



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Impacto da pandemia da COVID-19 nos padrões de consumo de álcool da população geral

Bruno Dias Couto

Orientado por:

Prof. Doutor Samuel Filipe Gomes Pombo

Maio'2022

Índice

Resumo	2
Abstract	3
Abreviaturas e acrónimos	4
Introdução	5
1. Consumo de substâncias	5
2. Álcool	6
2.1 Contexto histórico	6
2.2 Clínica	6
2.3 Diagnóstico	8
2.4 Marcadores diagnósticos	9
2.5 Comorbilidades	10
2.6 Tratamento	11
3. COVID-19	12
3.1 Contexto histórico	12
3.2 Fatores de risco para a saúde mental	14
3.3 Patofisiologia	15
4. Impacto da pandemia no doente alcoólico	15
Metodologia	17
Resultados	18
Discussão	27
Conclusão	35
Agradecimentos	37
Referências bibliográficas	38

Resumo

Introdução: Álcool é a substância mais consumida mundialmente, quando em abuso, é associado a elevados níveis de mortalidade, morbidade e impacto físico, psicológico e social, representando um problema socioeconómico mundial. Atualmente, a pandemia da COVID-19 corresponde a um grande impacto psicossocial para a população, podendo ter consequências psicológicas e alterações de comportamento, sendo necessário compreender-se o seu verdadeiro impacto na realidade populacional.

Objetivo: Avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 nos padrões de consumo de álcool da população geral, através de uma revisão de literatura.

Métodos: Realizou-se uma pesquisa literária na base de dados *PubMed*. Posteriormente selecionaram-se os estudos originais, que estudassem o impacto da pandemia da COVID-19 nos padrões de consumo de álcool da população geral cuja metodologia recorresse ao Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ou derivações.

Resultados: Foram selecionados 15 artigos. Verificou-se uma diminuição do consumo de álcool na população geral e vários estudos apresentam evidência significativa de que a idade, o género e a saúde mental constituem fatores preditores e/ou protetores da variação do mesmo consumo durante o confinamento.

Conclusão: O período de confinamento mostrou impactar a curto prazo os padrões de consumo de álcool da população geral, verificando-se uma diminuição nesta primeira fase. A idade, o género e a saúde mental representam fatores preditores desta variação, com os jovens e os homens a mostrarem maior suscetibilidade à diminuição do consumo, enquanto o aumento dos scores de ansiedade e depressão resultantes das restrições associadas à COVID-19 se associam ao aumento do consumo. São necessários mais estudos longitudinais sobre a temática, que abranjam mais áreas da saúde mental e potenciais fatores preditores do aumento do consumo de álcool, que primem por uma maior diversidade amostral e que se centrem no papel que os serviços de suporte social têm na prevenção de problemas relacionados com o álcool.

Palavras-chave: Consumo de álcool; Confinamento; COVID-19; Distanciamento social.

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

Abstract

Introduction: Alcohol is the most consumed substance worldwide, when abused, it is associated with high levels of mortality, morbidity and physical, psychological and social impact, representing a worldwide socioeconomic problem. Currently, the COVID-19 pandemic has a major psychosocial impact on the population, which can have psychological consequences and behavioral changes, hence the need to understand its true impact on the population's reality.

Objective: To assess the impact of the COVID-19 pandemic on alcohol consumption patterns in the general population, through a literature review.

Methods: A literary search was carried out in the PubMed database. Subsequently were selected the original studies that studied the impact of the COVID-19 pandemic on the patterns of alcohol consumption in the general population, whose methodology used the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) or derivations.

Results: 15 articles were selected. There was a decrease in alcohol consumption in the general population and several studies present significant evidence that age, gender and mental health are predictive and/or protective factors of variation of the same consumption during confinement.

Conclusion: The confinement period showed a short-term impact on the alcohol consumption patterns of the general population, with a decrease in this first phase. Age, gender and mental health represent predictors of this variation, with young people and men showing greater susceptibility to reduced consumption, while the increase in anxiety and depression scores resulting from restrictions associated with COVID-19 are associated with consumption increase. There is a need for more longitudinal studies on the subject, covering more areas of mental health and potential predictors of increased alcohol consumption, which strive for greater sample diversity and focus on the role that social support services play in prevention of alcohol-related problems.

Keywords: Alcohol consumption; Lockdown; COVID-19; Social distancing.

The Final Work is from the exclusive responsibility of its author, and the FMUL is not responsible for the contents presented therein.

Abreviaturas e acrónimos

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

PUA – perturbação por uso de álcool.

ALT – aminotransferase.

VCM – volume corpuscular médio.

GGT – gamaglutamiltransferase.

CDT – transferrina deficiente em carbohidrato.

DSM-5 - Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition.

SARS - severe acute respiratory syndrome.

SARS-CoV-2 - severe acute respiratory syndrome coronavírus 2.

COVID-19 - coronavírus disease 2019.

MERS - Middle East Respiratory Syndrome.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence.

ARDS - Síndrome de dificuldade respiratória aguda.

Introdução

1. Consumo de substâncias

As perturbações associadas ao consumo de substâncias têm por base 10 classes: álcool; cafeína; cannabis; alucinogénios; inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes; tabaco; e substâncias desconhecidas ¹. No presente trabalho, terá sido em conta apenas a classe do álcool, que representa historicamente um papel importante no vínculo social para muitos, no entanto, em excesso, representa 2.8 milhões de mortes prematuras por ano ².

Estima-se que 2% da população mundial é dependente do consumo de álcool ou de drogas ilícitas, valor que em países como os Estados Unidos da América ou da Europa oriental passa a mais do que 1 em 20 pessoas dependentes ³.

De acordo com os dados mais recentes do *National Survey on Drug Use and Health*, no ano de 2019, nos Estados Unidos da América, numa população representada por maiores de 12 anos inclusive, 60.1% da população consumiu uma substância nos 30 dias prévios; 50.8% consumiu álcool; 21.1% consumiu tabaco; e 13% consumiu uma droga ilícita nesse mesmo período. Dentro dos 139.8 milhões de consumidores de álcool com 12 anos ou mais em 2019, 47.1% bebeu compulsivamente (*binge*), 24.4% dos atuais consumidores compulsivos e 11.5% dos atuais consumidores regulares de álcool foram *heavy drinkers* nos últimos 30 dias. Nos adolescentes com idades entre os 12 e os 17 anos, 9.4% consumiu álcool nos últimos 30 dias, e 4.9% consumiu compulsivamente. Entre adultos jovens, com idades entre os 18 e os 25 anos, 54.3% consumiu álcool nos últimos 30 dias e 34.3% consumiu compulsivamente ⁴.

Em Portugal, com base nos dados mais recentes apurados pelo *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, referentes a 2016, a prevalência do consumo de álcool na faixa etária dos 15 aos 64 anos de idade corresponde a 59.4% da população, com um destaque para os 68.5% correspondentes à população masculina, face aos 50.8% da população feminina ⁵.

2. Álcool

2.1 Contexto histórico

O álcool é a substância mais consumida mundialmente, quando em abuso, é associada a elevados níveis de mortalidade, morbidade ^{6,7,8} e impacto físico, psicológico e social ⁹, com prevalência crescente nas mulheres e crianças ⁶, representando um problema socioeconómico mundial ⁹.

O seu consumo remonta às origens, a cerveja era comumente produzida no Egito e o vinho é conhecido há milhares de anos, no entanto o consumo excessivo ganhou destaque na segunda metade do século XX ⁹.

2.2 Clínica

A perturbação por uso de álcool (PUA) apresenta um curso variável, começando logo nas suas origens, sabendo-se hoje que cerca de 45% a 65% da influência é genética, sendo que o resto é ambiental ^{1,10,11,12}. Dentro dos fatores de risco ambientais incluem-se atitudes culturais relativamente ao consumo e à intoxicação, a disponibilidade do próprio álcool, experiências pessoais, níveis de stress e expectativas elevadas dos seus efeitos e a pressão dos pares ¹.

A gravidade da perturbação tem por base o número de critérios diagnósticos aplicáveis ao indivíduo, sendo esta, portanto, variável ao longo do tempo, conforme alterações de frequência e/ou dose consumida de álcool, através do autorrelato do indivíduo, relato de outras pessoas, observações clínicas e, sempre que possível, exames biológicos ¹.

É importante, então, definir o que é a perturbação por uso de álcool (PUA). Segundo o manual de classificação das perturbações mentais DSM-5 (Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition), corresponde a um padrão problemático de consumo de álcool, com conseqüente comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, com manifestação de pelo menos dois dos seguintes critérios, ao longo de um período de 12 meses ¹:

1. Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.

2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos.
4. Craving ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool.
5. Uso recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos.
7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool.
8. Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
9. O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado.
 - b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.
11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a. Síndrome de abstinência característica de álcool.
 - b. Álcool (ou uma substância estreitamente relacionada, como benzodiazepinas) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Perturbação leve: 2-3 critérios.

Perturbação moderada: 4-6 critérios.

Perturbação grave: 7-11 critérios.

2.3 Diagnóstico

A PUA define-se com base num conjunto de sintomas comportamentais e físicos, nos quais se incluem a abstinência, a tolerância e o *craving* ¹. A abstinência surge 6 a 24 horas após a redução do consumo de álcool ¹³, seguindo-se a uma ingestão prolongada e excessiva. Esta é tipicamente desagradável e de tal forma intensa, que pode levar os indivíduos a retomar a ingestão de forma a evitar os sintomas de abstinência, que incluem tremores, agitação, náuseas, suores, vômitos, alucinações, insónias, taquicardia, hipertensão, *delirium* e convulsões ^{1;13}. Assim que este fenómeno se torna repetitivo, indivíduos com PUA passam a dedicar cada vez mais tempo e recursos para obter e consumir bebidas alcoólicas ^{1;13;14}.

O *craving* por álcool caracteriza-se por um desejo intenso de beber, o que devido à natureza do desejo resulta muitas vezes no consumo ¹.

A PUA, à semelhança de outras substâncias, relaciona-se com problemas de conduta, depressão, ansiedade e insónia, que tanto podem surgir após consumo intenso, como, já visto, o podem anteceder. Muitas vezes, o álcool pode ser usado para aliviar efeitos indesejados de outras substâncias, ou até mesmo substituir as mesmas quando em falta ¹.

A prevalência das perturbações associadas ao álcool é tipicamente maior nos homens do que nas mulheres ^{12;15;16;17;18}.

O primeiro episódio de intoxicação por álcool tende a ocorrer no período da adolescência ¹, sendo o álcool uma das substâncias tipicamente usadas e abusadas por adolescentes e jovens adultos ^{19;20;21}, que, por comportamentos mantidos, desenvolvem perturbações relacionadas com o álcool antes dos 30 anos de idade ¹. Esta faixa etária é particularmente preocupante, colocando estes indivíduos em risco de saúde e com grande impacto social ²², sendo conhecida uma relação evidente entre o consumo prejudicial de álcool numa idade precoce e uma maior probabilidade de esta se estender pela idade adulta, com todas as consequências que daí advém ²³. Esta aparente vulnerabilidade deve-se em grande parte ao ambiente vivido pelos indivíduos desta faixa etária: término da educação, transição para o mercado de trabalho, surgimento de novas e longas relações, que causam alterações da regulação emocional, aumentando a

predisposição para comportamentos de risco, como é o caso do consumo de álcool ^{24;25}. Reduzir os padrões de consumo de alto risco constitui um desafio para a saúde pública ²⁶.

