

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

Ana Luísa de Sousa Trindade

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Dr^a. Marlene Morgado Louro
Coorientador: Prof. Dr. Miguel Castelo-Branco Craveiro Sousa

junho de 2022

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

Declaração de Integridade

Eu, Ana Luísa de Sousa Trindade, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 35547 de/o Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 29 /06 /2022

A handwritten signature in blue ink that reads "Ana Trindade". The signature is written in a cursive style with a horizontal line above the name.

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

Dedicatória

Á minha mãe, a pessoa mais lutadora e que mais admiro.

Ao meu pai, que certamente estará feliz por me ver chegar até aqui.

A quem me enche o coração e faz de mim tudo o que sou hoje.

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

Agradecimentos

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, aos seus docentes e funcionários, agradeço por estes 7 anos.

À minha orientadora, a Doutora Marlene Morgado Louro, por ser uma referência para mim como profissional. Muito obrigada por toda a disponibilidade, atenção e dedicação e longo da realização da minha dissertação e por ter sempre uma palavra amiga.

Ao meu coorientador e Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde, o Professor Doutor Miguel Castelo Branco, muito obrigada por toda a atenção e tempo dispensados durante a composição desta dissertação e por toda a humanidade que sempre nos demonstrou ao longo destes 7 anos.

Aos meus pais, a quem devo tudo o que tenho e que sou. Obrigada pelo amor incondicional, pelo apoio, por cada lição, por cada palavra de força, por cada valor e cada princípio que me inculcaram. Obrigada por me terem impulsionado para voar neste sonho que começou há 8 anos atrás, por acreditarem em mim, serem o meu porto de abrigo e a minha maior inspiração. Obrigada por me estenderem sempre os braços e serem a minha força para me reerguer após cada queda, até mesmo quando o meu alento não parece suficiente para aguentar todas as tempestades que a vida traz.

Às minhas irmãs, Inês e Sofia, obrigada por serem aconchego, motivação e gargalhada. São o meu orgulho.

Ao meu Luis, o meu braço direito, o meu abraço que é casa. Obrigada por estares sempre ao meu lado e me fazeres acreditar que consigo tudo. Obrigada por seres a minha calma, por tornares tudo melhor, tudo mais leve e mais feliz.

À Inês, à Cláudia, à Barbara, ao Bruno, ao Rui, ao David, ao Zé e à Mafalda que me ensinaram o valor da amizade.

À Ana, à Nats, ao Miguel, ao Naza, ao Paulo e ao Facs por serem família. A minha família da Covilhã.

À Covilhã por se ter tornado casa, por me ter feito crescer tanto e por todos os momentos que me proporcionou e que levo comigo para sempre no coração.

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

Resumo

O álcool (etanol) é uma substância psicoativa e tóxica, atuando como um depressor do sistema nervoso central, sendo capaz de gerar dependência. O seu consumo constitui uma prática habitual na população em todo o mundo, nomeadamente em contextos sociais. No entanto, sabemos que vários fatores, como a presença de problemas sociais e psicológicos, podem levar ao seu consumo crónico ou abusivo.

Segundo dados da OMS de 2016, o consumo de álcool contribui para 3 milhões de mortes por ano, sendo o abuso desta substância responsável por 5,1% da carga global de doenças, constituindo por isso um importante fator de risco de morbilidade e mortalidade prematuras, principalmente na faixa entre os 15 e os 49 anos.

Com o início da pandemia por COVID-19, o confinamento, o isolamento social, o stress aliado à incerteza e todos os seus impactos psicológicos, fizeram disparar os problemas de saúde mental, podendo tais condições ter despoletado alterações nos hábitos etílicos das populações, como estratégia de *coping*, com as consequências para a saúde que isso acarreta.

O objetivo deste trabalho foi determinar se a pandemia COVID-19 se relacionou com uma alteração nos hábitos etílicos da população, e quais as consequências destas alterações para a saúde da mesma, particularmente ao nível das doenças hepáticas alcoólicas.

Foi feita uma revisão não sistemática de artigos científicos publicados nas bases de dados “PubMed”, “ScienceDirect” e “Biblioteca Wiley Online”, utilizando os termos de pesquisa: “alcohol consumption”, “COVID-19 pandemic” e “alcoholic liver disease”. A análise decorreu de forma não sistemática, entre novembro de 2021 e abril de 2022, tendo sido excluídos aqueles artigos que pelo seu *abstract* demonstravam desviar-se do objetivo de análise desta revisão.

De acordo com um inquérito nacional realizado pelo SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e das Dependências) entre abril e maio de 2020, a quarentena levou a que 42% das pessoas bebessem menos, enquanto 21% passaram a beber mais e 37% continuaram a consumir o mesmo.

Vários estudos têm sido feitos para investigar a relação entre alterações nos padrões de consumo alcoólico durante a pandemia COVID-19 e o seu impacto em termos de saúde, sobretudo no que se refere à incidência de doenças hepáticas alcoólicas. A evidência

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

aponta, de facto, para a existência de uma alteração nos consumos. No entanto, as consequências desta alteração na ocorrência de hepatopatias alcoólicas não estão ainda bem estabelecidas e seus efeitos a longo prazo são ainda desconhecidos, apesar de alguns estudos já sugerirem o aumento destas doenças. Assim, é necessária mais pesquisa que confirme os resultados até agora encontrados e que ajude a compreender os efeitos pandémicos desta mudança de hábitos na saúde das populações.

Palavras-chave

Consumo alcoólico; Pandemia COVID19; Alcoolismo; Hepatopatia alcoólica; Hepatite aguda alcoólica.

Abstract

Alcohol (ethanol) is a psychoactive and toxic substance that acts as a central nervous system depressant, being capable of generating dependence. Its consumption is a common practice in the population around the world, especially in social contexts. However, we know that various factors, including social and psychological problems, can lead to its abuse or chronic consumption.

According to WHO data from 2016, alcohol consumption contributes to 3 million deaths per year, with the abuse of this substance being responsible for 5.1% of the global burden of disease, therefore constituting an important risk factor for premature mortality and morbidity, mainly between the ages of 15 and 49 years.

With the beginning of the COVID-19 pandemic, quarantine, social isolation, the stress combined with uncertainty and all its psychological impacts, led to a substantial increase in mental health problems, and such conditions may have triggered changes in the population drinking habits, as a *coping* strategy, with all the related health problems.

The aim of this work was to determine if the COVID-19 pandemic was related to a change in the alcoholic habits of the population, and what are the consequences of these changes for their health, particularly in the alcoholic liver diseases.

A non-systematic review of scientific articles published in the “PubMed”, “ScienceDirect” and “Wiley Online Library” databases was carried out, using the search terms: “alcohol consumption”, “COVID-19 pandemic” and “alcoholic liver disease”. The analysis occurred in a non-systematic way, in the time period between november 2021 and april 2022, and those articles that, by their abstract, demonstrated to deviate from the objective of analysis of this review were excluded.

According to a national survey carried out by SICAD between april and may 2020, the quarantine led to 42% of people drinking less, while 21% began to drink more and 37% continued to consume the same.

Several studies have been carried out to investigate the relationship between changes in alcohol consumption patterns during the COVID-19 pandemic and their impact on health, especially in the incidence of alcoholic liver diseases. The evidence points to the existence of a change in consumption. However, the consequences of this change in the occurrence of alcoholic liver diseases are not yet well established and its long-term

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

effects are still unknown, although some studies have already suggested an increase in these diseases. Thus, more research is needed to confirm the results found so far and to help understand the pandemic effects of this change on the health of populations.

Keywords

Alcohol consumption; COVID-19 pandemic; Alcohol abuse; Alcoholic liver disease; Acute alcoholic hepatitis.

Índice

Capítulo 1: Introdução	1
Capítulo 2: Metodologia	3
Capítulo 3: O Álcool	5
3.1. Definição	5
3.2. Breve história do álcool	5
Capítulo 4: Consumo de álcool	7
4.1. Conceito, definições e orientações	7
4.2. Dados estatísticos sobre consumo de álcool no mundo (pré-pandemia)	9
4.3. Fatores de risco para o consumo etílico	15
4.4. Efeitos do consumo de álcool	16
4.5. Rastreamento e prevenção do consumo de álcool	18
Capítulo 5: Hepatopatia alcoólica	21
5.1. Definição	21
5.2. Fisiopatologia	21
5.3. Classificação	23
5.3.1 Esteatose alcoólica	23
5.3.2 Cirrose alcoólica	24
5.3.4 Carcinoma hepatocelular	24
Capítulo 6: Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e Descompensações por Hepatopatias alcoólicas	25
6.1. Introdução	25
6.2. Alterações nos padrões de consumo	27
6.3. Alterações e descompensações por Hepatopatias alcoólicas	36
Capítulo 7: Perspetivas Futuras	41
Capítulo 8: Conclusão	45
Capítulo 9: Referências	47

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

Lista de Figuras

Figura 1: Quantidade de álcool puro (em gramas) por volume e tipo de bebida (1).....	7
Figura 2: Tendências no consumo de álcool per capita entre consumidores, com idade \geq 15 anos, em litros de álcool puro nas diferentes regiões da OMS entre 2000-2016 (adaptado de: World Health Organization (2018). Global status report on alcohol and health 2018) (2).....	10
Figura 3: Prevalência do consumo de algumas bebidas alcoólicas ao “longo da vida”, nos “ últimos 12 meses” e nos “últimos 30 dias”, na população 15-74 anos e 15-34 anos, em 2012 e 2016/2017 (INPG 2016/2017) (adaptado de: SICAD (2020). Relatório Anual 2020 – A Situação do País em Matéria de Álcool) (3).....	12
Figura 4: Prevalências de consumo binge e de embriaguez nos últimos 12 meses, entre 2015 e 2019 (5.ª edição do Inquérito Anual de Comportamentos Aditivos aos 18 anos) (adaptado de: SICAD (2020). Relatório Anual 2020 - A Situação do País em Matéria de Álcool) (3).....	13
Figura 5: Distribuição de indivíduos com idade \geq 15 anos de acordo com a frequência de consumo de álcool, 2019 (%) (adaptado de: Eurostat (2019). Alcohol consumption statistics) (4).....	14
Figura 6: Consequências do consumo excessivo de álcool (adaptado de: World Health Organization) (5).....	17
Figura 7: Relação de resultados obtidos, níveis de risco e respetivas intervenções no âmbito do questionário AUDIT (adaptado de: World Health Organization (2001)). (6).....	18
Figura 8: Espectro de lesão hepática produzida pelo consumo excessivo de álcool, na doença hepática alcoólica (adaptado de Donohue et. al) (7).....	21
Figura 9: Alterações no consumo de bebidas alcoólicas em Portugal durante o período COVID-19 (%), entre maio e abril de 2020 (adaptado de: SICAD (2020). Comportamentos Aditivos em Tempos de COVID-19, disponível em: Relatório Anual 2020 - A Situação do País em Matéria de Álcool) (3).....	34

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

Lista de Tabelas

Tabela 1: Resultados de alguns estudos sobre alterações ao padrão de consumo alcoólico durante a pandemia COVID-19.....	35
---	----

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

Lista de Acrónimos

ABIC	Idade, bilirrubina sérica, <i>INR</i> e pontuação de creatinina sérica
ADH	Álcool desidrogenase
ALDH2	Aldeído desidrogenase 2
AUDIT	Do inglês “ <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> ”
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CYP2E1	Citocromo P450 2E1
DALYs	Do inglês “ <i>Disability Adjusted Life Years</i> ”
DGS	Direção Geral de Saúde
DHA	Doença Hepática Alcoólica
ADN	Ácido desoxirribonucleico
DUA	Distúrbio do Uso de Álcool
EASL	Do inglês “ <i>European Association for the Study of the Liver</i> ”
EHIS	Do inglês “ <i>European health interview survey</i> ”
GAHS	Do inglês “ <i>Glasgow alcoholic hepatitis score</i> ”
GISAH	Do inglês “ <i>Global Information System on Alcohol and Health</i> ”
HA	Hepatite Alcoólica
INR	Do inglês “ <i>International normalized ratio</i> ”
IHAC	Insuficiência Hepática Aguda Crónica
LPS	Lipopolissacáridos
MELD	Do inglês “ <i>Model for End-stage Liver Disease</i> ”
NAD/NADH	Do inglês “ <i>Nicotinamide Adenine Dinucleotide</i> ”
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde/Do inglês “ <i>World Health Organization</i> ”
SAA	Síndrome de Abstinência Alcoólica
SARS-CoV-2	Do inglês “ <i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i> ”
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e das Dependências
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNC	Sistema Nervoso Central
SU	Serviço de Urgência
TH	Transplante Hepático
TLR4	Do inglês “ <i>Toll-like Receptor 4</i> ”

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

TNF α Do inglês “*Tumor necrosis factor α* ”
VIH Vírus da Imunodeficiência Humana
UCI Unidade de Cuidados Intensivos

Capítulo 1: Introdução

O álcool, principal constituinte das bebidas alcoólicas, é uma substância psicoativa e depressora do sistema nervoso central (SNC)(8), sendo que os seus efeitos no organismo se estendem desde alterações hepáticas a alterações psicomotoras. Apesar de serem conhecidos os efeitos negativos que o consumo excessivo de álcool pode causar, sabemos também que o consumo do mesmo é uma prática comum, amplamente dispersa e um hábito culturalmente bem estabelecido pelas diferentes sociedades do mundo, sendo que se encontra muitas vezes associado a diversos contextos, sejam estes sociais, festivos, comemorações ou eventos.(9–11) Assim, com um papel fundamental na evolução da cultura humana, sendo até um coadjuvante para o desenvolvimento da arte, linguagem e da religião, são vários os fatores que influenciam o consumo de álcool.(11) A exposição a elevados níveis de stress, problemas sociais, psicológicos e psiquiátricos, podem mesmo culminar num consumo crónico ou abusivo. (12–14)

A estes pressupostos acresce ainda o facto de muitas vezes o consumo de álcool ser visto como uma estratégia de *coping* por alguns indivíduos, o que consequentemente acarreta consequências nefastas para a saúde. (15,16) Sabe-se que, com o início da pandemia causada pela infeção por *SARS-CoV-2* (pandemia por COVID-19), existiu um aumento exponencial de problemas de saúde mental, devido ao confinamento, isolamento social, stress e incerteza que vieram com a mesma. (15,17) Deste modo, tais condições parecem ter despoletado alterações nos hábitos étlicos das populações em parte como tentativa de alcançar uma resolução para os entraves que a pandemia havia causado. Dados relativos a um inquérito realizado a nível nacional pelo SICAD, revelaram que, entre abril e maio de 2020, a quarentena levou a que 42% da população passasse a consumir menos, enquanto 21% passaram a beber mais e 37% mantiveram os mesmos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas.(3)

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o consumo de álcool contribui para 3 milhões do total de óbitos por ano em todo o mundo, sendo responsável por 5,1% da carga global de doenças. (8) Deste modo, o consumo étlico constitui um fator de risco importante a ser considerado na morbilidade e mortalidade prematuras, principalmente na faixa etária que engloba idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos.(8,18,19)

Como sabemos, o consumo de álcool está associado a ocorrência de vários tipos de acidentes e violência, bem como ao desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos e do comportamento, intoxicação aguda, síndrome de dependência e uma grande variedade de doenças orgânicas. (20,21) Entre estas destacam-se as doenças hepáticas alcoólicas e alguns tipos de cancro, constituindo, por isso, o uso de álcool um problema de saúde pública hoje em dia. (13,22–24)

Assim, a intervenção no consumo de álcool constitui um meio de prevenção essencial para melhorar o prognóstico destes doentes e atuar ao nível daqueles que ainda não desenvolveram doença, diminuindo assim, este fator de risco. (20,25)

Ao longo da última década, muitos estudos têm sido desenvolvidos para perceber as circunstâncias que levam a população a recorrer ao uso de álcool, permitindo atuar ao nível desses fatores de risco. Mais pesquisa é necessária para compreender melhor o impacto real deste comportamento na incidência das hepatopatias alcoólicas, inclusivamente nas taxas de admissão hospitalar por este grupo de doenças. (26,27)

Esta dissertação tem como objetivos:

- contextualizar a prática de consumo de álcool nos dias de hoje;
- abordar a temática das doenças hepáticas alcoólicas;
- compreender o paradigma das consequências da pandemia COVID-19 na saúde mental e física da população;
- averiguar as alterações ocorridas nos padrões de consumo alcoólico durante a pandemia por COVID-19;
- resumir os resultados existentes dos diferentes estudos efetuados para comprovar a relação entre alterações nos consumos alcoólicos e alterações na ocorrência de hepatopatias alcoólicas;
- refletir sobre os próximos passos na investigação da relação supracitada.

