



Perfil epidemiológico e desigualdades sociodemográficas na mortalidade por doença alcoólica do fígado no Nordeste brasileiro

Epidemiological profile and sociodemographic inequalities in mortality from alcoholic liver disease in the Brazilian Northeast

Perfil epidemiológico y desigualdades sociodemográficas en la mortalidad por enfermedad alcohólica del hígado en el Nordeste brasileño

Lucas Costa Menezes¹ – <https://orcid.org/0009-0002-1808-8074>

Alice Martins Ferreira¹ – <https://orcid.org/0009-0000-9988-312X>

Marília Costa Menezes¹ – <https://orcid.org/0000-0001-9084-5792>

Hunaldo Lima de Menezes¹ – <https://orcid.org/0009-0005-2754-7609>

¹ Universidade Federal de Alagoas

Autor correspondente: Lucas Costa Menezes - Avenida Menino Marcelo, 2700. Casa D 24. Bairro: Serraria. CEP: 57045660. Maceió-AL

Recebido em: 09/05/2026 ----Aprovado em: 09/09/2026 ----Publicado em: 09/09/2026

RESUMO

Introdução: A doença hepática alcoólica é importante causa de morbimortalidade, associada ao consumo nocivo de álcool e influenciada por determinantes sociais. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico da mortalidade por doença alcoólica do fígado analisando desigualdades sociodemográficas e territoriais na região Nordeste do Brasil, entre 2020 e 2024. **Métodos:** Estudo ecológico descritivo de série temporal, com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS). Foram analisadas variáveis sociodemográficas e a distribuição dos óbitos por unidade federativa. **Resultados e discussão:** Registraram-se 17.958 óbitos no período, com variação global de 6,1% e padrão temporal estável. Observou-se predominância do sexo masculino (89,1%), concentração entre 40 e 59 anos (53,9%), maior frequência na população parda (70,5%) e entre indivíduos com baixa escolaridade. Observou-se heterogeneidade entre os estados. Em 2024, os maiores coeficientes de mortalidade foram registrados em Alagoas (7,8/100.000 habitantes), Pernambuco (7,7/100.000), Piauí (7,2/100.000) e Rio Grande do Norte (7,1/100.000), evidenciando diferenças territoriais na distribuição da mortalidade. **Conclusão:** A mortalidade permanece elevada e estável, indicando estagnação epidemiológica no período analisado. Os achados reforçam a necessidade de vigilância epidemiológica e de estratégias preventivas voltadas à redução dos impactos associados ao consumo nocivo de álcool.

Palavras-Chave

Hepatopatias
Alcoólicas;
Consumo de Bebidas
Alcoólicas;
Mortalidade.

ABSTRACT

Introduction: Alcohol-related liver disease is an important cause of morbidity and mortality, associated with harmful alcohol use and influenced by social determinants. **Objective:** To describe the epidemiological profile of mortality due to alcohol-related liver disease, analyzing sociodemographic and territorial inequalities in the

Keywords

Liver Diseases
Alcoholic;