2.4 Marcadores diagnósticos

Previamente a qualquer diagnóstico de PUA, existe uma seleção de indivíduos que necessita de atenção redobrada. Estes são indivíduos que apresentam um consumo mais intenso, o qual os coloca em risco de atingirem o nível de PUA ^{12;27}. Estes podem ser identificados quer por questionários padronizados, quer por análises dos valores de álcool no sangue ¹. O método mais comumente utilizado é a medição da concentração de álcool no sangue. Este é um teste observacional transversal, possível de realizar instantaneamente, que tem como vantagem permitir estabelecer a tolerância ao álcool, comparando o nível de intoxicação com o valor de álcool no sangue ¹. A nível laboratorial, a elevação da gamaglutamiltransferase (GGT) é sensível para consumo intenso, sendo que cerca de 70% dos indivíduos com valores elevados de GGT são consumidores persistentes de elevadas doses de álcool. Uma alternativa é a análise da transferrina deficiente em carboidrato (CDT), que pode apresentar alta sensibilidade e especificidade para consumos elevados. Ambos os marcadores são úteis também no controlo da abstinência, dado que os valores de GGT e CDT normalizam dias a semanas após o término do consumo. Se os valores aumentarem significa que o indivíduo retomou o consumo elevado. Poderá haver ainda interesse na análise do volume corpuscular médio (VCM), dado que o álcool tem efeitos ao nível da eritropoiese e os valores de VCM tendem a estar mais elevados em consumidores de álcool. Devido à longa semi-vida dos eritrócitos, a análise da VCM não tem interesse no controlo da abstinência ^{1;28}.

Outros marcadores diagnósticos prendem-se com as consequências do consumo prolongado do álcool, nomeadamente testes de função hepática, por exemplo, alanina aminotransferase (ALT) e fosfatase alcalina, que traduzem danos hepáticos causados pelo álcool; sinais e sintomas como dispepsia, náusea e edema que podem acompanhar a gastrite, a hepatomegalia, varizes esofágicas e hemorroidas que podem traduzir alterações hepáticas causadas pelo álcool; e sinais físicos como tremor, instabilidade na marcha, insónia e, no caso do homem, disfunção erétil, redução do tamanho dos

testículos e efeitos feminizantes, com redução da produção da testosterona, ou no caso da mulher, irregularidades menstruais e problemas na gestação. Períodos de abstinência poderão estar associados a náuseas, vômitos, gastrite, hematemese e edema ^{1;28}.

2.5 Comorbilidades

Não se pode falar de PUA sem referir as suas comorbilidades. Por um lado, existe um aumento da prevalência desta em indivíduos com outras perturbações do foro psiquiátrico, como é o caso de perturbações bipolares, esquizofrenia e perturbação da personalidade antissocial e muitas vezes associa-se também a perturbações depressivas e ansiedade, assim como ao consumo de outras substâncias ^{1;7}. Aliás, até parece haver uma distinção, por um lado, a dependência do álcool, mas sem a componente do abuso, é mais prevalente em indivíduos ansiosos e/ou deprimidos, enquanto indivíduos com PUA constituem um subgrupo de ansiosos e/ou deprimidos, onde existe um contexto de hábitos relacionados com vício e de vulnerabilidade, como é o exemplo de história familiar de dependência de álcool, história familiar de ansiedade e/ou depressão e trauma ²⁹.

O consumo continuado de doses elevadas de álcool tem impacto a um nível multissistémico de órgãos, nomeadamente dos sistemas gastrointestinal, cardiovascular e nervoso central e periférico ¹. A nível gastrointestinal destacam-se a gastrite, úlceras gástricas e duodenais e em cerca de 15% dos indivíduos, cirrose hepática e/ou pancreatite ^{1;27}. Existe ainda uma relação importante com o aumento da prevalência do cancro gastrointestinal ²⁷. A nível cardiovascular, destaca-se a hipertensão leve, dislipidémia e, menos frequentemente, miocardiopatias, mais típicas em consumidores de maiores quantidades de álcool e eventualmente com outros fatores de risco ^{1;30;31}. O abuso de álcool está também associado a arritmias temporárias, normalmente de origem auricular, porém poderão originar-se nos ventrículos, com aumento do intervalo QT ³¹. A nível nervoso periférico, a neuropatia periférica é a mais comum, enquanto a nível nervoso central destacam-se déficits cognitivos, que se traduzem em problemas de memória, aprendizagem e resolução de problemas ³², que por norma são reversíveis numa questão de semanas de abstinência ³³, assim como alterações imagiológicas do cérebro, por exemplo, alargamento dos ventrículos ³⁴. Embora presente em menos de 1% dos indivíduos com dependência do álcool ²⁷, dou especial destaque à Síndrome de

Wernicke-Korsakoff, a qual se traduz numa perturbação amnésica persistente associada ao álcool, no entanto amnesias anterógradas leves são relativamente comuns ³⁵.

Ainda associado ao consumo abusivo de álcool, é importante destacar o risco aumentado de suicídio durante períodos de intoxicação grave e no caso de perturbações depressivas ou bipolares temporárias induzidas por álcool.

Adicionalmente, não se pode falar em consumo abusivo de álcool sem ter em consideração a ocorrência de acidentes possivelmente fatais. Existem ainda implicações em subpopulações, como é o exemplo das grávidas, estando descritos efeitos adversos ao nível do desenvolvimento do feto, incluindo baixo peso à nascença, abortos espontâneos, partos pré-termo, síndrome alcoólico-fetal ou outras perturbações associadas ao álcool, como é o caso de anomalias da formação da face, anomalias cardíacas ao nível do septo ventricular, atrasos no desenvolvimento e sindactilia ^{36;37}.

2.6 Tratamento

O tratamento da PUA tem como objetivo principal a melhoria da qualidade de vida e das funções psicossociais do doente. A abordagem terapêutica consiste em intervenções psicossociais (terapia comportamental, terapia cognitivo-comportamental e entrevista motivacional), concomitantemente com terapia farmacológica ³⁸. Esta doença, devido ao estigma que a acompanha, leva a que apenas uma pequena percentagem de doentes procure ajuda e cumpra tratamentos, na Europa são cerca de 8%, versus 25% nos EUA ^{39;40}.

Aos longo dos anos, a perspetiva no que diz respeito ao tratamento da PUA tem vindo a mudar, classicamente este baseava-se em programas de abstinência, no entanto, devido a taxas de recaída na ordem dos 70 a 80% no primeiro ano ³⁸, atualmente é recomendada uma abordagem com base na redução de consumos de risco e na minimização dos problemas associados com o uso e abuso de álcool ^{38;41}. A grande vantagem deste novo paradigma é a maior flexibilidade perante cada indivíduo, um doente pode não se encontrar preparado para se comprometer com uma abstinência total, sendo então possível dar a opção de escolha ao doente, estando provado que se obtêm melhores resultados ⁴², nunca descurando o grau de dependência do doente, o

seu estado de saúde tanto físico como mental, assim como o contexto social em que o doente se insere.

Em Portugal, existe uma escassez de normas de orientação clínica referentes à PUA, o que faz com que seja necessário recorrer a normas de outros países. No Reino Unido, as normas do NICE (National Institute for Health and Care Excellence) atentam a oferta de intervenções a nível comunitário, que promovam a abstinência ou o consumo moderado quando mais apropriado, não descurando a prevenção de recaídas para todos os indivíduos que sofram de PUA, dando-se importante destaque ao acompanhamento e tratamento psicológico destes. No doente com PUA ligeira a moderada, sem comorbilidades significativas, como tratamento, é suficiente a redução do consumo de álcool. Em casos de PUA severa, associada a comorbilidades psiquiátricas e físicas significativas, deverá ser considerado um programa de redução de consumo nas situações em que o doente não esteja pronto a comprometer-se com a abstinência total, caso contrário a abstinência total permanece como intervenção mais adequada ^{38;43}.

Um passo limitante na abordagem farmacológica da PUA é o desconhecimento fisiopatológico da doença, no entanto, atualmente, procura-se adotar uma perspetiva de redução do risco e minimização dos danos do consumo do álcool. Outra abordagem válida é a que visa a redução do consumo de álcool, permitindo ao doente controlar o *craving*, diminuindo o consumo de álcool e os riscos associados ao mesmo ⁴⁴.

3. COVID-19

3.1 Contexto histórico

Coronavírus é uma grande família de vírus que infetam tanto animais, como humanos ⁴⁵. Nos humanos, o coronavírus está associado a infeções do trato respiratório, que vão desde uma simples constipação, até algo mais severo, como é o caso da MERS (Middle East Respiratory Syndrome) e SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) ⁴⁶.

No final de 2019, surgiu em Wuhan, uma província da China, um novo coronavírus, chamado SARS-CoV-2 (severe acute respiratory coronavirus 2) ⁴⁷. A doença respiratória contagiosa resultante deste novo vírus chama-se COVID-19 (coronavírus disease 2019) ⁴⁸ e, num espaço de meses, afetou todo o mundo e obrigou a toma de

medidas de contenção. O confinamento foi considerado a medida mais eficaz na contenção desta doença que em março de 2020 já era declarada de pandemia, permitindo assim a diminuição da velocidade de propagação do coronavírus pelo mundo ⁴⁹. À data da redação deste trabalho, ainda não existem tratamentos específicos para a COVID-19, no entanto, desde dezembro de 2020, Portugal iniciou o processo de vacinação, o que reestabeleceu algum controlo no progresso da pandemia. Inicialmente, as medidas tomadas basearam-se no distanciamento social, acompanhado de forte testagem populacional, embora com inúmeras consequências a longo prazo, tanto a nível socioeconómico, como a nível da saúde mental da população ⁵⁰.

Considerando a escala das consequências associadas à COVID-19 e às medidas a ela ligadas, não se pode ignorar as várias dimensões da forma como a pandemia afetou a vida das pessoas. A nível individual, o medo generalizado, do desconhecido, da doença, da morte, do isolamento e da insegurança financeira e física. A nível social, a recessão económica, a limitação de oportunidades e educação, instabilidade profissional, aumento das desigualdades e estigma ^{51;52}. Pode-se até considerar a pandemia da COVID-19 um trauma em massa, com grande impacto psicossocial, que pode ter consequências psicológicas, alterações de comportamento e comportamentos aditivos, incluindo consumo de álcool ^{52;53}.