Capítulo 2: Metodologia

Para a elaboração desta revisão bibliográfica foi realizada a análise de um conjunto de artigos científicos publicados nas bases de dados “PubMed”, “ScienceDirect” e “Biblioteca Wiley Online”, utilizando os termos de pesquisa “alcohol consumption”, “COVID-19 pandemic” e “alcoholic liver disease”. A análise ocorreu de forma não sistemática, no período entre novembro de 2021 e abril de 2022.

Dado tratar-se de um tema com especial importância na atualidade, o objetivo foi pesquisar e analisar conteúdos e informações relevantes e atualizadas acerca do tema, sendo de maior interesse os últimos cinco anos. Perante os resultados procedeu-se à análise de conteúdo sobretudo de língua inglesa e portuguesa.

De todos os artigos apresentados em cada base de dados, foram eliminados aqueles que pelo seu *abstract* demonstravam desviar-se do objetivo de análise desta revisão. Sendo a pandemia por COVID-19 e o alcoolismo temas tão importantes e interessantes para a comunidade científica atualmente, houve tendencialmente um maior foco nos artigos mais recentes, por forma a garantir que o conteúdo apresentado fosse o mais atualizado e completo possível.

Para a realização da presente dissertação foram ainda analisadas as Recomendações de Orientação Clínica da *EASL (European Association for the Study of the Liver)* no Manejo da Doença Hepática Alcoólica (2012), o Plano de Ação Global no Álcool 2022-2030 para reforço da implementação da Estratégia Global para Diminuição do Uso Prejudicial do Álcool da OMS (*Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol - World Health Organization 2021*), a Norma da DGS de Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool (18/12/2014), bem como o livro *Harrison Principles of Internal Medicine* 19^o Edition com a autoria de Dan L. Longo, Anthony S.Fauci, Carol. A Langford.

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

Capítulo 3: O Álcool

3.1. Definição

O álcool é o principal composto das bebidas alcoólicas.

Trata-se de um composto orgânico, que pertence à família dos hidrocarbonetos saturados de cadeia aberta (alcanos 1), constituindo um derivado do Etanol (o seu princípio ativo), por conter um radical (o grupo hidroxilo, -OH), ligado a um átomo de carbono de uma cadeia carbonada que exhibe apenas ligações simples entre os átomos de carbono. (28)

3.2. Breve história do álcool

O álcool está presente praticamente desde o início da civilização e da evolução do Homem. Para além de ser uma bebida consumida socialmente em larga escala e que provoca alterações ao nível da consciência, teve um papel fundamental na evolução da cultura humana, incentivando mesmo o desenvolvimento da arte, da linguagem e da religião. (9–11)

Vários países europeus apresentam no seu passado uma tradição no que diz respeito a bebidas alcoólicas, incluindo a sua produção e consumo. Por exemplo a Alemanha, com grande tradição no fabrico de cerveja, tal como outros países da Europa, começou a dedicar-se à produção de vinho após a conquista romana. Nos grandes banquetes o vinho era obrigatório, pois promovia a boa disposição e diversão dos intervenientes. (11)

O álcool sempre se evidenciou como um facilitador da aproximação do ser humano dos seus pares e do mundo espiritual, uma vez que um dos seus efeitos é a desinibição.

Esta substância, comum a todas as bebidas alcoólicas, é produzida por leveduras: organismos unicelulares microscópicos que ingerem açúcar e libertam dióxido de carbono e etanol, o único álcool potável, denominando-se este processo de fermentação. Este era até à Idade Média o método de produção mais utilizado. No entanto, mais tarde os Árabes inventaram o processo de destilação, do qual derivaram bebidas com um teor alcoólico mais alto. (9–11)

Com a expansão Colonial (no século XVI), o álcool passa a ter uma enorme representação do ponto de vista comercial, alavancando-se com a revolução industrial e com o desenvolvimento das novas tecnologias de produção. Estas foram criadas e aplicadas em toda a Europa no século XIX. (90)

Na civilização contemporânea o consumo de álcool ganhou uma dimensão mais muito abrangente. Para além da componente social de confraternização, também é procurado por indivíduos que se sentem desenquadrados da sociedade, insatisfeitos com a vida e que veem no álcool a oportunidade de esquecer os problemas. Talvez por isso, numa sociedade cada vez mais competitiva, exigente e aliciadora o consumo de álcool tenha aumentado, de forma tão preocupante, em todo o mundo. Acresce ainda a preocupação de atingir agora cada vez mais uma faixa etária mais jovem, tal como demonstra um estudo divulgado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), sobre o consumo de Álcool no Mundo.(29)

Neste estudo, de acordo com a análise feita em 52 países, "os homens consomem em média 19,4 litros de puro álcool *per capita* por ano, enquanto as mulheres consomem 5,6 litros", e em todo o mundo, a partir dos 15 anos, as pessoas consomem, em média, uma bebida por dia ou possivelmente duas, se incluirmos apenas as que efetivamente bebem. Ainda segundo o estudo da OCDE, "13% das raparigas e 14% dos rapazes com 15 anos de idade" já estiveram embriagados pelo menos duas vezes na sua vida. (29)

Hoje, intensificam-se os esforços com campanhas para combater o consumo nocivo de álcool, dado este se ter tornado uma das principais causas de violência e morbimortalidade precoce a nível mundial. (18,30,31)

Capítulo 4: Consumo de álcool

4.1. Conceito, definições e orientações

A evolução dos processos de produção e destilação, permitiu comercializar diferentes tipos de bebidas com diferente teor alcoólico. (11)

A concentração de álcool numa bebida depende, assim, do tipo de bebida e da graduação alcoólica da mesma (designada nos rótulos habitualmente por $x\%$ vol.), isto é, da percentagem de volume de álcool puro. Por exemplo, as cervejas mais comuns comercializadas em Portugal possuem cerca de 5 a 6% vol., o vinho tinto cerca de 11 a 15%, o whisky e a vodka cerca 40%. (1)

A quantidade de álcool puro ingerido numa bebida pode ser calculada através da seguinte fórmula:

$$\text{Álcool puro (g)} = \text{volume de bebida (ml)} \times \text{percentagem de álcool por volume (\%vol./100)} \times \text{densidade do álcool (0,79g/ml que é arredondado geralmente a 0,8g/ml)}. \quad (32)$$



Figura 1: Quantidade de álcool puro (em gramas) por volume e tipo de bebida (1)

Define-se uma bebida padrão como o volume de bebida alcoólica contendo 10g de álcool puro. (32)

A quantidade máxima diária recomendada no homem são duas bebidas padrão ou 20g de álcool puro entre os 18 e os 64 anos, e uma bebida padrão ou 10g de álcool após os 65 anos. Já na mulher a quantidade máxima diária recomendada é uma bebida padrão ou 10g de álcool puro em qualquer idade. (32)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) não existe um padrão de consumo de álcool que seja absolutamente seguro. Um consumo superior às quantidades supracitadas é sempre considerado excessivo e, por isso, de risco.

No contexto da classificação dos problemas ligados álcool, a OMS define o consumo de álcool em excesso em três níveis:

- Consumo de risco (*Hazardous*): define-se como o nível ou padrão de consumo que acarreta risco de consequências prejudiciais para a saúde, se o consumo persistir, mas ainda sem manifestação clínica; (32,33)

- Consumo nocivo de álcool (*Harmful*): define-se como o padrão de consumo que já se traduz em consequências para a saúde, tanto ao nível físico (por exemplo, cirrose hepática) como mental (por exemplo, depressão) e sociofamiliar (por exemplo, acidentes laborais ou violência doméstica); (32,33)

- Dependência alcoólica/Alcoolismo: define-se como um conjunto de fenómenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos que se desenvolvem com o abuso crónico de álcool e nos quais o seu consumo se torna prioritário em relação a outros comportamentos que normalmente teriam maior importância, sendo a característica central o desejo intenso ou compulsão de consumir bebidas alcoólicas, descontrolo sobre o seu uso, com aumento gradual da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado; voltar a beber depois de um período de abstinência está frequentemente associado ao rápido reaparecimento das características da síndrome, sendo que a mesma se correlaciona com o nível de consumo, pelo que pode estar presente em qualquer um deles, ainda que com maior probabilidade em consumos mais elevados. (32,33)

A quantidade máxima diária recomendada nos homens entre os 18 e os 64 anos são duas bebidas padrão ou 20g de álcool puro, sendo que após os 65 anos esta quantidade reduz-se para uma bebida padrão ou 10g de álcool puro por dia. Já na mulher a quantidade máxima diária recomendada é uma bebida padrão ou 10g de álcool puro, em qualquer idade. (32)

Define-se Consumo Episódico Excessivo (*Binge drinking* ou *Heavy episodic drinking*) como o consumo igual ou superior a 6 bebidas padrão no homem e 5 bebidas padrão na mulher, numa só ocasião (no espaço de duas a três horas), devendo este ser considerado um consumo de risco. (2,34) Já o Consumo Pesado (*Heavy drinking*) é definido como o consumo de ≥ 8 bebidas padrão por semana para mulheres e ≥ 15 bebidas padrão por semana para homens; (35)

Por outro lado, importa relembrar algumas situações em que o consumo etílico, mesmo em quantidades ligeiras, está contraindicado, nomeadamente: em crianças ou adolescentes (<18 anos), na gravidez, na presença de dependência, em situações de doença ou com a toma concomitante de alguns medicamentos, e na iminência da condução de veículos ou trabalho com máquinas ou atividades que requeiram coordenação motora. (1,32,36)

4.2. Dados estatísticos sobre consumo de álcool no mundo (pré-pandemia)

Diversos estudos na área do álcool têm vindo a ser desenvolvidos ao longo do tempo com o intuito de analisar e melhor compreender as tendências do seu consumo, bem como para permitir comparar a situação nacional nesta matéria com o contexto europeu e mundial, nomeadamente desde que se deu início à implementação pela OMS dos ciclos estratégicos para controlo dos comportamentos aditivos.

Para calcular os níveis de consumo etílico de uma população, habitualmente recorre-se ao uso de vários indicadores como a prevalência (ou número) de consumidores a uma dada altura numa certa região, o consumo total de álcool (em litros) *per capita* por ano, e ainda a quantidade de álcool puro (em gramas) consumido por pessoa diariamente. (2)

O *Global status report on alcohol and health*, realizado pela OMS em 2018, constitui um relatório muito completo nesta matéria, fazendo-se de seguida um breve levantamento das conclusões atingidas neste relatório. (2)

Segundo este relatório, em 2016, cerca de 2,3 biliões de pessoas eram consumidores de álcool, sendo que em apenas três regiões da OMS, nomeadamente Américas, Europa e Pacífico Ocidental, se verificava que mais de metade da população era consumidora. (2) Pelo contrário, segundo o mesmo relatório e dados da OMS, em 2016, 57% dos adultos em todo o mundo abstiveram-se de consumir álcool nos 12 meses anteriores ao estudo, equivalendo a cerca de 3.1 biliões de não consumidores neste período. (2,8,37)

De acordo com o relatório mencionado, nas regiões de África, Américas, Mediterrâneo Oriental e Europa, a percentagem de consumidores atuais diminuiu desde 2000, de 47.6% para 43.0% em 2016, o que poderá dever-se ao aumento da prevalência de “*former drinkers*”. Ainda assim, demonstrou-se um aumento daquela percentagem na região do Pacífico Ocidental de 51,5% em 2000 para 53,8% em 2018, mantendo-se

estável na região do Sudeste Asiático. Apesar do número de consumidores ter sofrido essa diminuição no global, verificou-se, no entanto, que o nível de ingestão de álcool, desde 2000, aumentou em praticamente todas as regiões da OMS, com exceção da Europa. À data do relatório, no mundo inteiro, os consumidores bebiam em média “32,8 g de álcool puro diariamente (ou 15,1 litros de álcool puro por ano), sendo este valor aproximadamente 20% superior na região africana (40 g/dia) e cerca de 20% inferior (26,3 g/dia) na região do sudeste asiático”. (2)

O consumo total de álcool *per capita* na população mundial com idade \geq a 15 anos, aumentou de 5,5 litros de álcool puro em 2005 para 6,4 litros em 2010, mantendo-se ainda neste valor em 2016, equivalendo a 13,9 gramas de álcool puro por dia. Os níveis mais altos de consumo ético *per capita* foram observados em países da região europeia da OMS (“10 litros ou mais”). (2)

Por outro lado, entre os “consumidores atuais” à data do relatório, o total de álcool *per capita* consumido tinha aumentado desde 2000 em quase todas as regiões da OMS, à exceção da Europa, o que poderá indicar que os consumidores, apesar de em menor número total, terão aumentado seu consumo *per capita* na maior parte do mundo (Figura 2). (2)

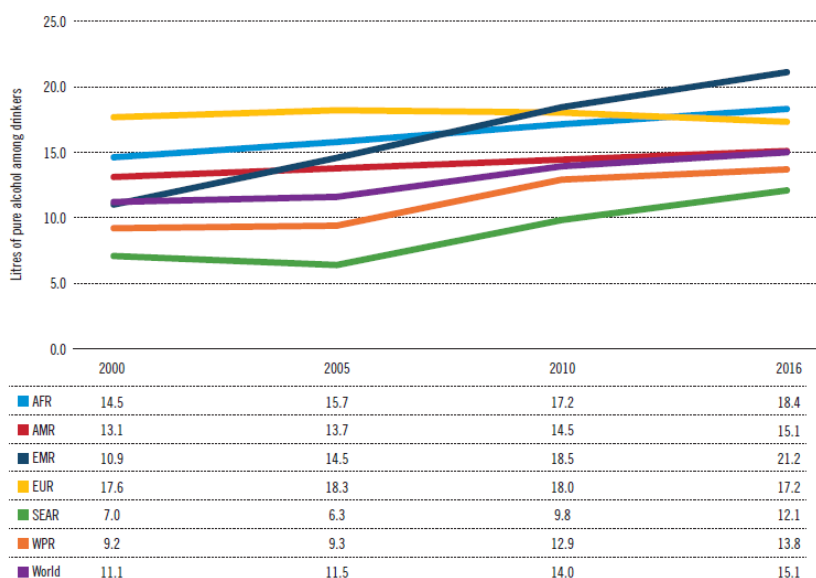


Figura 2: Tendências no consumo de álcool per capita entre consumidores, com idade \geq 15 anos, em litros de álcool puro nas diferentes regiões da OMS entre 2000-2016 (adaptado de: World Health Organization (2018). Global status report on alcohol and health 2018) (2)

Relativamente aos padrões de consumo, concluiu-se que a prevalência de consumo episódico excessivo (*binge*) na população total “diminuiu globalmente de 22,6% em 2000 para 18,2% em 2016”, ainda que permanecesse alta entre os consumidores, particularmente em regiões da Europa Oriental e em alguns países da África Subsaariana (mais de 60% entre os consumidores à data). (2)

Em todo o mundo, de acordo com o relatório, mais de um quarto (26,5%) de todos os jovens entre os 15 e os 19 anos eram consumidores atuais, totalizando cerca de 155 milhões de adolescentes. As taxas de prevalência do consumo de álcool, à data do relatório, eram mais altas entre os jovens daquela faixa etária na Região Europeia da OMS (43,8%), seguida pela Região das Américas (38,2%) e pela Região do Pacífico Ocidental (37,9%). (2) Por todo o mundo e em todas as regiões da OMS, a prevalência de consumo episódico excessivo, à data do relatório, era menor nos jovens dos 15 aos 19 anos do que na população total, atingindo o pico entre os 20-24 anos, faixa em que excedia a população total. No global todas as taxas de prevalência de consumo episódico excessivo entre os consumidores de 15-24 anos, exceto para a região do Mediterrâneo Oriental, eram mais altas do que na população, sendo que nesta faixa etária, se verificava que os consumidores atuais bebiam maioritariamente em sessões de consumo episódico excessivo, com uma prevalência deste tipo de consumo especialmente alta nos homens. (2)