Northeast region of Brazil between 2020 and 2024. **Methods:** Descriptive ecological time-series study using data from the Mortality Information System (SIM/DATASUS). Sociodemographic variables and the distribution of deaths by federative unit were analyzed. **Results and discussion:** A total of 17,958 deaths were recorded during the period, with an overall variation of 6.1% and a stable temporal pattern. There was a predominance of males (89.1%), concentration among individuals aged 40 to 59 years (53.9%), higher frequency in the mixed-race population (70.5%), and among individuals with low educational level. Heterogeneity among states was observed. In 2024, the highest mortality rates were recorded in Alagoas (7.8/100,000 inhabitants), Pernambuco (7.7/100,000), Piauí (7.2/100,000), and Rio Grande do Norte (7.1/100,000), highlighting territorial differences in the distribution of mortality. **Conclusion:** Mortality remained high and stable, indicating epidemiological stagnation during the analyzed period. The findings reinforce the need for epidemiological surveillance and preventive strategies aimed at reducing the impacts associated with harmful alcohol use.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad hepática alcohólica es una importante causa de morbimortalidad, asociada al consumo nocivo de alcohol e influenciada por determinantes sociales. **Objetivo:** Describir el perfil epidemiológico de la mortalidad por enfermedad hepática alcohólica, analizando desigualdades sociodemográficas y territoriales en la región Nordeste de Brasil entre 2020 y 2024. **Métodos:** Estudio ecológico descriptivo de series temporales que utiliza datos del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM/DATASUS). Se analizaron variables sociodemográficas y la distribución de las muertes por unidad federativa. **Resultados y discusión:** Se registraron 17.958 muertes en el período, con una variación global del 6,1% y un patrón temporal estable. Se observó predominio del sexo masculino (89,1%), concentración entre individuos de 40 a 59 años (53,9%), mayor frecuencia en la población parda (70,5%) y entre individuos con bajo nivel educativo. Se observó heterogeneidad entre los estados. En 2024, los mayores coeficientes de mortalidad se registraron en Alagoas (7,8/100.000 habitantes), Pernambuco (7,7/100.000), Piauí (7,2/100.000) y Rio Grande do Norte (7,1/100.000), evidenciando diferencias territoriales en la distribución de la mortalidad. **Conclusión:** La mortalidad permaneció elevada y estable, indicando estancamiento epidemiológico durante el período analizado. Los hallazgos refuerzan la necesidad de vigilancia epidemiológica y de estrategias preventivas orientadas a reducir los impactos asociados al consumo nocivo de alcohol.

*Alcohol Drinking;
Mortality.*

Palabras Clave

*Hepatopatías
Alcohólicas;
Consumo de Bebidas
Alcohólicas;
Mortalidad.*

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool constitui um fenômeno social historicamente presente nas diferentes sociedades e culturas, assumindo significados que ultrapassam o campo biomédico e se inserem em dimensões econômicas, culturais e políticas (1). Embora frequentemente associado a práticas de sociabilidade e lazer, o uso abusivo de bebidas alcoólicas representa um importante determinante de agravos à saúde e mortalidade prematura (2,3), configurando-se atualmente como um relevante problema de saúde pública global (4).

No cenário mundial, o impacto do álcool na carga global de doenças é expressivo. Estima-se que, em 2019, o consumo médio mundial tenha alcançado aproximadamente 5,5 litros de álcool puro per capita entre indivíduos com 15 anos ou mais, sendo a segunda maior média observada na região das Américas, com aproximadamente 7,5 litros. Nesse mesmo período, aproximadamente 400 milhões de pessoas no

mundo apresentavam transtornos relacionados ao uso de álcool, enquanto cerca de 209 milhões viviam com dependência alcoólica. Como consequência desse cenário, o consumo de álcool foi responsável por cerca de 2,6 milhões de mortes no mundo em 2019, evidenciando seu importante impacto na mortalidade global (5).

No Brasil, o consumo de bebidas alcoólicas constitui um importante determinante de agravos à saúde. Dados de inquéritos nacionais indicam que aproximadamente 26,4% da população adulta brasileira refere consumo regular de bebidas alcoólicas, definido como ingestão ao menos uma vez por semana (6). Em relação ao consumo pontual abusivo, caracterizado pela ingestão de cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres em uma única ocasião, estima-se que 17,1% dos adultos relataram esse padrão nos últimos 30 dias em nível nacional. Em determinados centros urbanos, esse cenário mostra-se ainda mais preocupante, com prevalências mais elevadas entre homens, como observado em Salvador (37,5%) e em Maceió (34,2%) (7). Esse comportamento de consumo excessivo, tanto na forma regular quanto episódica, configura um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, particularmente as doenças hepáticas associadas ao álcool.