Apesar de ser ainda cedo para analisar consequências a longo prazo, podemos consultar a história, e vemos que em 2003, com o surto de SARS, ao fim de três anos, em algumas subclasses de profissionais de saúde, os sintomas de abuso/dependência de álcool estava acima da média, tipicamente homens, com idades entre os 36 e os 50 anos, que trabalharam em unidades de alto nível de exposição ou que tivessem estado em quarentena ⁵⁴. Da mesma forma, traumas pré-SARS e períodos de quarentena mostraram ser preditores de altos níveis de sintomas depressivos três anos depois do surto ⁵⁵.

Por outro lado, em 2015, com o surto do MERS, a população sofria com o medo geral de utilizar os transportes públicos, a dificuldade em sair de casa, a insegurança relativamente à eficácia das medidas tomadas, o sentimento de impotência e o medo de ser infetada ⁵⁶, tudo isto bastante semelhante com o que está a acontecer com a pandemia da COVID-19 nos dias de hoje.

Epidemias passadas, como a SARS em 2003 e a MERS em 2015, sugerem um forte potencial para inúmeras consequências psicológicas durante e após a pandemia por COVID-19. Perturbação por consumo de álcool, síndrome pós-traumático, ansiedade, raiva, medo de contágio, percepção de risco, incerteza e falta de confiança constituem algumas das consequências a curto e longo prazo que se podem vir a verificar com a pandemia por COVID-19. A estabilidade mental está em risco e é necessário atuar ao nível dos comportamentos de risco, reações de sofrimento e mecanismos de *coping* inapropriados. É necessária uma atenção redobrada para os doentes com doenças mentais prévias que possam não conseguir lidar com as implicações da pandemia, indivíduos com vulnerabilidade intrínseca para desenvolver perturbações mentais e, por fim, profissionais de saúde, familiares de infetados e todos aqueles que sofreram com a pandemia, que foram expostos a níveis anormais de stress ⁵⁷.

3.2 Fatores de risco para a saúde mental

Um pouco por todo o mundo, milhões de pessoas viram-se na necessidade de encarar dificuldades financeiras, muitas delas ainda atualmente, devido a *lay-offs*, à redução de horários e, em maior escala, ao trabalho remoto. Esta situação instalou-se de forma imediata, sem permitir haver um período de adaptação, o que resultou num período inicial de elevado stress para a população em geral, ainda para mais associado ao medo generalizado relativo aos riscos para a saúde referentes à COVID-19, contribuindo para altos níveis de ansiedade, depressão e stress na população geral ⁵⁸. Concomitantemente, outras medidas restritivas tomavam lugar na sociedade, o confinamento geral e medidas de distanciamento social alteravam o dia-a-dia de muitos, os seus mecanismos de *coping* como apoio social, locais de culto, instalações recreativas e serviços de aconselhamento encontravam-se agora encerrados ⁵⁹.

São vários os motivos conhecidos para consumir álcool, no entanto, como mecanismo de *coping* em particular, coloca os indivíduos em maior risco de problemas associados ao consumo de álcool ^{60;61}. Numa situação tão peculiar como com as medidas de controlo da COVID-19, o encerramento de locais de consumo social e a obrigatoriedade de distanciamento social, colocam a população numa situação particular, em que consumir álcool sozinho, que seria algo atípico, agora poderá vir a ser uma nova realidade, os motivos de *coping* para consumir álcool poderão levar as

peessoas a consumir álcool em casa sozinhas, o que pode desencadear sintomas de PUA⁶². Estas medidas de saúde pública trouxeram implicações a nível pessoal e profissional, com um confluir dos dois na rotina diária das famílias, associando-se a maiores níveis de stress^{63;64;65;66}, da mesma forma, muitas famílias perderam empregos, com conseqüente diminuição ou perda de rendimentos com sofrimento psicológico associado⁶⁷, a própria pandemia e as questões de saúde a ela associadas e o distanciamento social são todos fatores geradores de ansiedade e sabe-se que indivíduos a experienciar ansiedade ou humor depressivo estão em maior risco de consumir álcool por *coping*^{68;69;70;71}. Este grupo populacional encontra-se, então, numa posição de maior probabilidade de experienciar problemas relacionados com o consumo de álcool.

3.3 Patofisiologia

É sabido que um consumo elevado de álcool está associado a um risco aumentado de síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS) e esta relação estabelece-se através de diversos mecanismos, incluindo disfunção epitelial alveolar, stress oxidativo induzido pelo metabolismo do álcool e interferência na função macrofágica alveolar⁷². Esta relação vai ainda mais além, ter um diagnóstico relacionado com consumo de álcool está associado a um pior *outcome* em pacientes hospitalizados com pneumonia⁷³. Sabe-se ainda que o consumo crónico de álcool pode induzir disfunção ciliar nas vias aéreas, o que constitui um preditor de infeções bacterianas e virais⁷². Estes efeitos do consumo de álcool levantam importantes implicações na gestão de pacientes com COVID-19, na medida em que história de consumo de álcool, não só é um fator de risco para COVID-19, como pode ainda ser um importante preditor de severidade e eventual admissão em unidades de cuidados intensivos⁷⁴.

4. Impacto da pandemia no doente alcoólico

A pandemia da COVID-19 poderá levar a uma alteração dos comportamentos da população, tais como atividade física, consumo de substâncias e alterações da qualidade do sono. Idealmente, algumas pessoas são capazes de se adaptar a esta nova realidade, procurando atividades alternativas de forma a conciliarem melhor o seu tempo em casa. Com o implementar do confinamento obrigatório, surgiu também a oportunidade de

muitas famílias iniciarem uma atividade física, visto que esta passou a constituir uma das poucas exceções ao confinamento, tendo muitas famílias desenvolvido o hábito de caminhar ou andar de bicicleta, sendo que se considera que existe uma associação positiva entre a atividade física e a diminuição do sofrimento psicológico ⁷⁵, sendo expectável que o começo ou continuação da prática de atividade física durante o confinamento seja benéfico na redução do sofrimento psicológico por este causado ⁷⁶. Por outro lado, algumas pessoas poderão gerir o isolamento social e o sofrimento psicológico causado pela pandemia adotando ou aumentando hábitos adversos à saúde como é o consumo de álcool ⁷⁶. O consumo nocivo de álcool está associado a neuroadaptações que amplificam o *craving* por álcool em situações de stress ⁷⁷, daí que o isolamento social associado às alterações profissionais e incertezas do futuro possam levar ao aumento do consumo de álcool em indivíduos suscetíveis ⁷⁸.

Desde o início da pandemia, verificou-se um aumento das vendas de bebidas alcoólicas ^{79;80}, o que aparenta ser um indiciador direto do aumento do consumo de álcool durante o período do confinamento. Desta forma, podem ser colocadas duas hipóteses quanto à possível variação dos padrões de consumo da população: uma primeira hipótese será de que, de facto, haverá um aumento do consumo por parte de alguns grupos populacionais, particularmente homens, devido ao sofrimento emocional experienciado durante o confinamento; uma segunda hipótese é de que haverá uma diminuição do consumo de álcool, como resultado direto da diminuição da disponibilidade de bebidas alcoólicas, assim como pelo agravar da situação económica das famílias ⁸¹. O sofrimento causado pelas consequências inerentes a uma crise é já um conhecido precursor do aumento do consumo de álcool, no entanto a questão económica também tem peso e está associada a uma diminuição do consumo ⁶⁷. Desta forma, espera-se que a curto prazo haja uma diminuição do consumo de álcool em resposta à diminuição da disponibilidade de bebidas alcoólicas, assim como pelo encerramento dos locais de típico consumo social ⁸¹.

Metodologia

Para a elaboração deste artigo de revisão foi realizada uma pesquisa literária na base de dados *PubMed*, utilizando os seguintes termos de pesquisa: *(alcohol consumption) AND ((coronavirus) OR (covid-19) OR (pandemic) OR (SARS-CoV-2))*. Foram analisados títulos, artigos e *abstracts* limitados ao período de 01-01-2020 a 30-11-2021, com o objetivo de encontrar artigos originais, que estudassem o impacto da pandemia da COVID-19 nos padrões de consumo de álcool da população geral. O objetivo foi realizar uma revisão da literatura já existente sobre o tema, retirando dela as conclusões mais relevantes.

Como critérios de exclusão, definiram-se os seguintes: artigos de revisão, meta-análises, estudos que não estabelecessem uma comparação evidente entre um período pré-confinamento e um período de confinamento e estudos que não recorressem ao score AUDIT, ou derivações, como forma de validar a medição do consumo de álcool.

Os artigos foram posteriormente triados com base no seu resumo/*abstract* pela sua relevância na análise do tema.

Resultados

De acordo com a metodologia previamente descrita, foram encontradas inicialmente 515 citações potencialmente relevantes. Após exclusão de 446 artigos pelo título e *abstract*, 69 foram sujeitos ao filtro de metodologia e relevância ao tema, dos quais 43 foram excluídos por ausência de recurso ao score AUDIT ou derivados e 11 por não relevância ao tema. Foram incluídos 15 artigos nesta revisão. A identificação dos artigos e os seus resultados principais encontram-se resumidos na tabela 1.