Deste modo, verificou-se que a Região Europeia da OMS ocupava claramente um lugar de destaque no que toca aos níveis de consumo etílico, com mais de 20% da população com idade \geq a 15 anos a relatar consumo episódico excessivo pelo menos uma vez por semana, constituindo assim a região com maior número de consumidores e maiores níveis de ingestão de álcool. (8)

A nível nacional, de acordo com o Relatório Anual 2020 - A Situação do País em Matéria de Álcool realizado pelo SICAD, à semelhança do que foi feito em anos anteriores, em 2016/2017 em Portugal, foi realizado o INPG 2016/17 - IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, aplicado à população entre os 15 e os 74 anos residente em Portugal, e do qual se procede a uma pequena síntese das principais conclusões. (3)

Neste estudo constatou-se que as prevalências de consumo de qualquer bebida alcoólica eram de “85% ao longo da vida, 58% nos últimos 12 meses e 49% nos últimos 30 dias”, sendo estas percentagens ligeiramente inferiores no grupo dos 15 aos 34 anos (83%, 52% e 41% respetivamente). (Figura 3) (3)

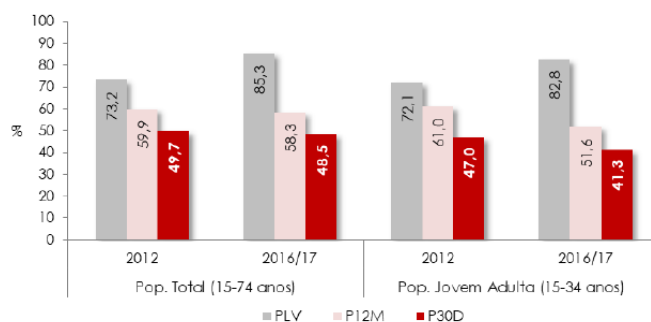


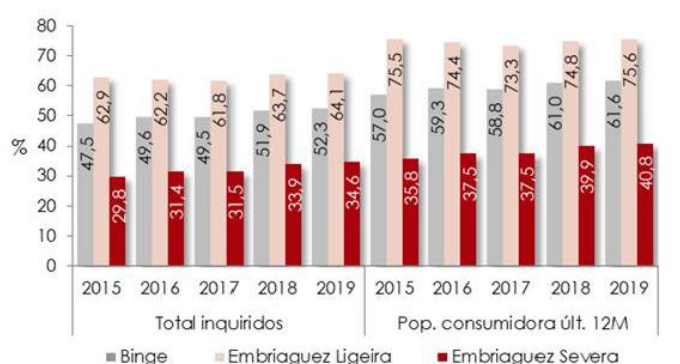
Figura 3: Prevalência do consumo de algumas bebidas alcoólicas ao “longo da vida”, nos “ últimos 12 meses” e nos “últimos 30 dias”, na população 15-74 anos e 15-34 anos, em 2012 e 2016/2017 (INPG 2016/2017) (adaptado de: SICAD (2020). Relatório Anual 2020 – A Situação do País em Matéria de Álcool) (3)

Segundo este inquérito, em 2016/2017 as prevalências de consumo *binge* e de embriaguez severa nos 12 meses anteriores eram, respetivamente, de 10% e 5% na faixa dos 15-74 anos (17% e 9% dos consumidores), e de 11% e 7% na faixa dos 15-34 anos (22% e 14% dos consumidores). Comparativamente ao ano de 2012, as prevalências de consumo recente (“últimos 12 meses”) e consumo atual (“últimos 30 dias”) foram inferiores em 2016/2017, com maior ênfase na população entre dos 15 aos 34 anos. (3)

O vinho e a cerveja foram as bebidas com maior prevalência e mais frequentemente consumidas, em comparação às bebidas espirituosas. Entre os consumidores verificou-se que nos 30 dias anteriores ao inquérito, o consumo diário ou quase diário de alguma bebida alcoólica era de 43% (20% dos inquiridos), com 35% dos consumidores (17% dos inquiridos) a relatarem ingestão diária de vinho e 15% dos consumidores (7% dos inquiridos) de cerveja. (3)

Relativamente a padrões de consumo abusivo e dependência de álcool, de acordo com os resultados obtidos pelo inquérito, em 2016/2017, “2,8% da população de 15-74 anos residente em Portugal (4,9% dos consumidores recentes) tinha um consumo de álcool de risco elevado/nocivo e 0,8% (1,3% dos consumidores recentes) apresentava sintomas de dependência” (segundo aplicação do *AUDIT*), sendo que nos grupos etários mais jovens (15-34 anos) “as proporções do consumo de risco elevado/nocivo (2,4% dos inquiridos, 4,7% dos consumidores) foram próximas às do total da população, mas inferiores (cerca de metade) no caso da dependência (0,4% dos inquiridos, 0,7% dos consumidores)”. Comparativamente ao inquérito de 2012, verificou-se ainda um aumento das prevalências do consumo de abuso ou dependência, bem como um aumento da frequência de consumo *binge* e um agravamento nos consumos de risco ou dependência. (3)

Como referido no Relatório Anual 2020 - A Situação do País em Matéria de Álcool, em 2019 realizou-se a 5.^a edição do Inquérito Anual de Comportamentos Aditivos aos 18 anos (inquérito aplicado aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional em 2019), no qual se verificou que “88% dos inquiridos já tinham ingerido uma qualquer bebida alcoólica ao longo da vida, 85% nos últimos 12 meses e 68% nos últimos 30 dias, cenário próximo ao de 2018, enquadrando-se também no padrão dos resultados em populações escolares da mesma idade (respetivamente 90%, 85% e 66% nos alunos de 18 anos)”. Apesar da relativa estabilidade destas prevalências relativamente a 2018, é de referir, entre 2015 e 2018, “o aumento gradual e contínuo do consumo recente (83% para 85%) e atual (65% para 68%)”, bem como do consumo *binge* e da embriaguez (Figura 4). (3)



* Binge: tomar 5 ou mais (sexo feminino) ou 6 ou mais (sexo masculino) bebidas alcoólicas na mesma ocasião.

** Embriaguez ligeira: ficar “alegre” por efeito do álcool. Embriaguez severa: ficar embriagado/a (cambalejar, dificuldade em falar, vomitar e/ou não recordar o que aconteceu depois).

Figura 4: Prevalências de consumo *binge* e de embriaguez nos últimos 12 meses, entre 2015 e 2019 (5.^a edição do Inquérito Anual de Comportamentos Aditivos aos 18 anos) (adaptado de: SICAD (2020). Relatório Anual 2020 - A Situação do País em Matéria de Álcool) (3)

Quanto a padrões de consumo recente com maior nocividade, demonstrou-se que 52%, 64% e 35% do total de inquiridos (62%, 76% e 41% dos consumidores) tiveram consumos *binge*, experienciaram embriaguez ligeira ou embriaguez severa, respetivamente, sendo que estas práticas continuam a ser mais expressivas no sexo masculino, ainda que o aumento tenha sido mais acentuado no sexo feminino. (3)

Ainda de acordo com o Relatório Anual 2020 - A Situação do País em Matéria de Álcool, em 2019, segundo estimativas do *GISAH (Global Information System on Alcohol and Health)* para Portugal, o consumo de álcool *per capita* (para idade ≥ 15 anos) era de 12,1 litros de álcool puro por ano, sendo 19,5 litros nos homens e 5,6 litros nas mulheres. (3)

Entre 2005 e 2013 verificou-se uma tendência de decréscimo do consumo registado, sendo que a partir de 2014 esta tendência se inverteu numa subida até 2019, ainda que os valores deste ano se mantivessem aquém dos registados em 2005 e 2010, mas superiores aos de 2015. Relativamente à Região da Europa da OMS, os valores nacionais continuavam a ser superiores, relatando-se “diferenças na estrutura do consumo por tipo de bebida alcoólica” (maior consumo de vinhos e menor de bebidas espirituosas). (3)

Entre 2018 e 2020 foi realizado um estudo divulgado pelo Eurostat, o *European health interview survey (EHIS wave 3)*, conduzido entre a população da União Europeia com idade igual ou superior a 15 anos, que mostrou que alguns países, como Portugal, Espanha e Itália, eram caracterizados pelo consumo diário de álcool (“1 em cada 12 pessoas”), ainda que com baixos níveis de consumo regular do tipo *heavy episodic drinking*. Em 2019, 8,4% da população estudada relatava o consumo de uma bebida alcoólica todos os dias, comparativamente a 28,8% a relatar consumo semanalmente e 22,8% mensalmente. Em Portugal o consumo diário atingia os 20,7%. De acordo com o mesmo estudo, o consumo regular de risco numa única ocasião era muito mais prevalente no sexo masculino, em pessoas de médio e elevado nível educacional e em pessoas com rendimentos mais elevados. (4,38)

	Every day	Every week	Every month	Less than once a month	Never or not in the last 12
EU	8.4	28.8	22.8	13.9	26.2
Belgium	9.7	40.8	17.6	8.8	23.2
Bulgaria	10.2	23.8	22.9	13.4	29.7
Czechia	7.8	33.8	26.6	16.6	15.2
Denmark	9.6	39.9	28.4	12.7	9.4
Germany	7.5	32.2	25.9	13.1	21.2
Estonia	1.3	20.8	28.8	26.2	22.8
Ireland	2.4	39.3	22.9	12.8	22.6
Greece	5.9	25.2	27.5	12.9	28.5
Spain	13.0	22.9	18.3	12.5	33.4
France	9.9	34.0	22.7	10.4	23.0
Croatia	10.2	17.9	21.0	12.6	38.3
Italy	12.1	29.2	16.2	7.8	34.8
Cyprus	4.0	17.0	30.4	19.6	29.0
Latvia	1.2	12.3	31.1	28.0	27.3
Lithuania	0.8	12.2	31.3	27.2	28.6
Luxembourg	8.9	43.1	21.2	9.6	17.2
Hungary	6.3	19.1	21.3	24.2	29.1
Malta	7.9	28.1	18.3	13.5	32.2
Netherlands	8.3	47.3	11.3	10.9	22.2
Austria	5.7	34.0	26.5	13.6	20.1
Poland	1.6	16.8	30.2	25.5	25.9
Portugal	20.7	22.0	15.4	11.9	30.0
Romania	2.9	19.0	28.3	19.3	30.5
Slovenia	6.6	24.0	25.2	17.8	26.4
Slovakia	4.1	19.3	25.4	22.7	28.4
Finland	.	.	.	.	.
Sweden	1.8	36.5	26.5	16.0	19.1
Iceland	.	.	.	.	.
Norway	1.4	35.4	30.9	17.1	15.2
Serbia	3.1	13.5	19.9	12.9	50.7
Turkey	0.5	3.4	5.1	5.9	85.1

Note: (.) data not available.

Source: Eurostat (online data code: h1th_ehis_al1e)

eurostat 

Figura 5: Distribuição de indivíduos com idade ≥ 15 anos de acordo com a frequência de consumo de álcool, 2019 (%) (adaptado de: Eurostat (2019). Alcohol consumption statistics) (4)

4.3. Fatores de risco para o consumo etílico

Geralmente, um grupo de múltiplos fatores atua em conjunto para influenciar os níveis e padrões de consumo de uma pessoa, e não um único fator a solo. (20) Vários são os fatores que influenciam o aumento do risco de consumo e abuso de álcool, nomeadamente, idade precoce do início de consumo, o consumo regular, um círculo social e familiar com consumo de álcool frequente, antecedentes pessoais e familiares de problemas de abuso de álcool/alcoolismo, antecedentes de uso de tabaco ou outras substâncias psicoativas (como drogas), problemas do foro psiquiátrico, níveis de escolaridade e socioeconómicos mais baixos, entre outros. (8,12–14,30,36,39,40)

Até mesmo a idade e o género têm demonstrado ser fatores influenciadores, sendo o sexo masculino um fator de risco para o consumo. Entre os homens existem mais consumidores e os níveis de consumo são mais elevados, constituindo a faixa etária dos jovens adultos também a população com maior risco de consumo no geral. (3)

De facto, o nível de desenvolvimento económico, social e cultural, bem como a disponibilidade de álcool e o acesso ao mesmo, têm demonstrado ter relevante preponderância nos consumos individuais e coletivos das populações e, conseqüentemente, na incidência e prevalência de problemas relacionados ao consumo de álcool. (41–44) Por este motivo, a existência, implementação e reforço de políticas de controlo do uso desta substância acabam por ter também um papel/peso importante na influência do seu consumo. As diferenças relativas a estas questões existentes entre sociedades, levam ao aparecimento de vulnerabilidades particulares para cada país e, por isso, de necessidades distintas. (20,37)

O contexto social em que ocorre o consumo desempenha também um papel importante não apenas no tipo, padrão e quantidade de consumo, como ainda nas consequências que dele advêm, isto é, na ocorrência de danos prejudiciais relacionados com álcool, quer em termos individuais quer em termos sociais. Verifica-se, a título de exemplo, efeitos a nível da saúde derivados de intoxicação alcoólica, e aumento na incidência de doenças ou acidentes ligados ao consumo etílico. (20,43)

O stress e as doenças mentais constituem igualmente fatores de risco para o consumo, pelo que têm vindo a ser grande alvo de investigação por parte da comunidade científica, na medida em que se tem vindo a encontrar uma relação entre essas variáveis, já que pessoas mais expostas e vulneráveis a situações de stress e/ou com

problemas psicológicos parecem estar mais predispostas a recorrer ao uso do álcool, como uma estratégia de *coping* e fuga à realidade. (45–48)

4.4. Efeitos do consumo de álcool

O consumo de álcool tem inúmeros efeitos indesejáveis, não apenas para o organismo, como para a pessoa num todo, com consequências quer na saúde, quer sociais e económicas, tanto a nível individual como para a sociedade. (20)

De facto, o abuso desta substância traz prejuízos para a pessoa que consome, mas também para os elementos do círculo social envolvente, como familiares, amigos, colegas e até para estranhos, uma vez que provoca sofrimento e danos, como por exemplo acidentes rodoviários, violência, suicídio, lesões fatais e atos criminosos, que acabam por envolver todo o ambiente que rodeia o consumidor. Estas ocorrências tendem a acontecer mais frequentemente em faixas etárias mais jovens. (20,21,30,31,43,46)

O volume de álcool consumido e o padrão de consumo estão diretamente ligados aos resultados sociais e em saúde obtidos, notando-se uma evidente relação dose-dependente para as consequências do consumo. Em particular, o *binge drinking* e a intoxicação aguda por álcool constituem problemas e preocupações em saúde pública, ao trazerem variadas sequelas para o bem-estar individual e no comportamento mental e social. (4,20)

Deste modo, é essencial referir que o abuso desta substância é o fator causal de mais de 200 doenças e lesões, contribuindo para o desenvolvimento de distúrbios do comportamento, psicológicos e psiquiátricos, intoxicação aguda, síndrome de dependência e doenças não transmissíveis (como cirrose hepática, doenças oncológicas e doenças cardiovasculares), assim como tem vindo a ser demonstrada uma relação causal entre o seu consumo e a incidência de certas doenças infecciosas como tuberculose e VIH/SIDA, já que diminui a eficácia do sistema imunitário e aumenta a ocorrência de comportamentos sexuais de risco. (17,42) Para além disso, o consumo de álcool durante a gravidez é responsável por várias complicações fetais, como a síndrome alcoólica fetal, e de parto pré-termo. De acrescentar ainda o seu impacto como fator agravante de inúmeras condições agudas e crónicas de saúde já estabelecidas. (20,21,36)