A exposição crônica ao etanol pode desencadear uma série de alterações metabólicas, inflamatórias e fibrogênicas no fígado, levando ao desenvolvimento da doença hepática associada ao álcool (DHA). A DHA é classificada na CID-10 no grupo K70, que engloba um espectro de condições que incluem esteatose hepática alcoólica, hepatite alcoólica e cirrose hepática (8). Do ponto de vista fisiopatológico, o metabolismo do etanol ocorre predominantemente no fígado por meio da ação de enzimas como a álcool-desidrogenase e o sistema microsomal oxidativo, resultando na formação de acetaldeído e no aumento do estresse oxidativo. Esses processos promovem alterações metabólicas, inflamatórias e fibrogênicas que levam ao acúmulo de gordura nos hepatócitos, inflamação hepática e ativação de células estreladas, favorecendo a progressão para fibrose e cirrose (9). A cirrose hepática é o processo inflamatório crônico marcado pela formação de fibrose e nódulos regenerativos, levando à alteração da arquitetura hepática e comprometimento progressivo da função do fígado. A progressão da cirrose pode resultar em diversas complicações clínicas, como ascite, varizes esofágicas, encefalopatia hepática, infecções e carcinoma hepatocelular, condições que contribuem significativamente para a morbimortalidade associada à doença (10,3).

Estima-se que aproximadamente 42% das mortes por cirrose hepática no mundo estejam associadas ao consumo de álcool, bem como cerca de 43% dos anos de vida ajustados por incapacidade (Disability-

Adjusted Life Years – DALYs). Esse indicador considera tanto os anos de vida perdidos por morte prematura quanto os anos vividos com incapacidade, evidenciando a magnitude do impacto do consumo de álcool sobre a saúde hepática em nível global (11,5).

Nesse sentido, a análise da mortalidade por doença alcoólica do fígado deve ser compreendida à luz das desigualdades sociodemográficas que estruturam a sociedade brasileira. Estudos têm demonstrado que fatores como sexo, raça/cor, território, comportamentos de risco e acesso aos serviços de saúde influenciam significativamente a distribuição dos agravos relacionados ao consumo de álcool. Tais desigualdades tornam-se ainda mais evidentes em regiões historicamente marcadas por vulnerabilidades socioeconômicas, como o Nordeste brasileiro, onde persistem disparidades importantes nas condições de vida, no acesso à assistência à saúde (12). Assim, compreender o perfil epidemiológico dessa mortalidade permite não apenas dimensionar o problema, mas também subsidiar estratégias de prevenção e políticas públicas mais equitativas. A análise desses padrões pode contribuir para o melhor entendimento da distribuição desse agravo na população, e de subsidiar estratégias de prevenção voltadas à redução do consumo nocivo de álcool e de seus impactos sobre a saúde coletiva. Portanto, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil da mortalidade por doença alcoólica do fígado na região Nordeste do Brasil, buscando compreender a distribuição desse agravo segundo características populacionais e territoriais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico descritivo de série temporal, utilizando dados secundários provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo DATASUS. Foram analisados os óbitos por doença alcoólica do fígado ocorridos no período de 2020 a 2024, na região Nordeste do Brasil e em seus respectivos estados. As frequências absolutas e relativas foram descritas para todo o período analisado. Para o cálculo dos coeficientes de mortalidade, utilizou-se apenas o ano de 2024, considerando o número de óbitos registrados neste ano pelo SIM e as estimativas populacionais do IBGE/COPIS (13). Os coeficientes foram expressos por 100.000 habitantes.

As variáveis analisadas incluíram:

1. Faixa etária: 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79; 80 ou mais anos.
2. Sexo: Feminino; Masculino; ignorados.