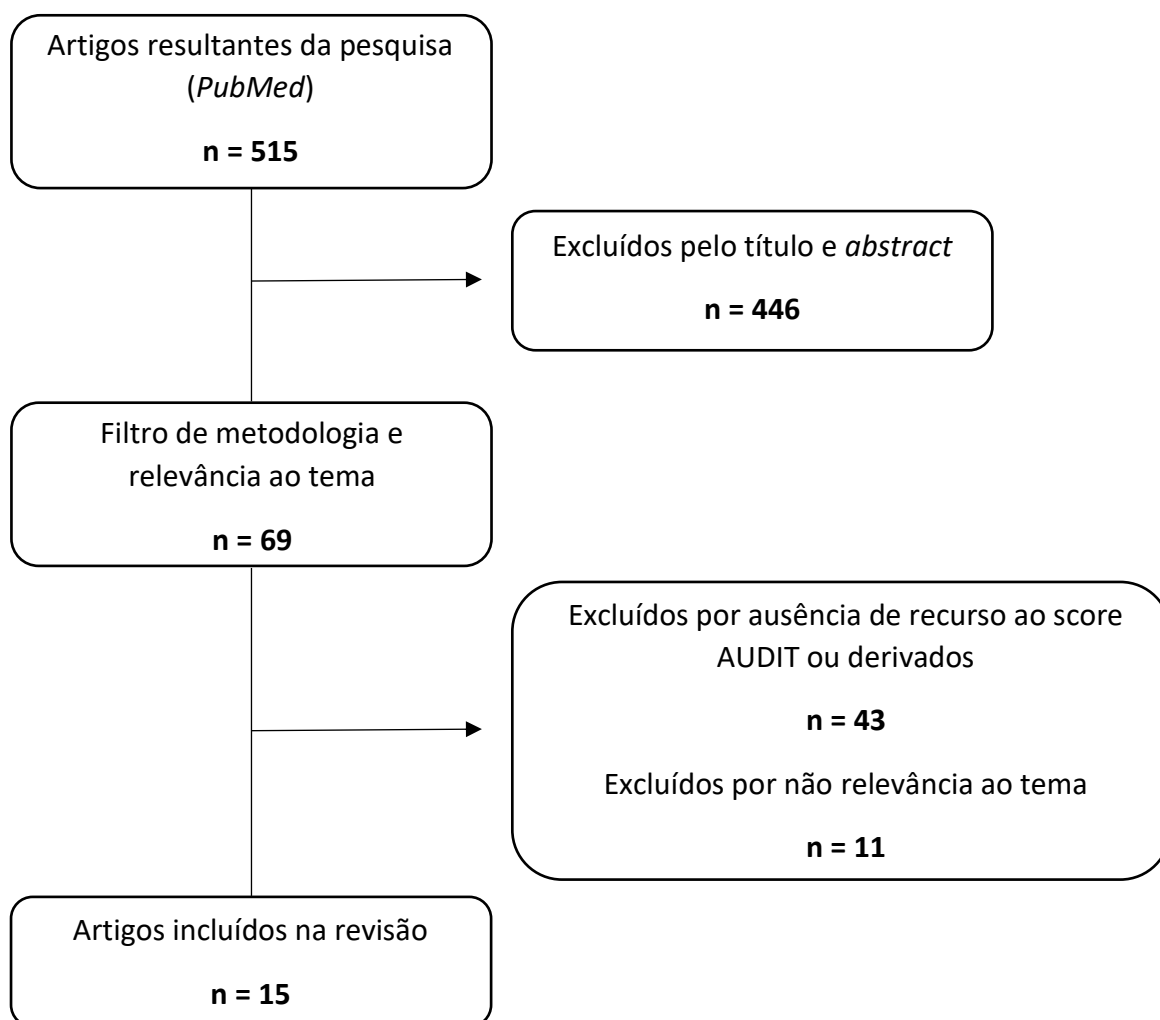


Imagem 1. Fluxograma da pesquisa e seleção de estudos.

Tabela 1. Descrição das características dos estudos incluídos na pesquisa bibliográfica.

Autores (ano e país)	Confinamento	N	Idade média (anos)	Género (M/F/não binário)	Desenho	Resultados e principais conclusões
Sallie et al. (2020) UK ⁸²	Maio de 2020	1346	28.92	M – 74.7% F – 24.2% O – 1,1%	Transversal	<p>Na amostra internacional, a variação no consumo de álcool problemático foi de 0.89 ± 1.43 e a média de consumo semanal foi de 5.62 ± 9.55 unidades.</p> <p>Dos 859 participantes que consomem álcool, a variação de gravidade do período pré-confinamento para confinamento foi uma descida de 1.53 ± 1.6.</p> <p>As unidades de álcool consumidas por semana também diminuíram durante o período do confinamento (8.03 ± 14.22 unidades), comparativamente a novembro de 2020 (8.32 ± 11.92 unidades).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20% reportaram abstinência durante o período do confinamento. - 45% reportaram uma diminuição do consumo semanal. - 36% reportaram um aumento do consumo semanal.

Bollen et al. (2021) Bélgica ⁸³	Abril a junho de 2020	1693	41.52	F – 58.3%	Longitudinal	<p>Numa fase inicial do confinamento: 38.9% diminuiu o consumo de álcool, 32.2% manteve os níveis de consumo e 28.9% aumentou o consumo.</p> <p>Numa segunda fase do confinamento: 30.1% diminuiu o consumo, 37.4% manteve os níveis de consumo e 32.5% aumentou o consumo.</p> <p>Após o confinamento: 48.2% aumentou o consumo, 27.5% diminuiu e 24.3% manteve.</p> <p>De antes a após o confinamento: 41.6% aumentou o consumo, 34.9% diminuiu e 23.4% manteve.</p>
Alpers et al. (2021) Noruega ⁸⁴	Abril de 2020	25708	50	F – 56%	Transversal	<p>91% reportou consumo de álcool.</p> <p>54% das mulheres e 52% dos homens reportaram consumo nocivo de álcool.</p> <p>13% reportou aumento do consumo de álcool.</p> <p>14% reportou <i>binge drinking</i>.</p> <p>Os homens apresentaram maior consumo unitário médio por semana (4 bebidas vs 2.4 bebidas). Em ambos os géneros, o consumo foi maior nos grupos etários de 18–29 e 60–69 anos.</p>

Niedzwiedz et al. (2020) UK ⁸⁵	Abril de 2020	10977	49.5	F – 52%	Longitudinal	<p><i>Binge drinking</i> aumentou de 10.8% (95% CI 10.3 to 11.3) na onda 9 (2017-2019), para 16.2% (95% IC 15.0 a 17.4) durante o confinamento, assim como a proporção de pessoas que reportaram consumir álcool 4x ou mais por semana 13.7% (95% IC 13.1 a 14.3) para 22.0% (95% IC 20.6 a 23.4)).</p> <p>A proporção de pessoas a consumir 5 bebidas ou mais por dia diminuiu de 13.6% (95% IC 13.0 a 14.3) na onda 9 (2017–2019) para 5.6% (95% IC 4.8 a 6.4) durante o confinamento.</p>
Oksanen et al. (2020) Finlândia ⁸⁶	Março a abril de 2020	1042	43.07	F – 48.22%	Longitudinal	<p>Na população em geral o score AUDIT manteve-se sem alterações significativas ($M, T1 = 3.71, SD = 0.74, M, T2 = 3.69; SD = 0.75, t\text{-test}, P = 0.852$).</p> <p>26.62% reportou diminuição do consumo de álcool, 48.2% manteve e 25.37% reportou aumento, apresentando estes um score AUDIT-C prévio superior aos que não reportaram aumento ($M = 4.97, SD = 2.35$ vs. $M = 3.26, SD = 2.29, t\text{-test}, P < 0.001$).</p> <p>53.37% dos que reportaram aumento de consumo durante a pandemia eram consumidores nocivos (AUDIT-C ≥ 5).</p>

Palmer et al. (2021) UK ⁸⁷	Junho a agosto de 2020	336		F – 64.3%	Transversal	<p>Diminuição do score AUDIT de 8.6 (SD 5.3) para 6.7 (5.6), com diminuição do score da frequência de 2.8 (SD 0.8) para 2.7 (SD 1.12), diminuição do score de número de bebidas de 0.9 (SD 1.0) para 0.7 (SD 0.9) e diminuição do score de <i>binge drinking</i> de 1.5 (SD 1.1) para 1.1 (SD 1.2).</p> <p>Diminuição do consumo de risco, nocivo e de dependência de 38%, 10% e 5%, para 21%, 4% e 6%.</p>
Clay et al. (2021) UK ⁸⁸	Maio de 2020	13453	19-62		Transversal	<p>29.08% do grupo de 30 anos e 26.67% do grupo de 50 anos reportou consumir mais álcool.</p> <p>32.23% do grupo de 30 anos e 45.02% do grupo de 50 as reportou maior stress. O stress foi associado a consumos de risco no grupo de 30 anos (OR = 3.77, 95% CI 1.15 a 12.28).</p> <p>Impaciência foi associada com aumento do consumo de álcool (1.14, 95% CI 1.06, 1.24) e consumo de risco (1.20, 95% CI 1.05, 1.38) no grupo de 19 anos.</p> <p>Comportamentos de risco foram associados com consumos de risco no grupo de 30 anos (OR = 1.18, 95% CI 1.05, 1.32).</p>

Boschuetz et al. (2020) EUA ⁸⁹	Abril de 2020	417	18-65+	M – 16.3% F – 83.45% O – 0.25%	Transversal	Diminuição do consumo de álcool de 93.2% para 86.9%. Diminuição dos padrões de <i>binge drinking</i> >6 bebidas. Consumo de 5 a 6 bebidas diárias aumentou de 2.0% para 5.5%. O valor médio do score AUDIT-C aumentou de 3 para 4, estatisticamente significativo apenas nas mulheres. Redução de padrões de <i>binge drinking</i> (45% vs 29.7%) e a abstinência completa passou de 6.1% para 12.5%.
Oldham et al. (2021) UK ⁹⁰	Abril a junho de 2020	2777	49.07	M – 48% F – 52%	Transversal	61% reportou não ter alterado o consumo. 16% reportou consumir mais. 22% reportou consumir menos. 30% reportou aumento da frequência de consumo. 14% reportou aumento da frequência de <i>Heavy Episodic Drinking</i> .
Kim et al. (2020) EUA ⁹¹	Março de 2020	182	57	M – 73% F – 27%	Transversal	24% reportou um aumento do consumo de álcool, com um aumento médio do score AUDIT de 57.6% e um consumo médio semanal de 82.5 unidades (SD 78). 19% reportou uma diminuição do consumo de álcool. 38% foi classificado como abstinente antes do confinamento, com um período médio de 19.5 meses (SD 22). Deste subgrupo, 17% recaiu durante o confinamento, com um AUDIT médio de 15.7 (SD

						9.6), representando um aumento médio de 226%, representando um consumo médio semanal de 48.8 unidades (SD 63). Dos 113 indivíduos que previamente consumiam álcool, 12% tornou-se abstinente desde o início do confinamento.
Chodkiewicz et al. (2020) Polónia ⁹²	Abril de 2020	443	31.9	M – 21.4% F – 78.6%	Longitudinal	Valor médio no AUDIT de 5.80 (± 4.05). - 28.22% representa consumo excessivo; - 0.7% representa consumo nocivo; - 0.9% representa possível adição; - 27% representa abstinência; - Restante representa consumo de baixo risco. Referente ao consumo de álcool desde o início do confinamento: - 13.8% refere consumir mais; - 17.4% refere consumir menos; - 41.1% refere manter consumo; - 27.8% refere ser abstinente.
Wang et al. (2020) China ⁹³	Maio a agosto de 2020	2229	36.6	M – 78.7% F – 21.3%	Transversal	Comparativamente ao período pré-pandemia, o consumo de álcool diminuiu de 3.5 bebidas para 3.4. Antes e durante a pandemia por COVID-19, os homens consumiram mais bebidas por semana (4.2 e 4.0 vs 1.3 e 1.2),

						tiveram uma maior percentagem de consumo excessivo (8.1 e 7.7% vs 4.4 e 2.7%) e mais dias de consumo por semana (2.1 e 2.1 vs 1.0 e 0.9 dias). Os homens apresentaram, também, maior consumo de risco (43.2 vs 9.3%) e consumo perigoso (70.2 vs 46.6%) que as mulheres.
Villanueva-Blasco et al. (2021) Espanha ⁹⁴	Abril a maio de 2020	3779	37.76	M – 30% F – 70%	Transversal	A frequência de consumo diminuiu durante o confinamento (M = 2.26; SD = 0.969 para M = 1.98; SD = 1.355). O número de unidades por dia diminuiu também: (M = 0.26; SD = 0.586) para (M = 0.12; SD = 0.404); com consumo intensivo menos frequente pós-confinamento: (M = 0.63; SD = 0.886) para (M = 0.27; SD = 0.709). Os consumidores de risco passaram de 25.9% para 15.1%.
Callinan et al. (2020) Austrália ⁹⁵	Abril a maio de 2020	1684	48.9	M – 31.2% F – 64.6% O – 3.6%	Transversal	Consumos nocivos diminuíram durante as medidas de distanciamento social (2019 AUDIT score = 8.2 (7.9-8.4 95% IC), durante a pandemia AUDIT score= 7.3 (7.1-7.6)). Consumidores mais jovens, nomeadamente mulheres mais novas, diminuíram o consumo em maior proporção, embora em mulheres de meia idade o consumo tenha aumentado.