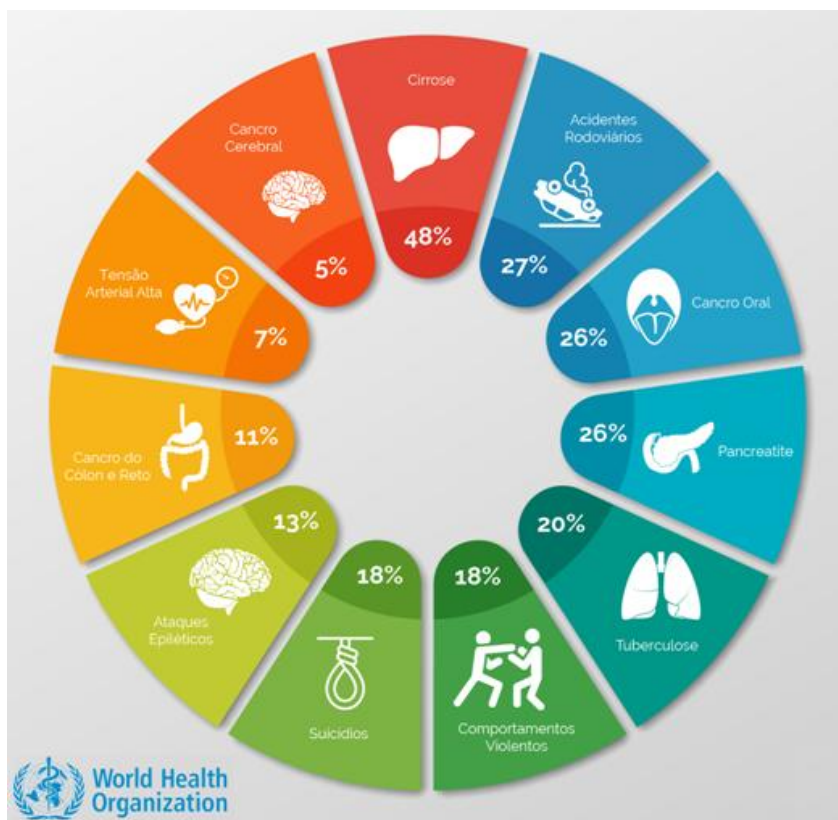


Figura 6: Consequências do consumo excessivo de álcool (adaptado de: World Health Organization) (5)

De acordo com dados da OMS, em 2016 cerca de 3 milhões de mortes em todo o mundo resultaram do uso nocivo de álcool, representando cerca de 5,3% de todas as mortes. O álcool é causa de morte prematura e incapacidade relativamente cedo na vida, sendo responsável por 5,1% da carga global de doenças, medida em *DALYs* (*Disability Adjusted Life Years*), e por 13,5% do total de mortes na faixa etária entre os 20 e os 39 anos. Da mesma forma, tal como se verificou para os níveis e padrões de consumo, também na morbimortalidade se encontram diferenças entre género, idade e regiões. A percentagem de mortes atribuíveis ao álcool atingia, em 2016, os 7,7% de todas as mortes entre os homens comparativamente aos 2,6% de todas as mortes nas mulheres. Igualmente, verifica-se que populações mais vulneráveis e com níveis socioeconómicos mais baixos são mais impactadas e apresentam maiores taxas de morte e hospitalização devido ao abuso etílico. De destacar ainda, a Região Europeia da OMS como sendo a que dispõe da maior proporção no mundo de problemas de saúde e morte prematura relacionadas ao álcool. (20)

4.5. Rastreo e prevenção do consumo de álcool

Tendo em conta tudo o que foi abordado até aqui, é possível inferir que é de extrema importância encontrar formas de rastrear e controlar o consumo alcoólico pela população mundial, dados os níveis preocupantes de consumo que se têm vindo a demonstrar e os seus efeitos nefastos para a saúde, a curto e longo prazo, e na sociedade, constituindo este um problema de saúde pública.

Atualmente, temos disponíveis várias ferramentas que nos auxiliam no diagnóstico do abuso e dependência do álcool, como a colheita adequada da história clínica e a aplicação de questionários direcionados (como o *AUDIT-test*) que, de acordo com as normas vigentes da DGS relativas à Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool, devem ser propostos ao doente para uma avaliação inicial do risco de consumo excessivo de álcool. (32)

Por exemplo, o *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*, desenvolvido pela OMS em 1989, consiste num instrumento de avaliação composto por 10 questões sobre uso de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados com o mesmo, podendo ser usado em formato de entrevista ou como questionário de autopreenchimento, tendo sido desenhado para aplicação preferencial nos Cuidados de saúde primários (concordante com o CID-10). Deste modo, este questionário constitui um método simples e rápido de triagem e identificação do consumo abusivo, permitindo uma abordagem com intervenção breve em função da pontuação obtida.

RESULTADO AUDIT	NÍVEL DE RISCO	PROBLEMA	INTERVENÇÃO PRECONIZADA
0-7	BAIXO	ABSTINÊNCIA OU CONSUMO DE BAIXO RISCO	INFORMAÇÃO EDUCACÃO
8-15	BAIXO / MODERADO	CONSUMO DE RISCO	ORIENTAÇÃO
16-19	MODERADO	CONSUMO NOCIVO	ORIENTAÇÃO INTERVENÇÃO BREVE MONITORIZAÇÃO
20-40	ALTO	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA	ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS

Figura 7: Relação de resultados obtidos, níveis de risco e respetivas intervenções no âmbito do questionário AUDIT (adaptado de: World Health Organization (2001)). (6)

Da mesma forma, torna-se evidente que, para além de rastrear o abuso de álcool, é crucial estabelecer medidas e estratégias para regular e controlar a produção,

circulação e comercialização de álcool e que auxiliem no sentido de diminuir o seu consumo, o que pode ser conseguido através da implementação de políticas eficazes pelos órgãos governamentais de cada país. Estas podem incluir a regulamentação do comércio de bebidas alcoólicas (nomeadamente para os mais jovens, por exemplo definindo uma idade mínima para a compra), a restrição da disponibilidade das mesmas, a aplicação de legislação apropriada e punições rígidas contra o consumo em contexto de condução de veículos, a taxação mais alta de bebidas alcoólicas, a sensibilização e consciencialização da sociedade para a variedade e gravidade de problemas relacionados ao álcool (por exemplo através de ações na comunidade), a disponibilidade de tratamento acessível e adequado para pessoas com perturbações de abuso desta substância e a implementação de programas de rastreio e intervenção em saúde no consumo etílico nocivo. (8,27,42,49)

Segundo dados da OMS, em 2016, 46% dos Estados Membros da OMS relatavam ter uma política nacional contra o álcool. (37) De facto, a OMS defende o desenvolvimento de intervenções custo-efetivas para o uso nocivo de álcool, tal como defende a divulgação de informação científica e fidedigna relativamente aos problemas ligados à dependência desta substância e suas consequências na saúde e na sociedade. (20)

Efetivamente, como meio de sustento de tal posição, em 2010, os Estados Membros da OMS chegaram a acordo com a *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*, representando um consenso internacional que estabelecia a diminuição do uso nocivo de álcool e da sua carga social e em saúde como uma prioridade em saúde pública. Esta estratégia orientava ações a todos os níveis, incluindo áreas alvo de intervenção recomendada, tendo também como contexto o *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*, uma vez que o abuso de álcool constituía um dos quatro fatores de risco principais para as Doenças Não-Transmissíveis *major*. Assim, reunia-se um conjunto de medidas focadas no desenvolvimento e estabelecimento de políticas de prevenção e redução do uso nocivo de álcool, as quais seriam adaptadas à realidade de cada país. Por forma a dar continuidade a este trabalho, encontra-se atualmente em vigor *Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*, fornecendo objetivos comuns para diminuir os problemas ligados ao seu consumo e melhorar os resultados em saúde global. (50,51)

Adicionalmente, foi desenvolvido pela OMS o *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*, como uma ferramenta dinâmica de acesso e monitorização da informação relacionada ao estado de saúde e tendências ligados ao consumo alcoólico,

consequências e nocividade associadas ao mesmo e respostas políticas dos países. Através deste sistema, são disponibilizados dados e estatísticas que permitem, portanto, avaliar frequentemente o estado da situação e adaptar medidas e políticas consoante as necessidades e capacidades de cada país, tendo em conta os objetivos propostos para melhoria dos *outcomes* relacionados ao impacto negativo social e em saúde das consequências do uso de álcool. (37)

Capítulo 5: Hepatopatia alcoólica

5.1. Definição

A doença hepática alcoólica tem uma evolução gradual ao longo do tempo.

Numa primeira etapa, em resposta ao consumo pesado, ocorre a esteatose hepática, que envolve a acumulação de pequenas gotículas de lípidos sob o parênquima. Com a progressão da esteatose, pode ocorrer um dano inflamatório cada vez mais severo das células hepáticas, que designamos de esteato-hepatite. (7,22) Esta fase da doença pode levar ao desenvolvimento de fibrose, com deposição excessiva de proteínas da matriz extracelular. Esta resposta fibrótica começa com fibrose pericelular ativa, podendo numa fase mais avançada evoluir irreversivelmente para cirrose hepática, a qual é caracterizada por cicatrização hepática excessiva, alterações vasculares e, possivelmente, insuficiência hepática. (7,22)

Em casos de cirrose grave poderá eventualmente haver uma evolução para carcinoma hepatocelular. (23)

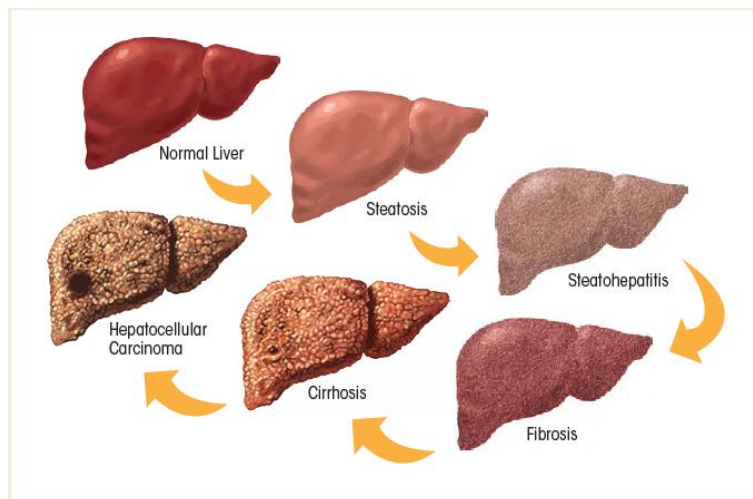


Figura 8: Espectro de lesão hepática produzida pelo consumo excessivo de álcool, na doença hepática alcoólica (adaptado de Donohue et. al) (7)

5.2. Fisiopatologia

O etanol é principalmente metabolizado pelos hepatócitos, as células do parênquima hepático, que têm níveis importantes de enzimas envolvidas na oxidação do mesmo,

como a álcool desidrogenase (ADH), a aldeído desidrogenase 2 (ALDH2) e o citocromo P450 2E1 (CYP2E1). (52) A ADH converte o álcool em acetaldeído e a ALDH2 converte o acetaldeído em acetato. O metabolismo do álcool aumenta a produção de NADH pela redução do NAD do corpo. Esta mudança metabólica para uma maior produção de NADH leva à formação de glicerol fosfato, que se combina com os ácidos gordos e forma triglicéridos que se irão acumular no fígado. O consumo de álcool leva a uma diminuição da lipólise, pelo que irá haver uma maior acumulação de triglicéridos no fígado. (24)

A acumulação de triglicéridos nas células hepáticas, principalmente em torno das vénulas e próximo dos tratos portais, num mínimo de 5% do peso total do fígado, designa-se esteatose hepática. Esta doença é geralmente considerada reversível quando se procede a uma abstinência alcoólica completa. (22)

No alcoolismo crónico, as células de Kupffer que se encontram nos sinusoides hepáticos e funcionam como uma linha de defesa primária quando o fígado é exposto a agentes patogénicos e toxinas, passam de um estado anti-inflamatório para pró-inflamatório. Isto leva a um aumento da produção de espécies de radicais livres por estas células que por sua vez levam à libertação de várias citocinas como *TNF α* , quimiocinas e interleucinas que atraem células polimorfonucleares da corrente sanguínea para o parênquima. (24) Podem-se formar materiais fibrilares eosinofílicos (hialina Mallory ou corpos de Mallory-Denk) nos hepatócitos engorgitados. Esta inflamação hepática é designada de esteato-hepatite alcoólica. (22)

Um daqueles mecanismos de lesão hepática por exposição a toxinas é a translocação de endotoxinas do intestino para os hepatócitos sob a forma de lipopolissacáridos (LPS). Neste caso, os LPS ligam-se, nas células de Kupffer, ao CD14 e ao *toll-like receptor 4* (*TLR4*) induzindo a libertação de radicais livres de oxigénio que levam então à libertação de várias citocinas (*TNF α* , interleucina 8, entre outras) e, conseqüentemente, à acumulação de neutrófilos e macrófagos, com características sistémicas de lesão. Estudos recentes têm, inclusivamente, demonstrado que doentes com disbiose intestinal apresentam maior predisposição para doença hepática alcoólica. (53)

A cirrose representa o estado final de fibrose hepática, onde encontramos uma acumulação de matriz extracelular, maioritariamente de colagénio no parênquima hepático. As células mais importantes no aparecimento de cirrose são as células de Kupffer e as células estreladas hepáticas. O alcoolismo leva a que haja uma depleção de vitamina A nas células estreladas o que as estimula a produzir mais colagénio. Por sua vez os radicais livres produzidos pelas células de Kupffer danificam progressivamente

os tecidos hepáticos, o que faz com que haja cada vez mais regeneração com tecido fibrótico. (7,54)

A acumulação de radicais livres cria alterações estruturais e funcionais no ADN, afetando funções de genes como a replicação e a transcrição o que irá parar o ciclo celular e a apoptose. Esta acumulação também induz a produção de várias citocinas, a ativação de células imunitárias e o aumento da angiogénese que criam um processo metastático, pelo que ao longo do tempo a cirrose poderá progredir para carcinoma hepatocelular. (23)

5.3. Classificação

5.3.1 Esteatose alcoólica

A esteatose hepática desenvolve-se em cerca de 90% dos indivíduos que consomem mais de 60g de álcool por dia, e pode ser observada após cerca de 2 semanas de ingestão destas quantidades de álcool de forma regular. A maioria dos doentes com esteatose hepática são assintomáticos, mas alguns podem ter náuseas, anorexia ou vômitos. (55) Nos doentes com esteatose, aproximadamente 35% progride para esteato-hepatite e 10% para cirrose. (56)

5.3.2 Esteato-hepatite alcoólica/Hepatite alcoólica aguda

A principal característica de apresentação da Hepatite alcoólica aguda é a icterícia. Também pode ocorrer febre, taquicardia, anorexia, náuseas, vômitos, ascite e hepatomegalia dolorosa em indivíduos de ambos os sexos, mas com predomínio no sexo masculino entre os 40 e 60 anos com história de abuso crónico de álcool. Geralmente é precedida por episódios de grande consumo de álcool, mas pode ocorrer mesmo após várias semanas de abstinência. Nas formas mais graves pode instalar-se um quadro de insuficiência hepática aguda com encefalopatia, coagulopatia, hipertensão portal com hemorragia e falência multiorgânica. (57)

A esteato-hepatite alcoólica está associada a elevadas taxas de mortalidade a curto prazo (40-50% em 6 meses). (58) A sua incidência anual continua a ser maioritariamente desconhecida, no entanto um estudo dinamarquês retrospectivo estimou a incidência em aproximadamente 24 e 46 por milhão em mulheres e homens respetivamente. (54,59)

Foram concebidos vários modelos de prognóstico para identificar doentes com alto risco de morte prematura 1-2 meses após hospitalização. O *Maddrey discriminant function score* foi a primeira pontuação a ser desenvolvida, mas temos outras como o *MELD score (Model for End-stage Liver Disease)*, o *GAHS (Glasgow alcoholic hepatitis score)* e a pontuação ABIC (idade, bilirrubina sérica, *INR* e pontuação da creatinina sérica). (54,55,57)

5.3.3 Cirrose alcoólica

O risco de desenvolver cirrose é maior em doentes com consumo diário acima de 120g de álcool por dia. (57) A ascite é habitualmente a primeira manifestação, mas outras complicações como a icterícia, a hemorragia variceal e a encefalopatia hepática também são comuns. Estas complicações são habitualmente sinal de mau prognóstico. (22)

