

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ADAENE ALVES MACHADO DE MOURA

Efeito da Intervenção Breve on-line para redução do uso de
álcool durante a pandemia da COVID-19

RIBEIRÃO PRETO

2023

ADAENE ALVES MACHADO DE MOURA

Efeito da Intervenção Breve on-line para redução do uso de
álcool durante a pandemia da COVID-19

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e Drogas

Orientadora: Prof^a Dr^a Sandra Cristina Pillon

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Moura, Adaene Alves Machado de

Efeito da Intervenção Breve on-line para redução do uso de álcool durante a pandemia da COVID-19. Ribeirão Preto, 2023.

176 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Sandra Cristina Pillon

1. Intervenção baseada em internet. 2. Comportamento de risco à saúde. 3. Avaliação de Eficácia-Efetividade de Intervenções. 4. Bebidas alcoólicas. 5. COVID-19.

MOURA, Adaene Alves Machado de

Efeito da Intervenção Breve on-line para redução do uso de álcool durante a pandemia da COVID-19

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA



Dedico esta tese ao meu amado e querido avô, Geraldo Alves de Sousa que, infelizmente, não está mais, de forma presencial, entre nós. O meu amor será eterno e eu sempre levarei comigo seus ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por eu ter conseguido chegar até aqui, por sempre me amparar, me proteger e me guiar. Agradeço à minha mãe, Valdirene, por acreditar em mim, me apoiar, me ajudar, me amar e estar sempre comigo. Eu te amo e te admiro muito. Muito obrigada por ser meu alicerce em todas as situações, e por ser minha melhor amiga, meu exemplo. Eu te amo demais, minha querida mãe!

Agradeço ao meu querido e eterno avô, Geraldo Alves de Sousa. Sei que era seu sonho me ver finalizando o doutorado, eu sinto muito que o senhor não está mais presente entre nós. Mas no meu coração o senhor sempre estará, pois, meu amor e admiração por ti é eterno. Obrigada por ser o melhor avô do mundo, pelo exemplo de força e coragem, pelos cuidados, carinhos, atenção e amor. Eu te amarei eternamente!

Obrigada minha querida irmã Thainan, por todo amor, apoio, companheirismo e dedicação. Eu admiro muito sua força, suas lutas e seu comprometimento. Eu te amo muito! Gratidão também à toda minha família, pelo apoio e carinho de sempre, minha avó Lazara, minhas tias Izabel, Luciene e Luzia, meus primos Gustavo e Franciele, e ao meu cachorro Bob. Eu amo vocês.

Agradeço à minha querida orientadora, Sandra Cristina Pillon, que sempre me ajudou, com muita paciência, me apoiou e deu suporte necessário. Saiba que eu admiro a mulher forte que a senhora é, e espero, um dia, ter tanta sabedoria e experiência na área de álcool e outras drogas.

Agradeço aos meus vizinhos e amigos que conheci em Ribeirão Preto, Amanda, Emerson, Raphael, Gabriela, Carla, John, Hygor, Esteban, Pedro, Matheus, Felipe, Kalel, Aila, Dani, Ellen, Cláudia, Marcelo, Helen, Cristiano, Giovana, Lívia, Helena, Zé Henrique, Igor, e todos da eterna Vila 7. Obrigada pela amizade, carinho e apoio que vocês me deram.

Às minhas ex- orientadoras Alisseia Guimarães Lemes e Angelica Martins de Souza Gonçalves, admiração e gratidão eterna à vocês. Aos meus amigos de longa data, aos meus amigos e companheiros da Paróquia de Santa Luzia, bem como à pastoral da liturgia. Vocês deixaram a minha caminhada mais leve.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pelo apoio financeiro concedido, através do código de financiamento 001.

Agradeço por fim, à secretária da pós-graduação Adriana Borela Bortoletti Arantes e a todos os demais funcionários da EERP-USP.

“Algumas pessoas disseram que eu não seria capaz de muitas coisas... Mas, Deus chegou e sussurrou no meu ouvido: Eu te capacito!”

Autor desconhecido

RESUMO

MOURA, A. M. M. **Efeito da Intervenção Breve on-line para redução do uso de álcool durante a pandemia da COVID-19.** 176p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

O estudo teve por objetivo avaliar os efeitos da intervenção breve *on-line* para a redução do uso de álcool durante a pandemia da COVID-19, bem como compreender as motivações desse consumo. Trata-se de um estudo de métodos mistos, com a parte quantitativa referente a um ensaio clínico não randomizado. Na parte qualitativa, foram realizadas entrevistas audiogravadas. Quanto à coleta de dados iniciais, foi disponibilizado um questionário on-line, por meio do *Google Forms*. Informações sociodemográficas; o Teste de Identificação dos Problemas relacionados ao Uso de Álcool - Consumo (AUDIT-C); e (iii) Teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST) foram usados. Na segunda etapa, foi aplicado o *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES 8A)*, e no pós-teste foi aplicado um questionário sobre a satisfação com a intervenção. Para a comparação dos grupos, utilizou-se o teste de Wilcoxon. Durante a intervenção, as entrevistas foram audiogravadas, transcritas e avaliadas por meio de análise temática. O estudo foi conduzido em seis etapas: (i) recrutamento dos participantes; (ii) verificação dos níveis de motivação para mudança de comportamento em relação ao uso de álcool; (iii) ensaio clínico não randomizado; (iv) realização das intervenções breves por videochamada e entrevista qualitativa; (v) Pós-teste; (vi) reavaliação do consumo. O Grupo Controle não recebeu intervenção. Participaram 589 pessoas na primeira etapa, 171 na segunda, e 119 na terceira etapa. No pós-teste, o grupo experimental modificou o comportamento de beber (AUDIT-C ($p < 0,001$), na frequência e quantidade de doses ($p < 0,001$) e no consumo em *binge* ($p < 0,001$). Os participantes do grupo controle reduziram o consumo AUDIT-C ($p = 0,035$) em termos de frequência de uso ($p = 0,024$), porém não reduziram o número de doses e o consumo no padrão *binge* ($p > 0,05$). As motivações para o aumento do consumo de álcool antes da intervenção foram relacionadas ao maior tempo ocioso em casa, isolamento, home-office, tédio, estresse, ansiedade, ausência de eventos festivos, busca por lazer e diversão. Os achados apresentados fornecem subsídios para a implementação de intervenções breves por meio de videochamada, como um recurso importante para a prática clínica dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Intervenção baseada em internet. Comportamento de risco à saúde. Avaliação de Eficácia-Efetividade de Intervenções. Bebidas alcoólicas. COVID-19.

ABSTRACT

MOURA, A. M. M. **Effect of Brief Online Intervention to Reduce Alcohol Use During the COVID-19 Pandemic**. 176p. Thesis (Doctorate). Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

The study aimed to evaluate the effects of the brief online intervention to reduce alcohol use during the COVID-19 pandemic, as well as to understand the motivations for this consumption. This is a mixed methods study, with the quantitative part referring to a non-randomized clinical trial. In the qualitative part, audio-recorded interviews were conducted. As for the initial data collection, an online questionnaire was made available through Google Forms. Sociodemographic information; the Identification Test for Problems Related to Alcohol Use - Consumption (AUDIT-C); and (iii) Alcohol, Cigarette and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) were used. In the second stage, the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES 8A) was applied, and in the post-test, a questionnaire on satisfaction with the intervention was applied. To compare the groups, the Wilcoxon test was used. During the intervention, the interviews were audio-recorded, transcribed and evaluated through thematic analysis. The study was conducted in six stages: (i) recruitment of participants; (ii) verification of levels of motivation to change behavior in relation to alcohol use; (iii) non-randomized clinical trial; (iv) conducting brief interventions via video call and qualitative interview; (v) Post-test; (vi) reassessment of consumption. The Control Group received no intervention. 589 people participated in the first stage, 171 in the second and 119 in the third stage. In the post-test, the experimental group modified drinking behavior (AUDIT-C ($p < 0.001$), frequency and quantity of drinks ($p < 0.001$) and binge drinking ($p < 0.001$). Participants in the control group reduced AUDIT-C consumption ($p = 0.035$) in terms of frequency of use ($p = 0.024$), but did not reduce the number of doses and binge consumption ($p > 0.05$). alcohol consumption before the intervention were related to longer idle time at home, isolation, home office, boredom, stress, anxiety, absence of festive events, search for leisure and fun. The findings presented provide subsidies for the implementation of brief interventions by video call, as an important resource for the clinical practice of health professionals.

Keywords: Internet-based intervention. health risk behavior. Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions. alcoholic beverages. COVID-19.

RESUMEN

MOURA, A. M. M. **Efecto de una intervención breve en línea para reducir el consumo de alcohol durante la pandemia de COVID-19.** 176p. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

El estudio tuvo como objetivo evaluar los efectos de la intervención breve en línea para reducir el consumo de alcohol durante la pandemia de COVID-19, así como comprender las motivaciones para este consumo. Este es un estudio de métodos mixtos, con la parte cuantitativa que se refiere a un ensayo clínico no aleatorizado. En la parte cualitativa se realizaron entrevistas grabadas en audio. En cuanto a la recopilación de datos inicial, se puso a disposición un cuestionario en línea a través de Google Forms. información sociodemográfica; el Test de Identificación de Problemas Relacionados con el Uso - Consumo de Alcohol (AUDIT-C); y (iii) se utilizó la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Cigarrillos y Sustancias (ASSIST). En la segunda etapa se aplicó la Escala de Preparación para las Etapas de Cambio y Ansia por el Tratamiento (SOCRATES 8A), y en el post-test se aplicó un cuestionario sobre satisfacción con la intervención. Para comparar los grupos se utilizó la prueba de Wilcoxon. Durante la intervención, las entrevistas fueron audiograbadas, transcritas y evaluadas a través del análisis temático. El estudio se realizó en seis etapas: (i) reclutamiento de participantes; (ii) verificación de los niveles de motivación para el cambio de comportamiento en relación al consumo de alcohol; (iii) ensayo clínico no aleatorizado; (iv) realización de intervenciones breves a través de videollamada y entrevista cualitativa; (v) Prueba posterior; (vi) reevaluación del consumo. El Grupo Control no recibió ninguna intervención. En la primera etapa participaron 589 personas, en la segunda 171 y en la tercera etapa 119. En el post-test, el grupo experimental modificó la conducta de consumo (AUDIT-C ($p < 0,001$), la frecuencia y cantidad de tragos ($p < 0,001$) y el consumo excesivo de alcohol ($p < 0,001$). Los participantes del grupo control redujeron el AUDIT-C consumo ($p = 0,035$) en cuanto a la frecuencia de uso ($p = 0,024$), pero no redujo el número de dosis y el consumo compulsivo ($p > 0,05$), el consumo de alcohol antes de la intervención se relacionó con mayor tiempo de inactividad en el hogar, aislamiento, trabajo en casa, aburrimiento, estrés, ansiedad, ausencia de eventos festivos, búsqueda de ocio y diversión. Los hallazgos presentados proporcionan subsidios para la implementación de intervenciones breves por videollamada, como un recurso importante para la práctica clínica de los profesionales de la salud.

Palabras clave: Intervención basada en la Internet. Conductas de Riesgo para la Salud. Evaluación de Eficacia-Efectividad de Intervenciones. Bebidas Alcohólicas. COVID-19.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	18
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 Capítulo 1: pandemia, saúde mental e consumo de substâncias	21
2.1.1 O inesquecível ano de 2020: mortes, caos e medo	21
2.1.2 Ano 2021- Segundo ano da pandemia: aumento de óbitos, novas variantes, imunização.....	24
2.1.3 Saúde mental <i>versus</i> pandemia.....	26
2.1.4 Consumo de substâncias <i>versus</i> pandemia	28
2.1.5 Consumo de álcool <i>versus</i> pandemia.....	32
2.1.6 Mercado <i>on-line</i> de álcool durante a pandemia.....	34
2.2 Capítulo 2: repercussões do consumo de bebidas alcoólicas antes e durante a pandemia, condutas profissionais e intervenções breves	36
2.2.1 Contexto epidemiológico do álcool.....	37
2.2.2 Fisiologia do álcool.....	39
2.2.3 Níveis de consumo do álcool suas interfaces	41
2.2.4 Identificação do consumo de álcool e tratamento farmacológico	44
2.2.5 Intervenções Breves.....	47
2.2.6 Intervenção breve no Brasil.....	48
2.2.7 Facilitadores e enfrentamentos	50
2.2.8 Importância de intervenções durante a pandemia.....	57
2.2.9 Intervenções Breves – consumo de álcool.....	58
2.2.10 Intervenções Breves realizada de forma remota.....	60
2.3 Justificativa	62
2.3.1 Hipóteses	64
3. OBJETIVOS	65
3.1 Objetivos gerais.....	65
3.2 Objetivos específicos.....	65
4. MÉTODO	66
4.1 Delineamento.....	66
4.2 Local.....	67
4.3 Amostra	67
4.3.1 Critérios de Exclusão e Inclusão	67
4.4 Aspectos éticos.....	68
4.5 Procedimentos.....	68
4.6 Dados qualitativos.....	73

4.7 Instrumentos de pesquisa.....	73
4.8 Análises dos dados	79
4.9 Considerações éticas	81
5. RESULTADOS	82
5.1 Análise quantitativa.....	82
5.1.1 Caracterização dos participantes e a relação com o uso de álcool e outras drogas	82
5.1.2 Comportamentos durante a pandemia da COVID-19 e o consumo de álcool e outras drogas.....	87
5.1.3 Motivação para a mudança de comportamento do consumo de álcool	92
5.1.4 Intervenções breves	95
5.1.5 Avaliação do consumo após 14 meses do final do pós-teste.....	98
5.2 Análise qualitativa	102
5.2.1 Autoanálise sobre o consumo de álcool	102
5.2.2 Influência da pandemia no comportamento do consumo de álcool.....	104
6. DISCUSSÃO	109
6.1 Prevalência do uso de álcool e padrão <i>binge</i>	109
6.1.1 Caracterização dos participantes e uso em <i>binge</i>	110
6.1.2 Caracterização dos participantes e uso de drogas.....	115
6.1.3 Associação de uso de substâncias e estilo de vida.....	118
6.2 Comportamentos durante a pandemia da COVID-19 e o consumo de álcool e/ou de outras drogas.....	120
6.3 Motivação para a mudança e Intervenções Breves	125
6.4 Entrevistas qualitativas.....	131
6.5 Limitações do estudo	135
6.6 Implicações futuras.....	136
7. CONCLUSÃO.....	138
REFERÊNCIAS	140
ANEXOS	161
APÊNDICE	169

APRESENTAÇÃO

A área da saúde mental sempre foi algo desejado em minha trajetória pessoal e profissional. Motivação e desejo que remontam minha história trilhada desde os primeiros anos do ensino médio, quando fui me inserindo em atividades científicas realizadas em uma feira de ciências na escola em que estudava, das quais, dentre as atividades propostas, o grupo que eu integrava decidiu trabalhar temas relacionados à "depressão", assim foram os meus primeiros ensaios nessa área. Nesse sentido, esse foi o meu primeiro passo nesse campo, de modo que foi necessário buscar conhecimentos específicos sobre o tema, elaboramos cartazes para trabalhar junto aos outros alunos que passaram por nossas atividades propostas na feira. Esse período possibilitou-me pensar imensamente sobre os caminhos para ingressar em uma universidade, sempre almejando que esse sonho fosse possível, me motivando cada vez mais a buscar formação acadêmica e aprimorar conhecimentos sobre os temas relacionados à área da saúde mental.

Posteriormente, aprofundi meus conhecimentos científicos durante o curso de graduação, onde tive a oportunidade de colaborar no desenvolvimento de projetos de pesquisas e extensão com atividades relacionadas à saúde mental. Destaco aqui algumas atividades que pude realizar, como acompanhar um grupo de usuários de substâncias psicoativas em processo de tratamento em comunidades terapêuticas (CT), de modo que auxiliava nas oficinas e ministrava palestras, além de envolver me outras atividades de mobilizações sociais sobre a luta antimanicomial. Após a minha participação nesses projetos, fui me adentrando cada vez mais em atividades teórico-práticas, conhecendo melhor o mundo da psiquiatria, os transtornos mentais e os problemas relacionados ao uso de substâncias.

Particpei, a princípio voluntariamente, e posteriormente como bolsista por três anos nas referidas atividades, por meio de projetos, na organização de atividades grupais,

rodas de terapia comunitária integrativa junto a diversos públicos, como os auxiliares de limpeza da universidade, estudantes universitários, profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família e os acolhidos em comunidades terapêuticas locais. Além disso, participei no desenvolvimento de pesquisas e de extensão por meio das oficinas terapêuticas junto aos usuários do CAPS e das CT no município de Barra do Garças (Mato Grosso), e Aragarças (Goiás).

No último ano da graduação, um grande destaque foi minha inserção no projeto intitulado “Saúde mental e dependência química: da prevenção ao tratamento” que integrava atividades de extensão e pesquisa. Ressalto que nesse projeto, realizei atividades de educação em saúde junto aos usuários de substâncias em tratamento nas CT, bem como tive a oportunidade de ministrar palestras e oficinas com temas relacionados à saúde (Primeiros socorros, depressão, prevenção de suicídio, tuberculose, alimentação saudável e HIV/Aids), desenvolvidas em parceria com o grupo de pesquisa, sob a supervisão da Profa. Dra. Alisseia Guimarães Lemes, coordenadora do projeto maior intitulado “Saúde mental: os desafios da assistência”.

Essas atividades me fortaleceram cientificamente nos caminhos que desejava seguir na minha formação profissional. Além disso, meu interesse pela docência se intensificou e caminhou junto com as atividades que eu já desenvolvia. Atuei em atividades de monitoria por um ano, na disciplina de Fundamentos de Enfermagem (Teoria e Prática), onde participava auxiliando os discentes em suas atividades dentro do laboratório de enfermagem. Além disso, participei de pesquisas que envolviam coletas de dados nos locais trabalhados durante os projetos, vindo a, posteriormente, divulgá-las em eventos científicos, com temas diversos e voltados para a avaliação do adoecimento mental, o consumo de substâncias por homens e mulheres em tratamento nas CT, entre outros. Além disso, promovemos debates sobre os benefícios das atividades das rodas de

terapia comunitária integrativa para redução da ansiedade e depressão, além da divulgação do conhecimento baseado em evidências para a comunidade sobre luta antimanicomial e reforma psiquiátrica, e outros temas importantes relacionados à prevenção do uso de drogas e do suicídio para a comunidade local, escolas, empresas e unidade básica de saúde. Os resultados foram exitosos e nosso projeto era bem reconhecido na comunidade.

Dentre as atividades de pesquisas, pude colaborar no desenvolvimento de manuscritos que foram publicados posteriormente, sempre buscando aprimorar conhecimentos na elaboração e escrita científica, com vistas a buscar uma formação acadêmica mais ampla, e futuramente a minha inserção no curso de mestrado e doutorado. Em 2016, por meio de divulgações nas mídias sociais, obtive informações sobre o edital para o processo seletivo do curso de mestrado em Enfermagem, na Universidade Federal de São Carlos, São Paulo. Nesse período, destaco que minha ex-orientadora do TCC me direcionou, me motivando e apoiando para essa nova etapa, para buscar a prova de proficiência da língua inglesa e nas etapas do processo seletivo. A minha certeza era única, eu desejava muito estudar algo na área da saúde mental, pensando em desenvolver, a priori, um projeto voltado a intervenções breves para redução do uso de álcool entre adolescentes.

Quando finalmente fui aprovada no mestrado, na área de saúde mental, fiquei muito feliz e mais um sonho realizado. Temporariamente deixei minha casa e família e fui morar em outra casa, outro município, a mil quilômetros de distância. Conheci outras realidades, universidade, pessoas e locais, foi tudo maravilhoso, novas experiências de vida. Durante o mestrado, minha ex-orientadora propôs que fizéssemos um estudo com um grupo de gestantes. No momento, eu achei desafiador, pois nunca havia realizado pesquisa com esse público. Para tanto, iniciamos a pesquisa com gestantes usuárias de

álcool e/ou tabaco atendidas em serviços de atenção primária à saúde e de centro de referência em saúde da mulher. Estratégias de intervenções breves foram realizadas a essas mulheres com vistas à cessação do consumo, principalmente no período da gestação, visando a prevenção de diversos agravos na saúde da mulher e do seu bebê. Os resultados foram bastante positivos, mostraram que as mulheres do grupo experimental cessaram o consumo de álcool durante a gestação. Além disso, as repercussões desses resultados geraram diversas divulgações nas mídias sociais, programas de rádio e manchetes em jornais. Nesse período, já pensava na proposta do doutorado, a minha ideia era realizar um estudo com método longitudinal, com um intuito de acompanhar as mulheres em todo o período gestacional, assim como o momento do parto e verificação das medidas antropométricas dos recém-nascidos. Para isso, busquei o processo seletivo de doutorado na EERP USP.

Destaco que a minha aprovação no doutorado tornou-se um segundo sonho realizado, principalmente por ser aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP-USP. Em 2019, cursei disciplinas eletivas, fiz amizades e contatos com pesquisadores internacionais por meio da minha orientadora, foram muitas e grandes aprendizagens. Porém, na vida nem tudo é uma linearidade planejada, no ano de 2020, meus planos tiveram que mudar quase que completamente. Com o advento da pandemia, meu projeto de pesquisa inicial, que seria com gestantes (uma continuação do mestrado), teve que ser replanejado, pelo fato de não poder ter contato com as gestantes, pois fazem parte do grupo de risco à COVID-19. Dessa forma, a fim de manter o rigor metodológico, aplicando intervenções breves, foi necessário modificar o objetivo do estudo, com uma nova amostra (jovens e adultos), com a aplicação da intervenção breve a ser realizada de forma on-line (videochamada), para a redução do consumo de álcool, visando reduzir os problemas associados, principalmente durante a pandemia. Pela primeira vez desenvolvi

uma pesquisa totalmente on-line, longa e com pessoas participando por videochamada. Percebi que a maioria dos participantes se mostraram receptivos e à vontade para conversar sobre os seus hábitos de consumo de bebidas alcoólicas. Foi uma experiência intensa, pude falar com pessoas de todas as regiões do Brasil, com toda a diversidade, cultura e sotaques, conheci um pouco da história de cada um, principalmente por ter dado certo e por todos os dados obtidos. Espero que esses resultados sejam amplamente divulgados e aplicados por enfermeiros e outros profissionais da saúde, para que possamos realizar uma assistência de qualidade às pessoas que fazem uso de álcool em qualquer nível de consumo.

1. INTRODUÇÃO

Além dos avanços e as sofisticadas inovações tecnológicas, a década de 2020 inicia-se com um novo desafio para a área de saúde global. Um vírus, nomeado coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) (CDC, 2021; LAI et al., 2020), surgiu no final do ano de 2019, na cidade de Wuhan na China, e se disseminou rapidamente, tomando proporções importantes, causando sintomas respiratórios e sistêmicos com impactos significativos na saúde pública mundial (CDC, 2021).

A disseminação pandêmica foi notificada pelas autoridades de saúde, em nível internacional, no final de janeiro de 2020. Nesse sentido, diversos países declararam alerta de pandemia para cor laranja, o que representa entre os níveis de moderado a grave (HO; CHEE; HO, 2020).

Nesse sentido, para tentar conter a incessante transmissão, os países decretaram quarentena, ou seja, o isolamento para tentar interromper a transmissão do vírus da doença latente (REYNOLDS et al., 2008). O isolamento repercutiu negativamente na vida da população que necessitou modificar sua rotina de trabalho, de estudos e as atividades sociais. Além disso, diversas pessoas perderam seus empregos e enfrentaram uma crise financeira. Somando-se a isso, uma série de danos psicológicos se intensificou nesse período (CZEISLER et al., 2020), principalmente pelas incertezas sobre a retomada das atividades de forma segura para todos.

O surgimento da pandemia em 2020 acarretou diversas questões sobre os efeitos ocasionados na saúde mental, por meio de seus efeitos psicológicos diretos, consequências econômicas e sociais em longo prazo (SANTOMAURO et al., 2021). Em meio aos referidos problemas, o estresse, a ansiedade e a depressão vêm aumentando concomitantemente e em conjunto com esses prejuízos (HO; CHEE; HO, 2020).

Destaca-se, ainda, que dentre esses problemas, uma outra grande preocupação é o uso de bebidas alcoólicas independentemente do seu nível de consumo nesse período de tantas incertezas. Sabe-se que o adoecimento mental tem sido associado ao uso de álcool (WANG; CHEN, 2015). Algumas iniciativas foram necessárias para o cuidado durante esse período, como na China, que disponibilizou uma diretriz para cuidados em saúde mental, envolvendo comportamentos não saudáveis, como o uso de bebidas alcoólicas (NHC, 2020).

Nesse sentido, grande é a preocupação em relação aos transtornos mentais e o consumo de álcool e/ou outras substâncias durante a pandemia, uma vez que as prevalências, antes mesmo da pandemia já eram suficientemente elevadas, seguiram com potencial aumento durante e no pós-pandemia (KONTOANGELOS; ECONOMOU; PAPAGEORGIOU, 2020). No contexto da saúde mental, pode-se prognosticar o agravamento de quadros psiquiátricos e aumento dos problemas relacionados ao consumo de álcool e/ou outras drogas preexistentes (LI et al., 2020), que conseqüentemente potencializam os problemas sociais e de saúde dos indivíduos, famílias e a sociedade. Além do mais, estão relacionados a diversas condições de morbidade, mortalidade, acidentes no trânsito, tipos de violência (físicas e domésticas), comportamentos de risco e irresponsabilidades que interferem no descumprimento das normas de isolamento, uma vez que o álcool compromete a percepção e julgamento mental do indivíduo (GAN et al., 2014), colocando a própria vida e a vida de outras pessoas em situações de risco.

Vale ressaltar que o uso de bebidas alcoólicas está relacionado a mais de 230 doenças, como resultado dos efeitos do álcool, que é uma substância psicoativa, cancerígena, imunossupressora, tóxica para células e tecidos, além de ser uma substância teratogênica. É uma das principais causas de mortalidade evitável no mundo e responsável por três milhões de mortes a cada ano. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que não há limite seguro para o consumo de álcool e que os danos à saúde aumentam com a quantidade consumida (WHO, 2020).

Justificadas pelos efeitos do consumo de álcool sobre problemas de saúde crônicos e agudos nas populações que determinam, em grande medida, por duas entrelaçadas dimensões de consumo de álcool diferentes, ou seja, a quantidade (volume) total de álcool consumido e o padrão de consumo.

Assim, o contexto do consumo de álcool desempenha papel importante na ocorrência de danos relacionados, particularmente associados aos efeitos da intoxicação alcoólica na saúde e, em raras ocasiões, também a qualidade do álcool consumido. O uso de bebidas alcoólicas impacta a vida do indivíduo de diversas formas, incluindo patologias associadas, lesões e potencialização de transtornos mentais (OPAS, 2020).

O consumo excessivo de álcool enfraquece o sistema imunológico e diminui a capacidade do corpo de combater doenças infecciosas bacterianas e virais, como a COVID-19, que pode aumentar o risco de infecção durante a pandemia (GARCIA;

SANCHES, 2020; GONZÁLEZ-REIMERS et al., 2014; SZABO; SAHA, 2015; WHO, 2020).

Outrossim, o álcool é uma substância de ação depressora que potencializa os sintomas de diversos transtornos mentais como a depressão, a ansiedade e o pânico, que podem estar associados ao processo de isolamento social. Ainda, o consumo de álcool tem seus efeitos negativos quando interage com algumas medicações, reduzindo a sua eficácia ou potencializando os efeitos tóxicos. Em específico a COVID-19, alguns pacientes necessitam do uso de analgésicos/sedativos, o álcool interfere ocasionando prejuízos nas funções hepáticas (WHO, 2020).

Sabe-se que o consumo de álcool está potencialmente associado ao estresse vivido no período de isolamento social, influenciando a saúde mental como, por exemplo, na fase de mania, bem como o uso abusivo, o que aumenta ainda mais as chances de intensificação desse uso e envolvimento em situações de violência, sobretudo em mulheres, crianças e adolescentes (OLIVEIRA, 2020; SILVA; OLIVEIRA, 2020). Dessa forma, a prevenção do uso é uma prática de proteção individual e coletiva, principalmente durante o período de isolamento social. No período da pandemia, o uso de álcool aumentou nos primeiros meses (GILI et al., 2021) e as situações de violência física e verbal aumentaram consideravelmente (MILLER et al., 2022).

O período de isolamento é considerado como um fator estressor, que potencializa os comportamentos de risco, bem como o aumento do consumo de bebidas alcoólicas, como descrito na pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde, em 33 países da América Latina e Caribe. Esse grande estudo, realizado nos primeiros meses após o início das medidas de restrições e quarentena, mostraram a estreita relação entre isolamento social e consumo de álcool (GARCIA-CERDE et al., 2021), com destaque para os comportamentos de consumo alcoólico e interações *on-line*, um velho novo problema que necessitou de reconfigurações durante o período da pandemia.

Por fim, os potenciais efeitos na saúde pública ocasionados pelo isolamento em longo prazo sobre o consumo de álcool e o uso indevido ainda estão sendo avaliados, todavia há resultados de estudos que indicam maior prevalência de ansiedade, depressão e consumo de álcool, além de menor bem-estar mental durante o isolamento em resposta à pandemia (GARCIA; SANCHES, 2020).

Os problemas de saúde e socioeconômicos atribuíveis ao álcool podem ser efetivamente reduzidos com ações sobre os níveis, padrões e contextos do consumo de álcool e os determinantes sociais de forma mais ampla (OMS, 2020). Iniciativas de promoção da saúde mental são fundamentais, principalmente nesse momento tão delicado de tantas incertezas em que a humanidade está caminhando para o período pós-pandemia, também vêm sendo rigorosamente defendidas e recomendadas (HINRICHSEN et al., 2020).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Capítulo 1: pandemia, saúde mental e consumo de substâncias

2.1.1 O inesquecível ano de 2020: mortes, caos e medo

Para entender historicamente como tudo começou, foi importante voltar na linha do tempo e destacar os principais marcos que resultaram em exorbitantes índices de mortalidade de milhares de pessoas no mundo. Em dezembro de 2019, os primeiros casos de pneumonia causada pelo vírus ainda desconhecido foram divulgados em Wuhan, na China. Autoridades globais e membros da saúde solicitaram informações à Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre esses casos.

Em janeiro de 2020, a OMS solicitou aos líderes chineses informações adicionais e complementares sobre o vírus e a doença causada por ele. Posteriormente, a OMS divulgou que “a causa estava sendo investigada”. No dia nove de janeiro, autoridades da China concluíram que o surto de pneumonia foi originado por um novo coronavírus (WHO, 2021a).

No dia 11 de janeiro, a China divulgou o primeiro caso de morte no mundo, pelo vírus desconhecido (WHO, 2021b). No dia 13, um caso importado do novo coronavírus na Tailândia foi relatado e confirmado (o primeiro caso fora da China). Dois dias depois, um cidadão japonês, que viajou para a China, foi diagnosticado com o novo vírus (segundo caso fora da China) (WHO, 2021b).

Nesse sentido, a OMS relatou que poderia haver casos adicionais em outros países, considerando os mecanismos de viagens. No dia 16 de janeiro de 2020, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) declarou o primeiro alerta, e fez orientações para viajantes, medidas preventivas e testes para detectar a presença do novo vírus. No dia 21 de janeiro, ficou claro que existia a transmissão de pessoa a pessoa (BRASIL, 2020a).

No dia 29 de janeiro, a OMS recomendou o uso de máscaras em atendimentos de saúde. No dia 30 do mesmo mês, foi declarado um surto de emergência do novo coronavírus, de interesse internacional, o alarme mais elevado da OMS. Até essa data, 18 países (fora da China) divulgaram casos positivos (WHO, 2021a).

No dia 9 de fevereiro, brasileiros que estavam em Wuhan (epicentro) retornaram ao Brasil, sendo repatriados por aeronaves da Força Aérea Brasileira, com necessidade de quarentena por 14 dias, na base aérea, em um município brasileiro (BRASIL, 2020c). Dois dias depois, foi dada uma nomenclatura para a nova patologia, que ficou estabelecida como COVID-19, indicando o nome da família do vírus e ano de sua origem, na tentativa de evitar eventuais problemas com o estigma relacionado ao país de origem, animais ou etnia. No dia 26, houve o primeiro caso de COVID-19 confirmado no Brasil (BRASIL, 2020d, 2021a). Nos dias subsequentes, a necessidade de quarentena já era algo concreto e intensamente recomendado pela OMS para conter o avanço da transmissão (WHO, 2021a).