3. Raça/cor - Branca; Preta; Amarela; Parda; Outros; Ignorado.
4. Escolaridade: 0; 1-3; 4-7; 8-11; ≥ 12 anos; Ignorado.
5. Estado Civil: Solteiro; Casado; Viúvo; Separado judicialmente.
6. Unidade Federativa: Alagoas; Bahia; Ceará; Maranhão; Paraíba; Piauí; Pernambuco; Sergipe; Rio Grande do Norte.

Os dados foram organizados no Microsoft Excel (2019) e foram realizadas análises descritivas, com cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%), além da análise proporcional entre os estados e suas devidas populações.

Por se tratar de dados secundários de domínio público, sem identificação individual, o presente estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética, e segue respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Entre os anos de 2020 e 2024, foram registrados 17.958 óbitos por doença alcoólica do fígado (CID-10 K70) na região Nordeste do Brasil. Ao longo do período analisado, observou-se comportamento relativamente estável, com discreta redução entre 2020 (n=3.488) e 2021 (n=3.410), seguida de elevação em 2022 (n=3.700), mantendo-se em níveis semelhantes nos anos subsequentes (2023: n=3.658; 2024: n=3.702), o que corresponde a uma variação global de 6,1% (n=214) entre o início e o final da série.

A distribuição dos óbitos entre os estados evidenciou importante heterogeneidade. Em números absolutos, a Bahia concentrou a maior proporção de casos, com 25,2% (n=4.534), seguida por Pernambuco, com 19,4% (n=3.483), e Ceará, com 15,2% (n=2.737), sendo esses três estados responsáveis conjuntamente por 59,8% (n=10.754) dos óbitos no período. Os demais estados apresentaram menores participações relativas, com Maranhão correspondendo a 9,1% (n=1.639), Paraíba a 7,2% (n=1.296), Rio Grande do Norte a 7,0% (n=1.249), Alagoas a 6,5% (n=1.167), Piauí a 6,3% (n=1.136) e Sergipe a 4,0% (n=717). Entretanto, quando analisado o coeficiente de mortalidade específico para o ano de 2024, observou-se modificação na distribuição da carga relativa da mortalidade entre os estados. Alagoas apresentou o maior coeficiente em 2024, com 7,8 óbitos por 100.000 habitantes (n=252), seguido por Pernambuco, com 7,7 por 100.000 (n=736), Piauí, com 7,2 por 100.000 (n=243), e Rio Grande do Norte, com 7,1 por 100.000 (n=243). Em posição intermediária situaram-se Bahia, com 6,3 por 100.000 (n=936), Sergipe e Paraíba, ambos com 6,2 por 100.000

(n=142 e n=256, respectivamente), e Ceará, com 5,9 por 100.000 (n=545), enquanto Maranhão apresentou o menor coeficiente, com 5,0 por 100.000 habitantes (n=349), valor esse que foi o mais próximo ao coeficiente de mortalidade do Brasil no ano de 2024 com 5,2 por 100.000 habitantes (n=11.135).

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos por doença alcoólica do fígado segundo unidade federativa: números absolutos e coeficientes de mortalidade (Nordeste, 2020–2024)

Estado	Óbitos (n)	2020-2024	%	Coeficiente 2024 (por 100.000 hab.)
Bahia	4.534		25,2	6,3
Pernambuco	3.483		19,4	7,7
Ceará	2.737		15,2	5,9
Maranhão	1.639		9,1	5,0
Paraíba	1.296		7,2	6,2
Rio Grande do Norte	1.249		7,0	7,1
Alagoas	1.167		6,5	7,8
Piauí	1.136		6,3	7,2
Sergipe	717		4,0	6,2

Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), 2020–2024; IBGE/COPIS, estimativas populacionais de 2024.

Nota: Os percentuais foram calculados sobre o total de óbitos acumulados no período de 2020 a 2024. Os coeficientes de mortalidade foram calculados exclusivamente para o ano de 2024, considerando os óbitos registrados em 2024 e a população estimada em 2024, expressos por 100.000 habitantes.