Estudos de base populacional indicam que apenas um terço dos doentes com cirrose alcoólica são hospitalizados antes da descompensação. Doentes com cirrose têm apresentado riscos de mortalidade a 1 e 5 anos na ordem dos 30 e 60%, respetivamente. Na maioria dos centros, a pontuação *MELD* é utilizada para estabelecer o prognóstico e colocar os doentes na lista de espera de transplante hepático ortotópico. (54,55,57)

O fator mais importante que aumenta o risco de complicações e morte é a persistência de abuso de álcool após o diagnóstico. (54)

5.3.4 Carcinoma hepatocelular

O carcinoma hepatocelular é o tumor primário hepático mais comum, representando 75% de todos esses tumores. Os sintomas mais comuns incluem dor abdominal, perda ponderal, massa no hipocôndrio direito e deterioração clínica inexplicável em doentes com cirrose previamente estável. Pode, igualmente, ocorrer febre. A ascite (hemorrágica), choque ou peritonite podem advir de sangramento tumoral. Também é frequente ocorrerem, concomitantemente, complicações metabólicas sistémicas como hipoglicemia, eritrocitose, hipercalcemia e hiperlipidemia. (23)

A incidência de carcinoma hepatocelular em doentes com cirrose alcoólica varia entre 7% a 16% após 5 anos e 29% após 10 anos. (54) Em Portugal, em 2020, a incidência de carcinoma hepatocelular foi de 10,7/100 000 habitantes nos homens e 2,2/100 000 habitantes nas mulheres, segundo dados do Observatório Global do Cancro, entidade pertencente à OMS. (60)

Capítulo 6: Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e Descompensações por Hepatopatias alcoólicas

6.1. Introdução

A doença COVID-19, causada pelo vírus *SARS-CoV-2* e caracterizada por sintomatologia maioritariamente respiratória, teve início em 2019 quando foi descoberto um surto em Wuhan, na China. Uma vez que se tratava de uma nova variante/entidade da família dos coronavírus que desde cedo demonstrou ser muito contagiosa e letal, logo se tornou perceptível a urgência de arranjar formas de mitigar a sua propagação. Ainda assim, rapidamente a mesma se propagou por todo o mundo, tendo sido decretada a pandemia COVID-19 a 11 de março de 2020 pela OMS. (61–63)

Efetivamente, dados os efeitos graves que esta doença trouxe a nível de morbimortalidade global e tendo em conta o seu impacto a longo prazo ainda desconhecido na altura, foram implementadas diversas medidas de contenção da sua disseminação, por diversos países. São exemplos: a restrição da prestação de serviços e uso de espaços público incluindo o seu fecho total, o encerramento de escolas e estabelecimentos de ensino, a limitação da circulação e trânsito entre fronteiras de países e localidades, o encerramento de locais de trabalho promovendo-se o teletrabalho, estabelecimento de regras de distanciamento físico e isolamento social, a imposição de uso de máscara facial de proteção, e a quarentena obrigatória. Tudo isto foi escalando progressivamente, mas aconteceu no geral num curto espaço de tempo, gerando muita incerteza, medo e insegurança entre a população mundial. (16,30,64)

Todas estas medidas tiveram um eventual impacto psicológico nas populações, mesmo com a compreensão da necessidade de recorrer a tais medidas. (47)

A mobilização dos vários recursos humanos e materiais de saúde, gerou uma limitação da disponibilidade e acesso aos cuidados de saúde, com efeitos prejudiciais e ainda impossíveis de quantificar completamente a longo prazo noutras doenças e condições médicas. (65,66)

No que concerne à saúde mental, acredita-se que muitos problemas terão surgido e aumentado devido à quarentena e a toda a situação inerente à pandemia (15), já que

toda a população esteve exposta a elevado stress e trauma, com uma maior disrupção e isolamento social, atrasos e falta de capacidade na prestação de cuidados, e limitações de suporte social e familiar gerados pelas restrições e ordens para permanecer em casa. (16,66) Tal levou a que as pessoas experienciassem sensações de separação dos entes queridos, de medo, insegurança, incerteza, perda de liberdade, ansiedade, tristeza, confusão e até mesmo raiva. Também a falta de informação e a falta de transparência das autoridades oficiais de saúde e órgão governamentais sobre a gravidade da pandemia demonstrou contribuir para esses sentimentos. (47)

Além disso, também outras questões mostraram ter influência no estado psicológico e anímico das populações, nomeadamente os problemas de disfunção familiar durante a quarentena, preocupações com o fecho de postos de trabalho, a diminuição de rendimentos e perda de capacidade financeira, vindo assim a agravar os sintomas de depressão, os distúrbios emocionais, problemas do sono e stress pós-traumático, com uma diminuição da qualidade de vida no geral. (47,65) Todos os fatores até agora relatados tinham já sido descritos noutras crises da história da humanidade, estando comprovado o seu impacto psicológico. (47,67)

Deste modo, entende-se o peso da pandemia como um todo para o ser humano, testando as suas capacidades de adaptação e as suas estratégias para lidar com as mais diversas adversidades. Igualmente, fica perceptível que os vários fatores acima mencionados atuem como fontes de stress e tenham despoletado ou realçado o uso de álcool como uma estratégia de *coping* inadequada. (15,16,68)

Efetivamente, o aumento da exposição ao stress é um dos fatores de risco reconhecidos para o consumo de álcool (64,69), uma vez que inicialmente este confere uma sensação de relaxamento e bem-estar.

Para o consumo e abuso desta substância em tempos de COVID-19, poderão também ter contribuído as questões ligadas ao luto, se considerarmos que durante a pandemia a mortalidade por esta doença aumentou drasticamente e, devido ao isolamento e à ausência do ritual habitual de enterro dos doentes pelos seus familiares, sentimentos de revolta e despedida incompleta poderão ter levado ao aumento do consumo etílico como meio de fuga à realidade. (14)

Os efeitos do abuso de álcool a longo prazo em saúde pública são neste momento ainda desconhecidos. (14,64) O consumo excessivo e o *heavy episodic drinking* estão ligados à ocorrência de acidentes domésticos, acidentes de viação, aumento do potencial de

comportamentos agressivos, de violência (doméstica e não só), de problemas somáticos e psiquiátricos, abuso de crianças e situações de negligência. (20,31,42,43)

Relativamente à violência doméstica, demonstrou-se durante o confinamento que, para além de muitas vezes haver abuso de álcool por parte dos agressores, também as vítimas passaram a consumir, ou aumentaram o seu consumo habitual, como forma de “aliviarem” o problema, e também por ser encontrarem isoladas e sem a sua rede de apoio social pelo distanciamento dos familiares e amigos. (67)

Assim, compreende-se que, durante a pandemia, certos grupos na população se encontrem mais vulneráveis e predispostos para iniciar, aumentar ou recomeçar o consumo alcoólico. Entre estes grupos de risco temos os que já consumiam previamente, os que já tinham problemas relacionados ao abuso de álcool/alcoolismo, indivíduos expostos a maior disrupção e conflitos familiares em casa, e com problemas psicológicos ou psiquiátricos pré-existentes. (15,42)

6.2. Alterações nos padrões de consumo

De facto, o início da pandemia e a implementação de ordens de restrição até ao confinamento total, fez com que o contexto de consumo de álcool se alterasse completamente. Se antes associávamos o seu consumo a situações de festas, eventos, convívios, a espaços públicos e à socialização entre o ser humano, com o começo da pandemia e da quarentena passamos a associá-lo a um ambiente mais privado, no domicílio, com poucas pessoas ou até mesmo de forma isolada. (30)

Naturalmente, esta alteração do paradigma de consumo veio potenciar alguns fatores influenciadores do uso de álcool, como por exemplo: passar mais tempo em casa; ter menos responsabilidades em ter de estar fisicamente no posto de trabalho; passar mais tempo isoladamente (despoletando sentimentos de maior solidão); haver maior exposição aos *media*, por maior tempo de acesso à televisão, à internet e às redes sociais (sendo que nestes meios de comunicação, era frequente a partilha de conteúdos relacionados com o consumo de álcool, como vídeos de figuras públicas a consumir e receitas de bebidas alcoólicas para fazer em casa); a grande exposição a notícias perturbadoras nos telejornais (constituindo possivelmente um fator de stress); ter mais tempo livre; a perda de atividades de lazer e desporto que contribuía previamente para uma vida ativa e para o bem-estar psicológico e físico; haver menor controlo dos consumos; existir maior liberdade em casa para cada pessoa agir de acordo com a sua

vontade. (13,15,41,70) Tudo isto contribuía, assim, para que a população se sentisse menos controlada e possivelmente tentada para consumir álcool, quer como meio de relaxamento face à realidade, quer como estratégia de *coping* para lidar com todo o stress inerente à pandemia. (13,70)

Pelo contrário, quem foi afastado do ambiente usual de consumo, sem companhia nem eventos, e com maior controlo, como por exemplo os grupos etários mais jovens sob supervisão parental em casa, poderia ficar mais desincentivado para consumir álcool. (30,68)

Várias fontes documentam o aumento das vendas de álcool desde que teve início a pandemia, nomeadamente através de vendas *online*, um mercado que durante o confinamento terá crescido largamente. (42,71–74) Para esse aumento das vendas, também poderá ter contribuído o fecho dos lugares habituais de consumo (por exemplo bares e restaurantes) e o menor preço por unidade de álcool que se verifica nestas novas plataformas de venda. (41)

De acordo com a literatura existente, o consumo de álcool é influenciado pelos vários fatores acima mencionados, que contribuem de diferentes modos para o aumento ou diminuição desse consumo. De facto, o *stress* é mencionado em quase todos os estudos como um dos principais fatores que despoletam o início, a recaída ou agravamento dos consumos. (14,16,17,26,30,45,64,69,72,75) Uma vez que durante a pandemia a exposição ao mesmo foi quase uma constante, o seu nível na população aumentou abruptamente. (16) A quarentena e o isolamento social tiveram um papel preponderante nesse agravamento, dado o efeito de disrupção que isso provocou nas relações interpessoais e na sociedade, levando a que as pessoas se sentissem mais sozinhas, com menor suporte social, maior ansiedade e *stress* da perda dessas relações com os seus entes queridos. (15,16,30,41,76–78) Como tal, as pessoas experienciaram sentimentos de solidão, tristeza, medo, de sensações de insegurança, ansiedade, angústia, desespero e os estados mais depressivos, os quais estão descritos como fatores de risco para o consumo etílico. (13,15–17,26,45,47,69,72,78) O recurso ao álcool ocorria regularmente como um mecanismo adaptativo, ainda que inadequado, para lidar (*cope*) com todo o stress associado à pandemia e ao isolamento e com as adversidades do dia-a-dia, acabando esta estratégia por ter efeitos prejudiciais no estado de saúde global e, em particular, na saúde mental. (15,45–47,71,72,77) No entanto, este mecanismo de *coping* não é uma novidade, dado que o mesmo comportamento foi narrado noutras crises passadas ao longo da história da humanidade. (16,46)

Por outro lado, verificou-se também em alguns estudos que a quarentena e o isolamento poderiam levar, ao invés, a uma diminuição do uso de álcool, pela menor disponibilidade de espaços públicos usuais de consumo (como bares e pubs) e menor acesso a meios de compra à distância (através da internet e serviços de entrega) por parte de certos grupos populacionais. (30,46,69) Pessoas que antes eram consumidoras regulares teriam agora maior probabilidade de experimentar sintomas de privação e abstinência, o que demonstrou ainda motivar idas ao serviço de urgência. (46)

Um estudo de 2020 reportando as perspetivas e observações de profissionais de medicina dos comportamentos aditivos em início de carreira em 16 países (a saber: Índia, Nepal, Tailândia, Indonésia, Malásia, Japão, Eslovénia, Itália, Irlanda, França, Uganda, Egito, Marrocos, África do Sul, Nova Zelândia e Austrália), em que todos passaram por quarentena e medidas de distanciamento, verificou que na África do sul, Índia, Nepal, Eslovénia e Tailândia foram implementadas medidas de proibição e restrição das vendas e disponibilidade de álcool, sendo que no Nepal, na Eslovénia, na Tailândia e na Índia foi reportado um aumento dos casos de sintomas de privação alcoólica, como tonturas e *delirium tremens*. Em Bangalore, na Índia, ocorreu uma duplicação do número de casos de Síndrome de abstinência alcoólica (SAA) nos 20 dias a seguir à proibição de venda de álcool, comparado com o mesmo período em 2019, sendo que este era o único país a ter publicado orientações para a abordagem daquele problema durante as restrições COVID-19. No Nepal observou-se também um pico inicial nos casos de SAA e nas prescrições de medicamentos direcionados para esta condição após as restrições e proibições ao uso de álcool, verificando-se que após 50 dias de quarentena, um terço das admissões hospitalares eram devidas a SAA. (42)

Segundo o mesmo estudo, na Irlanda, os *media* reportaram um aumento de 58% nas vendas de álcool em comparação com o ano anterior. Em adição, um inquérito* nacional mencionado neste estudo verificou que, seguidamente ao confinamento nacional, 22% dos inquiridos aumentaram o consumo alcoólico (principalmente na faixa dos 18-44 anos), 17% diminuiu o consumo (predominantemente o sexo masculino), enquanto indivíduos mais velhos e aqueles residentes em áreas rurais tinham menor probabilidade de relatar alterações nos seus padrões de consumo. (79)

Ainda sobre o estudo anterior, no Japão observou-se um aumento de casos de *binge drinking* e SAA; no Uganda observou-se também um aumento do *binge drinking* em casa; na Malásia suspeitou-se igualmente de um aumento no consumo de álcool no domicílio. (42)

Além disso, provou-se que a limitação do acesso e disponibilidade de cuidados de saúde, por alocação dos seus recursos principalmente a áreas relacionadas com a COVID-19, transparecendo uma disrupção destes serviços clínicos, gerou uma sensação de insatisfação e descontentamento por parte dos utentes, agindo como fonte de *stress* e insegurança e possivelmente propiciando a exacerbação do consumo de álcool e recaída dos previamente abstinentes. (16,69) Para o grupo de população previamente abstinente, que inclusivamente tivesse já consumido ou até tido problemas ligados ao álcool, e pudesse encontrar-se em tratamento ou terapia direcionada (com atividades não relacionadas com álcool), esta limitação do acesso a saúde e tratamentos poderá ter tido um impacto mais grave, potenciando a recaída ou início do consumo sem que se conseguisse fornecer o suporte adequado a esta mesma população. (46)

Quando indivíduos experienciavam períodos de maior *stress* económico, dificuldades financeiras e, inclusive, a perda do emprego (devido ao fecho de postos de trabalho durante a pandemia), constatou-se que estes podiam constituir fatores de risco para aumentar o consumo alcoólico, uma vez que seriam períodos de maior exposição ao *stress* e a condições adversas da vida. (47,69) Não obstante, verificou-se também que os mesmos poderiam funcionar como desincentivadores do consumo dadas as menores possibilidades financeiras e, logo, menor poder de compra. (46)

Ainda assim, um estudo realizado entre abril e junho de 2020 em 38 países por todo o mundo (com uma população de 37 206 pessoas), reportou que mais de um quarto dos seus participantes adquiriu uma maior quantidade de álcool durante o confinamento, comparativamente antes da pandemia, apesar de mais de metade da população em estudo ter comprado a mesma quantidade e apenas uma menor percentagem ter comprado menos. Segundo o mesmo estudo, 62,2% dos inquiridos relataram inexistência de alterações do seu padrão de consumo, enquanto 20,2% aumentaram a frequência de utilização de álcool e 17,6% diminuiu. (14)

Vários estudos apontam algumas características como fatores de risco predisponentes para o maior consumo etílico e desenvolvimento de problemas relacionados ao álcool durante a pandemia, nomeadamente: ter um consumo pré-pandémico pesado; ser de média idade (25-49 anos) (12); ter maior nível de ensino; ter maiores rendimentos; perder o emprego; alterações nos comportamentos alimentares; alterações do sono; viver com crianças; estar em teletrabalho; estar em confinamento/quarentena; ter maiores níveis de *stress*; ter história de distúrbios mentais ou psiquiátricos. (12-16)