Em março de 2020, a preocupação com a escassez de Equipamento de Proteção Individual (EPI) tomou conta da OMS, devido à intensa exposição de risco dos profissionais de saúde. Os números eram elevados, com mais de 100 mil casos de COVID-19 no mundo. No dia 11, a OMS, já bastante preocupada com a disseminação viral, informou que a COVID-19 poderia ser classificada como uma pandemia (patologia que se espalha em todos os continentes) (GRENNAN, 2019; WHO, 2021a).

No dia 12 de março de 2020, houve a primeira morte por COVID-19 no Brasil (COSTA; ROSA, 2021). No final de março, muitas unidades de saúde já estavam sobrecarregadas, com escassez de EPI, oxigênio, ventiladores mecânicos, testes, entre outros. A OMS enviou materiais para 74 países e negociaram com parceiros para prover outros insumos e produtos faltantes e essenciais. Além disso, alertou sobre a circulação de materiais falsificados que garantiam prevenir, tratar e até curar a COVID-19 (WHO,

2021a). As pessoas entraram em pânico e começaram a estocar alimentos e produtos básicos, uma vez que as autoridades decretaram isolamento e fechamento de locais não essenciais.

Em abril já havia mais de um milhão de casos de COVID-19 no mundo, e a OMS recomendou o uso de máscaras, até para pessoas saudáveis. Além disso, foram dispostas orientações e considerações sobre a importância da redução da aglomeração de pessoas e sobre o *lockdown*. Esse *lockdown* foi implementado em vários países, inclusive no Brasil, onde apenas serviços essenciais (hospitais, farmácias, supermercados, postos de gasolina e clínicas veterinárias) puderam ficar de portas abertas. Sendo assim, escolas, universidades, lojas, academias, bares, *shoppings*, igrejas, entre outros locais tiveram de ser fechados (WHO, 2021a). Enquanto isso, algumas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) já estavam em sua capacidade máxima de pacientes (GORTÁZAR, 2020).

No final de abril, com o avanço de mortes causadas pela pandemia, aumentaram os enterros, obrigando a abertura de mais covas em cemitérios (cerca de 13 mil) na cidade mais populosa do Brasil (GORTÁZAR, 2020). Ainda, para conter o avanço do vírus, outras medidas foram tomadas, como a proibição de velórios, apenas membros próximos da família poderiam assistir o enterro, com caixão lacrado (GORTÁZAR, 2020). A divulgação na mídia sobre o aumento de mortes, imagens e vídeos de aberturas de túmulos em cemitérios, coveiros com roupas de proteção, proibição de velórios e abertura de caixões, saturação e ausência de vaga em UTI deixou a população em estado de pânico.

Durante o mês de maio de 2020, o Brasil registrou 23.413 mortes por COVID-19 (COSTA; ROSA, 2021). No início de junho de 2020, o sistema de saúde já estava entrando em colapso (WHO, 2021a). Junho foi o segundo mês com mais mortes por COVID-19 no Brasil, com 30.280 óbitos (WHO, 2021a).

Ainda em junho de 2020, o Brasil já era o segundo país com mais casos de COVID-19, ficando atrás apenas dos EUA. Apesar desse impacto, alguns comerciantes brasileiros resolveram sair do *lockdown* e reabrir o comércio, visto a grande crise econômica que o país estava atravessando, e ao fato da perda de quase 8,6 milhões de empregos no país. Nesse sentido, em algumas regiões brasileiras, ora sancionaram a reabertura, ora decretaram o *lockdown* (BBC, 2020).

A primeira onda de COVID-19 no Brasil ocorreu em julho de 2020, com 32.881 mortes (COSTA; ROSA, 2021). A situação pandêmica foi saindo do controle. Em agosto, mais de quatro mil pessoas morreram esperando um leito de UTI para COVID-19, em seis estados do Brasil. Pode ser que esse número seja maior, devido ao colapso do sistema de saúde em 2020. Foi necessário abrir e improvisar leitos e hospitais. O Brasil assistiu seu sistema de saúde entrar em colapso, havia muita demanda para poucos leitos hospitalares (JUCÁ, 2020; NORONHA et al., 2020).

Finalmente, houve um declínio no número de óbitos em setembro (22.571), outubro (15.932) e novembro de 2020 (13.236) no Brasil (COSTA; ROSA, 2021). Durante esse período, houve restrições e afrouxamento do isolamento social, em diferentes regiões. Em dezembro, o número de óbitos no Brasil voltou a subir (COSTA; ROSA, 2021) e novas cepas do coronavírus foram sendo descobertas (WHO, 2021a). Uma delas ocorreu em Manaus - Amazonas, um estado brasileiro, mostrando-se com maior potencial de transmissão e reinfeção (BERNARDES, 2021).

Porém, uma esperança foi renovada em dezembro de 2020, alguns países iniciaram a vacinação, de modo que, o processo de recebimento das doses dependia de procedimentos específicos de cada país, como a autorização da agência reguladora (MARINHO, 2020).

2.1.2 Ano 2021- Segundo ano da pandemia: aumento de óbitos, novas variantes, imunização

O ano de 2021 iniciou com uma grande esperança para a população mundial. Apesar disso, com o avanço da pandemia, as variantes do vírus continuavam a surgir. Manaus, estado do Amazonas, se destacou pela ausência de oxigênio, onde muitas pessoas com COVID-19 morreram por dificuldades respiratórias. Ainda, alguns hospitais fecharam as portas por não conseguirem receber novos enfermos, devido à ausência de materiais e disponibilidade de leitos. A população desesperada ameaçou invadir os locais, sendo necessário a intervenção da Polícia Militar (CNN BRASIL, 2021).

A vacinação no Brasil iniciou-se logo após a aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no dia 17 de janeiro de 2021. A primeira a receber a vacina (Coronavac) foi uma enfermeira que trabalhava na linha de frente da COVID-19 em São

Paulo (BADDINI; FERNANDES, 2021). Apesar do momento feliz e esperançoso, houve muitos entraves na recepção de doses da vacina, bem como da distribuição (MONTESANTI, 2022).

Com isso, em março de 2021, os números de óbitos mais que dobraram, em relação a fevereiro, foram 66.573 mortes. Em abril, a mortalidade por COVID-19 subiu rapidamente, sendo registrados 82.266 mortes. O Brasil chegou a quase 5 mil óbitos em apenas 24 horas (4.249 óbitos) (BRASIL, 2021a). No final de maio de 2021, o Brasil já tinha 462.791 mortes e 16.545.554 casos positivos de COVID-19, considerado o segundo país com maior índice de mortalidade pelo vírus, sendo que os EUA ficaram em primeiro (COSTA; ROSA, 2021).

A vacinação caminhou muito lentamente e, como a maioria das vacinas aprovadas para uso emergencial no Brasil precisam de, pelo menos, duas doses, foi muito moroso o processo. Após quase seis meses do início da vacinação no Brasil, os números conseguiram avançar e atingir a capacidade esperada do Programa Nacional de Imunização (PNI). Além disso, muitas pessoas tiveram resistência em tomar as vacinas, por desinformação e medo (MONTESANTI, 2022).

No dia 18 de setembro de 2021, houve a maior incidência de novos casos diários (150.106) de COVID-19 no Brasil. Já em outubro e novembro, houve redução consecutiva de novos casos e óbitos por COVID-19 (BRASIL, 2021b, 2021c).

Em geral, o segundo ano da pandemia foi marcado pelo aumento de casos e óbitos, ultrapassando o número de óbitos e infecções de 2020. Além disso, o colapso na saúde continuou afetando várias regiões do Brasil, em função das novas variantes, com potencial maior de transmissão (Gama, Delta e Ômicron). Porém, com o avanço da vacinação, houve maior controle pandêmico. No final de dezembro de 2021, 90% da população brasileira adulta já estava vacinada com a primeira dose, e 80% com a segunda (ou dose única da vacina Janssen). Nesse período, uma terceira dose foi regulamentada (BRASIL, 2021d).

A redução do número de óbitos foi possível pela intensificação da campanha de vacinação, a maior da história do Brasil (BRASIL, 2021d). Assim, o ano encerrou com 412.880 óbitos por COVID-19 no Brasil, número três vezes maior que o de 2020 (194.949), somando mais de 619 mil mortes por COVID-19 desde o primeiro caso no Brasil. Nesse sentido, 2021 foi o ano com maior índice de mortalidade durante a pandemia no Brasil (ROSA; TADEU, 2022).

2.1.3 Saúde mental *versus* pandemia

Diversos são os desfechos que uma pandemia pode ocasionar na sociedade, na vida econômica e cotidiana. A pandemia em curso resultou em desfechos negativos na saúde mental das pessoas em todo o mundo, devido às mudanças, incertezas e medo (MOURA et al., 2022), inclusive devido à longa duração e às múltiplas ondas (BODEN et al., 2021). Nesse contexto, a pandemia reflete vários danos e estressores, como medo da morte, exposição a muitas informações da mídia e ao vírus, sentimento de culpa, ansiedade e receio de ter contaminado outra pessoa (BODEN et al., 2021). Pesquisas apontaram uma piora nas condições de saúde mental da população durante a pandemia da COVID-19 (ALKHAMEES et al., 2020; KESSLER et al., 2022; MOURA et al., 2022).

Uma piora na saúde mental na população e aumento dos índices de sofrimento mental de 18,9% (IC 95% 17,8–20,0) no período de 2018-2019 para 27,3% (IC 95% 26,3–28,2) no mês de abril de 2020 foi observado em estudo realizado no Reino Unido, após um mês de isolamento social (PIERCE et al., 2020). Esse aumento foi destaque de um estudo de revisão de literatura, apontando piora nos quadros de saúde mental antes e durante a pandemia. A prevalência de transtornos de ansiedade e depressão aumentou 1,3 a 1,5 Risco Relativo (RR) durante o período pandêmico (em relação ao período anterior à pandemia) (KESSLER et al., 2022).

O adoecimento mental e uso de substâncias antes e principalmente durante a pandemia, representa um risco à saúde pública. Durante a pandemia da COVID-19, 23,6% da amostra apresentou o estresse pós-traumático relacionado ao período pandêmico em pesquisa realizada na Arábia Saudita. Os elevados índices de estresse, ansiedade e depressão foram predominantemente entre aqueles com baixa renda, profissionais da saúde ou que tinham um familiar trabalhando nessa área (ALKHAMEES et al., 2020).

A pandemia revelou mais do que um agravamento à saúde física, expondo os indivíduos a premente adoecimento mental. Uma outra questão importante que tem sido evidenciada são os comportamentos de risco durante o isolamento, como o aumento do consumo alcoólico, que se adaptou ao período pandêmico, em que os indivíduos começaram a consumir dentro dos lares. Uma pesquisa realizada em 33 países da América Latina e Caribe evidenciou esses dados, revelando aumento progressivo do consumo alcoólico de risco nos lares, nos primeiros meses da pandemia. Os pesquisadores enfatizaram a questão do consumo alcoólico durante eventos via internet. Ainda, destacaram a associação positiva entre consumo de álcool e o adoecimento mental (GARCIA-CERDE et al., 2021).

Desse modo, nota-se o impacto que a pandemia ocasionou na saúde mental da população em geral, resultando em consideráveis índices de depressão (33,8%) em estudantes e profissionais de diversas áreas, durante o primeiro pico da pandemia de COVID-19 (MOURA et al., 2022).

Sobre sentimentos vivenciados e de forma negativa, um estudo brasileiro revelou que universitários sentiram maior efeito da pandemia, relatando maior nível de ansiedade, depressão e estresse, quando comparados aos docentes ($p < 0,001$) (PAIXÃO et al., 2022). Outro levantamento com pós-graduandos durante a pandemia, identificou piora na saúde mental dos participantes. E, ainda, os que não precisaram se ausentar da sua residência para trabalhar, apresentaram índices ainda maiores de estresse ($p = 0,05$) (SCORSOLINI-COMIN et al., 2021). Isso revela que a estadia em casa por longo período contribuiu para a piora das condições de saúde mental.

Para mitigar esses problemas, a adoção de intervenções precoces na comunidade foi necessária, incluindo a aplicação de estratégias de prevenção primária em grande escala. Infelizmente, são escassos os estudos que realizaram intervenções com foco na melhoria da saúde mental da população durante a pandemia da COVID-19.

Nesse sentido, a prevenção primária se faz necessária, pois abrange pessoas em suas singularidades, detecção de público-alvo e vulneráveis, profissionais que estão na linha de frente da assistência, indivíduos que necessitam trabalhar em meio a situação de risco e pessoas com baixa renda (BODEN et al., 2021). Apesar disso, tem-se utilizado em grande escala nas redes sociais para aproximar as pessoas durante o isolamento social.

Com esse aumento progressivo da tecnologia, intervenções primárias podem ser realizadas em meios digitais, além de baixo custo e complexidade, podem atingir grande número de pessoas. Como principais finalidades, esses instrumentos digitais podem incluir a psicoeducação, avaliação da saúde mental, monitoramento dos sintomas, manejo, *feedback* personalizado, orientações e suporte (BODEN et al., 2021).

Na prevenção secundária, destaca-se a necessidade de identificação precoce da problemática e a aplicação de intervenções breves, prevenindo desfechos negativos na saúde mental. Por isso, a avaliação de riscos e do progresso será necessário após o período pandêmico, visando detectar a necessidade de encaminhamento e tratamento mais intenso (BODEN et al., 2021). Nesse sentido, é importante avaliar os determinantes sociais para a prevenção secundária, pois é provável que os efeitos na saúde mental, que a pandemia ocasionou, irão repercutir por muitos anos. Na prevenção terciária, as medidas mais intensas de cuidados são aplicadas para minimizar os desfechos em indivíduos com transtornos psicológicos (BODEN et al., 2021).

Devido às restrições impostas pela pandemia, muitos locais de lazer, sociais, culturais e religiosos, que auxiliam a manter a saúde mental de forma positiva, fecharam as portas, ficando os indivíduos imersos em seu ambiente domiciliar (BODEN et al., 2021). Alguns modificaram seu trabalho ou estudo para *home-office*, se distanciando da socialização de forma presencial, aumentando a solidão e a angústia e reduzindo a esperança de futuro (BODEN et al., 2021). Por isso, algumas pessoas procuraram outros métodos para o enfrentamento da situação estressante que a pandemia ocasionou, como o uso de substâncias, independentemente de sua legalidade.

2.1.4 Consumo de substâncias *versus* pandemia

A pandemia impactou o padrão de consumo (tipo, frequência e quantidade), a disponibilidade e o preço das substâncias. Essa problemática foi observada de diferentes formas, em diversos países. Um estudo foi realizado com profissionais da área de álcool e outras drogas, de 77 países, no início da pandemia, objetivando avaliar as modificações percebidas nos preços e obtenção de substâncias, formas de consumo e as complicações associadas ao período pandêmico. Os resultados mostraram diferenças entre os vários países, em função da cultura local. Notou-se que, mundialmente, houve redução no fornecimento/oferta de drogas (69,0%) e uma elevação do preço (95,3%), como no

aumento do uso de medicamentos sedativos/hipnóticos (84,6%), bebidas alcoólicas (71,7%), prescrição de opióides (70,9%) e maconha (63,0%). Ao mesmo tempo, houve redução no consumo de cocaína (67,5%), anfetamínicos (59,7%) e opiáceos (58,2%) (FARHOUDIAN et al., 2021).

Durante a pandemia, a população se comportou de formas diferentes e ambíguas, como mostra o estudo realizado na Geórgia (OTIASHVILI et al., 2022), principalmente com as mudanças nos hábitos de consumo. Nesse período houve a baixa disponibilidade de drogas, o que fez os usuários modificarem o tipo da droga de escolha, por substâncias alternativas. Dentre os motivos para o aumento do uso foram o estresse, depressão, ansiedade e tédio gerados pelo confinamento (OTIASHVILI et al., 2022). Esses dados reforçam que a carga psicológica influencia significativamente o consumo de substâncias, vindo a aumentar, possivelmente como uma consequência do enfrentamento da situação pandêmica estressora.

Por outro lado, alguns indivíduos relataram redução, devido à baixa disponibilidade de oferta de substâncias (fechamento de casas noturnas e isolamento rigoroso), elevação do preço (no início da pandemia) e baixa qualidade (possível adulteração) (OTIASHVILI et al., 2022). No entanto, pensando como um problema de saúde pública e que as intervenções são de longa escala, os dados sugerem que a baixa disponibilidade e aumento do preço de substâncias ilícitas poderiam atenuar e, até mesmo, reduzir o consumo. Não se sabe por quanto tempo e se isso seria realmente efetivo no controle de drogas ilícitas.

Ao se tratar de medidas de controle, algumas considerações devem ser realizadas. Por exemplo, na Geórgia, durante o isolamento, a presença de policiais nas ruas foi maior, por isso, o acesso ficou mais temerário. A comunicação com os vendedores de drogas ficou mais difícil, contribuindo para o aumento do número de distribuidores intermediários. Indivíduos que podiam pagar pela obtenção da droga, mas que não queriam contato direto com os traficantes, empregavam outros usuários (que não possuíam dinheiro para a aquisição da droga), para que esses pegassem o produto com o fornecedor e, em troca, receber uma parte da mercadoria. A partir de julho, com o fim das restrições rigorosas de isolamento, o mercado de drogas voltou a funcionar corriqueiramente (OTIASHVILI et al., 2022).

Com isso fica evidente que o nível de consumo de substâncias varia de acordo com as diligências sociais e padrões de controle social. Mesmo assim, a vulnerabilidade de indivíduos de baixa renda deve ser considerada nesse processo. É necessário que os gestores se atentem a essa questão ao tomar uma medida de controle do acesso e consumo. Além disso, é necessária maior atenção ao acesso *on-line* à compra de substâncias, uma vez que novas alternativas foram usadas para que os usuários pudessem obter a droga de escolha, sem necessariamente sair de sua residência.

No estudo de Otiashvili et al. (2022), essa problemática é destacada, uma vez que os participantes declararam obter cocaína, na maioria dos casos, por meio de aplicativos *on-line*. Os medicamentos, como sedativos, hipnóticos, anti-histamínicos (usados em conjunto com opióides para aumentar a potência e a duração do efeito no organismo) foram adquiridos, na maioria, em farmácias. Houve relatos de que os vendedores de drogas eram muito instáveis, que sempre procuravam novos locais/pessoas para a obtenção da droga. Outros relataram a entrega da mercadoria no domicílio, no período de isolamento social. Observa-se ainda o manejo do mercado ilegal de drogas, as negociações entre usuários e comerciantes, o modo de procura e obtenção, detalhes que auxiliam os profissionais da saúde a compreender como esse fluxo funciona e se adapta às novas circunstâncias.

Ao se tratar dessas novas estratégias de obtenção, consumo, padrões de enfrentamento, aumento e redução, é importante considerar o consumo pré-pandemia. Uma pesquisa realizada na Itália, usou informações toxicológicas para avaliar o consumo antes do isolamento, durante três meses e após. Foi observada redução no uso de heroína, cocaína, MDMA (ecstasy) e maconha durante o *lockdown*. Após o isolamento, esse consumo voltou em níveis semelhantes aos anteriores (GILI et al., 2021). Todavia, há estudos com amostras peculiares que mostram tendência no aumento e outras na diminuição do uso, que foram influenciadas por questões culturais e hábitos de consumo (OTIASHVILI et al., 2022). Porém, quando se trata de drogas alucinógenas e/ou estimulantes que são substâncias de maior uso em eventos festivos, é compreensível a redução durante as medidas mais severas do isolamento social ocasionada pela pandemia (SOHI et al., 2022).

Por outro lado, o consumo de bebidas alcoólicas e de medicações benzodiazepínicas aumentaram e se mantiveram elevados, mesmo após o isolamento

social (GILI et al., 2021). Destaca-se que o uso de benzodiazepínicos foi mais elevado durante as medidas de isolamento social. Entende-se, no entanto, que o consumo de medicamentos sedativos e calmantes foram utilizados para amenizar o sofrimento gerado pelo período pandêmico e o período de isolamento social (GILI et al., 2021)

Em termos de comparação, um estudo realizado por meio de redes sociais, na Bélgica, 61,8% consumiram bebidas alcoólicas antes do isolamento e 9,4% cessaram. Dos indivíduos que não usaram álcool antes do isolamento, 5,8% (do total) iniciaram o consumo durante as restrições na pandemia. O aumento do consumo foi relacionado à quantidade de crianças presentes no domicílio ($p < 0,001$); e pessoas que estavam em *home-office* ($p = 0,037$). Além disso, desempregados apresentaram maiores chances de consumir mais álcool (OR=1,357; $p = 0,013$) e os profissionais que não trabalhavam na área da saúde, tiveram 40% mais chance de consumo (OR=1,404; $p < 0,001$) (VANDERBRUGGEN et al., 2020). Nota-se que as alterações na redução e para o início do uso de álcool, apesar da baixa porcentagem, representam a noção de comportamento humano, interligando os motivos e as questões voltadas ao próprio isolamento social e seu entorno.

Além disso, um outro estudo de rastreamento realizado em 18 países da Europa (N=11.295), avaliou as mudanças no consumo de álcool e tabaco durante a pandemia, no segundo semestre de 2020, e identificou que, na maioria dos países, não houve mudanças no consumo das substâncias. Porém, para o álcool foi observado maior redução, quando comparado com o aumento (KILIAN et al., 2022a). Uma outra pesquisa realizada na Polônia, durante a pandemia, mostrou que 58,5% dos estudantes consumiram álcool mensalmente ou frequentemente e a maioria relatou que não modificou a quantidade consumida (JODCZYK et al., 2022). Isso é preocupante, uma vez que o consumo de álcool e outras substâncias durante uma pandemia é um fator de risco grave e um problema emergencial na saúde pública.

É importante que as autoridades e os profissionais de saúde estejam atentos aos usuários que possuem transtorno por uso de substâncias, principalmente para o uso de álcool, pois esses são potenciais de risco para a COVID-19, tanto por questões imunológicas, quanto sociais e mentais (DIEHL; PILLON; SANTOS, 2021).

2.1.5 Consumo de álcool *versus* pandemia

Em meio ao contexto em que a COVID-19 proporcionou às pessoas, o consumo de álcool foi um cenário marcado por aumento e redução no consumo (REHM et al., 2020), dependendo de cada situação intrínseca ao indivíduo. Nos EUA, por exemplo, a venda de bebidas alcoólicas aumentou 55% em apenas uma semana durante a pandemia (BREMNER, 2020). No primeiro ano da pandemia, alguns locais proibiram a abertura de bares e a venda de bebidas alcoólicas até um determinado horário (PETERSEN et al., 2020). Apesar disso, o consumo de álcool passou a ser consumido dentro dos lares (GARCIA; SANCHEZ, 2020). Isso é preocupante, uma vez que a literatura tem mostrado que o consumo pesado de álcool está relacionado a lesões pulmonares e casos graves de COVID-19 (ALTHOBAITI et al., 2020; MOROJELE et al., 2021).

Estudos mostraram aumento do consumo de álcool durante o isolamento social, em relação ao período anterior à pandemia (AHMED et al., 2020; MALTA et al., 2020; VANDERBRUGGEN et al., 2020), principalmente, entre adultos jovens (JACOB et al., 2021). Em um estudo russo avaliaram-se os motivos do aumento do consumo de álcool nos primeiros meses da pandemia, dentre eles, destacaram: jovens (18 a 29 anos) (OR=1,710; IC95%-1,002-2,917); medidas severas adotadas pela pandemia, restringindo atividades diárias (OR = 3,127; IC 95% 1,011–9,675) e o desfecho profissional e/ou financeiro muito ruim devido ao avanço do coronavírus (OR=2,247; IC95%, 1,131-4,465). Além disso, indivíduos que praticavam consumo de risco anterior à pandemia, tendem a aumentar no período de isolamento (GIL; DEMIN, 2021). No contexto nacional, estudos também mostram dados preocupantes. Outro estudo de rastreamento, realizado com 45.161 pessoas, avaliaram-se os comportamentos de risco durante a pandemia, identificando maior consumo de bebidas alcoólicas durante o referido período (17,6%–IC95% 16,4;18,9), com os maiores índices entre os adultos de 30 a 39 anos (24,6%–IC95% 21,2;28,3). Esses achados ocorreram em razão da carga emocional que os indivíduos vêm sofrendo, como tristeza, angústia frente à pandemia, estresse, medo, solidão, ansiedade, entre outros fatores (MALTA et al., 2020).

O consumo de álcool no Brasil, quando comparado ao de outros países europeus, teve aumento, mas ficou abaixo da média mundial, conforme mostra a pesquisa do *Global Drug Survey* (GDS). A média mundial teve aumento de 13,5% e o Brasil registrou um

aumento de 13,1%. Países como Irlanda, Nova Zelândia e Reino Unido tiveram aumentos que variaram bem acima da média mundial (GLOBAL DRUG SURVEY, 2022).

No rastreamento “Covid pesquisa de comportamentos”, realizado de abril a maio de 2020, 17,6% relataram aumento no consumo de álcool nesse período (18,1% homens e 17,1% mulheres). Os adultos jovens foram os maiores consumidores, sendo 18,6% (18 a 29 anos) e 24,6% (30 a 39 anos). Destaca-se que entre as pessoas que se sentiam deprimidas durante a pandemia, foi notado que quanto maior a tristeza maior foi o consumo de álcool (FIOCRUZ, 2020).

Todas essas emoções favorecem o consumo de substância, como forma de enfrentamento (QUEIROGA et al., 2021). Os sintomas depressivos desencadeiam o consumo de álcool, principalmente durante o isolamento, como um meio de lidar com o sofrimento psíquico. Isso foi evidenciado em um estudo chileno, que avaliou o uso de álcool e sintomas depressivos durante a pandemia (REINEL et al., 2022). O medo gerado pela situação pandêmica esteve presente entre estudantes. Estudo brasileiro revelou que houve relação entre medo da COVID-19 e o consumo de bebidas alcoólicas, e entre aqueles que, por algum motivo, aumentaram o consumo (MODENA et al., 2021). Além disso, o estresse e as emoções negativas foram as desencadeadoras do consumo abusivo de álcool entre estudantes universitários (PILATTI et al., 2022).

Da mesma forma, um levantamento *on-line* realizado na China, com 1.074 chineses, avaliou-se a saúde mental durante a pandemia, identificando o aumento do consumo de bebidas alcoólicas (29,1%), com aumento de 9,5% no consumo de risco e 1,6% na dependência alcoólica, bem como no adoecimento mental, como ansiedade (29%) e depressão (37,1%) (AHMED et al., 2020). Um estudo de análise de revisões de literatura, os autores concluíram que o crescente adoecimento mental durante a pandemia, devido ao isolamento social obrigatório para controle do vírus, desemprego e incertezas quanto ao curso da pós-pandemia podem intensificar o consumo de bebidas alcoólicas, piorando os desfechos e danos relacionados ao álcool (REHM et al., 2020). Por tais elementos, torna-se imprescindível intervenções e políticas de saúde pública para controlar o consumo de bebidas alcoólicas, sobretudo, entre os mais jovens (CZEISLER et al., 2020; GRISWOLD et al., 2018).

Um outro estudo realizado por meio de revisão sistemática e meta-análise mostrou mudanças do consumo de álcool durante a pandemia (janeiro de 2020 a setembro de 2021) na Europa, e concluindo-se que mais pessoas reduziram o consumo, quando comparados com o aumento. O maior aumento ocorreu entre aqueles que já faziam consumo de risco. Ou seja, o comportamento de uso de bebidas alcoólicas está muito relacionado ao modo que o indivíduo consumia antes da pandemia, podendo piorar em casos já problemáticos. Por isso, é necessário monitoramento das pessoas que já fazem uso de risco, para evitar maiores problemas futuros (KILIAN et al., 2022b). Os problemas mentais e preocupações marcaram a pandemia e estiveram relacionados ao comportamento de consumo de álcool. Estudo mostrou mudanças no consumo de bebidas alcoólicas, em potencial entre aqueles que apresentaram problemas relacionados ao transtorno de ansiedade, depressão e sentimento de solidão, durante a pandemia (SHIELD et al., 2022).

Outro estudo, envolvendo 25.708 participantes na Noruega, mostrou que mais da metade da amostra havia consumido álcool de forma nociva; 13% aumentaram o consumo alcoólico; os adultos (30 a 39 anos) apresentaram maiores chances para o aumento do consumo durante o isolamento social (OR 3,1, 2,4-3,8). Com destaques para os entrevistados que estavam preocupados com a situação financeira (OR 1,6, 1,4-1,8), aqueles que estavam em isolamento (OR 1,2, 1,1-1,4) e os que estudavam/trabalhavam na própria residência (OR 1,4, 1,3-1,6) (ALPERS et al., 2021).

Ao avaliar o uso de álcool e violência por parceiro íntimo, realizado via telefônica, entre mulheres na Uganda, mostrou que 60% das participantes reduziram o consumo de álcool no período pandêmico. Apesar disso, um resultado preocupante foi que quase metade dessas mulheres estava sofrendo violência (física ou verbal) e o consumo de bebidas alcoólicas foi associado a maiores chances de sofrer violência atual pelo parceiro íntimo (OR Ajustado 4,06, IC 95%=1,65-10,02, p=0,002) (MILLER et al., 2022). No entanto, o consumo alcoólico prediz, em muitos casos, a violência por parceiros e o maior contato durante o período de isolamento social.

2.1.6 Mercado *on-line* de álcool durante a pandemia

No contexto pandêmico, algumas tendências começaram a se intensificar e se disseminar, causando diversas preocupações. Como uma forma de enfrentar as duras mudanças impostas pela pandemia no cotidiano das pessoas, muitos tiveram o celular como um apoio, tanto para contatos com as pessoas da família ou amigos/colegas como para compra de comidas e bebidas (REYES, 2020).

Essa modalidade para compras de bebidas alcoólicas precisou ser readaptada devido às restrições impostas pelo governo, de manter bares e restaurantes fechados, e até mesmo proibir venda de álcool em um determinado horário. Com isso, houve aumento na demanda e compras de bebidas por aplicativos no celular, em que os indivíduos solicitaram por meio digital o produto para consumo, entregue no domicílio, sem algum controle (PLATA et al., 2022).

Não há indicadores de que os mercados *on-line* de bebidas irão parar de aumentar, mesmo após a pandemia (PLATA et al., 2022). Está instalada uma nova preocupação para os profissionais da saúde. O Estudo Estratégico *Global E-commerce 2019* da IWSR (importante fonte de dados e análises sobre o mercado global de álcool), pesquisou o mercado *on-line* de bebidas alcoólicas em dez países, incluindo o Brasil, e verificou que a China lidera no *rank* da venda *on-line* de bebidas, seguido pela França e EUA. Na China, os maiores produtos vendidos são o vinho e baijiu (bebida destilada chinesa). Juntos, representam mais de 80% das vendas em toda a China. Na França, o vinho também foi líder de vendas (IWSR, 2022).

Nos EUA, houve previsão de rápido crescimento no mercado *on-line* de bebidas até 2024. O vinho também liderou nas vendas *on-line* dos EUA, apesar que há uma regulamentação para vendas de bebidas destiladas e cervejas em relação ao vinho (que possui maior flexibilidade na venda *on-line*). Ainda, nos países estudados (Brasil, China, EUA, Austrália, Reino Unido, França, Itália, Alemanha, Japão e Espanha) houve crescimento de 15% por ano na venda de álcool de forma *on-line*, um mercado já bem aceito entre os consumidores (IWSR, 2022).

Nos EUA, comparando as primeiras semanas da pandemia com o ano anterior, as vendas de bebidas alcoólicas locais aumentaram 21% e o comércio eletrônico de álcool

aumentou 234%. Tem-se notado que esse tipo de mercado de bebidas alcoólicas é um dos mais promissores. A venda de álcool *on-line* triplicou em abril de 2020, em relação a fevereiro do mesmo ano. Além disso, o mercado *on-line* de álcool aumentou o tamanho das embalagens das bebidas alcoólicas (PECK et al., 2020).

