riscos da EHA e sua progressão para a cirrose, e no fortalecimento do rastreamento e diagnóstico precoce da DHA. Isso

inclui campanhas de conscientização, acesso facilitado a serviços de saúde mental e tratamento para dependência alcoólica, e a integração de estratégias de prevenção na atenção primária. A identificação de populações mais vulneráveis, como o sexo masculino em idade produtiva, permite direcionar as intervenções de forma mais eficaz.

Os resultados demonstram um elevado número de internações e óbitos por DHA, com a região Sudeste e o sexo masculino sendo desproporcionalmente mais afetados. As faixas etárias de 40 a 69 anos concentram a maior parte dos casos, evidenciando a cronicidade da doença e o tempo necessário para sua manifestação em estágios avançados, como a cirrose. Os gastos públicos com a DHA são vultosos, refletindo a complexidade do tratamento de condições descompensadas, o que impacta diretamente os recursos do SUS. A fisiopatologia da DHA, impulsionada pelo metabolismo tóxico do etanol, é um processo bem estabelecido que, partindo da reversibilidade da EHA, pode culminar na irreversibilidade da CHA e suas complicações fatais. A abstinência alcoólica, a pedra angular do tratamento e da prevenção em todas as fases da doença, é crucial para reverter a EHA e atenuar a progressão da fibrose, mesmo em estágios cirróticos.

Portanto, a DHA no Brasil, com a progressão da EHA para CHA, permanece como um grave problema de saúde pública. Os dados epidemiológicos do DATASUS, embora com suas limitações, fornecem uma base sólida para entender a dimensão da doença e a necessidade premente de ações coordenadas para mitigar seu impacto e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados. A reversibilidade da EHA, em contraste com a irreversibilidade da CHA, enfatiza a urgência da intervenção precoce e da mudança de estilo de vida, através da abstinência alcoólica.

CONCLUSÃO

A análise do perfil epidemiológico da Doença Hepática Alcoólica (DHA) no Brasil, com foco na progressão da esteatose hepática alcoólica (EHA) para cirrose hepática alcoólica (CHA), a partir dos dados do DATASUS no período de 2010 a 2022, reforça a significativa carga que essa patologia impõe à saúde pública nacional. A DHA, em seu espectro que vai da EHA à CHA, é uma condição crônica, progressiva e com alto potencial de morbimortalidade, cujas consequências clínicas e socioeconômicas são substanciais. Conclui-se que a DHA, particularmente a CHA decorrente da EHA, representa um desafio multifacetado que exige uma abordagem integrada de saúde pública. É fundamental que sejam fortalecidas as estratégias de prevenção primária do consumo abusivo de álcool, bem como o rastreamento e diagnóstico precoce da EHA, especialmente em populações de risco.

REFERÊNCIAS

1. Moya LC. Espectro da doença Hepática alcoólica: uma revisão acerca da fisiopatologia e repercussões clínicas. *Braz J Health Rev* 2022 May;5(4):13904–27.
2. Fonseca GSGB, Noleto RS, Araujo VC, Breitenbach LM, Milhomem BM, Capistranio YM, Ferreira LJCR, Frazao JCM, Freitas Júnior LF, Rodrigues DAS, Leite MA, Silva VMS, Leal HS, Sobrinho ACX, Ferreira CVN, Alves DA, Oliveira Filho GS, Silva SRL, Costa FT, Silveira LMM, Alcântara ALF. Cirrose hepática e suas principais etiologias: Revisão da literatura. *E-Acadêmica* 2022;3(2):e8332249.
3. Aslam A, Kwo PY. Epidemiology and disease burden of alcohol associated liver disease. *J Clin Exp Hepatol* 2023 Jan-Feb; 13(1):88–102.
4. Costa LSG, Sousa AM, Araújo BLPC, Fonseca VCR, Barros BC, Lima CAN, Recco GC, Guedes QVC, Carneiro RBS, Silvestre MÊS, Zanoni RD, Silva MFTS. A análise epidemiológica da doença hepática alcoólica no Brasil entre os anos de 2017 e 2022. *Braz J Implantol Health Sci* 2024 Jan;6(1):67–80.