Carbia et al. (2021)	Outubro a dezembro de 2020	713	35.77	F – 68%	Transversal	<p>Diminuição do AUDIT-C de 5.05 (\pm 2.5) para 3.37(\pm2.76).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 65.8% diminuíram o consumo de álcool (31% para níveis de AUDIT-C inferiores a 4); - 19.6% mantiveram os seus padrões de consumo. - 14.6% aumentaram o consumo; <ul style="list-style-type: none"> - 20% aumentou a frequência; - 6% aumento da frequência de <i>binge drinking</i>; - 10% aumentou as unidades por dia; - 12% aumentou as unidades de pico de consumo. <p>Os homens demonstraram padrões de consumo de maior risco face às mulheres.</p>
-----------------------------	----------------------------	-----	-------	---------	-------------	--

Discussão

No presente trabalho foi feita uma revisão de literatura de modo a avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 nos padrões de consumo de álcool da população geral. Ao todo foram utilizados 15 artigos originais, 11 de desenho transversal e 4 de desenho longitudinal.

No que concerne à distribuição temporal, 14 artigos representam dados do primeiro confinamento e apenas 1 representa dados do segundo confinamento. Relativamente às faixas etárias, todos os artigos abrangem uma população diversa.

Com o surgimento da pandemia da COVID-19, surgiu um grande impacto psicossocial para a população, que pode ter consequências psicológicas e alterações de comportamento, daí a necessidade de se compreender o seu verdadeiro impacto na realidade populacional.

Com o objetivo de responder a esta questão, o estudo **Sallie et al.**⁸² verificou que houve uma diminuição da quantidade de álcool consumido e da gravidade do seu consumo entre o período pré-confinamento e o período de confinamento, podendo isto ser justificado por várias etiologias, de entre as quais, a associação do confinamento à diminuição de disponibilidade e facilidade em adquirir bebidas alcoólicas no imediato e a diminuição a estímulos que pudessem desencadear desejo ou preferência de consumir álcool dentro de contextos sociais. Este estudo acrescentou novas variáveis à questão, verificou-se um aumento do consumo de álcool e severidade superior em indivíduos mais velhos, correlacionado com fatores demográficos frequentemente associados com o uso indevido de álcool; verificou-se ainda um maior consumo unitário no género masculino, comparativamente com o género feminino e indivíduos não binários, no entanto o género masculino diminuiu a quantidade e severidade de consumo, ao contrário do género feminino, que demonstrou maior suscetibilidade ao consumo de álcool como forma de lidar com o stress; a saúde mental também demonstrou estar associada com os padrões de consumo de álcool, parecendo haver uma relação entre stress relacionado com a COVID-19, depressão, ansiedade e urgência positiva e o aumento do consumo de álcool.

Bollen et al.⁸³ através de um estudo longitudinal, compararam os padrões de consumo dos inquiridos em quatro momentos: pré-confinamento (T0), entre 18 de março e 1 de abril de 2020 (T1), entre 1 de abril e 22 de abril de 2020 (T2) e nos pós confinamento (T3). Com este estudo verificaram que os participantes diminuíram o seu consumo de álcool após o início do confinamento e retomaram o nível inicial após o fim do confinamento. Uma vez mais, a idade teve um papel diferenciador, indivíduos mais novos (18-35 anos) mostraram-se mais suscetíveis a diminuir o consumo de álcool durante o período de confinamento, do que antes ou após, especialmente se apresentavam consumos de risco ou problemáticos previamente ao confinamento. Foi observado um aumento global do consumo no período pós-confinamento, no entanto consumidores problemáticos não atingiram os seus valores pré-confinamento, ao contrário dos consumidores de risco. Desta forma, parece haver um fator protetor para os consumidores problemáticos. Apenas foi observado um efeito de *rebound* após o fim do confinamento nos consumidores moderados mais novos.

O estudo **Alpers et al.**⁸⁴ demonstrou um consumo nocivo de álcool por cerca de metade da população inquirida. De uma forma geral, o consumo foi maior nos grupos etários de 18–29 e 60–69 anos. O aumento do consumo de álcool durante o confinamento foi mais reportado por pessoas com preocupações económicas, em quarentena e a trabalhar ou estudar a partir de casa, correspondendo apenas a 13% dos inquiridos. Os homens eram até 3x mais prováveis de ser *binge drinkers* frequentes, em qualquer faixa etária. Todos os grupos etários, exceto o de 70+ anos, reportaram aumento do consumo de álcool, com maior destaque para o grupo dos 30-39 anos. Em geral, os participantes mais jovens mostraram-se mais suscetíveis a alterar os seus padrões de consumo de álcool, comparativamente aos grupos mais velhos. Por outro lado, preocupações relacionadas com as consequências ao nível da saúde pela COVID-19 foram associadas a um maior consumo de álcool. Preocupações relacionadas com consequências económicas apresentavam uma relação mais forte com maior consumo de álcool, no entanto, verificou-se uma diminuição do consumo de álcool mais acentuada nos adultos mais jovens, pessoas em *lay-off* temporário e em quem trabalhava ou estudava a partir de casa.

No seguimento desta aparente relação com o stress, **Niedzwiedz et al.**⁸⁵ num estudo longitudinal, demonstraram que o *binge drinking* e consumo frequente aumentaram durante o confinamento, particularmente em indivíduos com mais de 25 anos, enquanto o consumo de 5 ou mais bebidas por dia diminuiu. Estes resultados poderão refletir apenas uma mudança naquilo que é considerado agora um dia de consumo de álcool normal, por exemplo, consumos sociais passaram a ser consumo em casa, refletindo-se também na frequência de consumo de álcool. Este estudo refletiu, também, sobre o impacto do confinamento na saúde mental, no entanto dados sobre os impactos desta nos comportamentos relacionados com a saúde, incluindo consumo de álcool, ainda são limitados.

Um estudo longitudinal de **Oksanen et al.**⁸⁶ verificou que cerca de 25% da amostra aumentou o consumo de álcool durante o confinamento e que estes apresentavam um score AUDIT-C prévio mais elevado do que aqueles que não reportaram aumento, 53.37% dos que reportaram aumento de consumo durante a pandemia eram consumidores nocivos (AUDIT-C \geq 5) e que, contrariamente a outros estudos, o aumento de consumo foi mais característico dos indivíduos jovens (18-29). Estes autores preocuparam-se em explicar os casos de aumento de consumo e *cyberbullying* no trabalho e sofrimento psicológico prévios à pandemia ditaram um aumento dos consumos. No entanto, *burnout* não aparenta ter relação, o que demonstra, uma vez mais, o papel da saúde mental neste contexto.

De forma a tentar compreender melhor o tipo de indivíduo que aumentou o seu consumo durante a pandemia, **Palmer et al.**⁸⁷ mostraram que embora as restrições associadas à COVID-19 levaram a uma diminuição geral dos scores AUDIT, obtiveram valores semelhantes a outros estudos, 23.2% reportou um aumento. Parecem existir correlações positivas entre scores de ansiedade e depressão e aumento de scores AUDIT. O maior aumento do consumo foi verificado nos indivíduos que reportaram consumir como forma de lidar com o aumento dos scores de ansiedade e depressão resultantes das restrições associadas à COVID-19. Este estudo demonstrou, também, que o grupo jovem apresentou uma maior diminuição dos scores AUDIT, à semelhança de outros estudos, verificou que indivíduos com maior incerteza financeira e de trabalho

apresentaram aumento do consumo e, por fim, não encontraram nenhuma relação entre género e alteração do AUDIT, ao contrário de outros estudos.

Clay et al.⁸⁸ constataram que entre 14% e 30% dos inquiridos, dependendo da idade, aumentaram o consumo de álcool durante a pandemia. Neste estudo tentaram perceber se havia uma relação entre o controlo inibitório, stress e consumo de álcool durante a pandemia e algumas das conclusões a que chegaram foram que, por um lado, empregabilidade estava relacionada com aumento do consumo de álcool em todas as coortes exceto as mais velhas, estar empregado ou a estudar foi associado com aumento da probabilidade de consumo de risco de álcool e subsequentes consequências deste consumo, da mesma forma, indivíduos com 50 anos e posições mais elevadas de trabalho apresentaram um maior consumo de álcool e acima de 62 anos apresentaram maior consumo de risco de álcool e subsequentes consequências. Por outro lado, controlo inibitório auto-reportado e, em alguns casos, uma interação complexa entre stress e personalidade foram relacionados ao uso de álcool e consumo perigoso durante o confinamento. Em pessoas de 30 e 50 anos, a personalidade de risco foi associada com uma maior propensão para consumir mais álcool e ter maior score de risco. A maioria dos jovens de 19 anos reportaram consumir menos, o que pode ser explicado pelo encerramento dos locais de consumo e redução a ambientes propícios ao consumo. Por outro lado, a impaciência característica deste grupo foi relacionada com o aumento do consumo nocivo.

Boschuetz et al.⁸⁹ mostraram, à semelhança de outros estudos, que de um modo geral o consumo de álcool diminuiu, embora a frequência e a quantidade tenham aumentado naqueles que continuaram a consumir, verificando-se também um começo mais precoce do consumo durante o dia neste grupo. Houve, no entanto, uma diminuição dos padrões de *binge drinking*. E houve um aumento dos scores AUDIT-C compatíveis com consumo abusivo de álcool, especialmente em mulheres, que representam o principal alvo deste estudo. Na população em geral não parece ter havido uma alteração significativa da quantidade de álcool consumido por dia. Ao contrário de estudos anteriores, este estudo não demonstrou uma correlação entre um diagnóstico prévio de perturbação de saúde mental, como ansiedade ou depressão, e uma alteração do consumo de álcool. No entanto, história prévia de abuso de substâncias

correlacionou-se com um aumento do consumo de álcool. Esta diferença de resultados comparativamente a outros estudos pode-se dever à pouca representatividade deste grupo populacional, visto tratar-se de um grupo maioritariamente feminino, caucasiano e de classe económica alta.

Oldham et al.⁹⁰ demonstraram que uma deterioração no bem-estar psicológico foi um dos preditores mais consistente do aumento da frequência do consumo de álcool e *heavy episodic drinking* tanto para os homens como para as mulheres, assim como estar de licença em casa. Os homens mostraram-se mais capazes de alterar os seus padrões de consumo, tanto para mais como para menos, no que diz respeito a unidades por ocasião, enquanto as mulheres mantiveram os padrões. As razões por detrás dos aumentos de consumo variam nos homens e nas mulheres: viver com crianças mostrou associar-se a um aumento unitário e da frequência de *heavy episodic drinking* para os homens; agravamento da situação financeira associou-se consistentemente com aumentos dos consumos em todos os padrões para os homens e apenas a nível unitário para as mulheres.