Dados da Drizly®, uma plataforma *on-line* de pedidos nos EUA, relatou aumento de mais de 350% na venda de bebidas alcoólicas em 2020. Além disso, a empresa previu que 20% das compras de bebidas alcoólicas serão realizadas em meios eletrônicos, nos próximos cinco anos. Nesse contexto, nota-se que o mercado do álcool foi um dos mais beneficiados durante a pandemia, uma vez que os indivíduos começaram a consumir em casa, por mais tempo, até mesmo com pessoas de formas virtuais. Antes da pandemia da COVID-19, o mercado eletrônico de álcool tinha baixo poder, a população usava pouco esse recurso (DOERING et al., 2020). Agora, com a facilidade de receber o produto na porta de casa, a tendência de continuar e até aumentar depois da pandemia, é quase uma certeza.

Os mexicanos também notaram esse aumento na compra *on-line* de bebidas alcoólicas. Em algumas plataformas, o aumento foi de 300% na venda, durante o isolamento (REYES, 2020). No Brasil, essa tendência também foi vista. As vendas de bebidas, de forma *on-line*, aumentaram 960% no período de março a outubro de 2020. As cervejas foram os produtos mais comprados nesses mercados, seguido por uísque. Também houve compras de *ice*, vinho e outros tipos de bebidas destiladas. Além disso, alguns bares começaram a ofertar coquetéis em garrafas, para que os compradores consumam em suas casas (CNN BRASIL, 2020).

Esse cenário refletiu em melhor entendimento sobre os comportamentos resilientes de alguns indivíduos, frente ao caos na saúde pública. Tais comportamentos são prejudiciais e mostram o consumo de álcool como forma de enfrentamento do estresse, medo e incertezas. Pode ser que o mercado alcoólico tenha se beneficiado com o aumento das vendas, mas os profissionais e gestores da saúde provavelmente verão aumento nos problemas relacionados ao consumo de álcool nos atendimentos aos usuários.

2.2 Capítulo 2: repercussões do consumo de bebidas alcoólicas antes e durante a pandemia, condutas profissionais e intervenções breves

2.2.1 Contexto epidemiológico do álcool

O álcool tem sido a substância legalizada mais consumida pelo homem ao longo de toda a sua história, desde a antiguidade até os tempos atuais (SZABO; SAHA, 2015), principalmente entre os mais jovens, em que o uso nocivo é o mais prevalente (DE LA MONTE; KRIL, 2014). Mundialmente, o consumo de bebidas alcoólicas foi classificado como a sétima principal causa de mortalidade em 2016. Em jovens e adultos com idade entre 15 e 49 anos, o álcool foi a principal condição de risco, sendo responsável por 10% de todos os óbitos em ambos os sexos (GRISWOLD et al., 2018). No Reino Unido, em 2020, quando comparado ao longo do tempo, o número de mortes atribuídas ao álcool permaneceu estável entre 2012 e 2019, porém, em 2020 houve um salto considerável no número de óbitos devido ao álcool. Dados apontam que houve 8.974 óbitos por motivos específicos relacionados ao uso de álcool, representando elevação de 18,6% em comparação com o ano de 2019, e o maior número desde 2001. A mortalidade foi mais expressiva entre os homens (OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS, 2021).

O III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas no Brasil (LENUD), mostrou que 30,1% dos entrevistados haviam consumido bebidas alcoólicas no mês anterior à pesquisa. O consumo nocivo, ou no padrão *binge* (cinco ou mais doses de álcool por ocasião para homens ou quatro ou mais para mulheres), foi de 16,5% (BASTOS et al., 2017). Essas porcentagens podem ser ainda maiores, uma vez que esse tipo de levantamento obtém dados subjetivos informados pelos participantes, que podem ou não omitir informações, ou até mesmo devido a viés de memória.

Entretanto, é importante realizar pesquisas em diferentes grupos e populações, principalmente por profissionais de saúde, em que os indivíduos se sentem menos receosos a falar do seu comportamento de consumo. Isso porquê, o consumo de álcool afeta praticamente todos os sistemas do organismo, principalmente o trato gastrointestinal, cardiovascular e sistemas nervosos (central e periférico) (APA, 2014). Os riscos de consumo e a carga de doenças aumentam com a quantidade de álcool ingerida (GRISWOLD et al., 2018). O critério da quinta edição do DSM-5 tem adotado a nomenclatura Transtorno por Uso de Álcool (TUA), em que o indivíduo apresenta uma série de sintomas e problemas relacionados, como a tolerância ao álcool, dependência/fissura e abstinência (Quadro 1) (APA, 2014).

Quadro 1 – Critérios Diagnósticos para Transtorno por Uso de Álcool.

Critérios Diagnósticos - Transtorno por Uso de Álcool (TUA)
<ul style="list-style-type: none"> ● Padrão nocivo e prejudicial de consumo alcoólico é determinado por dois ou mais dos critérios abaixo (que ocorreram dentro de um ano):
<ul style="list-style-type: none"> ● 1. Consumo de álcool maior do que o planejado.
<ul style="list-style-type: none"> ● 2. Vontade expressiva em cessar/reduzir o uso.
<ul style="list-style-type: none"> ● 3. O álcool preenche muito tempo do indivíduo, seja buscando, consumindo ou se recuperando dos efeitos.
<ul style="list-style-type: none"> ● 4. Desejo exacerbado de consumir bebidas alcoólicas.
<ul style="list-style-type: none"> ● 5. Consumo alcoólico frequente, e que prejudique o indivíduo a realizar tarefas importantes.
<ul style="list-style-type: none"> ● 6. Não cessação do álcool, mesmo após diversos problemas associados.
<ul style="list-style-type: none"> ● 7. Atividades que eram consideradas importantes para o indivíduo começa a ser irrelevante, devido ao consumo alcoólico.
<ul style="list-style-type: none"> ● 8. Consumo frequente, até mesmo em contextos perigosos para o usuário.
<ul style="list-style-type: none"> ● 9. A continuação do consumo de bebidas que contém álcool, mesmo o usuário sabendo dos prejuízos que isso irá acarretar.
<ul style="list-style-type: none"> ● 10. O usuário passa a ser tolerante ao álcool, podendo necessitar de doses maiores de álcool para obter igual prazer.

Fonte: Adaptado do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) – APA (2014).

Esses critérios diagnósticos propostos (DSM-5) são importantes para a detecção precoce de transtornos por uso de álcool. Após a detecção, o profissional poderá realizar intervenções, monitoramento e encaminhamentos, dependendo do local de atendimento em que o indivíduo foi diagnosticado. Com isso, os problemas decorrentes do TUA podem ser minimizados, uma vez que o consumo de bebidas alcoólicas tem sido muito

frequente entre os brasileiros, representando um risco à saúde pública e à economia do país (BASTOS et al., 2017).

As complicações associadas direta ou indiretamente pelo álcool são diversas. Além de problemas para o usuário, que vão desde a intoxicação aguda, perda de emprego e absenteísmo no trabalho, problema nos relacionamentos com o conjugue e a família, abandono dos estudos, maior chance de ser admitido no sistema prisional, sexo desprotegido, adoecimento mental e físico, até mortalidade; também são corriqueiros os problemas para outras pessoas, como acidente de trânsito, situações de violência, roubo, entre outros (BASTOS et al., 2017; WHO, 2011).

2.2.2 Fisiologia do álcool

Para compreender como e por que as bebidas alcoólicas trazem todos os referidos problemas, é necessário entender a fisiologia dessa substância. Ao consumir a bebida, o álcool é absorvido primeiro no sistema gastrointestinal superior, em seguida, é distribuído para os outros sistemas. Sua eliminação é realizada especialmente no fígado, por meio do processo de oxidação, onde se degrada em acetaldeído e, posteriormente, em acetato. Após esse processo, há a degradação em dióxido de carbono e água (DE LA MONTE; KRIL, 2014).

Em nível neuroquímico, o álcool (etanol) estimula as sinapses ácido Gama-Aminobutírico (GABA) (neurotransmissor de inibição no cérebro) e, ao mesmo tempo, impossibilita as sinapses excitatórias com glutamato (neurotransmissor excitatório), resultando em um efeito depressivo nas ações elétricas cerebrais. Com isso, quando o indivíduo consome álcool em grandes quantidades, aumentando o teor alcoólico no sangue, há diminuição gradual na percepção sensorial e cognitiva (WIDMAIER; RAFF; STRANG, 2017). Dessa forma, o sujeito fica exposto a situações de risco, como perda de equilíbrio e coordenação motora, prejuízo na audição, capacidade prejudicada de julgamento de situações, amnésia e estado inconsciente (DE LA MONTE; KRIL, 2014; WIDMAIER; RAFF; STRANG, 2017). Ainda, uma quantidade alta de bebidas alcoólicas

pode resultar em óbito do usuário, em razão da supressão de locais no tronco encefálico encarregados por regular os aparelhos respiratório e circulatório. Além do mais, outras regiões, como caminhos que sinalizam os opióides dopaminérgicos e endógenos, são acometidas pelo álcool, tendo como consequência o aumento momentâneo do ânimo ou do estado eufórico. O fato dessas vias estarem envolvidas nesse processo, representam a base do desenvolvimento da dependência e do transtorno por uso de álcool em alguns usuários (WIDMAIER; RAFF; STRANG, 2017).

O consumo nocivo de álcool está relacionado a problemas cognitivos e neurodegenerações, com comprometimento na aprendizagem e memória do indivíduo. Mesmo com a desintoxicação, as chances de reversão desses comprometimentos são baixas (DE LA MONTE; KRIL, 2014), uma vez que os neurônios e todos os níveis neurais, do cérebro à medula, são objetos de problemas metabólicos e patologias referentes ao álcool (como encefalopatia, mielopatia, entre outros) (DE LA MONTE; KRIL, 2014; SOYKA; RÖSNER, 2021).

Sobre isso, sabe-se que a substância branca é o principal foco de patologias no cérebro (DE LA MONTE; KRIL, 2014). O comprometimento na substância branca modifica com a idade do indivíduo, o tempo de consumo e a quantidade de álcool. Essas neuropatologias associadas ao álcool podem ter uma piora devido a problemas nutricionais, como *déficit* de tiamina, levando a potenciais complicações (DE LA MONTE; KRIL, 2014). O álcool em grandes quantidades pode provocar o encolhimento generalizado do cérebro, afetando não só a substância branca, mas a cinzenta cortical também. Essas alterações podem ser visualizadas em exames de imagem (GONZÁLEZ-REIMERS et al., 2014).

Desse modo, o consumo de bebidas alcoólicas é um grande causador de danos em vários órgãos do corpo, acarretando problemas diretos e indiretos. A gravidade das complicações pode depender de variáveis como a quantidade, o sexo, comorbidades pré-existentes e a hereditariedade (BIRKOVÁ et al., 2021).

O álcool é responsável por diversas patologias, como a hipertensão arterial, problemas oculares, disfunção sexual, doença arterial coronária, diversos tipos de cânceres, problemas respiratórios, úlceras (WIDMAIER; RAFF; STRANG, 2017), cirrose hepática (ROERECKE et al., 2019), alterações hormonais e reprodutivas na

mulher, especificamente na fecundidade (LYTVYNENKO et al., 2021), transtornos mentais e suicídio (ESSER et al., 2020; SANTOS et al., 2019; SILVA JÚNIOR; MONTEIRO, 2020). Pode, ainda, inibir o reflexo da tosse, deixando o indivíduo suscetível a asfixia e pneumonia (WIDMAIER; RAFF; STRANG, 2017).

Além disso, o álcool foi apontado como causa de doença hepática alcoólica, cardiomiopatia alcoólica, síndrome de dependência de álcool, gastrite alcoólica, psicose alcoólica, pancreatite, fibrilação atrial, degeneração do sistema nervoso atribuível ao álcool, varizes esofágicas, síndrome alcoólica fetal, Acidente Vascular Cerebral (AVC), entre outros (ESSER et al., 2020).

O álcool, por alterar a percepção do indivíduo, fazendo com que ele fique mais desinibido, pode facilitar a aceitação de uma relação sexual. Apesar do pensamento do senso comum em afirmar que o álcool intensifica o prazer sexual, essa é uma informação incorreta. Inclusive, o consumo de álcool pode até atrapalhar, sobretudo em alta quantidade, podendo ter efeito no nível de orgasmo e lubrificação vaginal (PALHA; ESTEVES, 2008). Além de inibir a função sexual, mulheres dependentes de álcool podem desenvolver problemas menstruais (irregularidade e amenorreia), dispareunia, hiperprolactinemia e infertilização (PALHA; ESTEVES, 2008). Ainda, a desinibição que o álcool causa, gera maior aceitação nas relações sexuais e sem proteção, podendo favorecer o aumento de gravidezes indesejadas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (PALHA; ESTEVES, 2008).

2.2.3 Níveis de consumo do álcool e suas interfaces

Para melhor entendimento da quantidade de álcool consumido, é necessário calcular o volume (por gramas) de álcool em cada bebida. Para facilitar, a literatura destaca a quantidade do número de doses de bebidas consumidas. Nesse sentido, uma dose de álcool equivale a 12-14g de álcool puro. Esse valor pode ser encontrado em: uma lata de 350 ml de cerveja; 140 ml de vinho; ou 40 ml de bebidas destiladas (NIAAA, 2021, 2022a; SNETSELAAR, 2021) (Figura 1).

Figura 1- Níveis de dose de álcool em diferentes bebidas.



Fonte: Adaptado de National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA (2022).

Considerando um consumo de álcool em nível de baixo risco, para os homens, tem sido estabelecido o consumo de duas doses de álcool por dia; e para as mulheres, a quantidade deve ser menor, sendo apenas uma dose de bebida por dia, ou seja, uma lata. Em ambos os casos, recomenda-se não beber todos os dias, ou pelo menos deve-se ficar dois dias da semana sem consumir bebidas alcoólicas (NIAAA, 2022a; SNETSELAAR, 2021).

Em eventos e confraternizações, ou seja, ocasiões especiais em que as pessoas acabam consumindo uma quantidade maior, homens não devem ultrapassar quatro doses e as mulheres, três doses. Recomenda-se a abstinência para alguns indivíduos nas seguintes condições: gravidez; orientação e contra-indicação por um profissional de saúde; uso de medicação em que há interação com álcool e histórico de dependência alcoólica (NIAAA, 2022a; SNETSELAAR, 2021). É necessário salientar que, mesmo um consumo de baixo risco, ou uso moderado, pode causar prejuízos à saúde do indivíduo (NIAAA, 2022a; SNETSELAAR, 2021).

O consumo de risco (ou em *binge*) é definido quando os homens consomem cinco ou mais doses, e mulheres, quatro ou mais, durante um período de duas horas, pelo menos uma vez a cada 30 dias (NIAAA, 2022a; SNETSELAAR, 2021).

Para estimar os riscos que uma pessoa se expõe ao consumir álcool, é importante avaliar a quantidade e frequência de uso, idade, condições de saúde e o histórico familiar (NIAAA, 2022b). Ao iniciar o consumo é possível notar seus efeitos em aproximadamente dez minutos. Conforme o indivíduo bebe, aumenta a concentração de álcool no sangue, aumentando concomitantemente os problemas e riscos associados, como: prejuízo na fala, na coordenação, na concentração e na memória; confusão; problemas respiratórios; coma; acidentes automobilísticos; agressão; comportamento sexual de risco; homicídio, entre outros (NIAAA, 2022b).

Consumir grandes quantidades de álcool, por um longo período, pode colocar o indivíduo em risco de possuir um Transtorno por Uso de Álcool (TUA) e problemas graves e irreversíveis de saúde (NIAAA, 2022b). A concentração de álcool no sangue pode prosseguir aumentando mesmo quando o indivíduo cessa o seu consumo (ou está inconsciente), pois o álcool presente no estômago e intestino continuam presentes na corrente sanguínea (NIAAA, 2021). Por isso, as recomendações mais atuais consideram que não existe quantidade segura de consumo de álcool, uma vez que o risco de danos à saúde aumenta com cada unidade de álcool consumida (WHO, 2020).

Além dos diversos problemas comumente associados, o álcool prejudica o sistema de defesa do organismo, alterando todas as células da resposta imunológica, tanto inata quanto adaptativa. Apesar disso, pode ocorrer, em alguns casos, a imunossupressão subclínica, que se torna um evento importante somente quando ocorre uma infecção por vírus ou bactéria. Em suas funções, o álcool ativa os sinais de perigo, fazendo com que haja um acionamento de citocinas pró-inflamatórias em diversos órgãos (GONZÁLEZ-REIMERS et al., 2014; SZABO; SAHA, 2015). Nesse sentido, os usuários de álcool estão vulneráveis a infecções e inflamações (SZABO; SAHA, 2015).

O álcool pode afetar, ainda, o sistema pulmonar, aumentando infecções e lesões (ALTHOBAITI et al., 2020; BAILEY; SAMUELSON; WYATT, 2021; LIANG; YELIGAR; BROWN, 2012). Lesões pulmonares relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas estão associadas a mortalidade prematura, problemática que afeta, sobretudo, adultos jovens (LIANG; YELIGAR; BROWN, 2012). Além disso, o consumo nocivo de álcool aumenta as chances de desenvolvimento da síndrome do desconforto respiratório agudo (DOWNS et al., 2013; LIANG; YELIGAR; BROWN, 2012), e há uma relação com o aumento do desenvolvimento de pneumonias (MEHTA; GUIDOT, 2012). Isso

ocorre devido ao aumento de bactérias patógenas na orofaringe; maior prevalência de aspiração, devido a uma redução do nível de consciência e reflexos; e prejuízos no sistema imunológico (GONZÁLEZ-REIMERS et al., 2014; MEHTA; GUIDOT, 2012).

Nesse sentido, a pandemia colocou os indivíduos que fazem uso alcoólico de risco como um grupo vulnerável aos casos graves. O SARS-Cov-2 passa pelo sistema respiratório superior em direção ao sistema respiratório inferior, causando danos pulmonares, por vezes, pneumonia. Nesse momento, as células de defesa do hospedeiro entram em funcionamento, porém, as respostas imunes adaptativas podem não funcionar corretamente, prejudicando a eliminação do vírus, em contraste com o processo inflamatório. As complicações estão voltadas às células endoteliais e epiteliais. Sobre isso, o álcool pode aumentar a capacidade do vírus em todas essas fases. Isso ocorre devido ao fato de o consumo pesado de álcool estar associado a pneumonia por aspiração (MOROJELE et al., 2021).

O pulmão não é reconhecido popularmente como um órgão afetado pelo álcool, como é visto no fígado. Por isso, os profissionais de saúde devem estar atentos e alertar a população sobre os riscos e a um pior prognóstico da COVID-19 em usuários nocivos de álcool (VASUDEVA; PATEL, 2020).

2.2.4 Identificação do consumo de álcool e tratamento farmacológico

É imprescindível que os profissionais de saúde sejam devidamente treinados e reconheçam a importância da detecção precoce do consumo de álcool, para que possam realizar intervenções iniciais, minimizando o risco de potenciais complicações atuais e futuras. Apesar do estigma que envolve o alcoolista, principalmente entre mulheres e, muitas vezes, o despreparo do profissional, é preciso romper essas barreiras. Nesse sentido, questionar, de forma simples, direta, sem uso de jargões e falas preconceituosas, sobre o consumo de bebidas alcoólicas, de forma com que o indivíduo se sinta à vontade para falar, para isso, é importante estabelecer um vínculo inicial entre profissional e usuário (MOURA; OLIVEIRA; PILLON, 2022).

Para que o profissional se sinta mais seguro e faça de forma roteirizada, há alguns instrumentos de rastreio que detectam o uso, nível de gravidade e dependência. Os mais comuns e de fácil aplicação, são: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT),

AUDIT-C, Tolerance, Annoyed, Cut down e Eye-opener (T-ACE) e MAST-G que verifica o consumo apenas de álcool; e o Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST), que verifica o consumo de álcool, cigarro e outras drogas (Quadro 2).

Quadro 2 – Instrumentos para rastreamento do uso de álcool.

Instrumento	Definições e informações dos instrumentos de rastreamento
AUDIT	<p>Trata-se de um teste breve, validado para o Brasil, que identifica problemas relacionados ao uso de álcool. O instrumento é composto por dez itens, com uma pontuação que varia de zero a quatro pontos. As questões abordam a frequência de uso na vida, quantidade, problemas relacionados ao uso de bebidas, desfechos negativos e preocupação com o consumo do usuário. É classificado em quatro zonas: baixo risco (0 a sete pontos), risco (oito a 15 pontos), uso nocivo (16 a 19 pontos), e provável dependência (20 ou mais pontos). Dependendo de cada zona em que o usuário se encontra, torna-se fácil para o profissional de saúde promover uma intervenção (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011a)</p>
AUDIT-C	<p>O instrumento é composto pelas três primeiras questões do AUDIT, e tem por objetivo identificar o padrão do consumo de bebidas alcoólicas. As perguntas contemplam a frequência de consumo, a quantidade de doses, e a constância que consome seis ou mais doses por ocasião. A pontuação varia entre zero e 12 pontos, indicando baixo risco, risco moderado, risco alto e severo (BUSH et al., 1998)</p>
T-ACE	<p>Instrumento para avaliar o consumo de álcool em nível de risco durante o período da gestação. Questionário fácil, prático e de baixo custo, possui apenas quatro questões que avaliam a Tolerância da Usuária ao Consumo de Bebidas Alcoólicas (T-Tolerance), verifica se a mulher se aborrece com críticas feitas a ela (A-Annoyed), avalia se a gestante possui intenção de reduzir ou cessar a bebida (C-Cut Down) e se há o</p>

	<p>sintoma da forte necessidade da usuária de consumir álcool no período matutino, verificando a dependência (E- Eye-opener). O instrumento foi validado e adaptado para o Brasil, mostrando confiabilidade (0,95), especificidade (85%), e sensibilidade (100%) (FABBRI, FURTADO; LAPREGA, 2007)</p>
ASSIST	<p>Trata-se de um instrumento de identificação do uso de álcool, derivados de tabaco, maconha, cocaína/crack, anfetamina, inalante, sedativos, alucinógenos e opiáceos, durante a vida e nos últimos três meses. O instrumento possui oito itens (uma pergunta específica sobre o consumo de droga injetável). A pontuação varia de zero a 20, classificados em baixo risco, consumo nocivo e provável dependência. O ASSIST foi validado e adaptado para o Brasil, apresentando boa confiabilidade, sensibilidade e especificidade (HENRIQUE et al., 2004)</p>
MAST-G	<p>O instrumento avalia o consumo nocivo e a provável dependência de álcool em idosos. É composto por 24 itens, com respostas dicotômicas, em que o item 'sim' equivale a um ponto. Para o score, uma pontuação de cinco ou mais indica um consumo problemático. O MAST-G foi traduzido e adaptado para o Brasil, mostrando boa confiabilidade ($\alpha=0,787$), especificidade e sensibilidade. O instrumento possui fácil aplicação e pode ser usado em unidades de saúde, pois verifica de forma geral o comportamento de consumo de bebidas alcoólicas entre os idosos, oportunizando atendimento mais direcionado e com mais qualidade (KANO, SANTOS, PILLON, 2014)</p>

Fonte: Bush et al. (1998); Fabbri, Furtado e Laprega (2007); Henrique et al. (2004); Kano, Santos e Pillon (2014); Moretti-Pires e Corradi-Webster (2011a).

Os instrumentos de rastreamento são mais aceitos e menos invasivos, em relação a exames biológicos (urina e sangue) que detectam o uso de substâncias. Ademais, os testes objetivos de laboratório podem ser prejudicados devido aos vieses que podem ocorrer. Por exemplo, alguns usuários podem ter problemas hepáticos e se torna difícil saber se é devido ao uso de álcool ou de medicações (KUERBIS et al., 2014).

Posteriormente à identificação do padrão do consumo, deve ser informado ao indivíduo sobre o que o consumo de risco representa para a sua saúde, uma vez que muitos não consideram que o uso está sendo usado de forma prejudicial. É necessário fornecer uma postura sensível e empática para que o usuário não se sinta receoso, tendo em vista as barreiras desses para a busca de tratamento. Além disso, algumas estratégias podem ser utilizadas para nortear os profissionais em uma melhor abordagem.

2.2.5 Intervenções Breves

A proposta do estudo é realizar estratégias que visem reduzir ou cessar o consumo de álcool em um período de isolamento social vivido pela população. Para isso, considera-se aqui um recurso simples e de baixo custo, as denominadas Intervenções Breves (IBs), que são estratégias conduzidas de forma elaborada e estruturada (de forma objetiva, breve e adaptada à linguagem do público atendido), voltada ao incentivo de uma mudança de comportamento de usuários de substâncias (DE MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2014).

As IBs são ações curtas, contemplam de uma a três sessões, com duração que varia entre cinco até 40 minutos, dependendo da forma de abordagem, se será realizada apenas uma educação para álcool, aconselhamento ou uma intervenção breve completa (DE MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2014).

O uso da IB foi descrito pela primeira vez em 1972, no Canadá e EUA, como um recurso para problemas relacionados ao uso de álcool. Naquela época, os pesquisadores envolvidos na terapêutica já notaram um efeito benéfico de uma única sessão de intervenção, inclusive testando e comparando metas de abstinência e consumo controlado

(DE MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2014; MARQUES; FURTADO, 2004; SANCHEZ-CRAIG, 1980; SOBELL; SOBELL, 1973).

Desde o início, em 1972, vários serviços e públicos têm sido testados e adaptados, desde a atenção primária, secundária e terciária (CSAT, 1999). E tem sido realizada por diferentes profissionais, como enfermeiros, médicos, psicólogos, odontólogos, nutricionistas, educadores físicos, entre outros. Como as estratégias são estruturadas, é necessário que o profissional receba um treinamento para aplicação da técnica. Esse treinamento é importante para que se aplique o instrumento de rastreio validado e, a partir dele, realizar o aconselhamento ou educação sobre o álcool/outras drogas, intervenção breve, acompanhamento/monitoramento e, no caso de dependência, encaminhar para um tratamento mais intenso em local apropriado com profissionais que trabalham especificamente com essa demanda (DE MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2014).

O acompanhamento das intervenções também pode ser realizado, se necessário. Essa pode ser importante para monitorar as dificuldades do usuário em manter as metas assumidas e auxiliar na motivação para realizar mudanças significativas. Portanto, os profissionais designados para ofertar as intervenções breves devem ter uma postura empática, acolhedora, encorajadora e livre de julgamentos (CSAT, 1999).

Após essas descobertas, outras pesquisas foram realizadas com esse conjunto de técnicas, sendo experimentada em diferentes contextos e populações, em vários países e com outras substâncias (BRUGUERA et al., 2018; CARR et al., 2008; CHUN-JÁ; DUCK-HEE, 2006; DUROY et al., 2016; HURLING et al., 2007; JO et al., 2019; MILLER et al., 2018; PENGPID et al., 2013; SHILES et al., 2013; SOARES; VARGAS, 2019; TAKAHASHI et al., 2018).

2.2.6 Intervenção breve no Brasil

A IB começou a ser usada no Brasil em 1988, por meio da pesquisadora Jandira Masur (1940-1990), que iniciou os estudos para avaliar a sua efetividade, essa foi a primeira experiência brasileira que utilizou esse tipo de intervenção (FORMIGONI et al., 1992). A pesquisadora liderou um grupo de pesquisas sobre o tema na Escola Paulista de Medicina. Em parceria com os pesquisadores canadenses, Martha Sanchez Craig e Adrian

Wilcoxon, que já trabalhavam com IB. *A priori* a técnica foi direcionada aos usuários nocivos de álcool. Porém, como ainda não existiam muitas opções para usuários com nível de dependência, esses foram alvos para a aplicação do tratamento (FORMIGONI et al., 2018).

Dessa forma, todos os indivíduos com transtornos relacionados ao uso de álcool foram testados utilizando as estratégias das IBs. Os resultados foram promissores, apesar de que a técnica foi fornecida por profissionais especialistas e com grande domínio do tema sobre intervenções e estavam em um local em que o público era relativamente diferente dos usuários das unidades primárias de saúde, como Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) (FORMIGONI et al., 2018).

Destaca-se que, após o ano de 1988, pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que pertenciam à Unidade de Dependência de Drogas, liderado pela professora Formigoni, desenvolveram um projeto, em parceria com a OMS, denominado ASSIST-IB. Esse projeto envolveu pesquisadores de diferentes cidades (Curitiba e Diadema) e países (Inglaterra, Estados Unidos, Tailândia, Zimbábue, Austrália e Índia), para estudar um instrumento de rastreamento do uso de substâncias e auxiliar na utilização das IBs (FORMIGONI et al., 2018).

Paralelamente, um outro projeto foi iniciado, conhecido como AUDIT-IB, com pesquisadores da cidade de Ribeirão Preto e Juiz de Fora, e outros cientistas de outros países (África do Sul e Estados Unidos), com o intuito de fornecer treinamentos para os profissionais que atuavam na atenção básica de saúde (UBS e ESF) para aplicarem o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e posteriormente, realizarem as IBs. Além disso, os pesquisadores avaliaram os conhecimentos que os profissionais possuíam em relação à temática proposta, assim como os dificultadores na implementação (CORRADI-WEBSTER et al., 2005; FORMIGONI et al., 2018; MARQUES; FURTADO, 2004; RONZANI et al., 2007).

O projeto teve início em 2004, na cidade de São Paulo e em Diadema. Algumas UBS e Centro especializados em Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) o projeto foi implantado, por profissionais devidamente treinados, entre 2004 e 2005, 82 profissionais da cidade de São Paulo, e 70 trabalhadores de Diadema. A princípio, os gestores das unidades ficaram empolgados com o êxito do projeto, devido à agilidade e

ao custo acessível. Apesar disso, houve relutância de profissionais, que sentiram que a intervenção seria mais uma das várias funções que eles tinham de desenvolver. Entretanto, aqueles que foram a favor, avaliaram mais de 1.500 usuários e aplicaram as IBs em mais de 100 participantes (FORMIGONI et al., 2018).

Ao mesmo tempo, em Curitiba, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, fizeram reuniões com os dirigentes da saúde mental da cidade, enfatizando a eles a necessidade e importância da implantação do projeto ASSIST-IB na atenção básica. Após o apoio, 34 profissionais da saúde (enfermeiros, psicólogos e médicos), de oito unidades, receberam o treinamento. Esse treinamento foi realizado concomitante com partes teóricas e práticas, com o tempo total de 16 horas. O curso oferecia informações sobre consumo, detecção e efeito de substâncias, assim como a descrição e ensinamento da intervenção breve. Ainda, esses trabalhadores receberam um monitoramento quinzenal, por período de seis meses (FORMIGONI et al., 2018).

Apesar do *feedback* positivo dos profissionais aos pesquisadores, a IB não foi implantada na rotina diária. Muitos informaram a baixa motivação e ausência de tempo, acrescentando que possuíam funções de caráter obrigatório (diferente da implantação da intervenção, que era voluntária), além da rotatividade profissional. Com isso, o projeto sofreu impacto negativo na implementação. (FORMIGONI et al., 2018). Essa é uma das grandes barreiras de implementação de intervenções breves nas unidades de saúde, uma vez que muitos profissionais, inclusive enfermeiros, já se sentem sobrecarregados com a rotina diária de trabalho. Muitos não conseguem relacionar os benefícios em promover a saúde e prevenir o adoecimento causado pelo consumo de substâncias, tanto para o indivíduo como para a família e comunidade. Além de reduzir tempo, dinheiro e trabalho, o profissional se sentirá satisfeito por ter conseguido realizar um trabalho humanizado e preventivo.

2.2.7 Facilitadores e enfrentamentos

As técnicas de intervenção breve têm sido testadas há muitos anos, mostrando efetividade (SEGATTO et al., 2007). Mas é importante que os profissionais recebam treinamentos para a aplicação dessa técnica, que pode se ajustar à cultura e às condições de cada lugar. Como um grande facilitador, as intervenções visam mudar a relação do usuário com seu consumo de substâncias, aumentando as motivações e o

conhecimento. Essas técnicas podem ser facilmente implantadas nos serviços de saúde, são de rápida aplicação e fácil manejo (MARQUES; FURTADO, 2004). Apesar do tempo reduzido, as vantagens são concretas, reduzindo outros problemas associados, direta ou indiretamente pelo álcool, tendo uma economia nos gastos de saúde por problemas preveníveis. Além disso, o fácil dimensionamento de recursos materiais e humanos se sobressaem a quaisquer obstáculos que possam advir.