Na análise temporal por estado, verificaram-se variações distintas ao longo da série. Destacaram-se incrementos mais expressivos no Piauí, com aumento de 13,6% (de n=214 em 2020 para n=243 em 2024), e na Bahia, com crescimento de 13,3% (de n=826 para n=936). Em contraste, observou-se redução em Alagoas,

com diminuição de 6,0% (de n=268 para n=252), e no Rio Grande do Norte, com leve redução de 0,8% (de n=245 para n=243), enquanto os demais estados apresentaram oscilações discretas sem tendência definida.

A análise do perfil sociodemográfico evidenciou marcante predominância do sexo masculino, responsável por 89,1% (n=16.007) dos óbitos, em comparação ao sexo feminino, que correspondeu a 10,8% (n=1.947), resultando em razão aproximada de oito óbitos masculinos para cada óbito feminino. No que se refere à distribuição etária, observou-se concentração progressiva a partir da meia-idade, com maior frequência entre indivíduos de 50 a 59 anos, correspondendo a 28,8% (n=5.174), seguidos pelos grupos de 40 a 49 anos, com 25,1% (n=4.509), e de 60 a 69 anos, com 19,8% (n=3.557). As demais faixas etárias apresentaram menores proporções, incluindo 30 a 39 anos (11,7%; n=2.095), 70 a 79 anos (9,1%; n=1.635), 80 anos ou mais (3,5%; n=620) e 20 a 29 anos (1,9%; n=349). Registros em menores de 20 anos e idade ignorada totalizaram 0,1% (n=19) e foram excluídos da análise por sua baixa representatividade e incompatibilidade com a evolução natural da doença. Quanto à variável raça/cor, verificou-se predominância da categoria parda, representando 70,5% (n=12.669) dos óbitos, seguida por branca, com 14,4% (n=2.591), e preta, com 11,6% (n=2.087). As categorias amarela e indígena corresponderam a 0,4% (n=74) e 0,3% (n=49), respectivamente, enquanto registros ignorados somaram 2,7% (n=488). A predominância da população parda foi observada de forma consistente em todos os estados da região, com maior concentração absoluta na Bahia e em Pernambuco. A análise da escolaridade evidenciou maior frequência de óbitos entre indivíduos com menor nível de instrução, destacando-se aqueles com 4 a 7 anos de estudo, que corresponderam a 23,5% (n=4.212), e aqueles com 1 a 3 anos, com 23,2% (n=4.170), seguidos por indivíduos sem escolaridade formal, com 20,8% (n=3.733). A categoria de 8 a 11 anos representou 14,4% (n=2.589), enquanto aqueles com 12 anos ou mais corresponderam a apenas 2,0% (n=357). Registros ignorados totalizaram 16,1% (n=2.897), com maior concentração em estados como Bahia, Paraíba e Pernambuco, o que constitui limitação relevante para análise mais detalhada dessa variável. Em relação ao estado civil, observou-se predominância de indivíduos solteiros, correspondendo a 51,8% (n=9.295), seguidos por casados, com 23,0% (n=4.134). As categorias de separados, viúvos e outros corresponderam a 6,7% (n=1.209), 5,1% (n=915) e 4,9% (n=887), respectivamente, enquanto os registros ignorados representaram 8,5% (n=1.518), conforme demonstra a tabela 2. A predominância da condição de solteiro foi consistente em todos os estados da região, com maior frequência absoluta na Bahia e em Pernambuco.

Tabela 2 – Características sociodemográficas dos óbitos por doença alcoólica do fígado no Nordeste do Brasil, 2020–2024

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	16.007	89,1
	Feminino	1.947	10,8
Faixa etária (anos)	20–29	349	1,9
	30–39	2.095	11,7
	40–49	4.509	25,1
	50–59	5.174	28,8
	60–69	3.557	19,8
	70–79	1.635	9,1
	≥80	620	3,5
Raça/cor	Parda	12.669	70,5
	Branca	2.591	14,4
	Preta	2.087	11,6
	Outras/ignoradas	611	3,5
	0	3.733	20,8
Escolaridade (anos)			
	1–3	4.170	23,2
	4–7	4.212	23,5
	8–11	2.589	14,4
	≥12	357	2,0
	Ignorado	2.897	16,1
Estado civil	Solteiro	9.295	51,8
	Casado	4.134	23,0
	Outros/ignorados	4.529	25,2

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), 2020–2024.