Para compreender o impacto de um diagnóstico prévio de perturbação por uso de álcool nos padrões de consumo durante a pandemia, **Kim et al.**⁹¹ concluíram que o confinamento causa diferentes alterações comportamentais no consumo de álcool, como já foi visto, cerca de 20% dos indivíduos aumentaram ou diminuíram o seu consumo. Stress psicológico é um risco já descrito para recaídas e aumento do consumo de álcool, a redução poderá estar associada à diminuição do poder de compra e à diminuição da disponibilidade de locais de compra. Descreveram ainda a ausência de fatores protetores para recaídas, sugerindo que a abstinência pré-confinamento não é protetora para recaídas durante o confinamento, mesmo estudando uma população com uma duração média de abstinência longa, que é já conhecido como um forte preditor de abstinência continuada. Desta forma, o confinamento poderá ultrapassar esta questão. Verificaram ainda que os indivíduos que recaíram passaram a ter consumos unitários elevados, em média 49 unidades por semana, o que vai de acordo com estudos prévios, que descrevem um consumo nocivo de álcool de alto risco após recaída. Por fim, observaram um subgrupo que manteve contacto clínico durante o

confinamento, e que mostrou ser um preditor positivo para reduzir a recaída e a melhorar a nova abstinência.

Um estudo longitudinal de **Chodkiewicz et al.**⁹² veio demonstrar que mais de 28% dos inquiridos consumiram em níveis de risco e, do lado oposto do espectro, cerca do mesmo número manteve abstinência durante o confinamento. Este estudo relatou, uma vez mais, um menor consumo por parte dos indivíduos jovens, mas desta vez associaram ainda outras variantes, o consumo era menor em jovens solteiros e sem filhos. Uma das hipóteses apontada para este fenómeno é a mesma que outros estudos propuseram, os locais de consumo encontravam-se encerrados, as pessoas passaram mais tempo em casa, o que diminuiu a oportunidade de consumo social. Concluíram ainda que o grupo mais suscetível de desenvolver perturbação por abuso de álcool e outros problemas reportou consumir mais álcool desde o início do confinamento, representando menos de 14% dos inquiridos, mas que partilham algumas características: score AUDIT pré-confinamento elevado; recorrem ao consumo de substâncias para lidar com o stress; atualmente apresentavam pior saúde mental, dificuldades nas atividades diárias, humor depressivo ou outros sintomas de depressão e ainda ideação suicida.

Wang et al.⁹³ uma vez mais, demonstraram que o consumo de álcool diminuiu durante o confinamento, sendo que, nesta população em específico, 78.7% dos consumidores eram homens, tendo padrões de consumo de risco, consumindo em maior quantidade do que as mulheres, tanto antes como durante o confinamento, consumindo mais unidades por semana, apresentando uma maior percentagem de consumo excessivo e mais dias de consumo por semana. O número médio de unidades por semana, a percentagem de *heavy drinkers* e a média de dias de consumo por semana, todos diminuíram durante o confinamento. Colocam ainda a hipótese de que a diminuição dos níveis de consumo poder-se-ão dever, uma vez mais, à diminuição das interações sociais e ao agravar da situação económica. Relativamente à questão das diferenças entre géneros, os homens reportaram consumir mais álcool em situações emocionalmente agradáveis, consumindo mais, mais frequentemente e com padrões nocivos, comparativamente às mulheres. As mulheres reportaram consumir mais álcool

em situações emocionalmente negativas, associando ansiedade e consumo de alto risco nas mulheres.

Villanueva-Blasco et al.⁹⁴ vieram contrariar as predições de que o consumo de álcool iria aumentar durante o confinamento, demonstrando que o consumo de álcool diminuiu durante o confinamento e que estas alterações são igualmente influenciadas pela idade e pela situação de emprego. A diminuição do consumo deveu-se a uma diminuição da frequência de consumo e a uma diminuição das quantidades diárias, um cenário comum a ambos os géneros, embora mais evidente nas mulheres. As diferenças, à semelhança do que já foi visto noutros estudos, foi ao nível da frequência de *heavy drinking* nos homens, que diminuiu mais do que nas mulheres, o que sugere que as restrições de mobilidade e as medidas de confinamento em casa tiveram um impacto nos padrões de consumo dos homens, mas não tanto nas mulheres, o que poderá indicar que os contextos de consumo são diferentes entre ambos os géneros, sendo que os homens aparentam consumir mais fora de casa, enquanto as mulheres consomem mais em casa. Isto também explica o facto de ter havido um aumento da percentagem de mulheres maior do que homens com uma frequência de consumo elevada. Sendo que nos indivíduos mais jovens, o consumo é feito fora de casa, explica, uma vez mais, a diminuição do consumo por parte deste grupo etário, provavelmente pelo encerramento dos locais de consumo social.

Callinan et al.⁹⁵ repetem o que tem vindo a ser verificado por outros estudos, com o objetivo de comparar subgrupos e as suas variações de consumo, uma vez mais, destacou o grupo de indivíduos jovens, que diminuiu mais o seu consumo nocivo do que indivíduos mais velhos, havendo ainda um maior destaque para as mulheres jovens. Indivíduos com 30-50 anos aumentaram os scores AUDIT, maioritariamente devido às mulheres, colocando-se a hipótese de que as mulheres aumentam o consumo de álcool em situações de stress no trabalho ou familiar, o que se tornou mais prevalente durante o confinamento. Maiores níveis de stress foram também associados positivamente a maiores alterações do score AUDIT. Independentemente do peso atribuído ao stress, a diminuição de oportunidades para consumo de álcool prevalece e permitiu uma diminuição do consumo geral de álcool.

Por fim **Carbia et al.**⁹⁶ com uma visão de uma fase mais tardia da pandemia, do segundo confinamento, encontraram percentagens similares de alterações do consumo, com uma maioria a diminuir o mesmo. Uma vez mais, verificou-se que a idade mais avançada é um forte preditor de aumento de consumo e que os indivíduos que apresentaram mais sintomas psicopatológicos durante o segundo confinamento, também reportaram um aumento da incidência de depressão, solidão e ansiedade especificamente associados ao início da pandemia da COVID-19, sendo que depressão demonstrou ser um dos principais preditores do aumento do consumo de álcool por *coping*.

Existem algumas limitações nesta revisão de literatura, nomeadamente a falta de dados referentes às fases seguintes ao confinamento inicial, apresentando apenas um estudo com dados referentes ao segundo confinamento. Outra limitação consiste na natureza observacional de todos os estudos apresentados, através de autorrelatos, em que tanto o viés de memória como o viés de desejabilidade social podem ter afetado os resultados e o facto de os questionários online não serem representativos da população geral, mas sim de uma população tipicamente de áreas urbanas e com maior nível de escolaridade. Por último, o facto de a grande maioria dos estudos refletirem desenhos transversais é uma limitação, dado que pela sua natureza impedem qualquer interferência de causalidade, sendo necessários mais estudos longitudinais sobre a temática, que abranjam mais áreas da saúde mental e potenciais fatores preditores do aumento do consumo de álcool, que primam por uma maior diversidade amostral e que se centrem no papel que os serviços de suporte social têm na prevenção de problemas relacionados com o álcool.

Conclusão

A pandemia da COVID-19 corresponde a um grande impacto psicossocial para a população, que pode ter consequências psicológicas e alterações de comportamento e após a análise dos resultados, verifica-se que o período de confinamento levou a uma diminuição generalizada do consumo de álcool na população geral. Todos os estudos verificaram uma diminuição dos padrões gerais de consumo de álcool, no entanto com algumas variantes.

A idade mostrou ser um fator preditor importante da variação do consumo de álcool, sendo o consenso de que indivíduos mais jovens são mais suscetíveis a variações dos padrões de consumo, a maioria dos estudos verificaram uma diminuição em indivíduos jovens, no entanto dois estudos verificaram um aumento, por outro lado indivíduos de idades mais avançadas mostraram-se mais suscetíveis para aumentar o consumo de álcool durante o confinamento, o que realça a importância de cada subgrupo e as suas vulnerabilidades a ter em conta nas intervenções clínicas a realizar.

Quando comparamos os diferentes géneros, vários estudos apuraram que os homens se mostraram mais capazes de alterar os seus padrões de consumo, sendo que diminuíram mais o consumo generalizado do que as mulheres, o que sugere que as restrições de mobilidade e as medidas de confinamento tiveram um impacto nos padrões de consumo dos homens, mas não tanto nas mulheres.

A saúde mental foi também um ponto importante abordado por vários estudos, sendo que *drinking to cope* foi dado como principal motivo, associado com o aumento dos scores de ansiedade e depressão resultantes das restrições associadas à COVID-19. Um estudo frisou ainda que os homens reportaram consumir mais álcool em situações emocionalmente agradáveis, consumindo mais, mais frequentemente e com padrões nocivos, comparativamente às mulheres, que reportaram consumir mais álcool em situações emocionalmente negativas, associando ansiedade e consumo de alto risco nas mulheres.

Assim, a pandemia da COVID-19 parece ter um impacto a curto prazo nos padrões de consumo de álcool da população geral, considerando-se a idade, o género e

a saúde mental como fatores preditores desta variação, sendo que de uma forma geral, o consumo de álcool diminuiu nesta primeira fase.

Contingências associadas à pandemia poderão encorajar comportamentos negativos dos indivíduos, pelo que é necessário um acompanhamento reforçado da população em risco, oferecendo possibilidades de tratamento quando necessário, sendo recomendada a redução do consumo de álcool em toda a população. Com este trabalho é realçada a importância de cada subgrupo e as suas vulnerabilidades a ter em conta nas intervenções clínicas a realizar.

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Samuel Filipe Gomes Pombo, pela disponibilidade e prontidão no acompanhamento deste trabalho.

À minha família e amigos.

À Margarida.