Estudo realizado no Estado do Amazonas, Brasil, avaliou a implantação de intervenções breves para uso nocivo de álcool com profissionais das UBS. Foi oferecido um treinamento aos trabalhadores da saúde para aplicar o AUDIT e a intervenção breve. Quanto à intenção de implementação, os profissionais indicaram barreiras, como a rotatividade de profissionais, devido, principalmente, ao ano político. Dessa forma, os antigos trabalhadores viam seu trabalho ser descontinuado e os novos profissionais necessitavam de treinamentos. Além disso, falta de tempo e formação insuficiente, a ideia de que a intervenção breve não fazia parte das suas atribuições e a certeza de que os usuários problemáticos de álcool não respondiam de forma benéfica às intervenções, por ser ofertada na unidade primária de saúde (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011b).

Alguns médicos e enfermeiros colocavam dificultadores para a adesão (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011b), assim como o antigo pensamento biomédico, de que o foco deve ser na patologia, intoxicação de álcool e a dependência, e que os psiquiatras devem se responsabilizar. Apesar disso, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se mostraram entusiasmados com os resultados que tiveram, e afirmaram que, após o treinamento, ficou mais fácil reconhecer os usuários (através do instrumento de rastreio), e ofertar intervenção, fornecendo melhor assistência aos usuários (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011b).

Desse modo, nota-se que os dificultadores são as barreiras importantes para a implementação das ações. Pode ser que os médicos e enfermeiros do referido estudo não entenderam os benefícios ou não se sentiram capazes de intervir de forma satisfatória, mesmo que sejam dados pequenos passos em direção à mudança, é uma esperança para modificar o comportamento de risco e prevenir futuras complicações maiores. Por outro lado, aqueles profissionais que entendem a importância da prevenção, do rastreamento e de um cuidado diferenciado, se sentem realizados profissionalmente.

Isto porque as intervenções possuem uma estrutura flexível, podem ser moldadas e planejadas individualmente, de acordo com a necessidade de cada paciente que pode se beneficiar de estratégias mais robustas ou não, com monitoramento ou não. Há pessoas que se sentem à vontade para fazer metas em conjunto com profissionais, outros preferem tentar reduzir, mas sem estabelecer metas (MARQUES; FURTADO, 2004). É importante que essas ações sejam individuais, pensadas, principalmente, no indivíduo como um todo, e não apenas na droga de escolha. Quanto à estrutura, seis elementos fazem parte e conduzem à intervenção breve (MARQUES; FURTADO, 2004) e devem obrigatoriamente estar presentes, denominadas pelo acrônimo FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empaty, Self-efficacy) (Quadro 3).

Quadro 3 – Estrutura de condução das intervenções breves.

Feedback/ retroalimentação	Fornecer o retorno ao indivíduo sobre a pontuação do instrumento de rastreio
Responsability	Ressalta a responsabilidade do participante em modificar seus hábitos
Advice/ aconselhamento	Fornecer informações e orientações ao usuário
Menu	Disponibilizar um menu de opções de tratamento para que o indivíduo possa buscar ajuda, bem como estabelecer possibilidades para que o indivíduo consiga modificar seus hábitos, determinando metas acordadas entre ambos
Empaty/ Empatia	Permanecer com uma postura empática durante toda a entrevista, bem como compreender as demandas do participante
Self-efficacy/ autoeficácia:	Aumentar e reforçar a autoconfiança do indivíduo, utilizando frases motivacionais para o usuário em seu processo de mudança

Fonte: Gonçalves et al. (2011); Moura, Oliveira e Pillon (2022); SAMHSA (2018); Vilar, Duran e Pereira (2013).

Esse arcabouço de técnicas estruturadas é adaptado ao uso de substância do usuário e pelo resultado do instrumento de triagem. O enfoque é auxiliar o indivíduo a realizar uma modificação em seu comportamento de consumo, enfatizando as consequências e comprometimento no uso da substância, através de orientações, focando em efetividade. Além disso, é incentivada a autonomia do usuário em seu processo de escolhas e mudanças (DE MICHELI; FORMIGONI, CARNEIRO, 2014). Já foi comprovado que essas intervenções breves não são menos efetivas que ações mais amplas e intensivas (CSAT, 1999; DE MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2014). Porém, há uma diferença nos custos (intervenção breve possui menos gastos) e que devem ser avaliados (CSAT, 1999; DE MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2014; MARQUES; FURTADO, 2004).

As ações preventivas e seus níveis estão relacionados ao público-alvo. Por exemplo, gestantes (que não bebem no período gestacional), podem ser mais beneficiadas com prevenção primária, onde as ações focalizam evitar que a mulher não tenha contato com a substância nesse período. Ainda, é efetivo para os indivíduos que devem estar abstinentes por alguma condição de saúde. No público usuário de álcool, mas de forma não prejudicial, podem se beneficiar com a prevenção secundária, evitando, assim, que prossiga e evolua para um uso que acarrete problemas físicos, mentais e sociais (DE MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2014).

Na prevenção terciária, o indivíduo já possui um prejuízo relacionado ao consumo de substância, no entanto, as ações focalizam em reduzir danos maiores (DE MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2014). Geralmente, as intervenções são realizadas por meio de metas versáteis, permitindo que o usuário decida o quanto ele consegue reduzir ou cessar o consumo (CSAT, 1999). Aos indivíduos diagnosticados com dependência alcoólica, as intervenções breves podem ser utilizadas para promover mudanças de comportamento em relação ao uso de álcool. Além disso, o profissional pode encaminhar esses usuários a um atendimento especializado, uma vez que haja necessidade de tratamento mais intensivo e prolongado. Além do mais, pode haver uma comorbidade associada à dependência, como patologias psiquiátricas (DE MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2014).

Ressalta-se que as intervenções breves também podem ser realizadas para outros problemas de saúde, não apenas para os problemas relacionados ao uso de substâncias,

como para alimentação saudável e prática de exercício físico, entre outros. Além disso, pode ser utilizada como prevenção de comorbidades, como ações preventivas para redução de risco de contrair HIV para usuários de drogas ilícitas injetáveis (CSAT, 1999).

Desde o projeto de treinamento e intervenções breves no Brasil, diversas barreiras foram avaliadas, como a ausência de tempo desses profissionais, que relataram o excesso de trabalho e funções que devem realizar, vendo a intervenção como uma carga a mais (JUNQUEIRA, SANTOS, 2013; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011b). Por isso, é importante fornecer o treinamento, principalmente durante a graduação de enfermagem (JUNQUEIRA et al., 2015), para que os futuros enfermeiros possam conhecer, entender, identificar, intervir e praticar nos estágios, as práticas aprendidas, e para serem profissionais com um olhar mais humanizado.

A educação em saúde geralmente é ofertada pelos enfermeiros dentro do modelo tradicional, ou seja, realização de grupos e palestras, em que o profissional é o que detém todo conhecimento (usando metodologias tradicionais de ensino) (JUNQUEIRA, SANTOS, 2013). A intervenção breve é um modelo de educação em saúde e educação para o álcool de forma estruturada, porém flexível e adaptável para cada usuário. Sendo assim, com as diversas funções que devem ser exercidas e os baixos salários desmotivam os profissionais. Além disso, há o receio de “incomodar” os usuários da atenção primária com esse tipo de abordagem: rastreamento do consumo de álcool e aplicação de intervenções. Muitos acreditam que os indivíduos ficam aborrecidos ao serem questionados sobre isso e, mais ainda, em passar por uma intervenção breve. Isso se deve, sobretudo, à ausência de qualificação do profissional (SEGATTO et al., 2007), um baixo entendimento sobre o uso de substâncias, uma insegurança ao trabalhar com esse tema.

Além disso, profissionais de saúde não consideram seu local de trabalho (UBS/ESF, hospitais/emergências) como local próprio para esse tipo de função, sendo que isso deve ser assumido por profissionais de centros especializados, como o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-AD). Foi observado que muitos trabalhadores da saúde questionam se as intervenções são realmente eficazes (SEGATTO et al., 2007). Entretanto, de fato, as intervenções breves são mais eficazes a usuários que não têm diagnóstico de dependência de álcool/outras drogas. Por isso, deve ser pensado como um recurso direcionado para os usuários que estão em um risco de consumir de forma nociva, ou que já faziam esse padrão de uso (JUNQUEIRA; SANTOS, 2013;

MARQUES; FURTADO, 2004).

Outra questão importante refere-se aos usuários nocivos de substâncias que apresentam maior dificuldade de adesão ao tratamento, pouca motivação, são mais ambivalentes e não aceitam que possuem problemas com a bebida, entre outros. Por isso, a intervenção breve auxilia na motivação, como um passo precursor para alcançar o êxito nas mudanças de comportamentos em relação ao beber (CSAT, 1999).

Para que o indivíduo se beneficie das intervenções é importante que o profissional identifique a vontade/desejo em realizar mudança em seu comportamento, identificando os estágios de mudança que ele irá percorrer ao longo da intervenção. Esses estágios permitem melhor entendimento de como as pessoas se comportam, se modificam e se movimentam em torno da mudança de um comportamento não saudável. No modelo transteórico (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982), os usuários podem percorrer cinco estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1997).

- Pré-contemplação: engloba os participantes resistentes à mudança. Nessa etapa, os indivíduos não desejam modificar seu consumo de substâncias.
- Contemplação: o indivíduo encontra-se ambivalente em relação à modificação do comportamento. Eles sabem que fazem uso de risco, mas ainda não têm certeza se irão mudar. É comum os usuários permanecerem por muito tempo nessa fase.
- Preparação: nesta etapa, o sujeito já reconhece seu consumo de risco e tem a intenção de mudar, planejando metas para mudanças. Eles estão caminhando para começar a realizar pequenas mudanças.
- Ação: os indivíduos já realizaram uma modificação real no comportamento. Essas mudanças são mais notórias, porém é necessário maior comprometimento.
- Manutenção: nessa etapa, os profissionais se concentram em prevenir as possíveis recaídas. É necessário que haja acompanhamento do sujeito por algum tempo, visando manter os progressos obtidos (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1997).

O processo não é linear, os usuários podem permanecer por muito tempo em um único estágio, assim como pode facilmente progredir ou regredir para os estágios iniciais

(PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1997). É necessário que o profissional de saúde saiba lidar com essas mudanças, não se sentir fracassado ou demonstrar desânimo em relação ao cliente.

Uma outra questão deve ser considerada, para que se obtenha êxito na intervenção. Ao implantar as ações de intervenção breve em determinado local, é imprescindível que haja avaliação da efetividade dessas ações. Não basta implantar e não avaliar se está surgindo efeito benéfico. Sobre isso, a avaliação consta de questionar a satisfação do usuário que participa dessas ações, realizar ligações telefônicas de monitoramento/seguimento, inclusive em longo prazo, para determinar um efeito. Com essas informações, é possível que os profissionais efetivem as intervenções, adaptando-se ao público. Assim sendo, é necessário estabelecer um protocolo na clínica ou sistema de saúde, de forma sistematizada (CSAT, 1999).

A literatura discute a IB na área de álcool e outras drogas, onde os resultados têm mostrado efetividade (CSAT, 1999; MARQUES; FURTADO, 2004). Por ser breve, geralmente é preferível para muitos usuários que não têm interesse em tratamento em longo prazo. Pensando também nas políticas de saúde e na contenção de gastos públicos, a intervenção breve é uma opção viável, acessível, efetiva e fácil de ser implantada nas unidades de saúde e setores de emergência (CSAT, 1999).

Entretanto, por outro lado, existe um conflito entre as palavras “efetividade” e “eficácia”, onde é comumente confundido, ou mesmo identificados como sinônimos, para referir-se a uma mesma condição. Porém, é importante enfatizar o conceito, principalmente quando se procura avaliar uma determinada ação ou intervenção. Nesse sentido, a avaliação de eficácia refere-se a um desfecho desejado ou esperado, em situações ideais, exigindo um rigoroso controle (por exemplo, pesquisas em laboratórios) (BRASIL, 2018; MARINHO; FAÇANHA, 2001).

Já a avaliação de efetividade, refere-se aos desfechos de resultados pretendidos, de forma realista (MARINHO; FAÇANHA, 2001), percorrendo condições possíveis de serem realizadas, em que nem sempre é ideal, mas é viável em situações reais (programas de intervenções junto à comunidade e/ou ações de políticas públicas). Todavia, uma avaliação pode ser eficaz, onde desfechos positivos foram encontrados, mas não efetivos,

pois não se estendeu a condições reais (BRASIL, 2018; MARINHO; FAÇANHA, 2001). Mesmo assim, nem todos os programas que avaliam efetividade podem ser replicados, deve ser analisado o material utilizado e a quantidade de profissionais envolvidos (FLAY, 2005).

Apesar de o estudo ter descrito os efeitos benéficos e a efetividade das intervenções breves, essa estratégia ainda é pouco utilizada na prática profissional. Muitos profissionais da saúde relatam falta de tempo ou preparo para fornecer essas intervenções, apesar de ser breve. Essa situação é ainda pior em indivíduos de risco, como as gestantes, que não devem utilizar nenhuma quantidade de álcool. Apesar disso, poucos enfermeiros questionam o consumo de álcool por essas mulheres, tampouco realizam intervenções (BAÑA et al., 2014).

A realidade é que, de fato, existe uma grande demanda de trabalho e escassez de recursos humanos nas unidades de saúde. Porém, quando se compara os custos-efetividade na realização de intervenções e com efeitos na modificação do consumo nocivo de álcool pela população, esses serão bem menores em comparação com o que se visualiza na prática, uma vez que os problemas de saúde relacionados ao álcool e outras drogas e o tratamento de morbidades associadas possuem alto custo para as esferas do governo (MARQUES; FURTADO, 2004). Dessa forma, o ideal seria pensar nessa dinâmica de dimensionamento, de recursos materiais e humanos, na redução de custos, morbidades e mortalidades.

2.2.8 Importância de intervenções durante a pandemia

Devido a todos os problemas associados direta e indiretamente à atual pandemia, e sobretudo ao aumento do consumo de álcool, estudos descrevem a necessidade de se realizar intervenções (ALTHOBAITI et al., 2020; CZEISLER et al., 2020; JACOB., 2021; MALLETT; DUBERTRET; LE STRAT, 2021; MERLO et al., 2021; MOROJELE et al., 2021; ROBERTS et al., 2021; SCHMIDT et al., 2021; VANDERBRUGGEN et al., 2020) com os indivíduos e a comunidade, visando minimizar os desfechos negativos e reduzir os custos de tratamentos nos sistemas de saúde. Althobaiti et al. (2020) indicaram a importância de se realizar intervenções por meios virtuais e

acompanhamento durante a pandemia. Nesse sentido, é primordial propor estratégias direcionadas e personalizadas para cada indivíduo (MALLETT; DUBERTRET; LE STRAT, 2021), uma vez que a tendência do aumento de álcool pode ser avaliada até anos posteriores à pandemia (MALLETT; DUBERTRET; LE STRAT, 2021).

Os usuários nocivos de álcool são mais suscetíveis a um pior prognóstico da COVID-19 (MALLETT; DUBERTRET; LE STRAT, 2021), é possível que o novo coronavírus permaneça por muitos anos entre a população, por isso é necessário difundir informações preventivas e voltadas às mudanças de comportamentos de risco em relação ao beber (VASUDEVA; PATEL, 2020). No que se refere às ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, principalmente no período pandêmico, em que há tendência de aumento do consumo alcoólico, ofertar intervenções é essencial.

2.2.9 Intervenções Breves – consumo de álcool

Mesmo antes da pandemia, estudos foram realizados com o objetivo de testar o efeito de intervenções breves para redução do consumo alcoólico, comparando com grupo controle (MOURA, 2019; PENGPID et al., 2013). Foram testadas, com uma sessão ou múltiplas, com o grupo controle recebendo apenas um conselho simples sobre álcool, com diversos tipos de públicos (adolescentes, adultos, gestantes, homens, mulheres e idosos) (FRANCA et al., 2013; MOURA, 2019; OLIVEIRA, 2005; SHILES et al., 2013).

Avanços foram observados desde o início da utilização das intervenções breves, formas presenciais e remotas, utilizando conselheiros manuais e automáticos (vídeos já gravados no computador por conselheiros) (FRINGS et al., 2020; JO et al., 2019; MOURA, 2019; PENGPID et al., 2013; SHILES et al., 2013). Porém, a maioria dos estudos (DUROY et al., 2016; PENGPID et al., 2013; WEBB et al., 2010) mostraram efeito positivo da intervenção breve, para os indivíduos que participaram de grupo controle, que se beneficiam de estratégias de educação para o álcool de forma simples e/ou lúdica.

Em ensaio clínico realizado na África do Sul, com 1.419 pessoas, avaliou-se a efetividade de intervenções breves para reduzir o consumo alcoólico, durante um período de seis a 12 meses (o grupo experimental recebeu uma sessão de intervenção breve e o grupo controle recebeu apenas os folhetos explicativos). Os autores verificaram que não houve diferença entre os grupos (controle e experimental), mas sim na redução do padrão

de consumo entre os participantes dos dois grupos. Esses resultados sugerem que tanto as intervenções breves como a educação para o álcool têm suas efetividades na conscientização dos indivíduos (PENGPID et al., 2013).

Em contraponto, um outro ensaio clínico realizado em um hospital, em Londres, testou a efetividade da IB com duração de dez minutos em usuários nocivos de álcool, comparando com o grupo controle, que não recebeu intervenções. Os resultados mostraram que ambos os grupos reduziram o uso após três meses e um ano (SHILES et al., 2013), mostrando a importância de se abordar o tema com os usuários.

Além da abordagem do tema, é necessário motivar o indivíduo, para que se obtenha êxito. Uma pesquisa quase-experimental, realizada no Quênia, avaliou a efetividade de intervenções breves em usuários de álcool, em uma determinada comunidade. Os grupos foram divididos entre aqueles que receberam a intervenção breve e assistiram uma palestra de cunho motivacional; o segundo recebeu apenas uma sessão de intervenção; e o terceiro era apenas para o controle. Os dados mostraram que houve redução do consumo de álcool nos dois grupos que receberam intervenção breve, porém, essa redução foi maior no grupo que recebeu a palestra motivacional (TAKAHASHI et al., 2018). Com isso, nota-se a importância do fator motivacional para que haja mudança concreta.

A própria estratégia de intervenção breve deve abranger a motivação como um dos principais pontos. Com isso, o indivíduo consegue realizar mudanças no consumo. Esse fato foi observado em um ensaio clínico randomizado, realizado em um departamento de emergência em Barcelona, que avaliou os efeitos de um programa de triagem e intervenção breve para redução do consumo alcoólico. Os indivíduos foram alocados em dois grupos, o controle, que recebeu apenas folhetos explicativos sobre a ingestão de álcool, e o grupo experimental, que recebeu além do folheto, uma sessão de intervenção breve. Foi observado que o grupo experimental obteve redução no consumo alcoólico (BRUGUERA et al., 2018).

Outro estudo realizado por meio de um ensaio controlado, realizado em setores de emergência de quatro hospitais em Paris, foram avaliadas a triagem e intervenção breve de álcool realizada por meio de computadores. O grupo experimental recebeu a intervenção para redução de bebidas alcoólicas pelo computador, e o grupo controle recebeu uma intervenção placebo (sobre alimentação), também por essa via eletrônica.

Houve monitoramento e reforço dos resultados através de ligações telefônicas, em 30 e 90 dias. Os autores concluíram que não houve diferenças adicionais nos dois grupos (DUROY et al., 2016).

Em outro estudo, realizado em São Paulo, compararam-se as intervenções breve e uma orientação preventiva para redução do uso de álcool e outras drogas em adolescentes. No grupo que recebeu intervenção, houve redução do consumo de substâncias. Ou seja, a intervenção breve, de apenas uma sessão, foi efetiva (DE MICHELI; FISBERG; FORMIGONI, 2004). Um outro ensaio, realizado também em São Paulo, avaliou a mudança de consumo de álcool antes e após uma intervenção. Apesar de não ter tido diferença entre os consumidores do grupo controle e experimental, houve redução do consumo em ambos os grupos (SILVA; TUCCI, 2015).

As pesquisas revelam que nem sempre as intervenções breves terão efeitos esperados. Pois são influenciadas por diversos fatores, como a forma que foi realizada, o local em que o indivíduo está inserido, o público-alvo e o preparo do profissional, resultando em diferentes respostas. Nesse sentido são necessárias mais pesquisas, em diferentes contextos, para permitir a melhor forma para cada grupo e local, visando redução dos problemas associados ao álcool. Um outro componente importante é considerar a individualidade e a integralidade do sujeito, adaptando a intervenção (porém mantendo a estrutura FRAMES) ao indivíduo para que não se reduza apenas a um nível de consumo de álcool, mas que englobe o seu contexto de vida, quando realiza a intervenção.

2.2.10 Intervenções Breves realizada de forma remota

Geralmente, em estudos que visam avaliar a efetividade de ações preventivas por meio das intervenções breves, a maioria tem sido realizada de forma presencial, com auxílio de materiais e com a utilização de recursos de apoio, como cartilhas, *folders* e vídeos educativos sobre álcool e/ou outras substâncias (FERREIRA et al., 2016; HADDAD et al., 2013; MOURA, 2019; SAWICKI et al., 2018). Porém, a adaptação de novas tecnologias tem sido utilizada como um recurso importante nas intervenções via computador e telefone (CSAT, 1999).

Recentemente as pesquisas que utilizaram a via remota tem se intensificado principalmente, no período de isolamento, onde houve a necessidade de restrições e isolamento social. Anteriormente, as intervenções em saúde realizadas por meio de recursos *on-line* (computador) já mostravam resultados exitosos (CARR et al., 2008; CHUN-JÁ; DUCK-HEE, 2006; HURLING et al., 2007).

Um ensaio clínico randomizado, realizado totalmente *on-line* na Coreia (antes da pandemia da COVID-19), mostrou a efetividade de intervenções breves sobre o consumo de álcool. Os participantes foram randomizados em dois grupos, sendo que o experimental recebeu uma avaliação sobre a forma de consumo de álcool (AUDIT-C) e aplicação de *feedback* normativo personalizado. O grupo controle, recebeu apenas a avaliação de consumo. Foram aplicadas duas sessões em um período de 30 dias. Posteriormente, os resultados foram monitorados durante 28 dias, mostrando redução de uso do grupo experimental em comparação ao grupo controle (JO et al., 2019).

Um ensaio realizado antes da pandemia, no Reino Unido, onde os participantes receberam intervenções breves de forma *on-line* ou presencial (conduzidos da mesma forma) para uso nocivo de álcool, mostrou que a intervenção de forma *on-line* (Skype) foi mais efetiva no aumento da qualidade de vida e redução do uso de álcool (dias de consumo) (FRINGS et al., 2020). Um outro estudo realizado na Coreia do Sul, que objetivou reduzir o consumo nocivo de álcool em universitários, utilizou um grupo controle e um grupo experimental (baseado na Web), identificou-se que esse último apresentou resultados significativos (redução de 11,7%) na pontuação do instrumento de rastreio (AUDIT) (JONGSERL et al., 2022).

Com o aumento progressivo do acesso à internet e telefone móvel, em conjunto com as inovações tecnológicas e o uso desses recursos para aconselhamento em saúde pode ser uma boa opção para o período de isolamento.

Em uma revisão sistemática avaliaram-se as estratégias utilizadas nas intervenções de mudança de comportamento em saúde, considerando-se eficaz as intervenções fundamentadas pela internet, quando associada com multitécnicas, interação com os indivíduos, mensagens, uso de telefone móvel e videoconferência (WEBB et al., 2010). Uma outra revisão de literatura, que investigou os tipos e os resultados de intervenções dadas por internet para redução do consumo de bebidas alcoólicas, concluiu

que aquelas que obtiveram os melhores efeitos foram as intervenções que realizam *feedback* posterior à avaliação do consumo, dado por instrumentos de rastreamento, apresentando melhora no uso em um período de até 90 dias após a intervenção (BEDENDO; ANDRADE; NOTO, 2018). Bhochhibhoya et al. (2015) consideram a internet como um meio eficiente para ofertar uma abordagem breve de intervenção, podendo reduzir o consumo nocivo de bebidas alcoólicas.

Dessa forma, realizar o rastreamento do consumo de álcool em jovens e adultos e aplicar intervenções, sobretudo, durante a quarentena, pode ser considerada uma ferramenta excelente (KANER et al., 2018; PELES et al., 2014). Atualmente, a literatura traz diferentes formas de condução desse rastreamento (telefônico, por visita domiciliar, nas unidades de saúde, vídeos educativos, entre outros) (CAMPOS et al., 2018; MAZONI et al., 2006; REBELO, 2011; TURNBULL; OSBORN, 2012). Porém, como o foco é aplicar as intervenções durante o período de quarentena, esse deve ser dado virtualmente. Até o momento, não foi encontrado nenhum estudo que avaliou e monitorou intervenções breves para reduzir o consumo de álcool durante o período de isolamento na pandemia da COVID-19, provavelmente por ser uma condição recente.

É imprescindível que seja verificado e rastreado o consumo de bebidas alcoólicas durante e após a pandemia, para que ações concretas possam ser iniciadas rapidamente, visando minimizar os problemas adjacentes. Para que isso ocorra da melhor maneira, é necessário realizar intervenções voltadas à oferta de informações para a população sobre formas e manejos de transpassar essa etapa de estresse e incerteza, sem realizar o uso nocivo de álcool, como uma medida de enfrentamento. Além do mais, unidades de saúde devem se organizar para um possível acréscimo na demanda de pessoas com transtorno por uso de álcool e outras drogas. Destaca-se que a atual conjuntura clama por intervenções preventivas eficazes para a redução dos problemas relacionados ao alcoolismo (RAMALHO, 2020).

2.3 Justificativa

Apesar de algumas evidências estabelecerem um grupo de risco específico para a COVID-19 (idosos, gestantes, tabagistas e os indivíduos com doenças crônicas), pessoas

mais jovens e fora do grupo de risco também apresentam um índice aumentado de morbidade e mortalidade (MINUSSI et al., 2020), o que tem sido relacionado a fatores de enfraquecimento da imunidade, uma vez que o sistema imunológico tem relação direta com o sistema nervoso central, fatores hormonais, psicológicos e uso de álcool. Entretanto, o isolamento social pode estar influenciando negativamente nesse sistema (MINUSSI et al., 2020).

Soma-se a isso, a afirmação que o adoecimento mental está relacionado ao uso de bebidas alcoólicas que, por sua vez, também reduz o desempenho do sistema imunológico (WHO, 2020). Ainda, o consumo nocivo de álcool pode desencadear casos graves de COVID-19. Dessa forma, avaliar a viabilidade e efetividade de intervenções breves *on-line* para redução do uso de álcool entre jovens e adultos, durante o isolamento, bem como compreender, é imprescindível para reduzir os danos causados direta e indiretamente pela pandemia.

Somado às incertezas dessa pandemia, em termos de progressão e como isso afetará a todos a médio e longo prazo, os indivíduos precisam ter sua saúde física e mental preservada, uma vez que a expansão, com tendência a agravamento em vários países, tem progredido diariamente, e com ele o estresse, medo, ansiedade, uso de substâncias e ideação suicida (KILLGORE et al., 2020).

Reforça-se aqui a importância de investimentos inovadores em ações preventivas e de promoção de saúde que são essenciais nesse período, tendo em vista o alarmante desfecho na saúde mental da população, inclusive com ênfase na redução do uso de álcool como forma de enfrentamento. Nesse sentido, o uso de tecnologias de baixa complexidade e alta efetividade, como as IBs para redução do consumo alcoólico, por meio de videochamada e acompanhamento, é fundamental para obter com êxito a redução de danos associados.

Nessa perspectiva, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: “o comportamento de uso do álcool pode sofrer mudanças em função da aplicação de IBs realizadas de forma *on-line* em jovens e adultos durante uma pandemia?”.

2.3.1 Hipóteses

Frente à questão explicitada, a hipótese levantada no presente estudo é de que as intervenções baseadas em internet podem interferir no comportamento do consumo de álcool.

Hipótese 0 = a IB por videochamada produz efeito na redução do consumo de álcool.

Hipótese 1 = a IB por videochamada não produz efeito na redução do consumo de álcool.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais

- Avaliar os efeitos da intervenção breve *on-line* para a redução do uso de álcool entre jovens e adultos durante a pandemia da COVID-19;
- Compreender as motivações do consumo de bebidas alcoólicas durante a pandemia.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar padrão do uso de álcool entre jovens adultos durante o isolamento social;
- Identificar o uso de substâncias psicoativas entre jovens adultos durante a pandemia;
- Avaliar as associações entre comportamentos durante a pandemia e o consumo de substâncias psicoativas;
- Verificar os estágios de prontidão para a mudança de comportamento dos indivíduos;
- Verificar as mudanças no padrão de consumo de álcool em quatro momentos ao longo da pandemia.

4. MÉTODO

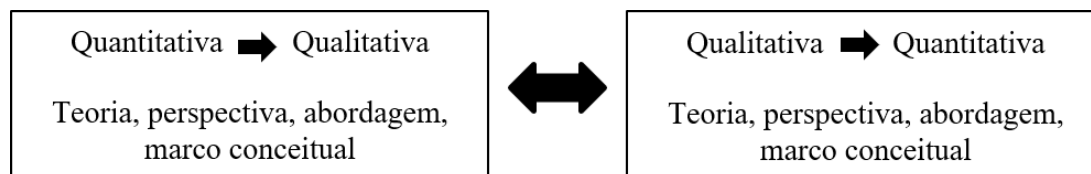
4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo de método misto, que se caracteriza por uma junção de métodos sistemáticos, empíricos e críticos de estudo, que abrange a coleta de informações e as análises, quantitativa e a qualitativa, reunindo os achados, discutindo de forma conjunta, visando realizar uma inferência de todos os achados.

No modelo de método misto foi utilizada a abordagem transformativa sequencial, que se caracteriza por duas fases distintas de coleta de informações, uma após a outra (quantitativa e qualitativa ou qualitativa e quantitativa) (CRESWELL, 2010) (Figura 2).

O objetivo dessa abordagem é aprofundar a perspectiva teórica do estudo, uma vez que ao utilizar fases distintas, sendo possível ampliar a visão de perspectivas dos participantes sobre um determinado fenômeno, ou seja, ter uma análise mais ampla e aprofundada sobre o tema, com uma melhor investigação e aproveitamento dos achados (CRESWELL, 2010; SAMPIERI; COLLADO; BAPTISTA, 2013). Dessa forma, facilita a compreensão e descrição dos achados (CRESWELL, 2010).

Figura 2 – Esquema do método misto do tipo transformador sequencial.



Fonte: Sampieri, Collado e Baptista (2013).

Salienta-se que, no presente estudo, o método quantitativo é o principal, e os dados qualitativos foram acrescentados visando aprofundar conhecimentos sobre o fenômeno estudado (consumo de álcool) (SAMPIERI; COLLADO; BAPTISTA, 2013).

Esse tipo de estudo envolve coleta de dados tanto quantitativos, quanto qualitativos, possibilitando um maior enriquecimento dos resultados, devido às diferenças perspectivas de seus métodos, que, em conjunto, se complementam. Os métodos mistos avançaram ao longo dos últimos anos e são muito utilizados devido às crises atuais serem de tão profunda complexidade, que um só tipo de método (quantitativo ou qualitativo)

não seria suficiente para explicar um determinado fenômeno (SAMPIERI; COLLADO; BAPTISTA, 2013).

Na etapa do estudo do quantitativo, a proposta constituiu-se de um ensaio clínico não randomizado, com dois braços, visando avaliar a efetividade de intervenções no pré e pós-teste. O ensaio clínico segue pelas diretrizes propostas pela diretriz internacional do *Consolidated Standards of Reporting Trials* CONSORT (SCHULZ; ALTMAN; MOHER, 2010) (Figura 3).

Para a etapa qualitativa, uma análise de narrativas de explanação dos participantes sobre a relação do consumo de álcool e a pandemia da COVID-19 foi realizada. Nessa análise, foi possível obter um maior entendimento sobre os motivos e as perspectivas dos entrevistados.

4.2 Local

Foi elaborado um questionário on-line, por meio do Google Forms. Posteriormente, foi enviado e amplamente divulgado nas principais redes sociais (Facebook, Instagram e WhatsApp, principalmente de grupos de estudantes universitários e pós-graduandos).