Um estudo realizado entre março e abril de 2020 nos Estados Unidos, com uma população de 5850 inquiridos, analisou a relação entre vários indicadores de saúde

mental com alterações no consumo de álcool. Segundo este estudo, 47% dos inquiridos relataram sintomas de ansiedade e 30% sintomas de depressão, ambas associadas à COVID-19. Constatou-se que 29% da população reportou o aumento do consumo alcoólico durante a pandemia, enquanto 19,8% reportou diminuição e 51,2% não reportou alterações. Entre aqueles que disseram ter aumentado o consumo, 59% experienciaram ansiedade e 41% depressão, comparativamente a 43% e 25%, respetivamente, entre os que não relataram aumento do consumo. Ainda sobre o mesmo estudo, verificou-se que a probabilidade de reportar aumento do consumo era maior entre aqueles que experienciavam sintomas de ansiedade e depressão, comprovando a relação entre os distúrbios mentais e a maior predisposição para consumir mais álcool. (15)

Um outro estudo realizado na Nova Zelândia em maio de 2020, relatou que sentir ansiedade ou aborrecimento eram as causas mais comuns para o aumento do uso de álcool e outras substâncias, sendo que também para esse aumento contribuía a maior facilidade de acesso ao álcool, particularmente através de serviços *online* de entrega. (80)

Adicionalmente, pessoas que na época pré-pandemia já consumiam ou que dispunham de distúrbios pré-existentes de consumo de álcool (Distúrbios do Uso de Álcool, DUA) são descritas como apresentando maior predisposição para consumir durante o confinamento e a pandemia, face à dificuldade de ter de lidar com a realidade. (12,17,26,27,41,77,78,81,82) Entre a população que já dispunha de DUA e que reduziu o seu consumo, por exemplo devido ao fecho dos espaços públicos, bares e restaurantes, a probabilidade da ocorrência de sintomas severos de privação é igualmente maior. (46)

Desta forma, começaram a verificar-se algumas alterações nos padrões de consumo das populações. Entre abril e setembro de 2020, nos Estados Unidos, foi realizado um estudo numa população de 5931 pessoas entre os 18 e os 84 anos que foram inquiridas por aplicação do questionário *AUDIT*, sendo que o objetivo era verificar se o confinamento e as medidas de isolamento se associavam a alterações no consumo de álcool de alto risco. De acordo com os resultados, durante os seis meses analisados as pontuações no *AUDIT* foram aumentando mês-a-mês entre os que estavam em sob restrições, mas não entre os que não relatavam tais restrições devido à pandemia. Considerando os três *cutoffs* do teste *AUDIT*, verificaram-se, entre os inquiridos em confinamento, as seguintes alterações nos seis meses de estudo: para pontuações compatíveis com consumo nocivo de álcool (*AUDIT*≥8) a percentagem de respostas

aumentou significativamente de 21% em abril para 40,7% em setembro; a percentagem de pontuações com critério para provável dependência de álcool ($AUDIT \geq 15$) aumentou de 7,9% em abril para 29,1% em setembro; por último, a percentagem de resultados correspondentes a dependência severa de álcool ($AUDIT \geq 20$) aumentou de 3,9% em abril para 17,4% em setembro. Desta forma, o maior aumento consumo alcoólico de alto risco foi verificado predominantemente entre os indivíduos que se encontraram sob quarentena ou restrições de isolamento em casa. Ainda em relação ao mesmo estudo, demonstrou-se também que o maior consumo de álcool estava associado ao sexo masculino, a idade mais jovem e, principalmente, à perda de emprego devido à COVID-19. (13)

Um inquérito nacional realizado na Nova Zelândia (com uma população $n=1990$) em abril de 2020, indicou que durante a quarentena 47% dos inquiridos beberam a quantidade habitual, 34% beberam menos e 20% beberam mais que o normal, sendo que o aumento do consumo era mais prevalente na faixa etária dos 25 aos 49 anos. (83)

Pelo contrário, num outro estudo decorrido na população de França ($n=1344$) em 2020, demonstrou-se que 11% dos respondentes aumentaram o seu consumo etílico durante o confinamento, 65% consumiu o mesmo e 24% diminuiu o consumo. Entre os que relataram aumento, 51% aumentou a frequência de consumo, 10% aumentou a quantidade consumida e 23% aumentaram ambos os parâmetros. (84)

Uma meta-análise realizada na Europa, em 2022, de 44 estudos populacionais revelou que a proporção de pessoas que reportou uma diminuição do consumo de álcool foi ligeiramente maior do que aquela que reportou o seu aumento. Nesta revisão, um elevado número de indivíduos relatou beber com menor frequência, em menor quantidade e com menos *heavy episodic drinking*. Ao mesmo tempo, evidências de alguns estudos sugeriam que padrões de elevado consumo se intensificaram entre aqueles que no período pré-pandémico já apresentavam maiores níveis de consumo ou DUA. (26)

Também um estudo realizado no Reino Unido com 691 adultos verificou que 17% dos inquiridos aumentaram o consumo etílico durante o confinamento. Neste estudo, uma proporção elevada de pessoas entre os 18 e os 34 anos demonstrou um maior aumento no consumo, quando comparado com faixas etárias mais velhas. Também dentro da população com maior consumo a prevalência de pior saúde mental era significativamente mais alta, verificando-se que o maior consumo estava associado a pior estado de saúde mental e a sintomas depressivos. (45)

Em 2020, o SICAD conduziu um inquérito *online* sobre Comportamentos Aditivos em Tempos de COVID-19 (divulgado no Relatório Anual 2020 - A Situação do País em Matéria de Álcool), em Portugal, que demonstrou a existência de alterações nos padrões de consumo de álcool com o confinamento e distanciamento social. Considerando que a população em estudo tinha maioritariamente um padrão de consumo prévio não problemático, verificou-se no que, período entre março e maio de 2020, foram mais os que diminuíram o seu consumo (42%), do que aqueles que aumentaram (21%), sendo que 37% continuaram a beber o mesmo (Figura 9). Entre os que diminuíram, 26% deixaram de beber, 33% beberam em menor frequência, 21% beberam em menor quantidade e 20% consumiram bebidas com menor teor alcoólico, sendo que as razões mais apontadas para a diminuir o consumo foram a falta de companhia das pessoas com quem costumavam beber (45%), gostar de beber apenas fora de casa e em contextos sociais/festivos (35%), bem como procurar ter um estilo de vida mais saudável face ao contexto pandémico (34%). Por outro lado, entre aqueles que passaram a consumir mais, 78% beberam com maior frequência, 22% beberam maior quantidade por ocasião, e 7% ingeriram bebidas com maior teor alcoólico. Os principais motivos para o aumento dos consumos eram ter mais tempo livre de obrigações e responsabilidades (40%), sentir maior necessidade de algo que ajudasse a relaxar (37%), sentir maior necessidade de algo que ajudasse a “animar” face à realidade da pandemia (22%) e para criar um ambiente de festa e diversão em casa (21%). O mesmo estudo realçava ainda a importância de ler os resultados obtidos tendo em conta o perfil e grupo social dos consumidores da amostra, considerando que os achados vão ao encontro de literatura já existente, uma vez que: a diminuição dos consumos foi mencionada principalmente pelas faixas etárias mais jovens (18-24 anos), estudantes e pessoas com menor consumo prévio; e o aumento dos consumos foi mais reportado pela população de média idade (25-44 anos), com maior *stress*, mais preocupações financeiras e com consumo prévio mais elevado. (3)

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

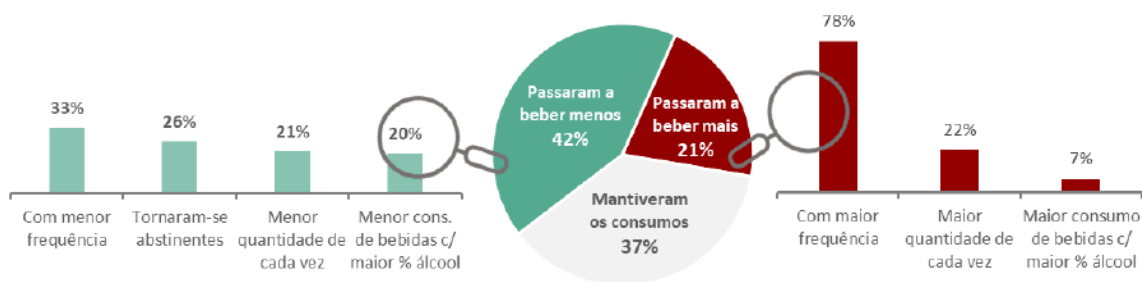


Figura 9: Alterações no consumo de bebidas alcoólicas em Portugal durante o período COVID-19 (%), entre maio e abril de 2020 (adaptado de: SICAD (2020). Comportamentos Aditivos em Tempos de COVID-19, disponível em: Relatório Anual 2020 - A Situação do País em Matéria de Álcool) (3)

De seguida apresenta-se uma tabela com alguns resultados dos estudos que avaliaram variáveis comuns entre si.

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

Tabela 1: Resultados de alguns estudos sobre alterações ao padrão de consumo alcoólico durante a pandemia COVID-19.

Estudo	País	Intervalo de tempo	Foco do estudo	Amostra	Design do Estudo	Resultados
Social Impact of COVID-19 Survey (2020) (80)	Irlanda	abril a maio de 2020	Alterações no consumo de álcool durante a pandemia	n= 4033 (idade ≥18 anos)	Inquérito <i>online</i> e entrevista telefónica	22% aumentaram o consumo alcoólico; 17% diminuíram.
Kyaw Hla et al. (2022) Socioeconomic and Environmental Factors Associated with Increased Alcohol Purchase and Consumption in 38 Countries During the Covid-19 Pandemic (14)	38 países	abril a junho de 2020	Alterações no consumo de álcool durante a pandemia	n=37206 (idade média 36,7 anos; 77% sexo feminino)	Dados de um questionário <i>online</i>	62,2% sem alterações; 20,2% aumentaram; 17,6% diminuíram.
Capasso et al. (2021) Increased alcohol use during the COVID-19 pandemic: The effect of mental health and age in a cross-sectional sample of social media users in the U.S. (15)	Estados Unidos	março a abril de 2020	Relação entre idade e associação de sintomas de ansiedade e depressão com uso de álcool durante a pandemia	n=5850 (52,9% de sexo feminino; 22% 18-39 anos; 47% 40-59 anos; 31% ≥ 60 anos)	Inquérito <i>online</i>	29% aumentaram; 19,8% diminuíram; 51,2% sem alterações.
Killgore et al. (2021) Alcohol dependence during COVID-19 lockdowns (13)	Estados Unidos	abril a setembro de 2020	Efeitos do confinamento e as medidas de isolamento na alteração do consumo de álcool	n=5931 (18-84 anos)	Inquérito <i>online</i> <i>AUDIT</i>	Consumo nocivo: aumento de 21% para 40,7%; Provável dependência: aumento de 7,9% para 29,1%; Dependência severa: aumento de 3,9% para 17,4%.
The impact of lockdown on health risk behaviours (2022) (84)	Nova Zelândia	abril de 2020	Alterações no consumo de álcool durante a pandemia	n=1990 (≥18 anos; 51% sexo feminino; 12% 18-24 anos; 45% 25-49 anos; 26% 50-64 anos; 17% ≥65 anos)	Inquérito <i>online</i>	47% beberam o habitual; 34% beberam menos; 20% beberam mais que o normal.
Tabac, Alcool: quel impact du confinement sur la consommation des Francais? (2020) (85)	França	maio de 2020	Alterações no consumo de álcool durante a pandemia	n=1344	Inquérito <i>online</i>	11% aumentaram; 24% diminuíram; 65% consumiu o mesmo.
Jacob et al. (2021) Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional study in a sample of UK adults (46)	Reino Unido	Março a junho de 2020	Alterações no consumo de álcool durante a pandemia	n=691 (≥18 anos; 61.1 % sexo feminino; 48.8 % 35-64 anos)	Inquérito <i>online</i>	17% aumentaram o consumo.
SICAD (2020). Comportamentos Aditivos em Tempos de COVID-19 (3)	Portugal	março a maio de 2020	Alterações no consumo de álcool durante a pandemia	(sem informação)	Inquérito <i>online</i>	42% diminuíram; 21% aumentaram; 37% continuaram a beber o mesmo.

6.3. Alterações e descompensações por Hepatopatias alcoólicas

Como já foi mencionado o consumo regular de álcool está associado a várias patologias hepáticas. De seguida iremos analisar alguns estudos encontrados cujos objetivos foram avaliar a existência de uma relação entre alterações ao consumo etílico durante o tempo de pandemia e a incidência destas doenças hepáticas relacionadas ao álcool e/ou descompensações das mesmas, incluindo admissões hospitalares e mortalidade ligada a elas.

Um artigo reportando a situação observada num hospital localizado nos Estados Unidos, refere que muitos doentes com DUA e DHA, durante a pandemia, ficaram impedidos de realizar o seu acompanhamento regular, devido às restrições impostas. Efetivamente, durante esta fase, estes doentes viram-se com menos tempo estruturado para terapia ocupacional, reuniões de grupos de apoio (como o “Alcoholics Anonymous”), atividades desportivas, e atividades de lazer. Alguns chegaram mesmo a perder o seu emprego, perdendo assim as tarefas e rotinas que os mantinham ocupados, e que ajudavam a reduzir o “*craving*”. Tal facto, associado à privação de suporte familiar e social, pode ter comprometido o seu tratamento e seguimento. Sabe-se inclusivamente que entre os doentes com DHA que tiveram recaídas e descompensações durante a pandemia, a probabilidade de procurarem cuidados de saúde é menor, a não ser que experimentem sintomas severos. Segundo este artigo, observou-se neste hospital um declínio drástico nos internamentos por motivos não relacionados à COVID-19 entre março e abril de 2020. Desta forma, seria de esperar um aumento nas recaídas de uso de álcool durante a pandemia. Igualmente, após o alívio das medidas de restrição (isto é, no período pós-COVID-19) seria de esperar um aumento no número de novos diagnósticos de DUA e DHA, bem como de descompensações e admissões por DHA pré-existente. (41)

Um estudo projetado, realizado nos Estados Unidos, teve como objetivo quantificar a mortalidade por DHA no contexto do aumento do consumo alcoólico durante a pandemia por COVID-19 e comparar esses resultados com um cenário onde não existisse COVID-19 e não houvesse alterações nos padrões de consumo. Segundo este estudo, estimava-se que um ano de aumento no consumo de álcool durante a pandemia resultasse em 8000 mortes adicionais por DHA, 18700 casos de cirrose descompensada, 1000 casos de Carcinoma Hepatocelular e 8,9 milhões de *DALYs* entre 2020 e 2040. Estimou-se ainda que, entre 2020 e 2023, alterações no consumo de álcool devido à pandemia COVID-19 levarão a 100 mortes adicionais e 2800 casos

adicionais de cirrose descompensada, concluindo-se assim que um aumento sustentado no consumo de álcool durante mais de um ano poderia resultar em morbimortalidade adicional. (71)

Também um estudo de 2020 (já mencionado) reportando observações de profissionais de medicina dos comportamentos aditivos em 16 países, relatou que em Itália foi observado um aumento das admissões hospitalares relacionadas ao álcool. (42)

Um estudo publicado em 2022, examinou dados de mortalidade de 2019 e 2020, nos Estados Unidos, para verificar se existiu um aumento do número de mortes relacionadas ao álcool. Segundo os resultados deste estudo, o número de mortes envolvendo álcool aumentou entre 2019 e 2020 de 77 927 para 99 017 (um aumento relativo de 25,5%), tal como ocorreu com a taxa de morte ajustada à idade que aumentou de 27,3% para 34,4% por 100 000 indivíduos (aumento relativo de 25,9%). Em 2019 as mortes relacionadas ao álcool contribuíam para 2,8% de todas as mortes, uma taxa que aumentou para 3,0% em 2020. Verificou-se um aumento da taxa de mortalidade em todos os grupos etários, tendo os maiores aumentos ocorrido nas faixas dos 35 aos 44 anos (de 22,9 para 32,0 por 100 000 indivíduos) e dos 25 aos 34 anos (de 11,8 para 16,1 por 100 000 indivíduos). Já o número de mortes com causa subjacente de DHA aumentou de 24 106 em 2019 para 29 504 em 2020 (aumento relativo de 22,4%), sendo que o número de mortes com causa subjacente de distúrbios mentais e comportamentais relacionados ao álcool aumentou de 11 261 para 15 211 (35,1%). (75)