Referências bibliográficas

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5 (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
2. Ritchie, H. (2018, April 16). Alcohol Consumption. *Our World in Data*. Retrieved September 9, 2021, from <https://ourworldindata.org/alcohol-consumption>.
3. Ritchie, H. (2019, December 5). Drug Use. *Our World in Data*. Retrieved September 9, 2021, from <https://ourworldindata.org/drug-use>.
4. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020, September). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55)*. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/data/>.
5. *Statistical Bulletin 2021 | www.emcdda.europa.eu*. (2021). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Retrieved September 9, 2021, from <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021>.
6. Ferreira, M. P., & Willoughby, D. (2008). Alcohol consumption: the good, the bad, and the indifferent. *Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquee, nutrition et metabolisme*, 33(1), 12–20. <https://doi.org/10.1139/H07-175>.
7. Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Smith, S. M., Huang, B., & Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA psychiatry*, 72(8), 757–766. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>.
8. Kyu, H. H., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, M., Abebe, Z., Abil, O. Z., Aboyans, V., Abrham, A. R., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., . . . Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories,

- 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1859–1922. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32335-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32335-3).
9. Zima T. (2018). Alcohol Abuse. *EJIFCC*, 29(4), 285–289.
 10. Heath, A. C., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Dinwiddie, S. H., Slutske, W. S., Bierut, L. J., Statham, D. J., Dunne, M. P., Whitfield, J. B., & Martin, N. G. (1997). Genetic and environmental contributions to alcohol dependence risk in a national twin sample: consistency of findings in women and men. *Psychological medicine*, 27(6), 1381–1396. <https://doi.org/10.1017/s0033291797005643>.
 11. Pickens, R. W., Svikis, D. S., McGue, M., Lykken, D. T., Heston, L. L., & Clayton, P. J. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism. A study of male and female twins. *Archives of general psychiatry*, 48(1), 19–28. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810250021002>.
 12. Kranzler, H. R., & Soyka, M. (2018). Diagnosis and Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder: A Review. *JAMA*, 320(8), 815–824. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.11406>.
 13. Muncie, H. L., Jr, Yasinian, Y., & Oge', L. (2013). Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome. *American family physician*, 88(9), 589–595.
 14. Borges, G., Ye, Y., Bond, J., Cherpitel, C. J., Cremonte, M., Moskalewicz, J., Swiatkiewicz, G., & Rubio-Stipec, M. (2010). The dimensionality of alcohol use disorders and alcohol consumption in a cross-national perspective. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(2), 240–254. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02778.x>.
 15. Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P., & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 61(8), 807–816. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.8.807>.
 16. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the

- National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>.
17. Dawson, D. A., Li, T. K., Chou, S. P., & Grant, B. F. (2009). Transitions in and out of alcohol use disorders: their associations with conditional changes in quality of life over a 3-year follow-up interval. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 44(1), 84–92. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn094>.
 18. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>.
 19. Gilvarry E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 41(1), 55–80.
 20. Glantz, M. D., & Leshner, A. I. (2000). Drug abuse and developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 12(4), 795–814. <https://doi.org/10.1017/s0954579400004120>.
 21. Steinhausen, H. C., Eschmann, S., Heimgartner, A., & Metzke, C. W. (2008). Frequency, course and correlates of alcohol use from adolescence to young adulthood in a Swiss community survey. *BMC psychiatry*, 8, 5. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-5>.
 22. Lu, W., Xu, J., Taylor, A. W., Bewick, B. M., Fu, Z., Wu, N., Qian, L., & Yin, P. (2019). Analysis of the alcohol drinking behavior and influencing factors among emerging adults and young adults: a cross-sectional study in Wuhan, China. *BMC public health*, 19(1), 458. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6831-0>.
 23. Bourque, J., Baker, T. E., Dagher, A., Evans, A. C., Garavan, H., Leyton, M., Séguin, J. R., Pihl, R., & Conrod, P. J. (2016). Effects of delaying binge drinking on adolescent brain development: a longitudinal neuroimaging study. *BMC psychiatry*, 16(1), 445. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1148-3>.
 24. Hall, W. D., Patton, G., Stockings, E., Weier, M., Lynskey, M., Morley, K. I., & Degenhardt, L. (2016). Why young people's substance use matters for global health. *The lancet. Psychiatry*, 3(3), 265–279. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00013-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00013-4).

25. Schulenberg, J. E., & Maggs, J. L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of studies on alcohol. Supplement*, (14), 54–70. <https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.54>.
26. Tang, H., Cai, W., Wang, H., Zhang, Q., Qian, L., Shell, D. F., Newman, I. M., & Yin, P. (2013). The association between cultural orientation and drinking behaviors among university students in Wuhan, China. *PloS one*, 8(1), e54796. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054796>.
27. Schuckit M. A. (2009). Alcohol-use disorders. *Lancet (London, England)*, 373(9662), 492–501. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60009-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60009-X).
28. Andresen-Streichert, H., Müller, A., Glahn, A., Skopp, G., & Sterneck, M. (2018). Alcohol Biomarkers in Clinical and Forensic Contexts. *Deutsches Arzteblatt international*, 115(18), 309–315. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0309>.
29. Boschloo, L., Vogelzangs, N., Smit, J. H., van den Brink, W., Veltman, D. J., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2011). Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of affective disorders*, 131(1-3), 233–242. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.12.014>.
30. Fatjó, F., Sancho-Bru, P., Fernández-Solà, J., Sacanella, E., Estruch, R., Bataller, R., & Nicolás, J. M. (2007). Up-Regulation of Myocardial L-Type Ca²⁺Channel in Chronic Alcoholic Subjects Without Cardiomyopathy. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(7), 1099–1105. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00404.x>.
31. Uyarel, H., Ozdol, C., Gencer, A. M., Okmen, E., & Cam, N. (2005). Acute alcohol intake and QT dispersion in healthy subjects. *Journal of studies on alcohol*, 66(4), 555–558. <https://doi.org/10.15288/jsa.2005.66.555>.
32. Pitel, A. L., Beaunieux, H., Witkowski, T., Vabret, F., Guillery-Girard, B., Quinette, P., Desgranges, B., & Eustache, F. (2007). Genuine episodic memory deficits and executive dysfunctions in alcoholic subjects early in abstinence. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 31(7), 1169–1178. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00418.x>.

33. Mann, K., Günther, A., Stetter, F., & Ackermann, K. (1999). Rapid recovery from cognitive deficits in abstinent alcoholics: a controlled test-retest study. *Alcohol and alcoholism* (Oxford, Oxfordshire), 34(4), 567–574. <https://doi.org/10.1093/alcalc/34.4.567>.
34. Bartsch, A. J., Homola, G., Biller, A., Smith, S. M., Weijers, H. G., Wiesbeck, G. A., Jenkinson, M., De Stefano, N., Solymosi, L., & Bendszus, M. (2007). Manifestations of early brain recovery associated with abstinence from alcoholism. *Brain: a journal of neurology*, 130(Pt 1), 36–47. <https://doi.org/10.1093/brain/awl303>.
35. Nelson, E. C., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., Fu, Q., Knopik, V., Lynskey, M. T., Whitfield, J. B., Statham, D. J., & Martin, N. G. (2004). Genetic Epidemiology of Alcohol-Induced Blackouts. *Archives of General Psychiatry*, 61(3), 257. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.3.257>.
36. Alati, R., al Mamun, A., Williams, G. M., O’Callaghan, M., Najman, J. M., & Bor, W. (2006). In Utero Alcohol Exposure and Prediction of Alcohol Disorders in Early Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63(9), 1009. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.9.1009>.
37. Emonts, P., Capelle, X., Grandfils, S., Petit, P., Bücheler, V., & Rigo, V. (2019). Alcool, grossesse et allaitement [Alcohol, pregnancy and breast-feeding]. *Revue medicale de Liege*, 74(5-6), 360–364.
38. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2011). *Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence*. British Psychological Society.
39. Paille, F., & Martini, H. (2014). Nalmefene: a new approach to the treatment of alcohol dependence. *Substance abuse and rehabilitation*, 5, 87–94. <https://doi.org/10.2147/SAR.S45666>.
40. Luquiens, A., & Aubin, H. J. (2014). Patient preferences and perspectives regarding reducing alcohol consumption: role of nalmefene. *Patient preference and adherence*, 8, 1347–1352. <https://doi.org/10.2147/PPA.S57358>.
41. Société Française d’Alcoologie. (2015). *Mésusage de l’alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique*. *Alcoologie Et Addictologie*, 37(1), 5-84.

42. Adamson, S. J., Heather, N., Morton, V., Raistrick, D., & UKATT Research Team (2010). Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 45(2), 136–142. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq005>.
43. Treatment Pathway. Interventions for harmful drinking and alcohol dependence. (2014). NICE: National Institute for Health and Care Excellence. Retrieved September 26, 2021, from <https://pathways.nice.org.uk/error?aspxerrorpath=/pathways/alcohol-use-disorders/interventions-for-harmful-drinking-and-alcohol-dependence>.
44. Pinto, A., Fontes Ribeiro, C., Vilar, G., Lázaro, J. C., Aranda da Silva, J., Trigo, J. M., Cardoso, M., Castro, M., Gouveia, M., Vasconcelos, M., & Tato Marinho, R. (2016). Perturbação do Uso do Álcool. *Revista Portuguesa De Farmacoterapia*, 8(1), 34-43. <https://doi.org/10.25756/rpf.v8i1.92>.
45. Tsatsakis, A., Calina, D., Falzone, L., Petrakis, D., Mitrut, R., Siokas, V., Pennisi, M., Lanza, G., Libra, M., Doukas, S. G., Doukas, P. G., Kavali, L., Bukhari, A., Gadiparthi, C., Vageli, D. P., Kofteridis, D. P., Spandidos, D. A., Paoliello, M. M. B., Aschner, M., & Docea, A. O. (2020). SARS-CoV-2 pathophysiology and its clinical implications: An integrative overview of the pharmacotherapeutic management of COVID-19. *Food and Chemical Toxicology*, 146. <https://doi.org/10.1016/j.fct.2020.111769>.
46. Docea, A. O., Tsatsakis, A., Albuiescu, D., Cristea, O., Zlatian, O., Vinceti, M., Moschos, S. A., Tsoukalas, D., Goumenou, M., Drakoulis, N., Dumanov, J. M., Tutelyan, V. A., Onischenko, G. G., Aschner, M., Spandidos, D. A., & Calina, D. (2020). A new threat from an old enemy: Re emergence of coronavirus (Review). *International journal of molecular medicine*, 45(6), 1631–1643. <https://doi.org/10.3892/ijmm.2020.4555>.
47. Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R., Niu, P., Zhan, F., Ma, X., Wang, D., Xu, W., Wu, G., Gao, G. F., Tan, W., & China Novel Coronavirus Investigating and Research Team (2020). A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *The New England journal of medicine*, 382(8), 727–733. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>.