4.3 Amostra

A amostra foi extraída de uma população de usuários de redes sociais de forma aleatória. No total, 589 pessoas preencheram por completo o questionário. Devido ao tipo de estudo, não foi possível realizar um cálculo amostral.

4.3.1 Critérios de Exclusão e Inclusão

- Critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; ambos os sexos e aceitarem participar das etapas da pesquisa;

A escolha da faixa etária dos participantes ocorreu em função dos adultos jovens terem mais acesso às redes sociais e meios eletrônicos, serem mais atraídos por intervenções realizadas por videochamada, podendo também se sentir mais seguro em relação ao sigilo, em comparação com o público mais velho (FRINGS et al., 2020).

- Critérios de exclusão: mulheres grávidas, indivíduos com dificuldade de

acesso à rede de internet ou telefone móvel, questionários com informações incompletos, e participantes do estudo piloto.

As gestantes foram excluídas, devido a possível omissão do consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez (BAÑA et al, 2014; MOURA, 2019).

4.4 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (Parecer nº. 4.190.603) (ANEXO A), e pelo Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (RBR-5398927), disponível em: <https://ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-5398927> (ANEXO B).

No início da coleta de dados, foi disponibilizado, na primeira página do formulário eletrônico, todas as informações sobre as justificativas, objetivos e procedimentos envolvidos na pesquisa, antes do início do preenchimento dos questionários, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Apesar de ser uma pesquisa realizada totalmente *on-line*, o estudo seguiu todos os aspectos éticos propostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos. Os participantes manifestaram sua anuência por meio do TCLE disponibilizado eletronicamente.

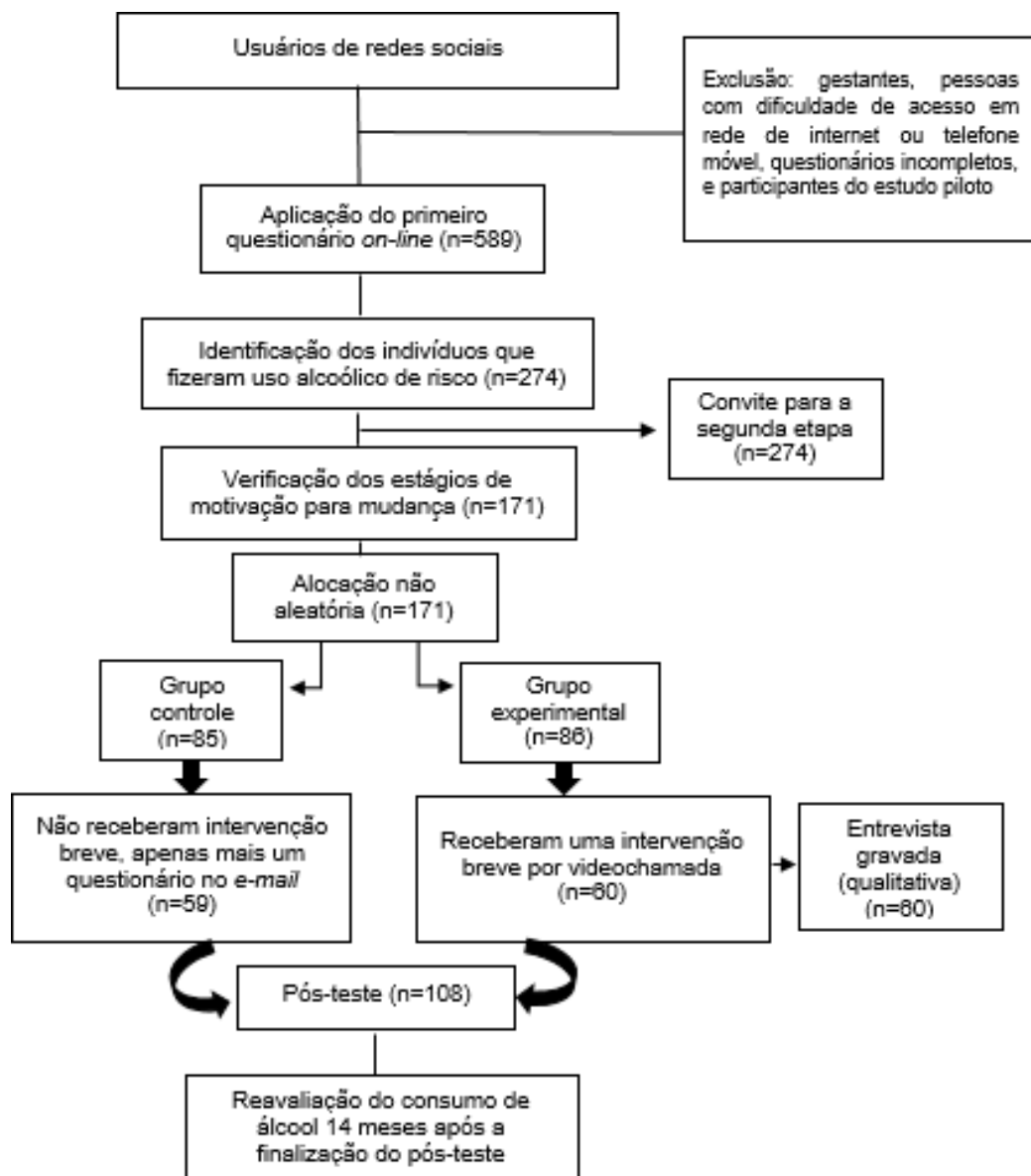
Em virtude de o delineamento metodológico envolver diferentes fases de coletas de dados, foi necessário realizar um controle dos participantes do estudo, de todos os grupos. Por esse motivo, os participantes foram identificados por meio de um número, as letras iniciais de seu nome completo e o e-mail pessoal cadastrado. Após a finalização do pós-teste, foi oferecido aos participantes do grupo controle as mesmas intervenções realizadas no grupo experimental, como procedimento ético. Essa informação foi dada ao final do preenchimento do pós-teste do grupo controle no *Google Forms*, como mensagem de confirmação, após o envio das respostas, da seguinte maneira: “Sua resposta foi registrada. Muito obrigada pela participação na pesquisa! Informo que, caso você queira receber a mesma intervenção breve que o grupo experimental recebeu, por favor, informe à pesquisadora por e-mail”. Nenhum participante do grupo controle solicitou intervenção.

4.5 Procedimentos

O estudo foi conduzido em seis etapas: (1) Recrutamento dos participantes a partir do rastreamento do uso de álcool e classificado com risco e nocivo de álcool (AUDIT C); (2) avaliação dos níveis de motivação para mudança de comportamento dos usuários de álcool (SOCRATES 8A); (3) Condução do Ensaio Clínico Não Randomizado; (4) Realização e avaliação das intervenções breves e monitoramento (pré e pós-teste); (5) entrevistas qualitativas; e (6) reavaliação do consumo de álcool após 14 meses (Figura 3).

(1) Recrutamento a partir da identificação do uso e classificação do uso de risco e nocivo de álcool: O procedimento de recrutamento, bem como o convite para integrar o estudo foi efetuado via *on-line*, através das mídias sociais. Esse processo foi adotado devido a impossibilidade de contato presencial durante a pandemia da COVID-19. Nesse sentido, foi disponibilizado um link de acesso para o formulário. Os participantes, então, tiveram acesso ao título do estudo, objetivo, justificativas e o TCLE. O participante teve a opção de aceitar ou não, mediante declaração do TCLE (sim ou não). Após aceite, a plataforma direcionou o link do formulário contendo os instrumentos ao participante.

Figura 3 –Fluxograma das etapas do estudo. Brasil, com adaptação do CONSORT. 2020.



Fonte: Adaptado de Schulz, Altman e Moher (2010).

(2) Verificação dos níveis motivacionais para mudança de comportamento em relação ao uso de álcool: Após a primeira etapa de rastreamento, com 589 pessoas, foram analisados os dados dos participantes. Aqueles que foram pontuaram 4 ou mais (mulheres) e 5 ou mais (homens) no AUDIT (n=274), receberam um *e-mail* com um novo formulário digital, com o objetivo de avaliar a motivação para a mudança de comportamento (pré-intervenção). Nesta etapa, apenas 171 pessoas responderam ao questionário. Houve três tentativas consecutivas de contato com os participantes.

(3) **Condução do Ensaio Clínico Não Randomizado:** Após o segundo contato por e-mail com os participantes elegíveis, aqueles que responderam o formulário sobre os níveis de motivação (171), foram alocados, de forma não aleatória, em dois diferentes grupos (grupo controle (CG) e grupo experimental (GE)). O enfoque foi avaliar os efeitos na variável dependente (consumo de álcool), a partir da manipulação da variável independente (intervenção). A alocação ocorreu por meio dos números de identificação que a pesquisadora definiu para os participantes selecionados.

A escolha de não randomizar os participantes ocorreu em função da diferença na pontuação do AUDIT-C (4-mulheres/ 5-homens a 12 pontos no AUDIT-C), em que um grupo poderia ter pessoas com um consumo maior de álcool (por exemplo, 10, 11 ou 12 pontos), e no outro, não (por exemplo, 4, 5 e 6 pontos). Dessa forma, haveria viés nos resultados do pós-teste. Portanto, para tornar os grupos mais similar possível, a nível de padrão de consumo, foi realizada uma seleção exata para a alocação nos grupos, com a mesma quantidade de pessoas que pontuaram muito próxima no instrumento.

Todos os grupos foram submetidos a uma avaliação pré e pós-teste. Na condução do estudo, dividiu-se da seguinte forma:

- (i) o GC não recebeu intervenção breve;
- (ii) o GE recebeu uma sessão de intervenção breve por videochamada. Os dois grupos foram avaliados pós-teste após 90 dias.

(4) **Realização e avaliação das IBs:** Após a alocação nos grupos, a pesquisadora entrou em contato com os participantes do grupo experimental, a fim de realizar o feedback e as demais etapas da IB.

Intervenção – A intervenção foi realizada por meio da aplicação de IB, método voltado à mudança de comportamento de usuários nocivos de álcool e/ou outras drogas. A condução dessa intervenção foi pautada em dois manuais. O primeiro, organizado pelo Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção social e Acompanhamento (SUPERA), no módulo quatro (FORMIGONI, 2014). O qual categoriza os passo-a-passo de uma IB composta por seis princípios (discutidos na seção de revisão de literatura). O protocolo foi seguido rigorosamente por meio de vídeo chamada por WhatsApp ou *Google Meet* (dois participantes solicitaram que a IB fosse realizada utilizando o *Google Meet*).

O segundo manual refere-se ao protocolo de telepsicoterapia cognitivo-comportamental breve, realizado pelo projeto TelePSI, uma iniciativa do Ministério da

Saúde, representado por várias técnicas que são aplicadas durante videochamadas, especificamente voltadas e adaptadas à pandemia do novo coronavírus (BRASIL, 2020). Esse protocolo também segue os princípios da IB. Vale esclarecer que, de acordo com diretrizes internacionais, as IBs podem ser aplicadas entre adultos de forma universal (ou seja, independentemente do fato das pessoas serem usuárias frequentes ou não de substâncias). A IB teve o tempo determinado entre 10 e 40 minutos (dependendo da interação com entre pesquisadora e participante).

No primeiro momento, antes da intervenção, a pesquisadora entrou em contato com o participante pelo WhatsApp, com o envio de mensagem de texto, composto por:

- (i) cumprimento inicial e reapresentação, lembrando o participante sobre a pesquisa;
- (ii) consentimento em participar da terceira etapa (intervenção);
- (iii) tempo de duração estimada da videochamada;
- (iv) conteúdo temático a ser abordado;
- (v) benefícios em participar da pesquisa;
- (vi) explicações sobre as questões éticas e sigilo durante a videochamada, enfatizando que a pesquisadora estava sozinha em uma sala reservada e que em nenhum momento haveria gravação de tela;
- (vii) tranquilização em relação à confidencialidade; e
- (viii) verificação de disponibilidade (dia/hora) para que ocorresse a chamada.

Posterior à concordância e informação sobre dia e horário, respeitando a disponibilidade do participante, a pesquisadora anotou em uma ficha de agendamento de videochamada. Durante a videochamada foi solicitada ao participante uma autorização para gravar apenas o áudio da entrevista. Mediante o consentimento, iniciou-se a áudio-gravação em um computador portátil, por meio do aplicativo Gravador de voz do Microsoft Corporation (versão 10.2101.28.0).

Em seguida, novamente foi aplicado o AUDIT-C que avalia o consumo de álcool nos últimos três meses, e realizado o feedback para o indivíduo sobre seu uso, sua classificação no instrumento de triagem e o significado da pontuação. Posteriormente, seguindo as etapas da intervenção, foi realizada orientações sobre o consumo de álcool, avaliado os problemas prévios relacionados ao uso de bebida, o uso prejudicial e se o indivíduo gostaria de realizar mudanças em sua forma de consumo, sempre enfatizando a responsabilidade dele no processo de mudança.

Após o aceite, foi elaborado um plano de metas, fornecido um menu de estratégias para redução ou cessação do consumo, opções de alternativas para novos hábitos ou atividades, por meio das informações que o participante relatou sobre o seu uso de álcool, explicando os motivos, os sentimentos que permeiam e motivaram o uso, assim como pessoas próximas ou familiares usuários de álcool. O plano de metas foi estabelecido em conjunto, entre pesquisador e participante, sempre respeitando a autonomia do participante e o quanto ele almejava e conseguiria mudar. Por fim, a pesquisadora reforçou a confiança do indivíduo em relação à mudança, motivando os com frases positivas, como, “eu acredito que você irá conseguir reduzir o consumo de álcool”, “você pode”,

(5) Pós-teste: Após 90 dias, a pesquisadora realizou mais um contato com os participantes, dos dois grupos. Nesse momento, foi realizado o pós-teste para avaliar as mudanças no comportamento do consumo nos últimos três meses. O formulário digitalizado foi enviado por e-mail e WhatsApp.

O questionário utilizado no pós-teste continha informações sobre o padrão de consumo de álcool nos últimos três meses (AUDIT-C), informações sobre redução ou aumento do consumo, bem como os motivos para o seu consumo. E para o grupo experimental, além destas questões foram acrescentados itens sobre aceitação e satisfação com a Intervenção Breve.

(6) Reavaliação do consumo de álcool: Após 14 meses, os participantes responderam novamente os questionários da primeira fase, visando a verificação do consumo de álcool e se a intervenção foi efetiva a longo prazo.

4.6 Dados qualitativos

Antes e durante a intervenção breve, alguns pontos sobre o consumo de álcool e a relação com a pandemia foram questionados. Essas narrativas foram audiogravadas, mas não filmadas, para manter a confidencialidade. Posteriormente, realizou-se a transcrição das falas, na íntegra.

4.7 Instrumentos de pesquisa

O formulário aplicado no pré-teste foi constituído por: (i) formulário de informações sociodemográficas, saúde, bem-estar e sobre os comportamentos durante a pandemia; (ii) Teste de Identificação dos Problemas relacionados ao Uso de Álcool - Consumo (AUDIT-C); e (iii) Teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST):

- **Formulário de informações sociodemográficas, saúde, bem-estar e sobre os comportamentos durante a pandemia:** idade, situação econômica, trabalho, hábitos de vida, consumo de drogas pelo cônjuge, avaliação da violência, suporte social, preocupações com a pandemia da COVID-19, diagnóstico da patologia, confirmação da COVID-19 em pessoas próximas, perda de emprego devido a quarentena (APÊNDICE B);
- **Teste de Identificação dos Problemas relacionados ao Uso de Álcool - Consumo (AUDIT-C)** - Trata-se de uma versão resumida do AUDIT, todavia contém apenas três itens que avaliam o padrão de consumo de bebidas alcoólicas (frequência, quantidade e padrão *binge*). Cada questão possui respostas com cinco alternativas (0 a 4 pontos). A somatória dos três itens corresponde a um total de 12 pontos, indicando provável dependência. Uma pontuação maior ou igual a quatro (para mulheres) e cinco (para homens), representa um consumo de risco e deve ser analisada para a realização de intervenções (BUSH et al., 1998; BRADLEY et al., 2007; CARNEIRO et al., 2017) (ANEXO C). Um estudo brasileiro, avaliou que a primeira pergunta do AUDIT-C, apresentou ótima concordância ($\kappa_p = 0,82$; IC95%: 0,73-0,91) e as questões (dois e três) apresentaram uma boa concordância (MATTARA et al., 2010). O AUDIT tem sido muito utilizado, em diversos países, com o uso dos três primeiros itens padronizados (AUDIT-C) (HIGGINS-BIDDLE; BABOR, 2018). Estudo brasileiro (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011a) mostrou que as três primeiras questões (AUDIT-C), apresentaram valores de consistência interna considerada como ótima (ICC maior que 0,95), isto é, possui um alto nível de confiabilidade nas medidas de variância dos itens. Um estudo de revisão mostrou que o AUDIT-C foi mais eficiente para identificar os usuários com uso problemáticos, quando comparados ao AUDIT completo, (MENESES-GAYA et al., 2009), esse motivo justifica a sua utilização no presente estudo. A variável

utilizada para as comparações foi a de álcool em *binge* (beber compulsivo/excessivo), isto é, quatro ou mais doses para mulheres ou cinco ou mais doses para homens, em uma única ocasião, durante duas horas. Nessa quantidade, é possível que a concentração de álcool no sangue chegue a 0,08% ou mais. O NIAAA estabelece esses valores devido ao nível de risco que essas quantidades podem expor aos bebedores. Dessa forma, todas as comparações de uso de álcool em *binge* seguiram esse padrão (NIAAA, 2022a).

- **Teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST):** contém oito itens sobre o uso de nove classes de substâncias (álcool, derivados de tabaco, maconha, cocaína/crack, inalantes, sedativos, opiáceos, alucinógenos, estimulantes), avalia o uso na vida e nos últimos três meses anteriores à triagem. Os itens do ASSIST avaliam os hábitos de consumo (incluindo uso injetável), preocupações de pessoas próximas com o usuário, frequência de uso e prejuízos devido a droga de escolha. As questões possuem pontuações em suas variáveis de zero a quatro, podendo-se somar a 20 pontos no total, a depender da resposta dos indivíduos. Nesse sentido, considera-se um uso ocasional um resultado de zero a três, uso abusivo/nocivo de quatro a 15 pontos, e a provável dependência institui-se a soma maior igual a 16 pontos. O ASSIST foi validado para o uso no Brasil, apresentando boa confiabilidade (alfa de Cronbach 0,80 para bebidas alcoólicas, 0,79 para maconha e 0,81 para cocaína/crack), assim como boa sensibilidade (com valores de 84% a 91%), especificidade (entre 79% a 98%) e consistência interna (0,80 para álcool e tabaco, 0,79 para maconha e 0,81 para cocaína/crack) (HENRIQUE et al., 2004). No presente estudo, os itens relativos ao uso na vida, frequência de uso nos últimos três meses e forte desejo de consumir a substância de escolha, também nos últimos 90 dias, foram utilizados, e apenas quatro tipos de substâncias (ANEXO D). As três questões e os itens seguiram o mesmo modelo da versão original do ASSIST, tendo o objetivo apenas de rastrear, e não classificar em níveis (baixo risco/uso de risco/nocivo/provável dependência), da seguinte forma:
 - 1) Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (Somente uso não-médico): as opções foram: derivados de tabaco, maconha, cocaína e/ou crack e sedativos (HENRIQUE et al., 2004).
 - 2) Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou cigarros? As

opções foram: nunca; 1 ou 2 vezes; mensalmente; semanalmente; e diariamente ou quase todo dia). A mesma pergunta, mas com as outras substâncias (maconha, cocaína/crack e sedativos) foram também questionadas (HENRIQUE et al., 2004).

- 3) Nos três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir cigarros? (As opções também foram: nunca; 1 ou 2 vezes; mensalmente; semanalmente; e diariamente ou quase todo dia). O mesmo questionamento, mas com as outras drogas (maconha, cocaína/crack e sedativos) também foram rastreadas (HENRIQUE et al., 2004).

Na segunda etapa do estudo um e-mail foi enviado aos participantes classificados com um consumo nocivo de álcool, utilizando os seguintes questionários: reavaliação do AUDIT-C; e (vi) Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES 8A):

Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES 8A) (MILLER; TONIGAN, 1996): Trata-se de uma escala composta por 19 itens que mensuram as motivações do indivíduo em modificar seu padrão de consumo de álcool. As respostas são do tipo *likert scale*, cada item tem uma pontuação que varia de um (Discordo fortemente) a cinco (concordo plenamente). A pontuação é calculada seguindo um critério diferente de outros instrumentos.

Para a subescala de **Reconhecimento**, que contém sete questões (1,3,7,10,12,15 e 17) somadas e pontuadas, com valores que podem variar de 7 a 35.

Para a subescala de **Ambivalência**, as pontuações das questões 2, 6, 11 e 16 foram calculadas, e sua variação é de 4 a 20 pontos.

A etapa “**Dando passos**” tem sua classificação através da soma das questões 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18 e 19, e os valores vão de 8 a 40 pontos. Cada etapa tem uma classificação por valores, podendo ser muito baixo, baixo, médio, alto ou muito alto (Quadro 4). A escala foi desenvolvida originalmente com foco nos estágios de prontidão em relação às mudanças do comportamento de uso de substâncias. Uma nova versão, com 32 itens, foi planejada, contemplando quatro subescalas com oito itens, relacionados à Pré-contemplação, contemplação, determinação e ação. Notou-se, então, inconsistências em algumas subescalas, quando relacionadas aos itens. Novamente, a escala foi reavaliada e excluído um item foi eliminado, perfazendo um total de 19 itens (MILLER; TONIGAN, 1996). Ainda

as etapas foram reajustadas de quatro para três, denominadas de: Reconhecimento, que combinou itens das etapas de Pré-contemplação e Determinação; Ambivalência, que foi contemplada com os itens da Contemplação. E por fim, o item “Dando passos”, que englobou todos os itens originais das subescalas Ação e Manutenção. A análise de correlação das versões do SOCRATES com 39 e 19 itens, foram fortes e positivas $r= 0,88$ para a subescala de Ambivalência, $r=0,96$ para Reconhecimento e $r=0,94$ para a o fator 3, “Dar passos”.

Desse modo, a versão breve da escala SOCRATES pode ser aceitável e utilizada em contextos não clínicos. Apesar de não abranger todas as etapas da prontidão para a mudança, a escala fornece, de modo mais direcionado, o Reconhecimento ou não do usuário em seu consumo alcoólico de risco, a Ambivalência, ou seja, a incerteza se está fazendo um consumo de nocivo, e ainda, avalia os indivíduos que já estão realizando ações para a mudança (MILLER; TONIGAN, 1996).

Um estudo brasileiro (FIGLIE; DUNN; LARANJEIRA, 2004) investigou a confiabilidade e a estrutura fatorial de uma versão da escala SOCRATES com 19 itens, mostrou que o instrumento possui bons índices de confiabilidade, os valores das correlações foram maiores que 0,51 (no Reconhecimento), e de 0,50 (nos itens de Ambivalência), e acima de 0,30 para o item três (Dando passos) (ANEXO E).

Quadro 4 – Pontuação das três subescalas do SOCRATES 8A.

PONTUAÇÃO PADRÃO	RECONHECIMENTO (Somar as questões 1,3,7,10,12,15 e 17)	AMBIVALÊNCIA (Somar as questões 2,6,11 e 16)	DANDO PASSOS (Somar as questões 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18 e 19)
Resultados da soma dos itens específicos de cada subescala			
90 muito alto		19-20	39-40
80		18 pontos	37-38 pontos
70 altos	35 pontos	17 pontos	36 pontos
60	34 pontos	16 pontos	34-35 pontos
50 médio	32-33 pontos	15 pontos	33 pontos
40	31 pontos	14 pontos	31-32 pontos
30 baixo	29-30 pontos	12-13 pontos	30 pontos
20	27-28 pontos	9-11 pontos	26-29 pontos
10 muito baixo	7-26 pontos	4-8 pontos	8 - 25 pontos
Folha de Pontuação	REC=	AMB=	DPS=

Fonte: Adaptado de Center for Substance Abuse Treatment – CSAT (1999).

A interpretação dos resultados é realizada da seguinte forma (SAMSHA, 1999a):

- **Reconhecimento:** (a) Pontuações altas: os indivíduos reconhecem que estão fazendo uso alcoólico de risco, e expressam um desejo de realizar mudanças no comportamento de consumo. (b) Pontuações baixas, ao contrário, os usuários negam que o seu consumo esteja sendo prejudicial ou de alto risco, não aceitam os rótulos de usuário nocivo de álcool, e tão pouco desejam realizar mudanças no comportamento.
- **Ambivalência:** (a) Pontuações altas: os usuários às vezes se questionam se consomem álcool de forma problemática ou não, refletindo em incerteza. Com uma pontuação alta, é possível que o usuário esteja mais aberto a refletir sobre seu consumo. (b) Pontuações baixas: nota-se que os indivíduos não se questionam sobre o seu consumo de álcool, se estão bebendo muito, ou se isso pode ser prejudicial. É importante salientar que, um indivíduo pode pontuar baixa em ambivalência porque simplesmente tem conhecimento que sua bebida está causando problema, ou que não acreditam que a bebida esteja causando problema. Dessa forma, para uma análise mais fidedigna a, deve-se verificar a pontuação na subescala de reconhecimento.
- **“Dar passos”:** (a) Pontuações altas: os indivíduos já se conscientizaram e estão modificando seu consumo, de forma positiva. Apesar de estarem fazendo modificações nos hábitos de beber, pode ser que ainda necessitem de auxílio para perseverar nas metas. (b) Pontuações baixas: os entrevistados que não fizeram, ou

não estão fazendo qualquer mudança em seu comportamento de consumo de álcool.

Na terceira etapa do estudo, para ambos os grupos, o AUDIT-C foi aplicado novamente (para o GE durante a IB por videochamada - para o GC por meio do Google Forms) avaliada a relação do consumo durante o período da pandemia e os motivos para o consumo.

Na quarta etapa do estudo, ou seja, no pós-teste, após três meses, o AUDIT-C foi reaplicado, bem como um questionário adaptado sobre aceitação e satisfação com a Intervenção Breve (TORRES et al., 2020):

- **Satisfação com a intervenção:** As questões foram adaptadas para este estudo, seguindo os propósitos de Torres et al. (2020), que adaptaram e elaboraram um instrumento para avaliar a aceitação e satisfação dos participantes com as intervenções breves fornecidas. Dessa forma, a satisfação foi avaliada pelo seu conteúdo, abrangendo oito questões, que avaliaram o quanto a intervenção foi útil, assim como a relevância, precisão, oferta de novos conhecimentos, duração da sessão e o uso de telefone celular como meio de intervenção. Para isso, as opções de resposta em cada item variaram de 0 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). A avaliação da intervenção breve ocorreu entre aqueles que pontuaram 3 ou 4 em cada questão, ou seja, aqueles que concordaram ou concordaram totalmente com cada questão.

Após 14 meses, os participantes foram contatados novamente e responderam o AUDIT-C.

4.8 Análises dos dados

Os dados quantitativos coletados foram armazenados na plataforma do *Google Forms* e, posteriormente, exportados para o Excel e, como recurso para viabilizar as análises. Posteriormente, foram analisados no *Statistical Package on Social Science* versão 20 para Windows (Chicago, Illinois, EUA). No primeiro momento, uma análise estatística descritiva foi realizada para conhecer melhor as características da amostra.

Posteriormente, a distribuição de normalidade dos dados foi calculada através dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro Wilk. Para a comparação dos dois grupos, utilizou-se o teste de Wilcoxon. Além disso, foram empregados testes para verificar a associação entre variáveis qualitativas e quantitativas, com descrição dos dois grupos para avaliação de uma mesma variável em momentos distintos.

Foram realizados testes não-paramétricos (qui-quadrado de Pearson) considerando o nível de significância estabelecido para a margem de erros estatísticos nas análises de 0,05 para todos os testes. Todos os intervalos de confiança construídos ao longo da pesquisa foram calculados com 95% de confiabilidade.

As entrevistas foram audiogravadas, transcritas na íntegra e avaliadas por meio de análise temática (BARDIN, 2011), considerando as seguintes etapas:

- **Pré-análise:** após a transcrição das falas na íntegra, atribuiu-se um número para cada entrevistado. Posteriormente, iniciou-se a organização dos resultados, por meio de uma leitura flutuante, focada em conhecer o *corpus* mais profundamente, assim como sistematizar as ideias iniciais, verificando repetição de palavras, frases e conteúdo, logo após, foi separado as partes mais completas de informações, conduzindo uma estrutura para a análise propriamente dita. A escolha das frases teve o intuito de responder ao objetivo.
- **Exploração do material:** após a conclusão da pré-análise, iniciou-se a tomada de decisão sobre os temas específicos (categorização), de forma sistematizada e organizada. Posteriormente, foram incluídas as frases nas perguntas que foram estruturadas durante a entrevista. Além disso, os vícios de linguagem foram retirados, deixando o texto mais limpo. Esse procedimento foi realizado manualmente.
- **Tratamento e interpretação dos resultados:** após organizar os dados sistemáticos para propor inferências e interpretações fidedignas, o texto bruto (todas as falas) foi codificado em temáticas para responder o objetivo e a hipótese do estudo. Então, foi definido os eixos temáticos, que melhor respondiam ao objetivo e agrupados os textos das entrevistas, com os números pré-estabelecidos, preservando o anonimato dos sujeitos. Nesse sentido, foi realizado o recorte e escolha do excerto das falas numeradas, classificadas e categorizadas.

Através de uma leitura exaustiva dos excertos das falas dos participantes, duas categorias foram geradas. Os participantes foram identificados com números,

mostrando, ainda, a pontuação que tiveram no AUDIT-C, assim como a classificação do nível de risco do consumo alcoólico.

4.9 Considerações éticas

O preenchimento do formulário não apresentou riscos potenciais. Pode haver um risco subjetivo, uma vez que as questões podem desencadear lembranças desagradáveis. Ainda, é possível ter ocorrido uma pequena exaustão, devido a quantidade de itens no formulário. O participante foi informado que, se alguma dessas possibilidades ocorresse, ele poderia interromper o preenchimento. A pesquisadora se dispôs a fornecer acolhimento caso ocorresse alguma intercorrência inesperada. Em todas as etapas, não houve qualquer demanda negativa, ou seja, não ocorreu nenhum risco potencial aos participantes.

Os participantes receberam benefício direto e a oportunidade de receber orientações, intervenções, aconselhamentos e acompanhamento individual sobre seu padrão de consumo de álcool e repercussões em sua saúde, principalmente durante o período de uma pandemia viral, por uma especialista da área. Este trabalho pôde contribuir, ainda, de forma indireta, na ampliação do conhecimento sobre os benefícios de intervenções breves entre jovens e adultos e seus desfechos na saúde durante um evento traumático.

5. RESULTADOS

Com o objetivo de avaliar a efetividade de intervenções breves *on-line* para redução do padrão de consumo de álcool durante a pandemia da COVID-19 e compreender as motivações desse consumo, este estudo foi conduzido em duas etapas. A primeira refere-se a um estudo quantitativo, do tipo ensaio clínico não randomizado. A segunda ao estudo com análise qualitativa. Nesta seção, os achados enfocam, sobretudo, a análise quantitativa dos dados, a relação as informações sociodemográficas, o uso de álcool e outras drogas, a relação do uso no período da pandemia, aplicação de IBs, avaliação de pré e pós-teste, avaliação das intervenções pelos participantes, e por fim, a evolução do uso de álcool ao longo de 22 meses (agosto de 2020 a junho de 2022). Primeiramente, apresentaremos os resultados quantitativos e posteriormente os resultados qualitativos, visando compreender as motivações do consumo de bebidas alcoólicas durante a pandemia.

5.1 Análise quantitativa

5.1.1 Caracterização dos participantes e a relação com o uso de álcool e outras drogas

Na primeira etapa, participaram do estudo 589 pessoas, de diferentes regiões e classes sociais/econômicas (Tabela 1). Um pouco mais que a metade dos participantes era proveniente da região Sudeste do Brasil 340 (57,7%), caracterizados por 417 (70,8%) mulheres, 378 (64,2%) declarada cor de pele/raça branca, 358 (60,8%) jovens (18 e 29 anos), 310 (52,6%) pós-graduandos, 404 (68,6) professavam uma religião, sendo 193 (32,8%) da religião Católica e 334 (56,7%) possuíam uma renda familiar de três ou mais salários mínimos.