Em 2020, um estudo transversal realizado num Centro de Transplantes Hepáticos, localizado em Nova Iorque (Estados Unidos), teve por objetivo analisar o impacto da pandemia por *SARS-CoV-2* na incidência de DUA e DHA, hospitalizações e transplantes hepáticos precoces por estas doenças, tendo definido três períodos de estudo: “*pre-COVID*” (1 de janeiro a 21 de março, 2020), “*COVID-quarantine*” (22 de março a 22 de abril, 2020) e “*declining-COVID*” (23 de abril a 25 de agosto, 2020). Segundo o mesmo, verificou-se um aumento de 62% nas transferências inter-hospitalares de doentes por ALD do período “*pre-COVID*” para o período “*declining-COVID*”, sendo que o pico de transferências para este Centro ocorreu entre os finais de maio e junho (isto é, 2 meses após terem começado as ordens para “ficar em casa”). No geral, observou-se um aumento na proporção de doentes com DHA dentro do total de doentes internados por doença hepática, durante os três períodos estudados: 35% na época “*pre-COVID*”, 49% durante a “*quarantine-COVID*”, e 42% no “*declining-COVID*”. (72)

Ainda sobre o mesmo estudo, de referir que entre 30 doentes com Hepatite Alcoólica (HA) severa que não respondiam ao tratamento, 9 foram submetidos a Transplante Hepático (TH) precoce (isto é, <6 meses de abstinência) por HA entre março e agosto daquele ano, contando para 16% do número total de TH's realizados durante os 8 anos de existência do programa no centro (uma aceleração da taxa de TH precoce de 0,5 TH/mês pré-COVID para 2 TH/mês). Destes 9 doentes, 3 reportaram fatores de stress especificamente relacionados com a pandemia: “colegas mortos por COVID-19”, “beber mais devido à pandemia” e “stress laboral como polícia e frustração com o equipamento de proteção individual”. Para determinar o impacto do stress inerente à pandemia nos recetores de TH precoce por HA, procedeu-se ainda à análise das suas visitas de seguimento e a dados de laboratório no período “*declining-COVID*”, tendo-se observado que todos os 25 doentes recetores de TH precoce com abstinência estabelecida em “*pre-COVID*”, mantiveram a abstinência nas visitas de seguimento durante o “*declining-COVID*”. De 6 doentes recetores de TH precoce com hábitos alcoólicos sustentados antes de 22 de março de 2020, metade entrou novamente em abstinência durante o período “*declining-COVID*”. Estes achados sustentam as previsões de aumento de DUA e DHA como consequência imediata da pandemia COVID-19. (72)

A alteração nos padrões de consumo etílico durante a pandemia aumentou a dificuldade e o atraso no diagnóstico e tratamento de hepatopatias alcoólicas, podendo originar um aumento na morbimortalidade por estas doenças. (18)

Um outro estudo realizado em 2020 em 5 hospitais de Nova Iorque, pretendia estudar se o pico das restrições pandémicas estaria associado com o aumento das idas ao serviço de urgência hospitalar por uso de álcool, hepatite alcoólica ou SAA. De acordo com os resultados, observou-se, no período considerado, um decréscimo significativo no número total de idas à urgência pelos motivos mencionados, de 2790 em 2019 para 1793 em 2020. Verificou-se, no entanto, um aumento nas percentagens de idas por sintomas de privação e SAA. Pelo contrário, as percentagens de idas ao SU por uso de álcool e hepatite alcoólica diminuíram. Adicionalmente, observou-se que as faixas etárias dos 18-29 anos e 60-69 anos estavam associadas a aumento das idas por uso de álcool e diminuição das idas por abstinência. No que toca à diminuição da procura hospitalar por uso de álcool, considerou-se que a mesma poderia refletir a alteração dos contextos de consumos com as medidas de confinamento e redução da intoxicação em locais associados à chamada de ambulâncias (como bares ou a via pública), sendo que poderia ainda refletir a tentativa de adotar estilos de vida mais saudáveis. Este último poderá igualmente ter contribuído para o aumento de sintomas de abstinência, assim

como problemas no acesso ou disponibilidade de meios para obter bebidas alcoólicas. (85)

Em 2021, uma análise retrospectiva da prevalência e resultados de doentes com insuficiência hepática aguda crónica (IHAC, síndrome caracterizada por descompensação aguda de cirrose hepática) causada por hepatite alcoólica severa, numa unidade de cuidados intensivos (UCI) não-COVID na Alemanha, demonstrou um aumento moderado em 2020, face ao período entre 2017-2019, nos doentes admitidos por IHAC (15,9% de todos os casos em UCI em 2020 versus 12,2%-13% em 2017-2019, respetivamente). Adicionalmente, verificou-se que 57% dos casos de IHAC foram causados por hepatite alcoólica em 2020, enquanto em 2017-2019 apenas 24%-27% foram devidos a essa causa, traduzindo um aumento de 111%-113%. Este estudo concluiu, assim, que durante a pandemia COVID-19 ocorreu um aumento marcado da taxa de IHAC causada por hepatite alcoólica aguda severa, associando-se a elevada mortalidade. (86)

Outro estudo publicado em 2021, teve como objetivo estudar o curso de incidência de carcinoma hepatocelular em doentes com hepatite alcoólica durante a pandemia COVID-19, tendo analisado dados de 50 organizações de saúde de todo o mundo relativos a dois períodos de tempo distintos, entre janeiro e dezembro de 2019 (“*pre-COVID*”) e entre janeiro e dezembro de 2020 (“*post-COVID*”). Observou-se que no grupo de doentes hospitalizados “*post-COVID*” houve uma maior ocorrência de carcinoma hepatocelular, apesar de não terem sido encontradas alterações significativas na ocorrência de ascite, encefalopatia hepática, necessidade de recorrer a esteroides (como terapêutica) ou mortalidade entre os dois grupos. (87)

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

Capítulo 7: Perspetivas Futuras

Tendo ainda decorrido tão pouco tempo desde o início da pandemia COVID-19, é de notar que os estudos existentes são ainda muito recentes e em pequeno número. No que toca às alterações de consumo durante a pandemia, o número de estudos efetuados é um pouco mais considerável, mas no que toca à sua relação com alterações na incidência de doença hepática alcoólica e suas descompensações verificou-se, ao longo da pesquisa para este trabalho, que o número é, de facto, ainda muito pequeno e prematuro. A maioria da literatura existente e aqui analisada refere-se a consequências encontradas num curto prazo de tempo desde que a pandemia teve início em março de 2020, estudando muitas vezes períodos de tempo muito curtos das primeiras fases da pandemia. Mais concretamente, verificou-se que muitos dos resultados encontrados são relativos a apenas alguns meses de 2020, não permitindo avaliar os impactos em períodos de tempo maiores e também a longo prazo.

Efetivamente, dados de vários estudos e países sugerem que o consumo de álcool sofreu uma alteração durante o curso da pandemia, apesar dos resultados serem relativamente mistos. (68) No entanto, esses dados referem-se, em grande parte, às alterações encontradas logo após os primeiros tempos de restrições e confinamento, sendo que desde o início da pandemia até ao momento, pouca é a literatura existente que englobe todo este período de tempo. Deste modo, acabam por não ser considerados os efeitos a médio e longo prazo que a pandemia teve nas alterações de hábitos e estilos de vida referentes aos consumos alcoólicos.

Da mesma forma, a escassez de estudos que relacionem estas alterações nos hábitos de consumo com descompensações e novos diagnósticos de hepatopatias alcoólicas é bastante marcada, nomeadamente se tivermos em conta que a maioria das patologias abordadas demora algum tempo para se desenvolver, manifestar e progredir. Igualmente, muitos estudos não têm em conta a existência de doenças crónicas ligadas ao álcool, nomeadamente a cirrose, cujo desenvolvimento e evolução são mais lentos. (85,88) Ora, tal contribui para que o impacto sobre estas doenças seja ainda mais difícil de avaliar, já que as publicações encontradas estudaram um período de tempo muito curto, logo após os primeiros meses de quarentena (através da análise de parâmetros como o número de idas ao SU, o número de admissões e internamentos, a taxa de transplantes hepáticos e a mortalidade motivados por essas doenças). Logo, podemos

compreender que os efeitos a longo prazo da pandemia na incidência de hepatopatias alcoólicas são ainda desconhecidos.

Além disto, outros fatores podem ter influenciado os resultados dos estudos mencionados, como por exemplo a menor disponibilidade e facilidade de acesso a cuidados de saúde que se fez sentir durante as primeiras fases da pandemia, levando a que menos pessoas reportassem os seus consumos e sintomas ou recorressem a cuidados médicos, o que por sua vez poderá ter aumentado a quantidade de casos subdiagnosticados. (16,46,65,69) Também a baixa probabilidade de procura destes cuidados, a não ser que se experienciem sintomas severos, poderá ter contribuído para diminuir os diagnósticos hepáticos no contexto do uso de álcool. Adicionalmente, o eventual comprometimento, devido às restrições pandémicas, do tratamento e seguimento de doentes já com DUA e DHA prévias, poderá ter dificultado a monitorização das suas recaídas ou do agravamento dos consumos, tornando mais complicado medir a descompensação e progressão das suas doenças, bem como a mortalidade que delas advém. (72)

Igualmente, a variabilidade de parâmetros e variáveis alvo de análise nos diferentes estudos, dificulta a comparação de resultados, uma vez que consoante, por exemplo, o período de análise, o número de indivíduos e a sua idade, podem obter-se resultados muito díspares e não comparáveis. (78)

Assim, fica perceptível a necessidade de estudar mais aprofundadamente e de forma mais prolongada no tempo, os impactos da pandemia COVID-19 nas alterações de consumo e incidência de hepatopatias alcoólicas, uma vez que se trata de uma matéria tão atual e o uso de álcool constitui um problema de saúde pública. De facto, muitos estudos referem a importância e urgência de aumentar a investigação nesta área, para que seja possível quantificar os seus efeitos a longo prazo na saúde da população. (14,17,26,27)

Para além do que até agora foi feito, será crucial estudar os efeitos dos confinamentos que se seguiram ao primeiro, particularmente em países onde o período de restrição tenha sido mais estendido. (89) Poderá ainda ser necessário realizar mais estudos com critérios de análise semelhantes e que relacionem diferentes variáveis, com vista a confirmar os resultados até agora obtidos, para chegar assim a melhores conclusões. (77,78)

O aumento da investigação nesta área permitirá ainda projetar estratégias de atuação futuras e criar novas políticas para lidar com situações semelhantes, inclusivamente

noutras pandemias, que, como a pandemia COVID-19, poderão ter grande permanência temporal. (27,88,89) Estas medidas poderão passar pela implementação de estratégias de acompanhamento de certos grupos populacionais mais vulneráveis, como os doentes com DUA e DHA pré-existentes, por exemplo através de teleconsultas e aplicações móveis, bem como pela criação de políticas para conter o uso de álcool e, assim, prevenir as DHA. (15,42,46,72,88) Adicionalmente, poderemos aprender com algumas estratégias já implementadas em diferentes países ao longo desta pandemia, para que futuramente as possamos adaptar, melhorar e aplicar a outros contextos. Como exemplos temos as medidas de limitação de venda de álcool em vários países e, ainda, a estratégia da Índia em ter publicado orientações para a abordagem da SAA durante as restrições COVID-19. (42)

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais

Capítulo 8: Conclusão

A pandemia COVID-19 trouxe, efetivamente, muitas consequências para a vida tal como a conhecíamos, não só a nível social como também para o estado de saúde mental e físico das populações. Muitas pessoas experienciaram estados de ansiedade e depressão durante a quarentena e as restantes fases pandémicas. A própria disrupção social, a incerteza e o isolamento vividos, fizeram com que certos grupos, que já estariam mais suscetíveis ao impacto negativo do *stress*, ficassem ainda em maior risco de desenvolver comportamentos desadequados para lidar com o mesmo. Tudo isto contribuiu para um aumento exponencial nos problemas de saúde mental, que consequentemente trouxeram consigo problemas aditivos ligados ao álcool numa tentativa de fuga à realidade vivida.

Logo desde o início do confinamento, várias fontes de comunicação social reportaram o aumento nas vendas de álcool por todo o mundo. Vários estudos confirmaram esta tendência, vindo-se a observar uma alteração nos hábitos de consumo etílico da população. A grande maioria dos estudos é concordante no que refere à existência de alterações no consumo de álcool durante a Pandemia COVID-19, havendo poucas exceções no que toca a este aspeto. No entanto, em relação à tendência específica de aumento ou diminuição desse consumo, os resultados encontrados são já um pouco diferentes entre si, variando bastante consoante a área geográfica e o tipo de população estudada, entre outros fatores. No que concerne à situação do nosso país, convém destacar os resultados encontrados no estudo do SICAD de 2020 sobre os Comportamentos Aditivos em Tempos de COVID-19, em que se verificou uma maior percentagem de população que diminuiu o consumo, comparativamente àquela que aumentou, sendo que as razões mais apontadas para essa diminuição foram as relacionadas com a alteração do contexto habitual de consumo durante a pandemia.

Por outro lado, notou-se uma grande dificuldade em encontrar estudos que se referissem à relação entre esta alteração nos consumos e o seu impacto ao nível das doenças hepáticas ligadas ao álcool, verificando-se que a literatura existente nesta área é ainda muito pobre e precoce, uma vez que é maioritariamente referente apenas às primeiras fases da pandemia. Por este motivo, torna-se complicado tirar conclusões sobre o verdadeiro impacto nestas doenças, inclusive porque os próprios resultados existentes são muito distintos entre si no que toca às variáveis e parâmetros estudados. Por exemplo, alguns estudos analisam as idas à urgência por uso de álcool ou por sintomas de abstinência, enquanto outros avaliam os internamentos por agudização da

doença de base a mortalidade pelas mesmas durante a época COVID-19. Logo, percebe-se a dificuldade em comparar e inferir sobre estes resultados, dada a pouca transversalidade entre eles. Ainda assim, salienta-se um estudo retrospectivo realizado em 2021 num país europeu (a Alemanha), que relatou um aumento moderado nos doentes cirróticos admitidos por descompensação com hepatite alcoólica severa (isto é, por IHAC) em 2020, comparativamente ao período pré-pandémico.

Concluindo, ainda que a literatura existente seja bastante recente e limitada, demonstrou-se de facto a existência de uma alteração nos hábitos de consumo alcoólico da população. Por este motivo, é natural que se venha a assistir, igualmente, a uma alteração na incidência e descompensação de doenças hepáticas alcoólicas, como já foi sugerido em alguns estudos. Apesar da investigação já realizada, e eventualmente em curso, nesta área, mais pesquisa é necessária para melhor compreender os contornos destas alterações e o seu real impacto em saúde. Só desta forma será possível desenvolver estratégias eficazes de combate ao uso de álcool e de rastreio das doenças hepáticas a ele associadas, intervindo nesses indicadores e melhorando, assim, os *outcomes* em saúde nesta matéria.

Capítulo 9: Referências

1. Silva SM, Miranda AI. Alcoolismo [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <http://metis.med.up.pt/index.php/Alcoolismo#>
2. Poznyak V, Rekve D. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
3. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação. Relatório Anual • 2020 - A Situação do País em Matéria de Álcool [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 28]. Available from: https://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=176&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes/
4. Eurostat. Alcohol consumption statistics [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 28]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Alcohol_consumption_statistics#Frequency_of_alcohol_consumption
5. World Health Organization. Consequências do consumo excessivo de álcool [Internet]. Direção Geral de Saúde; 2022 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.facebook.com/photo/?fbid=394861559338100&set=a.314751327349124>
6. World Health Organization. AUDIT - ALCOOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST [Internet]. 2001 [cited 2022 Jun 28]. Available from: https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/detalhe.aspx?itemId=2&lista=SICAD_INSTRUMENTOS&bkUrl=/BK/Intervencao/RedeReferenciacao/
7. Donohue TM, Kharbanda KK, Osna NA. Alcoholic Liver Disease: Pathogenesis and Current Management.
8. World Health Organization. Harmful use of alcohol [Internet]. [cited 2022 Jun 28]. Available from: https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1
9. Khaderi SA. Introduction: Alcohol and Alcoholism. Vol. 23, Clinics in Liver Disease. W.B. Saunders; 2019. p. 1–10.