Nota: Percentuais calculados sobre o total de óbitos (n=17.958).

De forma geral, os resultados evidenciam que a mortalidade por doença alcoólica do fígado no Nordeste brasileiro se caracteriza por forte predominância masculina, concentração em adultos de meia-idade, maior ocorrência entre indivíduos pardos, associação com baixa escolaridade e maior frequência entre solteiros. Além disso, a análise do coeficiente de mortalidade de 2024 evidenciou diferenças territoriais entre os estados, com maiores valores em Alagoas, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que a mortalidade por DHA no Nordeste brasileiro manteve-se persistentemente elevada e estável entre 2020 e 2024, com discreta variação global de +6,1% quando comparado 2020 com 2024. Essa estabilidade deve ser analisada, pois demonstra persistência da mortalidade por um agravo amplamente prevenível segundo a literatura (2,5). Embora existam evidências sobre estratégias de redução do consumo nocivo de álcool como: tributação, restrição de disponibilidade e regulação da publicidade (5), o presente estudo não avaliou diretamente a implementação ou a efetividade dessas políticas, limitando-se à análise dos padrões de mortalidade registrados. Em nível global, estudos do Global Burden of Disease demonstram que, embora algumas regiões tenham apresentado redução na mortalidade por cirrose nas últimas décadas, essa tendência não é uniforme, sendo mais lenta ou mesmo inexistente em países de média renda, como o Brasil (2). Assim, a manutenção de níveis elevados de mortalidade observada neste estudo corrobora com a literatura e sugere persistência da carga epidemiológica da doença no período analisado na região nordeste.

A heterogeneidade entre os estados reforça a complexidade do fenômeno. Em 2024, os maiores coeficientes de mortalidade foram observados em Alagoas, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte, enquanto Maranhão e Ceará apresentaram os menores valores. Essa distribuição demonstra que a carga relativa da mortalidade não acompanha apenas o volume absoluto de óbitos, indicando diferenças territoriais que devem ser interpretadas com cautela, considerando as limitações do desenho ecológico e o uso de dados secundários.

O predomínio marcante do sexo masculino (89,1%) está amplamente documentado na literatura e é compatível com estudos populacionais que descrevem maior frequência de consumo abusivo entre homens

(7). Entretanto, esse dado também deve ser interpretado criticamente, pois pode mascarar um fenômeno emergente: o aumento progressivo do consumo de álcool entre mulheres, observado em estudos recentes, esse aspecto aponta para a importância de monitorar a mortalidade feminina por DHA em análises futuras (5,14).

A concentração dos óbitos em indivíduos entre 40 e 69 anos é compatível com o caráter cumulativo da exposição ao álcool e está em consonância com estudos que demonstram que a progressão para cirrose ocorre após décadas de consumo nocivo (9). Esse padrão tem implicações relevantes, pois afeta predominantemente a população economicamente ativa, gerando impacto não apenas sanitário, mas também econômico e social.