Quanto ao consumo de substâncias nos últimos três meses, 461 (78,3%) consumiram qualquer quantidade de bebidas alcoólicas, 187 (31,7%) consumiram álcool no padrão *binge*, 102 (17,3%) derivados de tabaco, 86 (14,6%) maconha, 16 (2,7%) cocaína/crack e 122 (20,7%) sedativos/hipnóticos.

Na análise bivariada, nota-se o consumo de álcool no padrão *binge*, nos últimos três meses foi maior entre os participantes da região sudeste (40,9%), do sexo masculino

(43,6%), que se declararam de raça/cor de pele preta (35,4%), jovens (18 a 29 anos) (34,6%), com baixo nível de escolaridade 14 (36,8%), os que não professavam uma religião (33,5%) e de baixa renda familiar (um a dois SM) (34,9%), com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

Sobre o uso de tabaco e seus derivados, nos três últimos meses houve predominância entre os que residiam na região sudeste (21,5%), do sexo masculino (23,8%), declarados brancos (19,3%), jovens (17,4%), com baixo nível de escolaridade (21,1%), que não professavam uma religião (25,9%), e de baixa renda familiar (23,8%), com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

Quanto ao uso recreacional de maconha, observa-se o uso entre os participantes estrangeiros (20,0%), do sexo masculino (18,0%), declarados brancos (17,2%), jovens (18 e 29 anos) (16,6%), com ensino superior (18,3%), pessoas não professavam uma religião (21,1%) e possuíam uma renda familiar inferior a um salário mínimo (23,8%), com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

Da amostra, 16 (2,7%) usaram cocaína/crack nos três meses. A maioria da proveniente da região nordeste do Brasil (3,3%), homens (5,2%), Raça branca (3,2%), jovens (18 a 29 anos) (5,6%), possuía ensino superior (3,7%), sem vinculação religiosa (4,3%), de famílias com renda de um a dois SM (3,7%), com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

Sobre o consumo de sedativos (calmantes, hipnóticos), a maioria era proveniente da região sudeste do Brasil (23,8%), mulheres (23,3%), raça não branca (24,6%), jovens (18 e 29 anos) (21,6%), com baixo nível de escolaridade (26,3%), sem religião (22,2%) e pertenciam a famílias de baixa renda (23,8%) com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Informações sociodemográficas e o consumo de álcool e outras substâncias nos últimos três meses. Brasil. 2020. (N= 589)

Variável		Tipo de substâncias utilizadas nos últimos três meses [N (%)]										
		TOTAL	ÁLCOOL EM BINGE		TABACO		MACONHA		COCAÍNA/CRACK		SEDATIVOS	
			SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Região†	Norte	16 (2,7)	5 (31,2)	11 (68,8)	2 (12,5)	14 (87,5)	-	16 (100,0)	-	16 (100,0)	2 (12,5)	14 (87,5)
	Nordeste	90 (15,3)	28 (31,1)	62 (68,9)	8 (8,9)	82 (91,1)	9 (10,0)	81 (90,0)	3 (3,3)	87 (96,7)	18 (20,0)	72 (80,0)
	Centro-Oeste	66 (11,2)	27 (40,9)	39 (59,1)	11 (16,7)	55 (83,3)	5 (7,6)	61 (92,4)	2 (3,0)	64 (97,0)	9 (13,6)	57 (86,4)
	Sudeste	340 (57,7)	107 (31,5)	233 (68,5)	73 (21,5)**	267 (78,5)	65 (19,1)	275 (80,9)	10 (2,9)	330 (97,1)	81 (23,8)	259 (76,2)
	Sul	72 (12,2)	20 (27,8)	52 (72,2)	8 (11,1)	64 (88,9)	6 (8,3)	66 (91,7)	1 (1,4)	71 (98,6)	12 (16,7)	60 (83,3)
	Estrangeiro	5 (0,8)	-	5 (100)	-	5 (100)	1 (20,0)*	4 (80,0)	-	5 (100,0)	-	5 (100,0)
Sexo‡	Feminino	417 (70,8)	112 (26,9)	305 (73,1)	61 (14,6)	356 (85,4)	5 (13,2)	362 (86,8)	7 (1,7)	410 (98,3)	97 (23,3)**	320 (76,7)
	Masculino	172 (29,2)	75 (43,6)*	97 (56,4)	41 (23,8)**	131 (76,2)	31 (18,0)	141 (82,0)	9 (5,2)**	163 (94,8)	25 (14,5)	147 (85,5)
Raça/Cor da pele‡	Branca	378 (64,2)	118 (31,2)	260 (68,8)	73 (19,3)	305 (80,7)	65 (17,2)**	313 (82,8)	12 (3,2)	366 (96,8)	78 (20,6)	300 (79,4)
	Parda	146 (24,8)	46 (31,5)	100 (68,5)	18 (12,3)	128 (87,7)	18 (12,3)	128 (87,7)	4 (2,7)	142 (97,3)	28 (19,2)	118 (80,8)
	Preta	65 (11,0)	23 (35,4)	42 (64,6)	11 (16,9)	54 (83,1)	3 (4,6)	62 (95,4)	0 (0)	65 (100,0)	16 (24,6)	49 (75,4)
Faixa etária (anos) ‡	18 - 29	358 (60,8)	123 (34,6)	233 (65,4)	62 (17,4)	294 (82,6)	59 (16,6)**	297 (83,4)	10 (2,8)	346 (97,2)	77 (21,6)	279 (78,4)
	30 - 39	176 (29,9)	47 (26,7)	129 (73,3)	30 (17,0)	146 (83,0)	25 (14,2)	151 (85,8)	5 (2,8)	171 (97,2)	32 (18,2)	144 (81,8)
	≥ 40	55 (9,3)	16 (29,1)	39 (70,9)	9 (16,4)	46 (83,6)	2 (3,6)	53 (96,4)	1 (1,8)	54 (98,2)	11 (20,0)	44 (80,0)
	Até o Ensino Médio	38 (6,4)	14 (36,8)	24 (63,2)	8 (21,1)	30 (78,9)	6 (15,8)	32 (84,2)	1 (2,6)	37 (97,4)	10 (26,3)	28 (73,7)
	Ensino Superior	241 (40,9)	86 (35,7)	155 (64,3)	49 (20,3)	192 (79,7)	44 (18,3)	197 (81,7)	9 (3,7)	232 (96,3)	51 (21,2)	190 (78,8)
	Pós-graduação	310 (52,6)	87 (28,1)	223 (71,9)	45 (14,5)	265 (85,5)	36 (11,6)	274 (88,4)	6 (1,9)	304 (98,1)	61 (19,7)	249 (80,3)
Possui religião‡	Sim	404 (68,6)	125 (30,9)	279 (69,1)	54 (13,4)	350 (86,6)	47 (11,6)	357 (88,4)	8 (2,0)	396 (98,0)	81 (20,0)	323 (80,0)
	Não	185 (31,4)	62 (33,5)	123 (66,5)	48 (25,9)*	137 (74,1)	39 (21,1)**	146 (78,9)	8 (4,3)	177 (95,7)	41 (22,2)	144 (77,8)
Renda familiar (SM*)‡	≤ 1SM	21 (3,6)	7 (33,3)	14 (66,7)	5 (23,8)	16 (76,2)	5 (23,8)	16 (76,2)	0 (0)	21 (100,0)	5 (23,8)	16 (76,2)
	1 a 3 SM	218 (37,0)	76 (34,9)	142 (65,1)	35 (16,1)	183 (83,9)	30 (13,8)	188 (86,2)	8 (3,7)	210 (96,3)	45 (20,6)	173 (79,4)
	≥ 3 SM	334 (56,7)	96 (28,7)	238 (71,3)	59 (17,7)	275 (82,3)	48 (14,4)	286 (85,6)	7 (2,1)	327 (97,9)	66 (19,8)	268 (80,2)
	Não informou	16 (2,7)	8 (50,0)	8 (50,0)	3 (18,8)	13 (81,2)	3 (18,8)	13 (81,2)	1 (6,2)	15 (93,8)	6 (37,5)	10 (62,5)

Fonte: os autores. Notas: †Teste de Qui-Quadrado de Pearson. Valor de $p < 0,001^*$; $p < 0,05^{**}$. SM = Salário Mínimo R\$ 1.045

Na tabela 2, nota-se a associação entre o uso de substâncias e os estilos de vida dos participantes. O consumo de álcool no padrão *binge*, foi predominante entre os aqueles que moravam sozinhos (47,0%), que não residiam na mesma cidade que a família (35,0%), estavam passando por problemas familiares (33,3%) e os que não possuíam dificuldades financeiras (32,5%), além daqueles que afirmaram que tinham perdido algum ente importante nos últimos três meses (35,0%) e indivíduos solteiros (45,3%).

Ainda na tabela 2, nota-se maiores índices de consumo de tabaco entre aqueles que moravam com amigos (38,9%), viviam em uma cidade diferente da família (21,2%), não estavam passando por problemas familiares (17,4%) ou financeiros (18,1%), participantes que declararam que perderam um ente importante nos últimos meses (17,5%), e entre os solteiros (19,2%), com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

As maiores porcentagens de uso de maconha foram entre os que residiam com os amigos (36,1%), que não residiam na mesma cidade que a família (18,3%), pessoas que estavam passando por problemas familiares (17,1%), os que não estavam com dificuldades financeiras (15,5%), que não estavam em luto por alguém importante nos últimos meses (14,9%), e os solteiros (16,2%), com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

Os participantes que usaram cocaína/crack, moravam com amigos (8,3%), não residiam na mesma cidade que a família (5,0%), pessoas que não estavam passando por dificuldades financeiras (2,8%), os que não estavam em luto (2,8%), possuíam um relacionamento conjugal considerado tranquilo (3,1%), com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

O uso de medicamento sedativo foi maior entre aqueles que moravam sozinhos (24,1%), residiam na mesma cidade que a família (20,9%), tinham problemas familiares (27,0%) e financeiros (26,8%), estiveram de luto (25,0%) e relacionamento conjugal conflituoso (30,4%), com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

Tabela 2 – Aspectos econômicos, familiares e o consumo de álcool e outras substâncias nos últimos três meses. Brasil. 2020. (N= 589)

		Tipo de substâncias utilizadas nos últimos três meses [N (%)]										
		ÁLCOOL EM BINGE			TABACO		MACONHA		COCAÍNA		SEDATIVOS	
		TOTAL	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Com quem reside ‡	Sozinho	83 (14,1)	39 (47,0)	44 (53,0)	19 (22,9)	64 (77,1)	14 (16,9)	69 (83,1)	3 (3,6)	80 (96,4)	20 (24,1)	63 (75,9)
	Pais ou responsáveis	217 (36,8)	61 (28,1)	156 (71,9)	29 (13,4)	188 (86,6)	23 (10,6)	194 (89,4)	2 (0,9)	215 (99,1)	48 (22,1)	169 (77,9)
	Amigos	36 (6,1)	14 (38,9)**	22 (61,1)	14 (38,9)**	22 (61,1)	13 (36,1)**	23 (63,9)	3 (8,3)	33 (91,7)	8 (22,2)	28 (77,8)
	Companheiro	200 (34,0)	58 (29,0)	142 (71,0)	32 (16,0)	168 (84,0)	27 (13,5)	173 (86,5)	7 (3,5)	193 (96,5)	35 (17,5)	165 (82,5)
	Outros	53 (9,0)	15 (28,3)	38 (71,7)	8 (15,1)	45 (84,9)	9 (17,0)	44 (83,0)	1 (1,9)	52 (98,1)	11 (20,8)	42 (79,2)
Reside em cidade diferente da sua família	Sim	240 (40,7)	84 (35,0)	156 (65,0)	51 (21,2)**	189 (78,8)	44 (18,3)**	196 (81,7)	12 (5,0)**	228 (95,0)	49 (20,4)	191 (79,6)
	Não	349 (59,3)	103 (29,5)	246 (70,5)	51 (14,6)	298 (85,4)	42 (12,0)	307 (88,0)	4 (1,1)	345 (98,9)	73 (20,9)	276 (79,1)
Problemas familiares	Sim	222 (37,77)	74 (33,3)	148 (66,7)	38 (17,1)	184 (82,9)	38 (17,1)	184 (82,9)	6 (2,7)	216 (97,3)	60 (27,0)**	162 (73,0)
	Não	367 (62,3)	113 (30,8)	254 (69,2)	64 (17,4)	303 (82,6)	48 (13,1)	319 (86,9)	10 (2,7)	357 (97,3)	62 (16,9)	305 (83,1)
Dificuldades financeiras	Sim	164(27,8)	49 (29,9)	115 (70,1)	25 (15,2)	139 (84,8)	20 (12,2)	144 (87,8)	4 (2,4)	160 (97,6)	44 (26,8)**	120 (73,2)
	Não	425 (72,27)	138 (32,5)	287 (67,5)	77 (18,1)	348 (81,9)	66 (15,5)	359 (84,5)	12 (2,8)	413 (97,2)	78 (18,4)	347 (81,6)
Morte de alguém importante	Sim	80 (13,6)	28 (35,0)	52 (65,0)	14 (17,5)	66 (82,5)	10 (12,5)	70 (87,5)	2 (2,5)	78 (97,5)	20 (25,0)	60 (75,0)
	Não	509 (86,4)	159 (31,2)	350 (68,8)	88 (17,3)	421 (82,7)	76 (14,9)	433 (85,1)	14 (2,8)	495 (97,2)	102 (20,0)	407 (80,0)
Relacionamento com o cônjuge	Solteiro	266 (45,2)	94 (35,3)	172 (64,7)	51 (19,2)	215 (80,8)	43 (16,2)	223 (83,8)	6 (2,3)	260 (97,7)	54 (20,3)	212 (79,7)
	Tranquilo	254 (43,1)	70 (27,6)	184 (72,4)	41 (16,1)	213 (83,9)	36 (14,2)	218 (85,8)	8 (3,1)	246 (96,9)	47 (18,5)	207 (81,5)
	Misto/Conflituoso	69 (11,7)	23(33,3)	46 (66,7)	10 (14,5)	59 (85,5)	7 (10,1)	62 (89,9)	2 (2,9)	67 (97,1)	21 (30,4%)	48 (69,6)

Fonte: os autores. Notas: ‡Teste de Qui-Quadrado de Pearson. Valor de p<0,001*; p<0,05**.

5.1.2 Comportamentos durante a pandemia da COVID-19 e o consumo de álcool e outras drogas

A tabela 3 apresenta os dados sobre os comportamentos durante a pandemia e o consumo de substâncias entre os participantes. O uso de álcool no padrão *binge* foi predominante entre aqueles que tiveram diagnóstico positivo de COVID-19 (61,9%), tiveram algum familiar ou pessoa próxima contaminado com coronavírus e os que consumiram álcool durante o isolamento (35,6%), bem como aqueles que trabalharam na assistência direta aos pacientes com COVID-19 (38,2%).

As maiores porcentagens de consumo de álcool em *binge* foram entre os participantes que perderam o emprego durante a pandemia (45,8%), e os que estavam preocupados com a pandemia (31,9%).

O uso de tabaco foi maior entre as pessoas que tiveram COVID-19 (33,3%), que tinham alguma pessoa próxima acometida pela COVID-19 (17,8%), trabalhadores da linha de frente da assistência (20,0%), aqueles que perderam o emprego durante a pandemia (25,4%) e os que não estavam preocupados com a pandemia (27,0%).

Ainda na tabela 3, o uso de maconha foi maior naqueles indivíduos que não tiveram COVID-19 (15,0%), que tiveram algum familiar ou pessoa próxima acometido pela COVID-19 (15,8%), indivíduos que trabalhavam na linha de frente da assistência (16,4%), que perderam o emprego na pandemia (20,3%), e aqueles que não estavam preocupados com a pandemia (27,0%).

O consumo de cocaína/crack predominou entre os participantes que já foram infectados com o novo coronavírus (9,5%), que não tiveram uma pessoa próximainfectada com COVID-9 (3,0%), trabalhadores da linha de frente do cuidado (3,6%), entre os desempregados (4,8%) e aqueles que não estavam preocupados com a pandemia (5,4%).

Na tabela 3 nota a associação do uso de sedativos e os comportamentos durante a pandemia. Os maiores índices entre os usuários de hipnóticos foram: ter COVID-19 (28,6%), ter algum familiar ou pessoa próxima com COVID-19 (21,6%), profissionais da linha de frente na assistência (29,1%), participantes que perderam o emprego na pandemia (23,7%) e os que não estavam preocupados com a situação pandêmica (21,6%).

Tabela 3 – Comportamentos durante a pandemia da COVID-19 e consumo de álcool em *binge* e outras drogas, nos últimos três meses. Brasil, 2020. (N= 589)

		Tipo de substâncias utilizadas nos últimos três meses [N (%)]										
		TOTAL	ÁLCOOL EM <i>BINGE</i>		TABACO		MACONHA		COCAÍNA		SEDATIVOS	
			SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Diagnóstico de COVID-19	Sim (confirmado por teste)	21 (3,6)	13 (61,9)*	8 (38,1)	8 (33,3)*	14 (66,7)	1 (4,8%)	20 (95,2)	2 (9,5)	19 (90,5)	6 (28,6)	15 (71,4)
	Não/não sei	568 (96,4)	174 (30,6)	394 (69,4)	95 (16,7)	473 (83,3)	85 (15,0)	483 (85,0)	14 (2,5)	554 (97,5)	116 (20,4)	452 (79,6)
Algum familiar ou pessoa próxima a você teve COVID-19	Sim	292 (49,6)	104 (35,6)*	188 (64,4)	49 (16,8)	243 (83,2)	46 (15,8)	246 (84,2)	7 (2,4)	285 (97,6)	63 (21,6)	229 (78,4)
	Não	297 (50,4)	83 (27,9)	214 (72,1)	53 (17,8)	244 (82,2)	40 (13,5)	257 (86,5)	9 (3,0)	288 (97,0)	59 (19,9)	238 (80,1)
Trabalha na linha de frente na assistência à pessoas com COVID-19	Sim	55 (9,3)	21 (38,2)	34 (61,8)	11 (20,0)	44 (80,0)	9 (16,4)	46 (83,6)	2 (3,6)	53 (96,4)	16 (29,1)	39 (70,9)
	Não	534 (90,7)	166 (31,1)	368 (68,9)	91 (17,0)	433 (83,0)	77 (14,4)	457 (85,6)	14 (2,6)	520 (97,4)	106 (19,9)	428 (80,1)
Perdeu o emprego durante a pandemia	Sim	59 (10,0)	27 (45,8)*	32 (54,2)	15 (25,4)	44 (74,6)	12 (20,3)	47 (79,7)	1 (1,7)	58 (98,3)	14 (23,7)	45 (76,3)
	Não	385 (65,4)	118 (30,6)	267 (69,4)	64 (16,6)	321 (83,4)	49 (12,7)	336 (87,3)	8 (2,1)	377 (97,9)	79 (20,5)	306 (79,5)
	Não trabalhava	145 (24,6)	42 (29,0)	103 (71,0)	23 (15,9)	122 (84,1)	25 (17,2)	120 (82,8)	7 (4,8)	138 (95,2)	29 (20,0)	116 (80,0)
Esteve preocupado com a pandemia	Sim	552 (93,7)	176 (31,9)	376 (68,1)	92 (16,7)	460 (83,3)	80 (14,5)	472 (85,5)	14 (2,5)	538 (97,5)	114 (20,7)	438 (79,3)
	Não	37 (6,3)	11 (29,7)	26 (70,3)	10 (27,0)	27 (73,0)	6 (16,2)	31 (83,8)	2 (5,4)	35 (94,6)	8 (21,6)	29 (78,4)

Fonte: os autores. Notas: †Teste de Qui-Quadrado de Pearson. Valor de $p < 0,001$ *; $p < 0,05$ **.

Na tabela 4, o uso recreativo de maconha foi maior entre as pessoas que não usavam calmantes (27,0%), sofreram violência (17,2%), que moravam com pessoas que consumiam (18,1%), que aumentaram o uso de álcool (23,3%) e tabaco (62,2%) durante a pandemia e aqueles que usaram o álcool para aliviar tensões e ansiedade (21,7%).

Quanto ao uso de cocaína/crack, as maiores porcentagens foram observadas entre os participantes que usavam sedativos sem prescrição médica durante o isolamento (4,0%), os que sofreram violência na pandemia (5,2%), àqueles que aumentaram o uso de bebidas alcoólicas (7,0%), participantes que aumentaram o uso de cigarros (24,3%), e pessoas que usaram algum tipo de bebida alcoólica para aliviar a tensão, estresse ou ansiedade (4,2%).

Ainda na tabela 4 pode ser observada maiores associações do consumo de medicamentos sedativos entre os respondentes que sofreram violência na quarentena (39,7%), indivíduos que aumentaram o consumo de bebidas alcoólicas (24,4%), cigarro (40,5%) e drogas (37,5%) na pandemia, e aqueles que consumiram álcool para aliviar a tensão, ansiedade e estresse (23,4%) durante o isolamento.

Tabela 4 – Aumento do uso de substâncias, violência no período da pandemia

		Tipo de substâncias utilizadas nos últimos três meses [N (%)]										
		ÁLCOOL EM BINGE			TABACO		MACONHA		COCAÍNA		SEDATIVOS	
		TOTAL	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sofreu violência na quarentena	Sim	58 (9,8)	22 (37,9)	36 (62,1)	12 (20,7)	46 (79,3)	10 (17,2)	48 (82,8)	3 (5,2)	55 (94,8)	23 (39,7)**	35 (60,3)
	Não	531 (90,2)	165 (31,1)	366 (68,9)	90 (16,9)	441 (83,1)	76 (14,3)	455 (85,7)	13 (2,4)	518 (97,6)	99 (18,6)	432 (81,4)
As pessoas que moram com você consumiram álcool na quarentena	Sim	309 (52,5)	114 (36,9)	195 (63,1)	50 (16,2)	259 (83,8)	56 (18,1)*	253 (81,9)	10 (3,2)	299 (96,8)	73 (23,6)	236 (76,4)
	Não	215 (36,5)	43 (20,0)	172 (80,0)	36 (16,7)	179 (83,3)	19 (8,8)	196 (91,2)	4 (1,9)	211 (98,1)	34 (15,8)	181 (84,2)
	Moro sozinho	65 (11,0)	30 (46,2)**	35 (53,8)	16 (24,6)	49 (75,4)	11 (16,9)	54 (83,1)	2 (3,1)	63 (96,9)	15 (23,1)	50 (76,9)
Aumento do uso de álcool durante a quarentena	Sim	172 (29,2)	92 (53,5)**	80 (46,5)	44 (25,6)**	128 (74,4)	40 (23,3)**	132 (76,7)	12 (7,0)**	160 (93,0)	42 (24,4)	130 (75,6)
	Não	310 (52,6)	94 (30,3)	216 (69,7)	55 (17,7)	255 (82,3)	44 (14,2)	266 (85,8)	4 (1,3)	306 (98,7)	59 (19,0)	251 (81,0)
	Não bebe	107 (18,2)	1 (0,9)	106 (99,1)	3 (2,8)	104 (97,2)	2 (1,9)	105 (98,1)	0 (0)	107 (100,0)	21 (19,6)	86 (80,4)
Diminuiu o uso de álcool durante a quarentena	Sim	178 (30,2)	53 (29,8)	125 (70,2)	34 (19,1)	144 (80,9)	28 (15,7)	150 (84,3)	4 (2,2)	174 (97,8)	33 (18,5)	145 (81,5)
	Não	302 (51,3)	133 (44,0)**	169 (56,0)	65 (21,5)**	237 (78,5)	56 (18,5)**	246 (81,5)	12 (4,0)	290 (96,0)	68 (22,5)	234 (77,5)
	Não bebo	109 (18,5)	1 (0,9%)	108 (99,1)	3 (2,8)	106 (97,2)	2 (1,8)	107 (98,2)	0 (0)	109 (100,0)	21 (19,3)	88 (80,7)
Aumento do uso de cigarro durante a quarentena	Sim	37 (6,3)	26 (70,3)**	11 (29,7)	37 (100,0)**	0 (0)	23 (62,2)**	14 (37,8)	9 (24,3)**	28 (75,7)	15 (40,5)*	22 (59,5)
	Não	80 (13,6)	32 (40,0)	48 (60,0)	43 (53,8)	37 (46,2)	18 (22,5)	62 (77,5)	3 (3,8)	77 (96,2)	18 (22,5)	62 (77,5)

	Não fumo	472 (80,1)	129 (27,3)	343 (72,7)	22 (4,7)	450 (95,3)	45 (9,5)	427 (90,5)	4 (0,8)	468 (99,2)	89 (18,9)	383 (81,1)
Aumento do uso de drogas ilícitas durante a quarentena	Sim	32 (5,4)	24 (75,0)**	8 (25,0)	22 (68,8)**	10 (31,2)	29 (90,6)**	3 (9,4)	12 (37,5)**	20 (62,5)	12 (37,5)*	20 (62,5)
	Não	123 (20,9)	40 (32,5)	83 (67,5)	35 (28,5)	88 (71,5)	37 (30,1)	86 (69,9)	2 (1,6)	121 (98,4)	31 (25,2)	92 (74,8)
	Não uso	434 (73,7)	123 (28,3)	311 (71,7)	45 (10,4)	389 (89,6)	20 (4,6)	414 (95,4)	2 (0,5)	432 (99,5)	79 (18,2)	355 (81,8)
Uso de bebida alcoólica para aliviar a tensão, estresse ou ansiedade	Sim	359 (61,0)	167 (46,5)**	192 (53,5)	81 (22,6)**	278 (77,4)	78 (21,7)**	281 (78,3)	15 (4,2)*	344 (95,8)	84 (23,4)	275 (76,6)
	Não	230 (39,0)	20 (8,7)	210 (91,3)	21 (9,1)	209 (90,9)	8 (3,5)	222 (96,5)	1 (0,4)	229 (99,6)	38 (16,5)	192 (83,5)*

Fonte: os autores. Notas: †Teste de Qui-Quadrado de Pearson. Valor de $p < 0,001$ *; $p < 0,05$ **.

Na tabela 5 os dados apresentados referem-se ao padrão de consumo do álcool (AUDIT-C), em termos de quantidade, frequência e uso no padrão *binge*, nos três últimos meses anteriores à pesquisa. Quanto à frequência, 180 (30,6%) consumiam de 2 a 4 vezes por mês; 166 (28,2%) ingeriram uma ou duas doses por ocasião; 129 (21,9%) consumiram seis ou mais doses em uma única ocasião em menos de uma vez por mês. Quanto à pontuação geral do AUDIT-C, 322 (54,7%) foram classificados com consumo de álcool em nível problemático.

Tabela 5 – Padrão de consumo de álcool (AUDIT-C), nos últimos três meses, 2020, Brasil (N= 589)

AUDIT-C	N (%)	
Frequência de uso do álcool (nos últimos 3 meses)	Nunca	128 (21,7)
	Mensalmente	126 (21,4)
	2 - 4 vezes por mês	180 (30,6)
	2 - 3 vezes por semana	114 (19,4)
	4 ou mais vezes por semana	41 (7,0)
Número de doses consumidas	Nenhum	128 (21,7)
	1 - 2	166 (28,2)
	3 - 4	108 (18,3)
	5 - 6	65 (11,0)
	7 - 9	122 (20,7)
Frequência de uso no padrão <i>binge</i>	Nunca	296 (50,3)
	Menos que mensalmente	129 (21,9)
	Mensalmente	85 (14,4)
	Semanalmente	71 (12,1)
	Quase todos os dias	8 (1,4)
AUDIT - C	Abstêmios /Baixo risco	267 (45,3)
	Uso problemático/uso de risco	322 (54,7)

Fonte: os autores.

5.1.3 Motivação para a mudança de comportamento do consumo de álcool

Dos 589 participantes, 322 (54,7%) foram classificados com consumo de álcool em nível de risco, os quais foram contatados para nova entrevista por *e-mail*. Desses 322, apenas 171 (53,1%) responderam ao questionário por completo, na segunda etapa.

Quanto ao perfil sociodemográfico dos 171 participantes, 116 (67,8%) era do sexo feminino; com idade de 18 a 59 anos, sendo a maioria jovens 112 (65,5%) de 18 a 29 anos. Ainda, 111 (64,9%) raça branca, 68 (39,8%) graduandos / graduados, 96 (56,1%) pós-graduação (completa ou incompleta). Além disso, 96 (56,1%) pertenciam a famílias

com renda acima de três salários, 104 (60,8%) trabalhavam e 67 (39,2%) estavam desempregados. Em relação ao uso de substâncias, 90 (52,6%) aumentaram o consumo durante a quarentena, 43 (25,1%) consumiam tabaco, 42 (24,6%) maconha, 6 (3,5%) cocaína/crack, e 37 (21,6%) sedativos/hipnóticos.

Nesse sentido, os níveis motivacionais para a modificação do comportamento de uso de álcool foram avaliados. Os dados do quadro 5 mostram que, os participantes, apresentaram níveis motivacionais ‘muito baixo’ nas três subescalas (SOCRATES 8A).

Quadro 5 – Estágios de motivação para mudança do comportamento do beber (SOCRATES 8A). N=171

	Média (SD)	Mediana	Desvio padrão	(Mínimo - Máximo)	Classificação
Reconhecimento	12,5	12,0	4,67	(7 - 23)	Muito baixo
Ambivalência	8,9	8,0	3,85	(4 - 20)	Muito baixo
Dando passos	17,7	16,0	7,21	(8 - 40)	Muito baixo

Fonte: os autores.

Da amostra, 168 (98,2%) foram classificados com nível motivacional muito baixo na fase de Reconhecimento em relação ao uso de risco, 93 (54,4%) muito baixo na Ambivalência (uso de álcool de forma arriscada ou não), e 139 (81,3%) muito baixo na fase de Dar passos em direção à mudança de comportamento.

O grupo controle foi composto por 59 participantes, que inicialmente (responderam a terceira etapa), caracterizados por serem: 41 (69,5%) mulheres, 42 (71,2%) raça branca, com idade entre 19 e 54 anos, jovens 35 (59,3%) de 18 a 29 anos, 35 (59,3%) estudaram até a pós-graduação, 32 (54,2%) pertenciam a famílias com renda acima de três salários mínimos, 34 (57,6%) trabalhavam e 25 (42,4%) estavam

desempregados. Quanto ao consumo de substâncias, 33 (55,9%) aumentaram o consumo de bebidas alcoólicas durante o isolamento, 14 (23,7%) faziam uso de tabaco, 17 (28,8%) maconha, 1 (1,7) cocaína/crack, e 13 (22,0%) sedativos.

O grupo experimental continha 60 pessoas, caracterizados por serem: 39 (65,0%) sexo feminino, 40 (66,7%) raça branca, com idade de 19 aos 59 anos, jovens 40 (66,7%) de 18 a 29 anos, 37 (61,7%) estudaram até a pós-graduação, 31 (51,7%) provenientes de famílias com renda acima de 3 salários mínimos, 37 (61,7%) trabalhavam e 23 (38,3%) estavam desempregados. Quanto ao uso de substâncias, 28 (46,7%) aumentaram o consumo de álcool na quarentena, 13 (21,7%) tabaco, 14 (23,3%) maconha, 2 (3,3%) cocaína, 10 (16,7%) sedativos.

Na tabela 6 os dados mostram as diferenças nos estágios de motivação entre os participantes dos dois grupos. Os dados são relativos aos participantes que continuaram na terceira etapa, ou seja, 119 pessoas, sendo 60 do grupo experimental e 59 do grupo controle. Nota-se que, 49,2% do grupo controle e 50,8% do grupo experimental pontuaram níveis de motivação muito baixo na fase de Reconhecimento em relação ao consumo de álcool; a metade do grupo controle e do grupo de intervenção pontuou muito baixo na fase da Ambivalência e Dando passos de nível médio (Tabela 6).

Tabela 6 – Estágios de motivação entre os participantes do grupo controle e do grupo experimental. Janeiro, 2021. (N=119).

Estágio motivacional		Grupo controle		Grupo experimental	
		n	%	n	%
Reconhecimento	Muito baixo	58	49,2	60	50,8
	Baixo	1	100,0	-	-
Ambivalência	Muito baixo	32	47,8	35	52,2
	Baixo	22	57,9	16	42,1
	Médio	2	50,0	2	50,0
	Alto	3	30,0	7	70,0
Dando passos	Muito baixo	45	45,5	54	54,5
	Baixo	11	78,6	3	21,4
	Médio	3	50,0	3	50,0

Fonte: os autores.