48. Wu, Y. C., Chen, C. S., & Chan, Y. J. (2020). The outbreak of COVID-19: An overview. *Journal of the Chinese Medical Association: JCMA*, 83(3), 217–220. <https://doi.org/10.1097/JCMA.0000000000000270>.
49. Barkur, G., Vibha, & Kamath, G. B. (2020). Sentiment analysis of nationwide lockdown due to COVID 19 outbreak: Evidence from India. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102089. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102089>.
50. Farsalinos, K., Poulas, K., Kouretas, D., Vantarakis, A., Leotsinidis, M., Kouvelas, D., Docea, A. O., Kostoff, R., Gerotziafas, G. T., Antoniou, M. N., Polosa, R., Barbouni, A., Yiakoumaki, V., Giannouchos, T. V., Bagos, P. G., Lazopoulos, G., Izotov, B. N., Tutelyan, V. A., Aschner, M., . . . Tsatsakis, A. (2021). Improved strategies to counter the COVID-19 pandemic: Lockdowns vs. primary and community healthcare. *Toxicology Reports*, 8, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.toxrep.2020.12.001>.
51. Yazdi, K., Fuchs-Leitner, I., Rosenleitner, J., & Gerstgrasser, N. W. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Patients With Alcohol Use Disorder and Associated Risk Factors for Relapse. *Frontiers in psychiatry*, 11, 620612. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.620612>.
52. Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & metabolic syndrome*, 14(5), 779–788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>.
53. Zvolensky, M. J., Garey, L., Rogers, A. H., Schmidt, N. B., Vujanovic, A. A., Storch, E. A., Buckner, J. D., Paulus, D. J., Alfano, C., Smits, J., & O'Cleirigh, C. (2020). Psychological, addictive, and health behavior implications of the COVID-19 pandemic. *Behaviour research and therapy*, 134, 103715. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103715>.
54. Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guan, Z., Yao, Z., Kong, J., Lu, J., & Litvak, I. J. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 43(6), 706–712. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn073>.
55. Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., Guan, Z., & Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the

- severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive psychiatry*, 53(1), 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.02.003>.
56. Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and health*, 38, e2016048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>.
57. Esterwood, E., & Saeed, S. A. (2020). Past Epidemics, Natural Disasters, COVID19, and Mental Health: Learning from History as we Deal with the Present and Prepare for the Future. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1121–1133. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09808-4>.
58. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
59. Fluharty, M., & Fancourt, D. (2021). How have people been coping during the COVID-19 pandemic? Patterns and predictors of coping strategies amongst 26,016 UK adults. *BMC Psychology*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00603-9>.
60. Cooper, M. L., Kuntsche, E., Levitt, A., Barber, L. L., & Wolf, S. (2015). *Motivational Models of Substance Use*. Oxford Handbooks Online. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199381678.013.017>.
61. Merrill, J. E., Wardell, J. D., & Read, J. P. (2014). Drinking Motives in the Prospective Prediction of Unique Alcohol-Related Consequences in College Students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(1), 93–102. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.93>.
62. Skrzynski, C. J., & Creswell, K. G. (2020). Associations between solitary drinking and increased alcohol consumption, alcohol problems, and drinking to cope motives in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 115(11), 1989–2007. <https://doi.org/10.1111/add.15055>.
63. Tejero, L. M. S., Seva, R. R., & Fadrihan-Camacho, V. F. F. (2021). Factors Associated With Work-Life Balance and Productivity Before and During Work

- From Home. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 63(12), 1065–1072. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000002377>.
64. Galanti, T., Guidetti, G., Mazzei, E., Zappalà, S., & Toscano, F. (2021). Work From Home During the COVID-19 Outbreak. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 63(7), e426–e432. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000002236>.
65. Lambe, L., Mackinnon, S. P., & Stewart, S. H. (2015). Dyadic conflict, drinking to cope, and alcohol-related problems: A psychometric study and longitudinal actor-partner interdependence model. *Journal of Family Psychology*, 29(5), 697–707. <https://doi.org/10.1037/fam0000098>.
66. Frone M. R. (1999). Work stress and alcohol use. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23(4), 284–291.
67. de Goeij, M. C., Suhrcke, M., Toffolutti, V., van de Mheen, D., Schoenmakers, T. M., & Kunst, A. E. (2015). How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: A realist systematic review. *Social Science & Medicine*, 131, 131–146. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.025>.
68. Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Cronkite, R. C., & Randall, P. K. (2003). Drinking to cope and alcohol use and abuse in unipolar depression: a 10-year model. *Journal of abnormal psychology*, 112(1), 159–165.
69. Kenney, S., Jones, R. N., & Barnett, N. P. (2015). Gender Differences in the Effect of Depressive Symptoms on Prospective Alcohol Expectancies, Coping Motives, and Alcohol Outcomes in the First Year of College. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(10), 1884–1897. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0311-3>.
70. Allan, N. P., Albanese, B. J., Norr, A. M., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2014). Effects of anxiety sensitivity on alcohol problems: evaluating chained mediation through generalized anxiety, depression and drinking motives. *Addiction*, 110(2), 260–268. <https://doi.org/10.1111/add.12739>.
71. Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Stewart, S. H., Mackinnon, A. L., Mushquash, A. R., Flett, G. L., & Sherry, D. L. (2012). Social Disconnection and Hazardous Drinking Mediate the Link Between Perfectionistic Attitudes and Depressive Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(3), 370–381. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9291-8>.

72. Simet, S. M., & Sisson, J. H. (2015). Alcohol's Effects on Lung Health and Immunity. *Alcohol research : current reviews*, 37(2), 199–208.
73. Saitz, R., Ghali, W. A., & Moskowitz, M. A. (1997). The impact of alcohol-related diagnoses on pneumonia outcomes. *Archives of internal medicine*, 157(13), 1446–1452.
74. Saengow, U., Assanangkornchai, S., & Casswell, S. (2020). Alcohol: a probable risk factor of COVID-19 severity. *Addiction*, 116(1), 204–205. <https://doi.org/10.1111/add.15194>.
75. Perales, F., Pozo-Cruz, J. D., & Pozo-Cruz, B. D. (2014). Impact of Physical Activity on Psychological Distress: A Prospective Analysis of an Australian National Sample. *American Journal of Public Health*, 104(12), e91–e97. <https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302169>.
76. Stanton, R., To, Q. G., Khalesi, S., Williams, S. L., Alley, S. J., Thwaite, T. L., Fenning, A. S., & Vandelanotte, C. (2020). Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4065. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114065>.
77. Koob, G., & Kreek, M. J. (2007). Stress, Dysregulation of Drug Reward Pathways, and the Transition to Drug Dependence. *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 1149–1159. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.05030503>.
78. Clay, J. M., & Parker, M. O. (2020). Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *The Lancet Public Health*, 5(5), e259. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30088-8](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30088-8).
79. Morton, C. M. (2021). Alcohol sales during COVID-19 social restrictions: Initial evidence from Alcoholic Beverage Control states. *Substance Abuse*, 42(2), 158–160. <https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1856293>.
80. Lee, B. P., Dodge, J. L., Leventhal, A., & Terrault, N. A. (2021). Retail Alcohol and Tobacco Sales During COVID-19. *Annals of Internal Medicine*, 174(7), 1027–1029. <https://doi.org/10.7326/m20-7271>.
81. Rehm, J., Kilian, C., Ferreira-Borges, C., Jernigan, D., Monteiro, M., Parry, C. D. H., Sanchez, Z. M., & Manthey, J. (2020). Alcohol use in times of the COVID 19:

- Implications for monitoring and policy. *Drug and Alcohol Review*, 39(4), 301–304. <https://doi.org/10.1111/dar.13074>.
82. Sallie, S. N., Ritou, V., Bowden-Jones, H., & Voon, V. (2020). Assessing international alcohol consumption patterns during isolation from the COVID-19 pandemic using an online survey: highlighting negative emotionality mechanisms. *BMJ open*, 10(11), e044276. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044276>.
 83. Bollen, Z., Pabst, A., Creupelandt, C., Fontesse, S., Laniepe, A., & Maurage, P. (2021). Longitudinal Assessment of Alcohol Consumption throughout the First COVID-19 Lockdown: Contribution of Age and Pre-Pandemic Drinking Patterns. *European addiction research*, 1–8. Advance online publication. <https://doi.org/10.1159/000518218>.
 84. Alpers, S. E., Skogen, J. C., Mæland, S., Pallesen, S., Rabben, Å. K., Lunde, L. H., & Fadnes, L. T. (2021). Alcohol Consumption during a Pandemic Lockdown Period and Change in Alcohol Consumption Related to Worries and Pandemic Measures. *International journal of environmental research and public health*, 18(3), 1220. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031220>.
 85. Niedzwiedz, C. L., Green, M. J., Benzeval, M., Campbell, D., Craig, P., Demou, E., Leyland, A., Pearce, A., Thomson, R., Whitley, E., & Katikireddi, S. V. (2021). Mental health and health behaviours before and during the initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK Household Longitudinal Study. *Journal of epidemiology and community health*, 75(3), 224–231. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-215060>.
 86. Oksanen, A., Savolainen, I., Savela, N., & Oksa, R. (2021). Psychological Stressors Predicting Increased Drinking During the COVID-19 Crisis: A Longitudinal National Survey Study of Workers in Finland. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 56(3), 299–306. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agua124>.
 87. Palmer, E., Trender, W., Tyacke, R. J., Hampshire, A., & Lingford-Hughes, A. (2021). Impact of COVID-19 restrictions on alcohol consumption behaviours. *BJPsych open*, 7(5), e167. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.986>.
 88. Clay, J. M., Stafford, L. D., & Parker, M. O. (2021). Associations Between Self-reported Inhibitory Control, Stress, and Alcohol (Mis)use During the First Wave

- of the COVID-19 Pandemic in the UK: a National Cross-sectional Study Utilising Data From Four Birth Cohorts. *International journal of mental health and addiction*, 1–22. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00599-8>.
89. Boschuetz, N., Cheng, S., Mei, L., & Loy, V. M. (2020). Changes in Alcohol Use Patterns in the United States During COVID-19 Pandemic. *WMJ : official publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 119(3), 171–176.
 90. Oldham, M., Garnett, C., Brown, J., Kale, D., Shahab, L., & Herbec, A. (2021). Characterising the patterns of and factors associated with increased alcohol consumption since COVID-19 in a UK sample. *Drug and alcohol review*, 40(6), 890–899. <https://doi.org/10.1111/dar.13256>.
 91. Kim, J. U., Majid, A., Judge, R., Crook, P., Nathwani, R., Selvapatt, N., Lovendoski, J., Manousou, P., Thursz, M., Dhar, A., Lewis, H., Vergis, N., & Lemoine, M. (2020). Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. *The lancet. Gastroenterology & hepatology*, 5(10), 886–887. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30251-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30251-X).
 92. Chodkiewicz, J., Talarowska, M., Miniszewska, J., Nawrocka, N., & Bilinski, P. (2020). Alcohol Consumption Reported during the COVID-19 Pandemic: The Initial Stage. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4677. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134677>.
 93. Wang, Y., Lu, H., Hu, M., Wu, S., Chen, J., Wang, L., Luo, T., Wu, Z., Liu, Y., Tang, J., Chen, W., Deng, Q., & Liao, Y. (2020). Alcohol Consumption in China Before and During COVID-19: Preliminary Results From an Online Retrospective Survey. *Frontiers in psychiatry*, 11, 597826. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.597826>.
 94. Villanueva-Blasco, V. J., Villanueva Silvestre, V., Isorna, M., Motos, P., Blay, P., & Vázquez-Martínez, A. (2021). Changes in Alcohol Consumption Pattern Based on Gender during COVID-19 Confinement in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 8028. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158028>.
 95. Callinan, S., Smit, K., Mojica-Perez, Y., D'Aquino, S., Moore, D., & Kuntsche, E. (2021). Shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: early

indications from Australia. *Addiction* (Abingdon, England), 116(6), 1381–1388.
<https://doi.org/10.1111/add.15275>.

96. Carbia, C., García-Cabrerizo, R., Cryan, J. F., & Dinan, T. G. (2021). Associations between Mental Health, Alcohol Consumption and Drinking Motives during COVID-19 Second Lockdown in Ireland. *Alcohol and alcoholism* (Oxford, Oxfordshire), agab067. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agab067>.