No que se refere à variável raça/cor, a predominância de indivíduos pardos representando 70,5% (n=12.669) dos óbitos na análise temporal deve ser interpretada considerando a composição demográfica da região Nordeste, onde os indivíduos pardos representam cerca de 59,6% da população segundo o censo demográfico de 2022 do IBGE (15). Dessa forma, o presente estudo apresenta limitações em que a análise baseada em frequências absolutas não conseguem aferir, de forma isolada, maior risco epidemiológico, apesar dos dados encontrados demonstrarem disparidade relevante entre a proporção de óbitos da população parda em comparação com sua média populacional relativa. Ademais, a literatura ressalta que historicamente as populações racialmente vulnerabilizadas, apresentam maior exposição a fatores de risco e menor acesso a serviços de saúde, o que pode contribuir para pior prognóstico de doença (12). Embora, os dados atuais não estabeleçam uma associação causal direta, essa variável fundamenta a relevância de investigações que integrem os determinantes sociais da saúde na compreensão dos desfechos da doença hepática alcoólica.

A associação entre baixa escolaridade e maior frequência de óbitos observada neste estudo é consistente com a literatura internacional, que aponta o nível educacional como importante determinante social da saúde. Estudos prévios sugerem que indivíduos com menor instrução tendem a apresentar maior prevalência de consumo nocivo de álcool e menor acesso a intervenções preventivas e terapêuticas (16). No entanto, a interpretação dessas desigualdades educacionais deve-se levar em consideração o percentual expressivo de registros ignorados (16,1%; n=2.897), uma vez que essa incompletude nos sistemas de informação em saúde constitui uma limitação importante, pois a ausência desses dados pode distorcer a real magnitude da mortalidade entre os diferentes estratos educacionais.

A predominância de indivíduos solteiros sugere possível influência de fatores psicossociais, como menor suporte social e maior vulnerabilidade a comportamentos de risco. Estudos longitudinais demonstram que o estado civil pode estar associado a padrões de consumo de álcool e à mortalidade, com indivíduos solteiros apresentando maior risco de desfechos adversos (17).

Do ponto de vista da saúde pública, o principal achado deste estudo, a estabilidade da mortalidade, indica persistência da carga de óbitos por DHA no período analisado, o que reforça a necessidade de monitoramento contínuo e de avaliação específica das estratégias de enfrentamento. Considerando que a doença hepática alcoólica é amplamente prevenível, a ausência de redução expressiva ao longo de cinco anos aponta para a necessidade de estudos adicionais que avaliem a cobertura, a implementação e a efetividade das políticas públicas relacionadas ao consumo nocivo de álcool e à atenção às doenças hepáticas. Esse cenário é particularmente preocupante em regiões com maior vulnerabilidade socioeconômica, como o Nordeste, onde fatores estruturais potencializam o impacto do álcool sobre a saúde (5,18).

Este estudo apresenta limitações inerentes à utilização de dados secundários. A principal delas reside na potencial subnotificação dos óbitos por DHA, seja por estigma social, moral ou a utilização de CID genérico, que pode influenciar no preenchimento da declaração de óbito e consequentemente na real magnitude da mortalidade por essa causa no nordeste. Ademais, a incompletude da coleta de dados influencia em sua análise, em que registros "ignorados" para escolaridade (16,1%) e para estado civil (8,5%), não permitem a precisão das análises dos dados e do real impacto das desigualdades educacionais e redes de apoio nos desfechos. Diante disso, o caráter descritivo da análise dos dados populacionais permite traçar um panorama de perfil epidemiológico regional e temporal, no entanto estabelecer relações causais ou inferir riscos individuais se mostra restritivo.

CONCLUSÃO

A mortalidade por doença alcoólica do fígado no Nordeste brasileiro permaneceu elevada e estável entre 2020 e 2024, evidenciando um cenário de estagnação epidemiológica diante de um agravo evitável. Essa estabilidade indica persistência da carga de mortalidade no período analisado, sem permitir inferir diretamente a efetividade das políticas públicas vigentes ou a evolução dos fatores de risco na população. O perfil epidemiológico identificado, com predominância masculina, concentração em adultos de meia-

idade e associação com baixa escolaridade, reforça o papel dos determinantes sociais na ocorrência da doença. Além disso, as desigualdades regionais evidenciadas sugerem diferenças na exposição ao risco e no acesso aos serviços de saúde. Diante desses achados, os resultados podem subsidiar discussões sobre vigilância, prevenção e atenção às doenças hepáticas associadas ao álcool, bem como estimular estudos que avaliem a efetividade de políticas públicas e o acesso ao diagnóstico e ao cuidado. Estratégias intersetoriais que enfrentam as desigualdades sociais são fundamentais para a redução da mortalidade associada à DHA.