5.1.4 Intervenções breves

Após quatro meses do segundo contato, os participantes do grupo experimental receberam uma sessão de IB, por meio de uma videochamada, e os do grupo controle apenas responderam um questionário *on-line*. Posteriormente, um novo contato foi realizado com os participantes de ambos os grupos, três meses após a aplicação da intervenção. No pós-teste houve 11 desistência (7 do grupo controle, 4 do grupo experimental). Nesse sentido, 108 participantes foram alocados nos seguintes grupos: 52 no grupo controle; 56 no grupo experimental. Na tabela 7, os dados mostram as diferenças na pontuação entre o pré e pós-teste dos grupos. O grupo experimental, ou seja, o que recebeu a IB, reduziu significativamente o consumo de álcool, na pontuação do AUDIT-C ($p < 0,001$), na frequência de consumo ($p < 0,001$), quantidade de doses ($p = 0,000$) e no consumo em *binge* ($p < 0,001$). Os participantes do grupo controle reduziram a pontuação do AUDIT-C ($p = 0,035$) e tiveram uma leve redução na frequência de consumo ($p = 0,024$), porém não reduziu a quantidade do número de doses ($p = 0,142$), tão pouco o consumo no padrão *binge* ($p = 0,717$).

Tabela 7 – Dados do pré e pós teste, com intervalo de 3 meses. (Janeiro a maio 2021). (N=108)

Variáveis	Grupo Controle (n=52)		Grupo Experimental (n=56)	
	Pré-Intervenção Média (DP)	Pós-Intervenção Média (DP)	Pré-Intervenção Média (DP)	Pós-Intervenção Média (DP)
Somatória do AUDIT-C ¥	5,4 (1,7)	4,8 (2,2)*	6,0 (2,4)	3,9 (1,8)*
1- Frequência de consumo ¥	2,5 (0,66)	2,29 (0,9)*	2,4 (0,85)	1,7 (0,61)*
2- Número de doses ¥	1,5 (1,0)	1,29 (1,0)	1,7 (1,3)	0,95 (1,0)*
3- Consumo em <i>binge</i> ¥	1,3 (0,81)	1,29 (0,93)	1,9 (1,12)	1,16 (0,91)*

Fonte: os autores. Notas: ¥ Wilcoxon $p < 0,05^{**}$. Valor de $p < 0,001^{*}$

No pós-teste, uma avaliação sobre a aplicação da IB junto aos participantes do grupo experimental foi realizada. Quase a metade dos participantes concordou totalmente com as informações fornecidas na sessão da IB, as quais foram úteis para ajudar a

repensar sobre o seu uso de álcool (48,3%). Um pouco mais que a metade concordou que as informações fornecidas foram relevantes (56,9%) e necessárias (65,5%).

Dos participantes 46,6% gostaram de ter participado das intervenções por meio do uso do celular para falar sobre o seu consumo de álcool e 63,8% acharam que a comunicação foi direta e sem complicações. Além disso, se sentiram seguros em compartilhar informações sobre o consumo de álcool durante a intervenção por videochamada (56,9%). Por fim, a metade dos participantes concordou que aprenderam novas informações sobre o consumo de álcool e suas consequências (50,0%) e que o tempo e a duração da sessão foram adequados (46,6%) (Tabela 8).

Dos 56 participantes do grupo experimental, 35 (62,5%) eram mulheres, 36 (64,3%) raça branca, com idade entre 19 a 59 anos, sendo 36 (64,3%) jovens (18 a 29 anos), 37 (66,1%) possuíam curso de pós-graduação, pertenciam a famílias que recebiam de 1 a 2 salários mínimos e 23 (41,1%) estavam desempregados. Quanto ao uso de substâncias, 11 (19,6%) usavam tabaco, 14 (25,0%) maconha, 2 (3,6%) cocaína, e 9 (16,1%) sedativos.

Tabela 8 – Feedback dos participantes do grupo experimental, sobre as intervenções por videochamada. Abril/maio 2021. Brasil (N=56).

Itens	Grau de concordância [n (%)]			
	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
As informações foram úteis para me ajudar a pensar sobre o meu uso de álcool.	-	5 (8,6)	23 (41,1)	28 (50,0)
As informações fornecidas foram relevantes.	-	3 (5,4)	20 (35,7)	33 (58,9)
Estou certo de que as informações fornecidas são necessárias.	-	3 (5,4)	15 (26,8)	38 (67,9)
Aprendi novas informações sobre o consumo de álcool e suas consequências.	2 (3,6)	7 (12,5)	27 (48,2)	20 (35,7)
O tempo e a duração da sessão foram apropriados.	-	5 (8,9)	25 (44,6)	26 (46,4)
Gostei de ter participado por meio do uso do celular/computador para falar sobre o meu consumo álcool	-	9 (16,1)	20 (35,7)	27 (48,2)
Achei a comunicação direta, sem complicações.	-	1 (1,8)	19 (33,9)	36 (64,3)
Me senti seguro para compartilhar minhas informações sobre o consumo de álcool durante a intervenção por videochamada.	-	3 (5,4)	20 (35,7)	33 (58,9)

Fonte: os autores.

Os integrantes do grupo controle que responderam o pós-teste (n=52), eram: 36 (69,2%) mulheres, brancas 36 (69,2%), com idade de 19 a 48 anos, sendo que, 30 (57,7%) de 18 a 29 anos, 16 (30,8%) de 30 a 39, 6 (11,5%) com 40 anos ou mais. Quanto à escolaridade, 20 (38,5%) cursaram ou concluíram o ensino superior, e 32 (61,5%) estavam na pós-graduação. Quanto à situação socioeconômica, 2 (3,8%) tinham uma renda familiar menor que um salário, 8 (15,4%) de 1 a 2, 15 (28,8%) acima de dois a três, e 27 (51,9%) acima de três salários. Uma minoria estava desempregada 22 (42,3%). Quanto ao uso de substâncias, 28 (53,8%) aumentaram o consumo de álcool nos primeiros

meses da pandemia, 12 (23,1%) faziam uso de tabaco, 16 (30,8%) maconha, 1 (1,6%) cocaína, 10 (19,2%) sedativos.

5.1.5 Avaliação do consumo após 14 meses do final do pós-teste

Após 14 meses do final do pós-teste, uma nova avaliação do consumo de álcool foi realizada para avaliar os efeitos da intervenção breve a longo prazo. Na tabela 9, nota-se que o uso de bebidas alcoólicas foi maior na avaliação de agosto de 2020, com uma pequena redução em janeiro de 2021. Nos dois grupos, houve uma redução significativa no período de janeiro de 2021 a abril (pré e pós-intervenção). Após 14 meses (de abril 2021 a junho de 2022) houve um aumento na pontuação do AUDIT-C ($p=0,020$), frequência de consumo ($p<0,001$) e na quantidade ($p=0,021$), mas não no uso em binge, dos participantes do grupo experimental. Esse aumento também foi observado no grupo controle (Tabela 9).

Os grupos foram analisados por 22 meses (considerando apenas os participantes que responderam ao questionário por completo em todas as etapas). O grupo controle ($n=23$), foi composto por 16 (69,6%) mulheres, 16 (69,6%) Raça branca, com idade de 22 a 47 anos, sendo a maioria jovens 14 (60,9%) de 18 a 29 anos. Quanto ao nível educacional, 9 (39,1%) possuíam ensino superior (completo/incompleto), 14 (60,9%) pós-graduandos/graduados, 12 (52,2%) pertenciam a famílias com renda acima de três salários mínimos e 12 (52,2%) professavam uma religião. 18 (78,3%) estavam empregados (em 2022). 13 (56,5%) estavam solteiros. 16 (69,6%) estavam participando de eventos festivos. Quanto ao consumo de substâncias em 2022, 5 (21,7%) consumiram derivados de tabaco, 4 (17,4%) maconha, 3 (13,0%) sedativos. Nenhum desses participantes consumiu cocaína/crack.

No grupo experimental ($n=41$), 26 (63,4%) eram do sexo feminino, 27 (65,9%) raça branca, com idade entre 20 e 56 anos, sendo 24 (58,5%) de 18 a 29 anos, 31 (75,6%) possuía curso de pós-graduação, 25 (61,0%) pertenciam a famílias com renda acima de três salários mínimos e 28 (68,3) professavam uma religião. Além disso, quanto a maioria, 33 (80,5%) estavam empregados, 20 (48,8%) solteiros, 29 (70,7%) tem participado de algum evento festivo. Quanto ao consumo de substâncias, 9 (22%) consumiam tabaco, 11 (26,8%) maconha, 6 (14,6%) sedativos. Nenhum desses 41 participantes usaram cocaína nos últimos 3 meses, ou seja, no primeiro semestre de 2022.

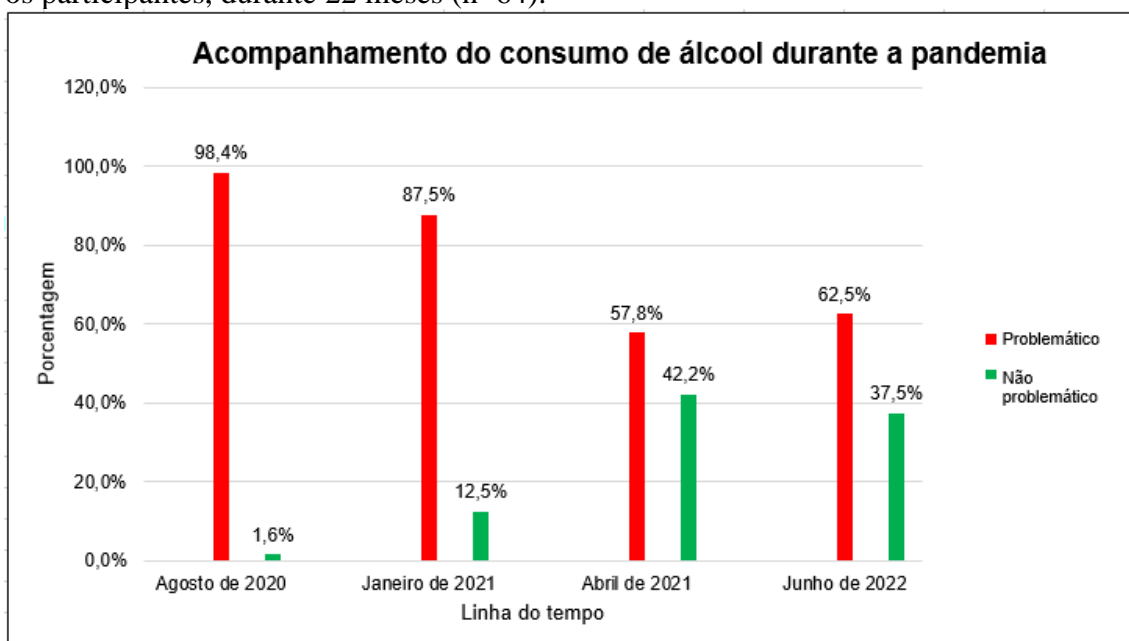
Tabela 9 – Acompanhamento e comparação do consumo de álcool durante 22 meses, com a diferença entre os grupos. Brasil. (N=64)

Variáveis	Grupo Controle (n=23)						Grupo Experimental (n=41)					
	Agosto 2020	Janeiro 2021	Janeiro 2021	Abril 2021	Abril 2021	Junho 2022	Agosto 2020	Janeiro 2021	Janeiro 2021	Abril 2021	Abril 2021	Junho 2022
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
AUDIT-C	6,9 (2,1)	5,8 (1,7)**	5,8 (1,7)	5,5 (2,1)	5,5 (2,1)	5,0 (2,7)	6,6 (1,9)**	5,8 (2,4)	5,8 (2,4)	3,7 (1,8)*	3,7 (1,8)**	4,6 (2,4)
Frequência de consumo	2,9 (0,63)	2,7 (0,69)	2,7 (0,68)	2,6(0,78)	2,6 (0,788)	2,3 (1,09)	2,6 (0,69)	2,5 (0,84)	2,5 (0,84)	1,7 (0,67)*	1,7 (0,67)**	2,24 (0,83)
Número de doses	2,4 (1,5)	1,6 (1,2)	1,6 (1,19)	1,5(1,1)	1,5 (1,1)	1,8 (1,59)	2,2 (1,39)	1,7 (1,25)	1,7 (1,25)	0,88 (1,05)**	0,88 (1,05)**	1,5 (1,47)
Uso em Binge	1,6 (0,99)	1,4 (0,78)	1,4 (0,78)	1,4 (1,0)	1,4 (1,0)	1,43 (1,12)	1,9 (0,95)	1,7 (1,16)	1,7 (1,1)	1,2 (0,92)**	1,20 (0,92)	1,1 (1,0)

Fonte: os autores. Notas: #Teste de Wilcoxon. Valor de p<0,001*; p<0,05**.

A figura 4 apresenta os dados sobre o uso de álcool em nível problemático (moderado/alto/severo), de todos os 64 participantes, durante os 22 meses de seguimento (agosto de 2020 a junho de 2022). Nota-se que em agosto de 2020, 98,4% dos participantes usaram álcool em nível de risco. Em janeiro de 2021, houve uma pequena redução (87,5%) quando comparado a agosto. Em janeiro foram realizadas IB para o grupo experimental, assim é possível notar as diferenças nos níveis de consumo (AUDIT-C) entre os períodos de janeiro de 2021 a abril de 2021 (57,8%). Após 14 meses, houve um aumento (62,5%), mas ainda foi menor quando comparado a janeiro de 2021.

Figura 4 – Avaliação do consumo problemático (moderado/alto/severo) de álcool, entre os participantes, durante 22 meses (n=64).



Fonte: os autores.

5.2 Análise qualitativa

Com o intuito de compreender as motivações do consumo de bebidas alcoólicas durante a pandemia, a etapa qualitativa foi conduzida. Os resultados estão apresentados nesta seção. Resultantes da análise das respostas obtidas por meio das entrevistas com os participantes - após o feedback (etapa da intervenção breve), ou seja, nesta etapa, foi áudiogravada as respostas apenas do grupo experimental (n=60), coletadas individualmente, norteadas pelas seguintes questões:

1. Antes de iniciarmos a nossa conversa, você considera que a sua forma de beber está acima do padrão de baixo risco?
2. Você acha que o seu padrão de consumo de bebidas alcoólicas está relacionado, de alguma forma, à pandemia?

Por meio de uma leitura exaustiva dos excertos das falas dos participantes, duas categorias foram geradas, denominadas de: (i) autoanálise sobre o consumo de álcool; e (ii) influência da pandemia no comportamento do consumo de álcool. Os participantes foram identificados com números, mostrando, ainda, a pontuação que tiveram no AUDIT-C, assim como a classificação do nível de risco do consumo alcoólico.

5.2.1 Autoanálise sobre o consumo de álcool

A primeira categoria temática aborda a autoanálise dos participantes em relação ao seu consumo de álcool, após o feedback sobre o resultado da pontuação do padrão de consumo de álcool (AUDIT-C). Mediante a análise de conteúdo nota-se, que os participantes não reconheciam que estavam consumindo álcool em nível de risco (moderado/grave/severo) e justificaram as razões que os levaram a modificar ou “minimizar o seu padrão de consumo” em um "padrão normal”.

Ah não, eu achava que estava tranquilo até.. é que, na verdade... estou fazendo faculdade, só que ela está parada por causa da pandemia etc. durante meu ano letivo eu bebia com mais frequência, porém com menos intensidade [...] Ai, parecia que estava tranquilo, porque eu estou bebendo até com menos frequência. Mas eu nunca fiz a correlação com a intensidade. (P7) (10 pontos/ risco severo)

Eu acho que sempre foi normal, não sei te falar. As vezes eu acho que é muito, as vezes eu acho que tá normal assim.. é porque eu faço muito intercalado, então, quando eu estou mais estressado, eu acabo fazendo mais uso e tudo mais, e quando eu estou menos, eu acabo fazendo menos uso, então por esses dias eu estou um pouco mais nervoso, acabo fazendo um pouco mais de uso, mas alguns dias atrás eu estava mais tranquilo eu não fazia tanto. (P27) (8 pontos/ risco severo)

Não, eu achei que tinha reduzido um pouquinho. Desde a época que eu respondi a entrevista, a primeira vez, reduzi um pouquinho. Mas, aí vieram as festas, né? (P28) (5 pontos/ risco moderado)

Nunca foi uma questão para mim. Assim, apesar de quando eu comecei a responder o questionário, eu comecei a perceber que não estava ok, né.. eu já tentei parar algumas vezes. Mas, sim eu. Eu bebo desde os 14 anos, então. Às vezes é difícil. Eu nunca tinha parado para pensar nisso, eu fiquei até assustada agora. Mas nunca, nunca, nunca tinha. Nunca tinha levantado essa questão. Entendeu? Óbvio que as pessoas falam: nossa, está exagerando tal, ..mas.. Nunca caiu a ficha. (P23) (11 pontos/ risco severo)

Na verdade, esse...é..essa forma de consumir sempre foi normal. Geralmente, alguns eventos assim, mas geralmente tenho-me nas mãos, né?. Porém, é.. como vou dizer...já tá intrínseco, faz parte da minha vida, né, o consumo de álcool, mas, mas, assim não é bebida seca, uma cerveja. Aqui eu vou ser bem sincero, cerveja ou vinho. Como, como é ... não é tão agressivo, comparado com uma cachaça. Isso... então faz parte da cultura, diríamos assim, da minha forma de ser. (P45) (5 pontos/ risco moderado)

Assim, na verdade, eu não acho que ele esteja tão alterado, porque não é tão frequentemente que eu bebo ... e assim, apesar de ser uma dose alta, não sei, eu to acostumado a ver muita gente bebendo muito mais que eu, então, acho que não, sendo sincero. (P42) (6 pontos/ risco alto)

Até onde eu avalio ... é ... como eu vou dizer.. é tranquilo, assim, tá dentro do normal, acho eu, né? Mas essa aí, é uma coisa que a gente tem que sempre ter muito cuidado, porque muitas, muitas pessoas que se tornaram viciadas começaram tendo essa certeza, né? Então eu é eu, assim, de..da passagem do ano pra cá, resolvi dar uma parada e assim não tá me fazendo falta nenhuma, tá?. falo isso com muita tranquilidade. Chega sábado, tá tranquilo. (P13) (9 pontos/ risco severo)

[.] Pra mim, até onde eu controlo, está normal, mas eu sei que é prejudicial para a minha saúde, até porque eu sou transplantado. (P53) (10 pontos/ risco severo)

Olha, não considerava. E, na verdade, eu, levando em conta a maioria das pessoas que eu conheço, eu acho que eu sou um dos que bebe menos, inclusive. Porque, por exemplo, eu não bebo em casa não que eu nunca tenha bebida em casa. eu só bebo em encontro com amigos, que acontecem geralmente a cada 15 dias, então.., e do meu grupo de amigos eu sou o que bebo menos Então, se o meu tá nisso, o deles deve ter um nível hard. Mas isso assim.. não me preocupou porque eu tô bem tranquilo assim em relação ao meu.. à quantidade de bebida mesmo assim. Enfim. (P52) (7 pontos/ risco alto)

Por outro lado, alguns entrevistados reconhecem que tinham consciência que o consumo estava acima do nível de baixo risco, bem como as motivações que os influenciam em seus cotidianos o maior ou menor consumo.

[...] Maior, com certeza, que meu normal não é beber dia sim, dia não, diante das circunstâncias né estou bebendo. (P10) (5 pontos/ risco moderado)

[...] na verdade, pra mim está acima. Eu estou percebendo que tá acima, porque geralmente a frequência que eu bebi e tudo mais.. É mais ou menos duas vezes por mês. Assimàs vezes eu bebia nesse risco mais grave, tipo, tomava todas de uma vez, porque eu sei que é mais perigoso isso também é. Mas não era sempre... que eu já sabia disso nessa questão do risco moderado, porque eu sou enfermeira. Então eu..é.. eu já conheço esse teste, né.. E como eu conheço ele, eu meio que já sei assim né, como funciona e tudo mais. E eu tenho uma preocupação com isso, com a questão do uso de substâncias e tudo mais, e eu sempre fico atenta né.. com relação a essas coisas. (P36) (5 pontos risco moderado)

É ..talvez ..ah um pouco elevado, mas não assim ..que atrapalha alguma coisa. (P21) (6 pontos/ risco alto)

Sim... Até que eu dei uma diminuída esse mês. (P59) (9 pontos/ risco severo)

Tava mais alto, realmente. Eu não estava morando aqui. Quando eu comecei a responder a pesquisa, eu tinha mudado pra cá recentemente. E assim.. às vezes, até tento controlar.. Mas, as amizades muitas cachaceiras que eu tenho, acabo que às vezes a gente sai né pra uma .. reúne alguém, um amigo ou outro, pra beber. (P32) (7 pontos/ risco alto)

É. Eu acredito que é um pouco acima, porém. Não me atrapalha em nada. A minha questão de saúde..e.. que pode desenvolver outras coisas, né, mas assim, no meu dia a dia não chega me atrapalhar em nada. (P19) (10 pontos/ risco severo)

Outros entrevistados estavam ambivalentes ao responder se consideravam ou não seu consumo acima do normal. Nesse sentido, apresentaram dúvidas sobre o que é considerado um exagero, acima dos limites ou um padrão alto de consumo.

É.. acho normal entre aspas, né...Também num sei que não é normal, mas também não acho muito exagerado. (P11) (8 pontos/ risco severo)

Eu acho que, às vezes, tá acima, porque tinha uma época que eu não tomava, sabe? Ficava meses sem tomar uma cerveja, sabe. E às vezes foi uma vez na semana, principalmente quando tem jogo, eu tomo uma cerveja. (P5) (4 pontos/ risco moderado)

Na verdade, acho que todo mundo que bebe, principalmente assim durante a semana, já se questionou isso várias vezes, né? Às vezes eu fico pensando isso, se tá um pouco acima. (P4) (6 pontos/ risco alto)

Já sabia que era um pouco assim, porque eu fiz alguns testes na faculdade aqui também, mas. Eu notei assim, durante os testes, que esse padrão, ele é meio assim, conversando com amigas, né, que esse padrão acaba sendo meio distorcido, mas acaba que todo mundo dá um padrão meio alto, né. No meu grupo de amigos assim. (P22) (6 pontos/ alto risco)

5.2.2 Influência da pandemia no comportamento do consumo de álcool

A segunda categoria temática aborda a influência da pandemia, direta ou indiretamente, no comportamento de uso de álcool dos participantes. Nota-se uma ambivalência em relação ao consumo de álcool, o modo que são influenciados varia alegando o maior consumo, mas principalmente ocorreram pelo isolamento social e a maior permanência dentro de casa.

Na verdade, com a pandemia eu dupliquei, tripliquei eu diria, meu consumo de álcool, porque, como eu fiquei em casa trabalhando, então chegava no final do dia aí eu tava em casa e falava 'ah, eu vou abrir uma cerveja', aí eu acabava bebendo. (P10) (5 pontos/ risco moderado)

[...]o fato de ficar em casa, não ter o que fazer, às vezes bate uma vontade de 'nossa, eu podia beber uma coisinha agora'. (P60) (4 pontos/ risco moderado)

No início da pandemia sim. No início quando eu não.. a gente teve que ficar em casa aumentou bastante. (P31) (4 pontos/ risco moderado)

Ah eu acho que sim, porque como eu tô ficando muito em casa [...]. (P36) (5 pontos/ risco moderado)

[...] na pandemia eu acredito que o meu consumo aumentou um pouquinho... até dentro da própria casa, né. (P53) (10 pontos/ risco severo)

No início da pandemia, lá por volta de junho e julho, mais ou menos, sei lá, depois de três meses de pandemia, eu percebi que estava totalmente relacionado, então, como era um momento que a gente não saía de casa assim, ficava bem preso. Então eu comecei a beber mais...foi quando eu comecei a beber vinho, que era algo que eu não bebia antes da pandemia, beber em quantidades até um pouco mais elevada, mais elevadas.(P52) (7 pontos/ risco alto)

[...] os três trancados em casa. A gente não saía pra nada assim. Até o mercado a gente pedia. Então tava os três bem estressados. (P24) (4 pontos/ risco moderado)

Ainda, muitos participantes destacaram a relação direta de sofrimento mental (ansiedade, estresse e incertezas) com o uso de álcool, sendo, muitas vezes, uma válvula de escape (relaxamento), principalmente no início da pandemia.

Sim, com certeza. Ah... não sei né, esse momento de confinamento, né, criou-se uma certa ansiedade e tal, acho que acabou descontando um pouco nisso [álcool]. (P30) (6 pontos/ risco moderado)

Ah, eu acho sim.. No início da pandemia aumentou demais.. Porque veio aquele sentimento, aquela ansiedade, aquela apreensão. Todo mundo dentro de casa. O isolamento foi mais severo no início. Então aumentou um pouquinho [...]. (P28) (5 pontos/ risco moderado)

[...] E também isso né, da pandemia, no sentido de fugir mesmo, assim, de pensar, não pensar muito no que tá acontecendo, assim... e relaxar depois do trabalho. (P36) (5 pontos/risco moderado)

Ah, eu acho que acaba... A gente acabou perdendo um pouco as outras válvulas de escape né[...] (P49) (4 pontos/risco moderado)

Eu acho que a bebida para mim, nesse momento de pandemia, tá sendo uma válvula de escape, porque a pandemia mexeu muito comigo, muito com a minha cabeça. Voltei pra terapia, voltei a me cuidar, mas a bebida é uma válvula de escape, porque aí, quando eu bebo, eu esqueço de tudo isso, deito na cama e durmo. (P37) (9 pontos/risco severo)

[...] no começo, eu acho que ingeri um pouco mais.. há mais de três meses, né, no começo, pela questão da ansiedade, assim. E... e eu queria ter esse sentimento gostosinho que eu tenho para cerveja, assim, de carinho, não de bêbada, de perder a noção, mas de carinho, de aconchego. (P24) (4 pontos/risco moderado)

Eu acho que indiretamente, sim, porque a gente...assim..tem pela frente uma ... um futuro que a gente não sabe ainda o que que vai ser, né., então existe uma, como é que vou explicar... uma indefinição, uma ansiedade pra saber o que que vai acontecer. Então, eu acho que acaba contribuindo sim, com certeza. (P13) (9 pontos/risco severo)

Tem.. tem tem.. porque eu tô praticamente, 2020 parada, sem trabalhar. Então a gente acaba ficando meio ansioso, com tempo de sobra e acaba se deixar levar. (P32) (7 pontos/risco alto)

[...] eu estava extremamente estressado com EAD, eu falei 'cara, preciso fazer alguma coisa em casa pra relaxar', aí eu bebi. (P42) (6 pontos/risco alto)

[...] de estar privado de fazer muitas coisas, até mesmo as questões das notícias que a gente vê. Eu acho que... trazer um pouco mais de alegria e relaxamento, mesmo que seja uma vez na semana, faz bem. Não faz bem, porque álcool é uma droga como todas as outras né... Mas é.. talvez faça bem pra... Apenas pelo momento, assim. (P57) (5 pontos/risco moderado)

Alguns participantes relataram que, com o passar dos meses (e do pico da pandemia), a volta das atividades cotidianas, assim como o afrouxamento das restrições sociais mais severas, reduziram o consumo de álcool.

[...] eu voltei a trabalhar, então eu diminui o consumo. (P10) (5 pontos/risco moderado)

[...] agora eu estou bem tranquila, tô até diminuindo, tentando, mesmo no final de semana, não ingerir muito álcool e tudo mais pela questão da saúde [...].(P24) (4 pontos/risco moderado)

[...] aí quando eu vi que ia durar bem mais tempo a pandemia né, daí fui diminuindo. (P31) (4 pontos/risco moderado)

[...] Então, tudo parecia férias no início, mas aí agora a gente voltou ao que era antes da pandemia. Então, meio que a gente tá vivendo a nossa vida, tomando cuidado com a pandemia, mas não interfere mais na nossa rotina. (P34) (2 pontos/risco baixo)

[...] hoje em dia não, agora tá mais normal.. e também eu to tendo muita coisa pra fazer, então, eu diminui mais. (P53) (10 pontos/ risco severo)

Ah..antes sim, porque, como eu tava né.. lá na casa dos meus pais, a gente tava bebendo mais por causa de live. Agora não...Agora realmente é uma coisa mais comum. (P55) (5 pontos/ risco moderado)

Alguns entrevistados relataram, ainda, que aumentaram o consumo de álcool devido à ausência de eventos sociais e de lazer.

Eu acho que aumentou um pouco pelo fato de eu tá em casa, assim...e tá sempre querendo fazer coisas né..divertidas assim... Acho que sim, né.. nesse sentido. (P50) (6 pontos/ risco alto)

Acho que era pra compensar o fato da gente..de não poder sair pra me divertir. Acho que era pra compensar o lazer que não estava tendo. Era basicamente pra isso. (P52) (7 pontos/ risco alto)

Acho que sim. bebia menos antes da pandemia de fato, mas acredito mais que pela falta de. Falta do que fazer mesmo... beber é a diversão que restou né. (P15) (7 pontos/ risco alto)

Muitos participantes, por outro lado, relataram uma redução do consumo de álcool, motivados principalmente, devido à ausência de eventos sociais e festivos.

Eu acho até que diminuiu, porque antes como eu ia .. às vezes, ia em festa e tal, acabava bebendo um pouco mais. agora tá até menos ... infelizmente, essa foi a realidade. (P39) (5 pontos/ risco moderado)

Não, eu acho que não. O que pode ter mudado, mas bem pouquinho, era o que eu consumia, né, porque antes da pandemia [...] por alguma festa e tomava mais destilados e em casa, não... só cerveja mesmo ou vinho raramente. (P21) (6 pontos/ risco alto)

Não, não, porque eu passei a beber menos depois da pandemia. Antes da pandemia eu bebia bem mais. Porque antes da pandemia, eu saía mais para fora pra me reunir com os amigos, com familiares, fazer alguma coisa diferente. Então acabava que eu consumia mais. E agora. Por sair menos, eu consumo menos também. (P40) (8 pontos/ risco elevado)

[...] o bar não estava funcionando, não tinha onde ir .. beber em casa sozinho é um negócio que eu não bebo. (P33) (12 pontos/ risco elevado)

[...].. eu acho que eu bebo mais quando encontro com os amigos. Como a gente tá nessa época de pandemia, não tem contato com os amigos, aí então dei uma diminuída. Eu já não bebo muito, na verdade. (P35) (3 pontos/ risco baixo)

Esses excertos de falas revelam que a pandemia teve uma influência direta no comportamento de consumo de álcool, sendo considerada para alguns entrevistados como um fator de risco, e para outros, um fator de proteção.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou os efeitos das intervenções breves realizadas de forma *on-line* para a redução do uso de álcool durante a pandemia da COVID-19, bem como as motivações desse consumo entre jovens e adultos. Os problemas relacionados ao consumo do álcool se destacam como temas prioritários em saúde pública, potencializados pelo período da atual pandemia (GARCIA; SANCHES, 2020).

Os tópicos da discussão seguem as etapas apresentadas nas análises dos subtópicos na seção de resultados.

6.1 Prevalência do uso de álcool e padrão *binge*

No presente estudo, a prevalência de uso de álcool nos últimos três meses foi de 78,3% e, no padrão *binge*, 31,7%. Além disso, mais da metade da amostra (54,7%) consumiu bebidas alcoólicas em níveis problemáticos (AUDIT-C) (Tabela 5). O álcool, por ser uma substância legalizada e bastante aceita socialmente, tem sido a droga de preferência, sobretudo entre os jovens, de modo que a maioria da população de 18 a 24 tem usado em algum momento de suas vidas (74,5%) (BASTOS, 2017). Nesse sentido, destaca-se a forma de consumo, ou seja, do uso social ao problemático, o álcool é a substância mais consumida no mundo (II LENAD, 2014), antes e durante a pandemia (WHO 2020). Resultados apresentados na pesquisa realizada pela OPAS, durante o período pandêmico, mostrou que 42% dos participantes brasileiros relataram consumo excessivo de álcool (OPAS, 2020), indicando o número elevado de consumidores alcoólicos de risco, como também observado em nossa amostra.