10. Hamdan-Mansour AM. Alcohol history Some of the authors of this publication are also working on these related projects: children with cancer in Jordan View project Knowledge and Attitudes of Saudi Nurses toward Pain Management: Strengths and Weaknesses View project. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/310589270>
11. Curry A. A história do consumo do álcool ao longo dos tempos [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://nationalgeographic.pt/historia/grandes-reportagens/1180-a-historia-do-consumo-do-alcool-ao-longo-dos-tempos>
12. Neill E, Meyer D, Toh WL, Tamsyn †, van Rheenen E, Phillipou A, et al. Alcohol use in Australia during the early days of the COVID-19 pandemic: Initial results from the COLLATE project PCN Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2020; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pcn.13099/full>
13. Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC, Lucas DA, Dailey NS. Alcohol dependence during COVID-19 lockdowns. *Psychiatry Research*. 2021 Feb 1;296.
14. Kyaw Hla Z, Ramalho R, Teunissen L, Cuykx I, Decorte P, Pabian S, et al. Socioeconomic and Environmental Factors Associated With Increased Alcohol Purchase and Consumption in 38 Countries During the Covid-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*. 2022 Jan 14;12.
15. Capasso A, Jones AM, Ali SH, Foreman J, Tozan Y, DiClemente RJ. Increased alcohol use during the COVID-19 pandemic: The effect of mental health and age in a cross-sectional sample of social media users in the U.S. *Preventive Medicine*. 2021 Apr 1;145.
16. Sugarman DE, Greenfield SF. Alcohol and COVID-19: How Do We Respond to This Growing Public Health Crisis? Vol. 36, *Journal of General Internal Medicine*. Springer; 2021. p. 214–5.
17. Calina D, Hartung T, Mardare I, Mitroi M, Poulas K, Tsatsakis A, et al. COVID-19 pandemic and alcohol consumption: Impacts and interconnections. Vol. 8, *Toxicology Reports*. Elsevier Inc.; 2021. p. 529–35.
18. Moon AM, Curtis B, Mandrekar P, Singal AK, Verna EC, Fix OK. Alcohol-Associated Liver Disease Before and After COVID-19—An Overview and Call for Ongoing Investigation. *Hepatology Communications*. 2021 Sep 1;5(9):1616–21.
19. Carapinha L, Guerreiro C. Dossier Temático • Padrões de Consumo e Problemas Ligados ao Uso de Álcool – Uma Análise em Função do Género. 2019 Dec.

20. World Health Organization. Alcohol [Internet]. [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
21. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol Use and Your Health [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/alcohol-use.htm>
22. Patel R, Mueller M. Alcoholic Liver Disease Continuing Education Activity [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546632/>
23. Ganne-Carrié N, Nahon P. Hepatocellular carcinoma in the setting of alcohol-related liver disease. Vol. 70, *Journal of Hepatology*. Elsevier B.V.; 2019. p. 284–93.
24. Cioarca-Nedelcu R, Atanasiu V, Stoian I. Alcoholic liver disease—from steatosis to cirrhosis - a biochemistry approach. Vol. 14, *Journal of medicine and life*. NLM (Medline); 2021. p. 594–9.
25. Ferreira-Borges C, Breda J, Neufeld M, Monteiro M. Alcohol and COVID-19: what you need to know. World Health Organization European Office; 2020.
26. Kilian C, O'Donnell A, Potapova N, López-Pelayo H, Schulte B, Miquel L, et al. Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic in Europe: A meta-analysis of observational studies. Vol. 41, *Drug and Alcohol Review*. John Wiley and Sons Inc; 2022. p. 918–31.
27. Murthy P, Narasimha VL. Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown on alcohol use disorders and complications. Vol. 34, *Current Opinion in Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins; 2021. p. 376–85.
28. Carneiro MS de S. INTRODUÇÃO À QUÍMICA ORGÂNICA. 2010.
29. Preventing Harmful Alcohol Use [Internet]. OECD; 2021 [cited 2022 Jun 28]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/preventing-harmful-alcohol-use_6e4b4ffb-en
30. Garcia LP, Sanchez ZM. Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: A necessary reflection for confronting the situation. *Cadernos de Saude Publica*. 2020;36(10).
31. Foran HM, O'Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. Vol. 28, *Clinical Psychology Review*. 2008. p. 1222–34.
32. Norma da DGS Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool, ATUALIZAÇÃO: 18/12/2014, Norma nº 030/2012 de 28/12/2012 atualizada a 18/12/2014.

33. GOMES CMPR. Papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários. *Rev Port Clin Geral* . 2004;
34. World Health Organization. Alcohol, heavy episodic drinking (drinkers only) past 30 days [Internet]. [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/458>
35. What is Excessive Alcohol Use? [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2019 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.cdc.gov/alcohol/onlinemedial/infographics/excessive-alcohol-use.html>
36. Direção-Geral da Saúde. Alcoolismo [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.sns24.gov.pt/tema/dependencias/alcoolismo/>
37. World Health Organization. Global Information System on Alcohol and Health [Internet]. [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>
38. Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS wave 3) Methodological manual. 2020.
39. Sartor CE, Lynskey MT, Heath AC, Jacob T, True W. The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction*. 2007 Feb;102(2):216–25.
40. Koenig LB, Haber JR, Jacob T. Transitions in alcohol use over time: a survival analysis. *BMC Psychology*. 2020 Dec 3;8(1):115.
41. Da BL, Im GY, Schiano TD. Coronavirus Disease 2019 Hangover: A Rising Tide of Alcohol Use Disorder and Alcohol-Associated Liver Disease. *Hepatology*. 2020 Sep 1;72(3):1102–8.
42. Calvey T, Scheibein F, Saad NA, Shirasaka T, Dannatt L, Stowe MJ, et al. The Changing Landscape of Alcohol Use and Alcohol Use Disorder During the COVID-19 Pandemic - Perspectives of Early Career Professionals in 16 Countries. *J Addict Med*. 2020 Dec 1;14(6):e284–6.
43. Holst C, Tolstrup JS, Sørensen HJ, Becker U. Alcohol dependence and risk of somatic diseases and mortality: a cohort study in 19 002 men and women attending alcohol treatment. *Addiction*. 2017 Aug 1;112(8):1358–66.

44. Flaudias V, Zerhouni O, Pereira B, Cherpitel CJ, Boudesseul J, de Chazeron I, et al. The Early Impact of the COVID-19 Lockdown on Stress and Addictive Behaviors in an Alcohol-Consuming Student Population in France. *Frontiers in Psychiatry*. 2021 Feb 9;12.
45. Jacob L, Smith L, Armstrong NC, Yakkundi A, Barnett Y, Butler L, et al. Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional study in a sample of UK adults. *Drug and Alcohol Dependence*. 2021 Feb 1;219.
46. Ramalho R. Alcohol consumption and alcohol-related problems during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Australasian Psychiatry*. 2020 Oct 1;28(5):524–6.
47. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Vol. 395, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2020. p. 912–20.
48. Koenig LB, Haber JR, Jacob T. Transitions in alcohol use over time: a survival analysis. *BMC Psychology*. 2020 Dec 3;8(1):115.
49. Axley PD, Richardson CT, Singal AK. Epidemiology of Alcohol Consumption and Societal Burden of Alcoholism and Alcoholic Liver Disease. Vol. 23, *Clinics in Liver Disease*. W.B. Saunders; 2019. p. 39–50.
50. World Health Organization. Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. 2021.
51. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. 2010.
52. Kourkoumpetis T, Sood G. Pathogenesis of Alcoholic Liver Disease: An Update. Vol. 23, *Clinics in Liver Disease*. W.B. Saunders; 2019. p. 71–80.
53. Szabo G, Bala S. Alcoholic liver disease and the gut-liver axis. Vol. 16, *World Journal of Gastroenterology*. Baishideng Publishing Group Co; 2010. p. 1321–9.
54. Associação Europeia para o Estudo do Fígado. Recomendações de Orientação Clínica da EASL: Manejo da Doença Hepática Alcoólica. *Journal of Hepatology*. 2012 Apr 4;
55. Singal AK, Bataller R, Ahn J, Kamath PS, Shah VH. ACG clinical guideline: Alcoholic liver disease. Vol. 113, *American Journal of Gastroenterology*. Nature Publishing Group; 2018. p. 175–94.

56. McGlynn KA, Petrick JL, El-Serag HB. Epidemiology of Hepatocellular Carcinoma. Vol. 73, Hepatology. John Wiley and Sons Inc; 2021. p. 4–13.
57. Matos L, Batista P, Monteiro N, Henriques P, Carvalho A. Hepatite alcoólica aguda - Artigo de revisão. GE Jornal Português de Gastrenterologia. 2013 Jul;20(4):153–61.
58. Mitra S, De A, Chowdhury A. Epidemiology of non-alcoholic and alcoholic fatty liver diseases. Vol. 5, Translational Gastroenterology and Hepatology. AME Publishing Company; 2020.
59. Sandahl TD, Jepsen P, Thomsen KL, Vilstrup H. Incidence and mortality of alcoholic hepatitis in Denmark 1999–2008: A nationwide population based cohort study. Journal of Hepatology. 2011 Apr;54(4):760–4.
60. WHO. Latest global cancer data. GLOBOCAN database 2020. The Global Cancer Observatory. 2020.
61. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Museum COVID-19 Timeline [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.cdc.gov/museum/timeline/covid19.html>
62. Centers for Disease Control and Prevention. Basics of COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/about-covid-19/basics-covid-19.html#print>
63. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>
64. Clay JM, Parker MO. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? Vol. 5, The Lancet Public Health. Elsevier Ltd; 2020. p. e259.
65. Larson PS, Bergmans RS. Impact of the COVID-19 pandemic on temporal patterns of mental health and substance abuse related mortality in Michigan: An interrupted time series analysis. The Lancet Regional Health - Americas. 2022 Jun;10:100218.
66. Collins F. Coping with the Collision of Public Health Crises: COVID-19 and Substance Use Disorders [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://directorsblog.nih.gov/2020/04/21/coping-with-the-collision-of-public-health-crises-covid-19-and-substance-use-disorders/>

67. Charles NE, Strong SJ, Burns LC, Bullerjahn MR, Serafine KM. Increased mood disorder symptoms, perceived stress, and alcohol use among college students during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*. 2021 Feb 1;296.
68. Baptist Mohseni N, Morris V, Vedelago L, Kempe T, Rapinda K, Mesmer E, et al. A longitudinal approach to understanding risk factors for problem alcohol use during the COVID-19 pandemic. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2022 Mar 1;46(3):434–46.
69. Kim JU, Majid A, Judge R, Crook P, Nathwani R, Selvapatt N, et al. Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. Vol. 5, *The Lancet Gastroenterology and Hepatology*. Elsevier Ltd; 2020. p. 886–7.
70. Wardell JD, Kempe T, Rapinda KK, Single A, Bilevicius E, Frohlich JR, et al. Drinking to Cope During COVID-19 Pandemic: The Role of External and Internal Factors in Coping Motive Pathways to Alcohol Use, Solitary Drinking, and Alcohol Problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2020 Oct 1;44(10):2073–83.
71. Julien J, Ayer T, Tapper EB, Barbosa C, Dowd WN, Chhatwal J. Effect of increased alcohol consumption during COVID-19 pandemic on alcohol-associated liver disease: A modeling study. *Hepatology*. 2022 Jun 1;75(6):1480–90.
72. Rutledge SM, Schiano TD, Florman S, Im GY. COVID-19 Aftershocks on Alcohol-Associated Liver Disease: An Early Cross-Sectional Report From the U.S. Epicenter. *ORIGINALS | Hepatology Communications*. 2021;5(7):2021.
73. Rebalancing the ‘Covid-19 Effect’ on Alcohol Sales. [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://nielseniq.com/global/en/insights/analysis/2020/rebalancing-the-covid-19-effect-on-alcohol-sales/>
74. How alcohol ecommerce sales are being impacted across North America [Internet]. DRIZLY. 2021 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://drizly.com/article/education/extras/how-alcohol-ecommerce-sales-are-being-impacted-across-north-america/e-1735e090>. Accessed%2027%20Apr%202020
75. White AM, Castle IJP, Powell PA, Hingson RW, Koob GF. Alcohol-Related Deaths during the COVID-19 Pandemic. Vol. 327, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2022. p. 1704–6.

76. Manning AR, Romano E, Diebold J, Nochajski TH, Taylor E, Voas RB, et al. Convicted drinking and driving offenders: Comparing alcohol use before and after the pandemic outbreak. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2021 Jun 1;45(6):1225–36.
77. Lechner W v., Laurene KR, Patel S, Anderson M, Grega C, Kenne DR. Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related University closings. *Addictive Behaviors*. 2020 Nov 1;110.
78. Rodrigues H, Valentin D, Franco-Luesma E, Ramaroson Rakotosamimanana V, Gomez-Corona C, Saldaña E, et al. How has COVID-19, lockdown and social distancing changed alcohol drinking patterns? A cross-cultural perspective between britons and spaniards. *Food Quality and Preference*. 2022 Jan 1;95.
79. Central Statistics Office. Social Impact of COVID-19 Survey [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.cso.ie/en/releasesandpublications/ep/p-covid19/covid-19informationhub/socialandwellbeing/socialimpactofcovid-19survey/>
80. Pulse survey of alcohol and other drug support services in Aotearoa New Zealand [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.drugfoundation.org.nz/info/acute-drug-harm/pulse-survey-reports/>
81. Jackson KM, Merrill JE, Stevens AK, Hayes KL, White HR. Changes in Alcohol Use and Drinking Context due to the COVID-19 Pandemic: A Multimethod Study of College Student Drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2021 Apr 1;45(4):752–64.
82. Kilian C, Rehm J, Allebeck P, Braddick F, Gual A, Barták M, et al. Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. *Addiction*. 2021 Dec 1;116(12):3369–80.
83. NielsenIQ. (2022). Impact of COVID-19 August/September 2021: Topline results – Wave 3. Wellington, New Zealand: Te Hiringa Hauora/Health Promotion Agency.
84. Tabac, Alcool : quel impact du confinement sur la consommation des Français ? [Internet]. 2020 May [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/tabac-alcool-quel-impact-du-confinement-sur-la-consommation-des-francais>

85. Schimmel J, Vargas-Torres C, Genes N, Probst MA, Manini AF. Changes in alcohol-related hospital visits during COVID-19 in New York City. *Addiction*. 2021 Dec 1;116(12):3525–30.
86. Görgülü E, Gu W, Trebicka J, Mücke VT, Muecke MM, Friedrich-Rust M, et al. Acute-on-chronic liver failure (ACLF) precipitated by severe alcoholic hepatitis: another collateral damage of the COVID-19 pandemic? *Gut*. 2022 May;71(5):1036–8.
87. Perisetti A, Kaur R, Thandassery R. Increased Diagnosis of Hepatocellular Carcinoma in Hospitalized Patients with Alcohol Related Hepatitis after the Covid-19 Outbreak: A Global Multi-Center Propensity Matched Analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2021 Nov;19(11):2450-2451.e1.
88. Cholankeril G, Goli K, Rana A, Hernaez R, Podboy A, Jalal P, et al. Impact of COVID-19 Pandemic on Liver Transplantation and Alcohol-Associated Liver Disease in the USA. *Hepatology*. 2021 Dec 28;74(6):3316–29.
89. Manship T, Brennan PN, Campbell I, Campbell S, Clouston T, Dillon JF, et al. Effect of COVID-19 on presentations of decompensated liver disease in Scotland. *BMJ Open Gastroenterology*. 2022 Jan 6;9(1):e000795.
90. Instituto da Droga e da Toxicodependência IP. Plano Nacional Para A Redução Dos Problemas Ligados Ao Álcool 2010 – 2012. Lisboa; 2010 May.

Relação entre Alterações no Consumo Alcoólico durante a Pandemia COVID-19 e o seu Impacto a nível de descompensações hepáticas e comportamentais