Referências

1. Babor TF, Casswell S, Graham K, Huckle T, Livingston M, Österberg E, et al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2023. doi:10.1093/oso/9780192844484.001.0001.
2. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392(10152):1015-35. doi:10.1016/S0140-6736(18)31310-2.
3. Melo APS, França EB, Malta DC, Garcia LP, Mooney M, Naghavi M. Mortalidade por cirrose, câncer hepático e transtornos devidos ao uso de álcool: carga global de doenças no Brasil, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20 Suppl 1:61-74. doi:10.1590/1980-5497201700050006.
4. The Lancet Gastroenterology & Hepatology. Drinking to death: the changing face of liver disease. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018;3(10):655. doi:10.1016/S2468-1253(18)30272-3.
5. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [citado 20 Abr 2026]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view>.
8. Crabb DW, Im GY, Szabo G, Mellinger JL, Lucey MR. Diagnosis and treatment of alcohol-associated liver diseases: 2019 practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2020;71(1):306-33. doi:10.1002/hep.30866.
9. Gao B, Bataller R. Alcoholic liver disease: pathogenesis and new therapeutic targets. *Gastroenterology*. 2011;141(5):1572-85. doi:10.1053/j.gastro.2011.09.002.
10. Maia MM, Costa RA, Pessoa FSRP. Perfil de pacientes com cirrose atendidos em um hospital de referência no Nordeste brasileiro. *Rev Expr Catól Saúde*. 2025;10(2):10-9. doi:10.25191/s8cqf339.

11. Rehm J, Shield KD. Global burden of alcohol use disorders and alcohol liver disease. *Biomedicines*. 2019;7(4):99. doi:10.3390/biomedicines7040099.
12. Gomes RS, Andrade ACS, Nery DP, Portela DS, Bezerra VM. Consumo excessivo episódico de álcool no Nordeste do Brasil segundo raça/cor. *Cad Saude Publica*. 2025;41(3):e00005524. doi:10.1590/0102-311XPT005524.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.
14. Slade T, Chapman C, Swift W, Keyes K, Tonks Z, Teesson M. Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ Open*. 2016;6(10):e011827. doi:10.1136/bmjopen-2016-011827.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2022. (Estudo de Pesquisa. Informações Demográficas e Socioeconômicas, 48).
16. Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *Lancet Public Health*. 2020;5(6):e324-32. doi:10.1016/S2468-2667(20)30052-9.
17. Stephenson M, Heron J, Bountress K, Hickman M, Kendler KS, Edwards AC. The effect of parental alcohol use on alcohol use disorder in young adulthood: exploring the mediating roles of adolescent alcohol expectancies and consumption. *J Adolesc*. 2023;95(4):716-28. doi:10.1002/jad.12148.
18. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-104. doi:10.1016/S0140-6736(05)71146-6.

Como citar	Menezes, L., Ferreira, A., Menezes, M., & Menezes, H. (2026). Perfil epidemiológico e desigualdades sociodemográficas na mortalidade por doença alcoólica do fígado no Nordeste brasileiro. <i>Revista Portal: Saúde E Sociedade</i> , 13(unico). https://doi.org/10.28998/rpss.v13iunico.21189
	Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado
Conflito de interesses	Sem conflito de interesse
Financiamento	Sem apoio financeiro
Contribuições dos autores	Concepção e/ou delineamento do estudo: LCM, AMF, MCM, HLM. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: MCM. Redação preliminar: LCM, AMF. Revisão crítica da versão preliminar: HLM, MCM. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram em prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.