5. Meneguetti BB, Rocha AS, Vasconcelos DF, Magalhães GS, Nogueira JRC, Neves JM. Doença hepática alcoólica no Brasil, uma visão epidemiológica. Cad Med UNIFESO 2018 Apr;1(1).
 6. Pedrosa MSP, Braga LL, Menezes LC, Guimarães RM, Souza FHS, Oliveira MER, Sampaio NVP, Gonçalves KC, Costa LJB, Santos JRB Jr, Alves GF, Zizemer VS, Araujo TFC, Lobato BR, Pereira RPL, Catarina TPC, Araújo FAV Jr, Viégas JVO, Barboza KRM, Costa GC, Fracaro AC, Lima DKH, Formigheri HL, Farinha VR, Fernandes CHF, Magalhães KA, Moreira SFB, Maranhão MM, Maia ALRB, Assis JJJC, Ferreira CC, Batistello MEQ, Santos DC, Pegoraro CN, Sousa KMM, Silva LWB, Duvale AG, Morera CS, Oliveira MM, Almeida ELM, Santos LDMF, Santos TEF, Torres RC, Silva DP, Pereira ID. Os principais tipos e manifestações da Cirrose Hepática: uma atualização clínica. Rev Bras Rev Saude 2023 Jan-Feb; 6(1):4423-39.
 7. U.S. Department of Health and Human Services. Doença hepática alcoólica. In: Manuais MSD Edição para Profissionais; 2025 May.
 8. Souza ACM, Oliveira JK, Santos LCP. Perfil epidemiológico de pacientes com cirrose hepática atendidos ambulatorialmente em hospital de referência do oeste do Paraná. Fag J Health 2021 Mar; 3(1):59-64.
 9. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. Robbins e Cotran: Bases Patológicas das Doenças. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
 10. Rocha EG, Pereira MLD. Representações sociais sobre cirrose hepática alcoólica elaboradas por seus portadores. Rev Bras Enferm 2007 Dec;60(3):344-52.
 11. Melo APS, França EB, Malta DC, Garcia LP, Mooney M, Naghavi. Mortalidade por cirrose, câncer hepático e transtornos devido ao uso de álcool: Carga Global de Doenças no Brasil, 1990 e 2015. Rev Bras Epidemiol 2017 May;20:61-74.
 12. Soler GLN, Silva AWSM, Silva VCG, Teixeira RJ. Prevalência de esteatose hepática e consumo de álcool em participantes do Projeto Atividade Física na Vila. Rev Assoc Med Bras 2011 Feb;57(3):320-325.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Período jan 2010-set 2025 [base de dados]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025.
 14. Organização Mundial da Saúde. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2014.
 15. Javaid N, Khan Z, Ali MA, Tahir SK. EVALUATING THE IMPACT OF EARLY NUTRITIONAL ASSESSMENT AND INTERVENTION IN HOSPITALIZED LIVER CIRRHOSIS PATIENTS. Arq Gastroenterol. 2022 Jan-Mar;59(1):22-28.
-

ENDEREÇO CORRESPONDÊNCIA

LUDYMILLA OLIVEIRA PORTILHO LACERDA

Rua T-44, Setor Bueno, 1017, Edifício Tropical Plaza, apartamento 1203, Goiânia, Goiás.

E-mail: ludymillalacerda12@gmail.com

EDITORIA E REVISÃO

Editores chefes:

Waldemar Naves do Amaral - <http://lattes.cnpq.br/4092560599116579> - <https://orcid.org/0000-0002-0824-1138>

Tárik Kassem Saidah - <http://lattes.cnpq.br/7930409410650712> - <https://orcid.org/0000-0003-3267-9866>

Autores:

Ludymilla de Oliveira Portilho Lacerda - <http://lattes.cnpq.br/9438837019095718> - <https://orcid.org/0000-0002-0334-0399>

Américo de Oliveira Silvério - <http://lattes.cnpq.br/4684894524696429> - <https://orcid.org/0000-0001-7379-5295>

Stanley James Fanstone Pina - <http://lattes.cnpq.br/2167831340046858> - <https://orcid.org/0009-0009-3867-6632>

Revisão Bibliotecária: Izabella Goulart

Revisão Ortográfica: Dario Alvares

Recebido: 14/12/2025. Aceito: 22/01/26. Publicado em: 19/02/2026.