Nota-se variabilidade nos índices de prevalência, considerando os padrões culturais em diversas populações. Por exemplo, no estudo de Garcia-Cerde et al.(2021), envolvendo 33 países latino-americanos, mostrou prevalência de uso das bebidas alcoólicas de 65% durante a pandemia, número inferior ao período pré-pandêmico (77,5%). Com indicadores de que a quarentena foi associado positivamente a uma maior frequência de consumo alcoólico em socialização *on-line*, e com o beber na presença da

criança, mas negativamente associados a uma maior frequência de beber episódico pesado, ambos entre os bebedores e na amostra total (GARCIA-CERDE et al., 2021).

No bloco europeu, essa variabilidade também foi destacada, como no caso na Polônia, 58,5% consumiram álcool mensal ou frequentemente no início da pandemia (JODCZYK et al., 2022). Na Noruega, 91% consumiram álcool durante o isolamento, sendo que 54% eram usuários em nível nocivo (ALPERS et al., 2021), e além desses países, nos EUA, um pouco mais de um terço (34,1%) relataram consumo no padrão *binge* (GROSSMAN et al., 2020).

Há de se considerar que os elevados índices de consumo refletem as consequências resultantes do processo de isolamento social e as incertezas que o período pandêmico trouxe, uma vez que já eram elevados antes da pandemia. Provavelmente, o álcool consumido nesse período pode estar sendo representado como um fator de enfrentamento das tensões e nuances frente aos elevados índices de morbidade e mortalidade, caos, incertezas e medo relacionados à COVID-19 (QUEIROGA et al., 2021)

Além da problemática relacionada ao enfrentamento e situação de crise, o consumo de álcool produz outras preocupações em relação ao agravamento das comorbidades ocasionadas pela COVID-19, principalmente associados ao sistema imunológico, cardiovascular, pulmonar (WHO, 2020), agravamento dos casos de uso nocivo e dependência, transtornos mentais, incluindo os elevados índices de suicídio (CZEISLER et al., 2020), problemas sociais, pobreza, crime e as violências domiciliar e familiar, cujas principais vítimas são as mulheres e crianças (OLIVEIRA, 2020; VAN GELDER et al., 2020; WHO, 2020), além de outros danos significativos à saúde pública. Por isso, é de grande relevância que os profissionais da saúde se atentem aos riscos relacionados ao uso de álcool e forneçam intervenções, em diversos níveis de atenção à saúde, desde a atenção primária até ao setor de emergência.

6.1.1 Caracterização dos participantes e uso em *binge*

Na presente amostra, os participantes usuários de álcool no padrão *binge* apresentaram características distintas, como sexo masculino, jovens, baixa escolaridade e renda, raça negra e que não possuíam uma religião (Tabela 1). Sobre essas características, historicamente, os homens apresentaram índices maiores de consumo alcoólico, apesar de o padrão de consumo (frequência e a quantidade) das mulheres estarem cada vez mais próximos (BASTOS et al., 2017). Esse fenômeno foi evidenciado

tanto antes (BASTOS, 2017), como durante a pandemia (ALPERS et al., 2021; LEÃO et al., 2022).

Em geral, em termos culturais, os homens consideram o consumo de álcool como um fator característico da masculinidade, do “ser” homem (DE VISSER; SMITH, 2007), sendo esse comportamento mais aceito socialmente. Essa questão vem desde a adolescência, em que os meninos iniciam o consumo alcoólico mais cedo (BASTOS et al., 2017), comumente associadas às transições no padrão de comportamento do beber ao longo da vida, o envolvimento em problemas sociais e adoecimentos com muito mais frequência e intensidade. Esses dados que remetem à saúde do homem, estão ganhando cada vez mais espaço no Brasil, principalmente por essa população apresentar elevadas taxas de morbimortalidade, pouca procura pelos serviços de saúde e priorização inadequada da atenção especializada ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2023).

Dentre os tópicos de saúde, relacionado especialmente aos homens, destaca-se o consumo alcoólico de risco e os problemas associados (acidentes, violência, transtorno por uso de álcool), além disso, as comorbidades mentais associadas, que contribuem para as principais causas de incapacidades e morte entre homens adultos jovens. Ou seja, ao se tratar de termos de morbimortalidade, os indivíduos do sexo masculino estão em maior risco, quando comparado às mulheres, seja relacionado ao consumo nocivo de álcool e outros comportamentos não saudáveis, como má alimentação, uso de tabagismo, sedentarismo, comportamentos sexuais de risco, beber e dirigir (SCHWARZ et al., 2012). Nesse sentido, torna-se necessária uma maior atenção à saúde do homem no âmbito da promoção e prevenção de agravos, incluindo os problemas relacionados à saúde mental e uso de substâncias, uma vez que esses somente buscam assistência à saúde quando já estão adoecidos e, mesmo assim, são menos propensos a receber reforço positivo (ALTEMUS; SARVAIYA; NEILL EPPERSON, 2014).

Em relação ao maior consumo de álcool por jovens, este tem sido um comportamento crescente, preocupante e bem descrito na literatura, independentemente do período pandêmico, em diversos países (ALPERS et al., 2021; BASTOS, 2017; RODRIGUES et al., 2021; WARDELL et al., 2020). O uso em *binge* se destaca entre as pessoas mais jovens, associado às consequências graves para a saúde, como a intoxicação alcoólica, lesões não intencionais, suicídio, hipertensão arterial severa, pancreatite, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), meningite, acidentes e a outros transtornos (WHO, 2020). Apesar dessas evidências negativas, a embriaguez em jovens continua

sendo um grave problema social e para a saúde pública, com elevados índices de mortalidade e incapacidades entre esses indivíduos em idade produtiva, sendo de grande preocupação para os gestores e profissionais da saúde, sobretudo durante uma pandemia viral.

O consumo de álcool entre os jovens pode ser justificado, ainda, pela internalização de sentimentos e angústias, assim como uma tentativa de refúgio ou forma de escape para alívio do sofrimento. Todo o isolamento social e a cessação de atividades nas universidades durante um longo período, pode ter sido um grande fator para o desenvolvimento de estresse a essa população (AHMED et al., 2020). Portanto, esses jovens compõem um grupo vulnerável que pode iniciar ou manter o consumo de álcool em seus próprios lares durante a pandemia e se estender após esse período, levando-os a possíveis consequências físicas, psicológicas ou sociais ocasionadas por esse tipo de consumo.

Outro resultado que merece atenção refere-se a baixa renda e escolaridade (Tabela 1). Ambas podem estar relacionadas à ausência de oportunidades entre os participantes, uma vez que a maioria são jovens estudantes, nesse contexto cabe-lhe a escolha entre trabalhar para o sustento, ou estudar (FARIAS; LEITE JUNIOR, 2021). Nota-se que os grupos mais prejudicados são aqueles onde foram identificadas vulnerabilidades socioeconômicas durante a pandemia e que, após esse período, poderá ter esse estado agravado (AHMED et al., 2020).

Nossos achados corroboram aos resultados de um estudo *on-line*, realizado durante o período da pandemia, envolvendo 114 indivíduos residentes em Porto Velho (RO), que identificou porcentagens elevadas de usuários nocivos de álcool entre aqueles que possuíam baixa escolaridade (33,3% alto risco; 33,3% risco severo) e renda (alto risco 20,6%; risco severo 20,6%; $p=0,032$) (RODRIGUES et al., 2021).

Ainda, os maiores consumidores de álcool no padrão *binge* em nosso estudo foram as pessoas de cor/raça negra, dados que corroboram aos resultados de outros estudos (DESALU; GOODHINES; PARK, 2019; RODRIGUES et al., 2021; ZEMORE; LUI; MULI, 2020). No Brasil, apenas 8,8% dos brasileiros se autodeclararam de raça negra em 2020, e 9,1% em 2021 (IBGE, 2022). Há evidências de maiores níveis de vulnerabilidades econômica e social nessa população, como apontam os diferentes indicadores sociais, que abrangem as escassas oportunidades de trabalho, *déficit* em repasse de lucros financeiros, baixas condições de moradia, acesso à educação, representação pública e maior exposição à violência (IBGE, 2019, 2023).

Ainda, há pesquisas que enfatizam a disparidade racial entre usuários de álcool (DESALU; GOODHINES; PARK, 2019; WITBRODT et al., 2014). Os resultados dos estudos mostram que pessoas da raça negra consomem maiores quantidades de álcool de forma nociva, e relacionam o maior percentual de consumo de risco a esse grupo da população, devido a um histórico marcado por enfrentamentos, lutas e discriminação racial e econômica (DESALU; GOODHINES; PARK, 2019; ZEMORE; LUI; MULI, 2020), uma vez que sofrer discriminação devido a sua raça é um grande fator de estresse (DESALU; GOODHINES; PARK, 2019), fato que contribui para o adoecimento mental e comportamentos de risco, como uso de álcool.

Reforça-se a esse estereótipo que as mazelas da pandemia trouxeram aos grupos desfavorecidos socialmente. Isso porque, as pessoas de raça negra são, em geral, mais empobrecidas (FARIAS; LEITE JUNIOR, 2021) e com menos oportunidades, devido ao racismo estrutural que ainda persiste e a histórica exploração do trabalho. Com a pandemia, essa problemática se potencializou e ficou nítida as diferenças sociais e econômicas entre os diversos grupos da população. De modo que, quem já tentava se posicionar na sociedade, enfrentando obstáculos, estigmas e preconceitos, sobretudo relacionados à raça, agora teve que, mais uma vez, travar uma nova batalha contra a fome, a miséria, julgamentos, imposições, estigmas, pobreza e morte (SILVA; MORAIS; SANTOS, 2020). Somando-se ao fato de que a população negra teve a maior prevalência de mortalidade por COVID-19 no Brasil (SILVA; MORAIS; SANTOS, 2020), nota-se que essas pessoas podem ter utilizado bebidas alcoólicas como uma forma de enfrentamento das desigualdades sociais, aumentada durante o período pandêmico (DESALU; GOODHINES; PARK, 2019).

Outra explicação em termos de grupos étnicos envolvendo os aspectos fisiológicos e genéticos (SCOTT; TAYLOR, 2007), refere-se às enzimas responsáveis pela metabolização do álcool – álcool desidrogenase e aldeído desidrogenase, que possuem isoformas, diferenciando-se na metabolização do álcool no organismo. Os genes responsáveis pela codificação dessas enzimas possuem classificações e alelos, com alternâncias em diferentes grupos étnicos, diferenciando no metabolismo de álcool. O tipo mais comum entre a população negra é o alelo ADH1B3. Nesse tipo, o álcool presente no sangue é eliminado mais rapidamente (SCOTT; TAYLOR, 2007). Isso também justifica o maior consumo de álcool pelas pessoas de raça negra, visto que uma eliminação mais rápida do álcool no organismo está associada a uma eliminação mais rápida do efeito

“positivo” da substância, como a desinibição e relaxamento.

Um outro achado importante neste estudo, refere-se a religião, ou seja, as pessoas que não possuíam crenças religiosas foram as que mais consumiram álcool e todas as outras substâncias rastreadas neste estudo. Tal achado confirma que a religiosidade é um reforço positivo frente ao consumo de risco, um recurso muito utilizado em diversos aspectos da saúde física, mental e espiritual (CAMPOS; RODRIGUES, 2022). A religião envolve uma organização de crenças, métodos, costumes e simbologias que aproximam as pessoas ao Sagrado (THIENGO et al., 2019). É um apoio que muitos indivíduos procuram para aliviar as suas dores e que, frequentemente, torna-se o único suporte utilizado para enfrentar situações negativas do cotidiano (THIENGO et al., 2019). Diversos estudos, desenvolvidos com diferentes métodos, evidenciaram a religião como um fator de proteção em relação ao uso de substâncias (BAPTISTA et al., 2022; CHARRO BAENA et al., 2019; GIR et al., 2022; HUSSAIN et al., 2019; MARTINEZ et al., 2017; MOURA et al., 2022; PINHO et al., 2020; SARTOR; HIPWELL; CHUNG, 2020; THIENGO et al., 2019; ZANETTI; CUMSILLE; MANN, 2019).

Por tais motivos, justifica-se sua função como fator protetor no consumo de substâncias psicoativas, principalmente durante uma pandemia (MOURA et al., 2022), em que as pessoas têm buscado apoio e o suporte em suas crenças e religiosidade, uma vez que o significado da religião, para muitos, envolve saúde como um processo de salvação, e doença, como presença de algo maligno. Além disso, a religiosidade e espiritualidade influenciam na adesão de tratamentos e cuidados com a saúde, no enfrentamento de obstáculos, na redução da ansiedade e aumento da esperança e conforto, transferindo as preocupações e anseios ao Sagrado (LEMOS, 2019). Por outro lado, os indivíduos que não possuem uma religião, podem buscar refúgio em comportamentos de risco, como a utilização de alguma droga, visando o efeito da substância, como estimulante, depressor ou alucinógeno (CAMPOS; RODRIGUES, 2022).

No setor de saúde, de um modo geral, ainda não há uma política especificamente voltada à religiosidade/espiritualidade, apesar de que em seus princípios o cuidado deve ser integral, ou seja, deve abranger o indivíduo de forma holística em sua singularidade, o meio que está inserido, suas culturas e crenças, para que haja um cuidado de qualidade, com respeito e humanização (BRITO; JESUS, 2021).

6.1.2 Caracterização dos participantes e uso de drogas

Além do álcool, o consumo de tabaco, sedativos e substâncias ilícitas foram investigados e identificados neste estudo. Este tópico irá abordar as características de usuários das referidas substâncias.

Em relação ao tabagismo, as maiores prevalências, além dos indivíduos que não possuíam uma crença religiosa, foram entre os participantes da região sudeste do Brasil (Tabela 1). Nessa região, que abrange as cidades do estado São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, o estudo mostra que há uma maior relação de consumo. Em 2019, O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrou o Sudeste com a maior prevalência de uso de tabaco e seus derivados (IBGE, 2023), principalmente em grandes centros urbanos. Isso pode explicar a relação de maior uso de tabaco nesta região. Há de ser considerado que nas últimas décadas as condições de vida mais agitadas e estressantes, nos grandes centros urbanos, deixam as pessoas mais suscetíveis ao adoecimento mental e uso de substâncias. Um estudo de revisão (MANGOLINI; ANDRADE; WANG, 2019) apontou elevados índices de transtornos de ansiedade na região Sudeste, sobretudo em São Paulo. Sabe-se que o consumo de tabaco esteve relacionado a sintomas de ansiedade e estresse (BENETON; SCHMITT; ANDRETTA, 2021; PAWLINA et al., 2014), considerados como as barreiras associadas para cessar o uso de cigarro.

O consumo de maconha (Tabela 1), em nossa amostra, foi relacionado aos jovens, autodeclarados raça/cor de pele branca, predominantemente estudantes do ensino superior. Nossos achados corroboram aos dados do estudo realizado no Canadá, em que identificou maiores chances de consumo diário de maconha entre jovens (18 a 29 anos) (OR: 2,36; 1,56 – 3,57) e de 30 a 39 anos (OR = 2,65; 1,93; 3,64), além das pessoas autodeclaradas brancas (OR= 1,97; 1,47; 2,64) (IMTIAZ et al., 2022).

Tem sido notório o fato dos jovens se apresentarem como os maiores consumidores de maconha, devido a maior disponibilidade de acesso e menor percepção de risco e consequências desse consumo (BASTOS et al., 2017). Porém, em relação especificamente às questões raciais, são escassos os estudos que analisaram a associação da raça/cor da pele com o consumo de maconha. Ademais, levantamentos mostraram que, como na presente pesquisa, a população afrodescendente consome menos maconha, em relação à população branca (BUCKNER et al., 2016; STINSON et al., 2006). O estudo de Buckner et al. (2016) avaliou a diferença e o motivo de consumo entre as raças,

mostrando que ser afrodescendente esteve relacionado a uma menor frequência de consumo de maconha, e geralmente usam devido a uma motivação e interação social.

Por outro lado, infere-se que, o isolamento social imposto pela pandemia, pode ter influenciado, de fato, nas diferentes motivações de consumo, entre distintas populações raciais e étnicas. Isso pode explicar, em partes, o menor consumo. Porém, a literatura ainda é controversa e pouco explorada no sentido de diferenciar especificamente a questão racial e consumo de maconha (BUCKNER et al., 2016; STINSON et al., 2006). O ideal seria avaliar, de fato, tais diferenças, a motivação do consumo, e se a população afrodescendente consome maconha com menos frequência e, quando usa, se é visando uma maior adaptação e aceitação social ou existem outras questões culturais envolvidas. Outra preocupação relacionada às diferenças raciais é que, entre as pessoas da raça branca, há uma maior tendência ao abuso, dependência e problemas associados à maconha, em relação às pessoas de raça negra (STINSON et al., 2006). Portanto, devem ser consideradas as questões raciais, étnicas e culturais, pensando em uma melhor assistência e cuidado nos diversos setores de atenção à saúde.

Quanto a ser jovem e em fase estudantil, nota-se que em diferentes locais e contextos, o consumo de maconha é mais reservado às pessoas com alta renda, devido a facilidade de acesso à substância, elevada demanda de atividades sociais, principalmente em ambientes festivos, devido a influência de amigos, pares ou mesmo pela curiosidade (CARDOSO; MALBERGIER, 2014), somados a falta de políticas de controle sobre essa substância (SANTOS; SILVEIRA; SCORSOLINI-COMIN, 2021; SILVA et al., 2019).

Além disso, o consumo ocorre, na maioria dos casos, em jovens no contexto universitário, população alvo com maior investimento em pesquisa, além disso, há predomínio de pessoas da raça branca nesses locais (SILVA et al., 2019). Além do mais, a transição na fase da adolescência, entre o ensino médio e a entrada na universidade, um novo ambiente cheio de descobertas, mudanças, festas, influência de amigos, mudança de cidade, afastamento dos familiares e outros comportamentos que podem influenciar o uso experimental e o início problemático do consumo (CARDOSO; MALBERGIER, 2014).

Assim, nota-se uma maior tendência de consumo entre jovens de raça/cor de pele branca e estudantes, por coincidir com o período da juventude e a etapa universitária. Apesar de todo o avanço e modificações que tiveram ao longo dos anos, depois de tantos esforços para que a população afrodescendente conquistasse os mesmos direitos e acessos

às universidades, ainda há predominância nesses locais de ensino e de pessoas de raça/cor de pele branca (VALERIO et al., 2021).

Na presente amostra, o uso de cocaína foi predominante entre o sexo masculino (Tabela 1). Esse dado corrobora os resultados do estudo israelense que avaliou os impasses da pandemia, gênero e uso de substâncias, mostrando o maior uso de cocaína nesse grupo (LEVY; COHEN-LOUCK; BONNY-NOACH, 2021). Como descrito previamente, o consumo de todas as drogas ilícitas, no Brasil, sempre foi mais elevado entre os homens, em relação às mulheres (BASTOS et al., 2017). Com o maior tempo ocioso em casa durante o período da pandemia, as preocupações podem ter levado os indivíduos a modificarem e até aumentarem seus hábitos de consumo. Toda a dimensão do isolamento social repetitivo e longo, as quarentenas e as incertezas, podem ter afetado mais os homens, essa preocupação se manifesta, muitas vezes, por meio do consumo de substâncias psicoativas (LEVY; COHEN-LOUCK; BONNY-NOACH, 2021).

Por outro lado, foi visto neste estudo que o uso de sedativos/hipnóticos foi maior entre as mulheres (Tabela 1). Há evidência que problemas emocionais entre o sexo feminino têm sido comumente associados ao uso desses psicofármacos (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017). Os sedativos são substâncias depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC), que produzem efeito calmante, reduzindo a ansiedade, promovendo e induzindo o sono (MIHIC; HARRIS, 2012). Evidências mostram que antes e durante a pandemia, as mulheres foram as mais afetadas emocionalmente, com elevados índices de transtornos ansiosos e depressivos (APA, 2014; MOURA et al., 2022), o que muito possivelmente resultou na busca de um medicamento para alívio dos problemas.

A pandemia resultou em uma maior sobrecarga de responsabilidades entre as mulheres (MOURA et al., 2022), procedendo em uma maior preocupação em relação ao sustento da casa e dos filhos, duplas jornadas de trabalho, responsabilidades sociais e familiares (FERREIRA, 2021). Historicamente, as mulheres passaram por diversas transformações e conquistas sociais, pessoais e econômicas nas últimas décadas. Antes, se era restrito o papel da mulher em diversas situações sociais, hoje, felizmente, atingiu-se uma maior autonomia, conquista social e liberdade feminina. Ao longo do tempo, os papéis entre homens e mulheres foram se igualando e a mulher pode se sentir mais livre para trabalhar, estudar, ter a própria autonomia, assumir responsabilidades dentro e fora do lar. Acredita-se que esses fatores, apesar de positivos, também são preocupantes, contribuindo para o aumento do consumo de sedativos e outras substâncias (SILVA

JÚNIOR; MONTEIRO, 2020).

Ademais, outros fatores que podem estar associados ao aumento do consumo é a violência sofrida pela mulher, traumas, transtornos mentais associados, sentimentos de tristeza e sofrimento, pressão externa e interna de padrões de beleza, problemas familiares e estar em relacionamento com pessoas usuárias de substâncias (SKINNER et al., 2016; SOUZA; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2014).

6.1.3 Associação de uso de substâncias e estilo de vida

Somado as preocupações e particularidades de consumo de substâncias, tanto entre mulheres e homens, foram considerados também o estilo de vida e os comportamentos durante a pandemia, avaliado previamente à aplicação da IB. Nesse sentido, este tópico aborda, sobretudo, as particularidades dos hábitos de vida dos participantes e sua relação com as substâncias.

Na presente amostra, houve um maior consumo de álcool em *binge* entre pessoas que moravam sozinhas (Tabela 2). Essa particularidade pode ser resultante das condições de isolamento, solidão (BU; STEPTOE; FANCOURT, 2020) e redução de contatos sociais, que envolvem fatores relacionados a uma saúde mental mais fragilizada (BENKE et al., 2020; GUO et al., 2020), principalmente durante uma pandemia. As pessoas tendem a buscar uma forma de enfrentamento da solidão e das preocupações inerentes ao período pandêmico. Todos esses fatores podem contribuir para um aumento no consumo de substâncias, em especial, ao uso de álcool (QUEIROGA et al., 2021). Soma-se ao fato de que, o álcool como um depressor do SNC, ocasiona um relaxamento, promovendo e induzindo o sono. Dessa forma, há um sinal de alerta para os possíveis rumores que transpassam o nível saudável de enfrentamento de situações estressantes.

Além da solidão, existem outros fatores que podem estar associados ao consumo de substâncias. Por exemplo, neste estudo o consumo de derivados de tabaco, maconha e cocaína foram maiores entre aqueles que não moravam na mesma cidade com a família, e que residiam com os amigos (tabaco e maconha). Não obstante, uma pesquisa brasileira identificou que indivíduos tabagistas, em sua maioria, residiam com amigos (PINHO et al., 2020). É possível inferir que morar com os pais e/ou ter supervisão da família, são fatores protetores para o uso de substâncias (MALTA et al., 2018).

Geralmente, o consumo é incentivado por influência de amigos, curiosidade ou frustração com algum evento da vida. Frente a esse contexto, é de crucial importância um maior reforço educacional e acompanhamento da família na vida de seus entes, em especial na infância e juventude, para prevenir comportamentos de risco (WADA et al., 2021), principalmente quando há distanciamentos e falta de controle parental, por exemplo, quando estes vão morar com amigos em outra cidade, seja para estudar ou trabalhar. Com o advento da pandemia, o impacto do consumo, que já era de risco, pode ser potencializado, principalmente entre os indivíduos que estão longe de sua família.

Em contrapartida, a presença de familiares pode, por sua vez, ser um fator desencadeante de situações de estresse. Neste estudo, medicamentos sedativos foram maiores entre aqueles que tinham problemas familiares e financeiros. Estudos mostraram essa associação (GALLONI; FREITAS; GONZAGA, 2021; PORTELA et al., 2022), avaliados por meio do impacto que os conflitos familiares e preocupações financeiras causaram na saúde mental do indivíduo que, muitas vezes, recorrem a um medicamento para aliviar a ansiedade e a angústia vivida.

O isolamento social, imposto pela pandemia, expõe diretamente a família em situações desgastantes e conflituosas, aumentando o estresse e a ansiedade, devido, muitas vezes, à cobranças, excesso de controle, mudanças de rotina, e ao maior tempo de convivência em casa. Essas situações prejudicam o bem-estar do indivíduo, uma vez que o vínculo familiar é de real importância no contexto social e relacional (HEILBORN; PEIXOTO; BARROS, 2020). Os problemas financeiros exacerbam as preocupações e ansiedade, somando à incerteza do futuro, o aumento no número de demissões durante a pandemia, o fechamento do comércio, entre outros, resultando em um efeito negativo na saúde mental da população, que recorreu ao uso de álcool e outras drogas (ALVES; SOUSA; FERREIRA, 2022).

6.2 Comportamentos durante a pandemia da COVID-19 e o consumo de álcool e/ou de outras drogas

Entre os participantes, 29,2% revelaram um aumento do consumo de álcool durante os primeiros meses da pandemia. Por outro lado, 30,2% relataram redução no consumo (Tabela 4). Nesse sentido, evidências mostram que as motivações para o uso de álcool como uma forma de enfrentamento são diversas (GIR et al., 2022; MURTHY;

NARASIMHA, 2021).

Os motivos para o aumento do uso variam e envolvem diversos aspectos psicológicos e sociais, desde o sofrimento mental (ansiedade, estresse, depressão) (AVERY et al., 2020; CALLINAN et al., 2021; NEILL et al., 2020; RODRIGUEZ; LITT; STEWART, 2021; TRAN et al., 2020), maior tempo livre em casa (HUTCHISON et al., 2022), isolamento familiar (GIR et al., 2022), *home office* (ALPERS et al., 2021), perda de emprego (NEILL et al., 2020), problemas financeiros (RODRIGUEZ; LITT; STEWART, 2021; WARDELL et al., 2020) e familiares (SUGAYA et al., 2021). As reduções do consumo, de um modo geral, foram relacionadas às preocupações com a saúde, ausência de eventos festivos (SOHI et al., 2022) e proibição de venda de bebidas em alguns países (REUTER et al., 2020). Tais alterações podem, de fato, ter ocorrido devido ao momento pandêmico, todavia, veio auxiliar a uma maior reflexão sobre os cuidados com a saúde e hábitos de vida saudável, influenciando alguns indivíduos a modificarem o comportamento, embora o contrário também pode ser verdadeiro (GIR et al., 2022).

Em termos de políticas públicas sobre a proibição da venda de bebidas alcoólicas em alguns países, durante a pandemia, houve um impacto ambíguo. Um estudo realizado na África do Sul revelou alguns pontos positivos que resultaram dessa proibição, como a redução de internações por situações de violência doméstica, como a agressão (incluindo agressão sexual), acidentes de transporte, lesões e internações, em apenas duas semanas em que foi imposto o isolamento social (REUTER et al., 2020). Por outro lado, na Índia, a indisponibilidade da venda de bebidas alcoólicas causou pontos negativos no comportamento dos indivíduos dependentes (DSOUZA et al., 2020). Dessa forma, pode-se perceber uma diversidade de fatores intrínsecos e extrínsecos associados, visto a singularidade humana. Nesse sentido torna-se necessário um olhar holístico para os diferentes comportamentos, percepções, cultura, medos e formas de enfrentamentos presentes na população, para que haja uma melhor intervenção em saúde de forma humanizada e menos estigmatizada.

No presente estudo, em relação às características comportamentais e o uso de álcool em *binge*, foram associados às seguintes variáveis: diagnóstico positivo de COVID-19 (associado ao tabagismo), algum familiar ou pessoa próxima contaminada com o coronavírus, perda do emprego, consumo de álcool por familiares ou outras pessoas residentes na mesma casa, aumento do consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas

durante a quarentena, e indivíduos que consumiram algum tipo de bebida alcoólica para aliviar a tensão, estresse ou ansiedade. Essas características específicas corroboram para um melhor entendimento das nuances apresentadas na pandemia e a uma realidade pouco conhecida até então.

A relação entre o uso de álcool e/ou tabaco e o diagnóstico da COVID-19, contribuem para o enfraquecimento da imunidade (GONZÁLEZ-REIMERS et al., 2014; SZABO; SAHA, 2015; WHO, 2020), deixando o indivíduo mais suscetível ao adoecimento. Ademais, os participantes que tiveram diagnóstico positivo de COVID-19 foram predominantemente aqueles que realmente fizeram o teste que, na época do estudo, possuía um preço pouco acessível e um número reduzido disponível. Uma parcela dos participantes alegou que tiveram sintomas parecidos, mas não confirmaram por meio de um teste e, todavia, não podemos considerar se realmente era COVID-19.

Quanto ao tabaco, além do fato do álcool enfraquecer a imunidade, e os usuários de tabaco possuírem maior vulnerabilidade (devido a COVID-19 ser uma patologia que afeta, sobretudo, o sistema pulmonar), o indivíduo pode ter tido uma sintomatologia mais evidente e, dessa forma, buscou um diagnóstico. Um outro ponto é que as pessoas que bebiam no padrão binge, poderiam estar em contato com outras pessoas, dessa forma, se expondo ainda mais a riscos, tanto para eles, quanto para os familiares e/ou pessoas próximas. Apesar das normas de restrições serem claras, houveram festas “clandestinas” realizadas ilegalmente, o que pode ter contribuído na disseminação do vírus da COVID-19. Além disso, a ocorrência de *lives* de cantores proporcionou festas remotas, em que as pessoas interagem com os músicos (de forma *on-line*), elevando o consumo alcoólico, mesmo em casa (MOURA, 2021).

Um ponto peculiar em nosso estudo, refere-se à relação do álcool em *binge* com os participantes que perderam o emprego durante a pandemia (45,8%) (Tabela 3). Sabe-se que estar desempregado faz com que o indivíduo sinta insegurança financeira, aumentando as preocupações, gerando ansiedade, incerteza e medo em relação ao futuro e o próprio sustento (CUNRADI et al., 2021). Assim, há uma tendência de usar o álcool como uma forma de enfrentamento dessas situações estressantes. Um estudo realizado com mais de 25 mil pessoas na Noruega, no início da pandemia identificou aumento do consumo de álcool maior entre os indivíduos que estavam preocupados com a situação financeira (OR 1,6, 1,4-1,8) (ALPERS et al., 2021). A perda da renda, o isolamento social e as incertezas em relação ao futuro, fizeram com que os indivíduos procurassem uma

"válvula de escape", muitas vezes usando o álcool para expelir o tédio, o estresse e a ansiedade (ALPERS et al., 2021; STACK et al., 2021).

É importante salientar os impactos econômicos e sociais que ocorreram mundialmente em função da pandemia, resultando em muitas demissões e aumentando os índices de desemprego, devido ao fechamento dos postos de serviços. Isso favoreceu uma queda na situação econômica de forma global (GHOSH; SHARMA, 2021), inclusive no Brasil (COSTA, 2020). É preocupante o fato de as pessoas usarem o álcool e/ou outras substâncias como repostas à essas situações infaustas. Uma vez que essa problemática pode perpetuar-se por muitos anos, pós-covid.

Pensando nessas formas de enfrentamento, uma característica observada em nosso estudo foi o aumento do consumo alcoólico entre os participantes usuários de tabaco, maconha e cocaína/crack (Tabela 4). Isso pode estar associado à ansiedade gerada por toda a situação, direta ou indiretamente, que a COVID-19 proporcionou, uma vez que as pessoas que consumiram álcool como forma de aliviar a tensão, estresse ou ansiedade, estão também associadas às demais substâncias avaliadas. É evidente o desfecho negativo na saúde mental da população, tendo em vista a uma inconstante e instável pandemia que se estendeu por mais de dois anos.

Frente às incertezas da pandemia, relacionado diretamente com o sofrimento psicológico, uma pesquisa realizada em Oregon (EUA), mostrou que os entrevistados estavam com a saúde mental prejudicada devido a todos os problemas enfrentados no período pandêmico. Além disso, alguns participantes relataram que usavam as substâncias como forma de se automedicar, para tentar aliviar sentimentos negativos e obter relaxamento, não se preocupando com as consequências ou o risco de *overdose* (STACK et al., 2021). Portanto, é importante realizar ações preventivas voltadas à população em geral, identificar os usuários que estão em situação de risco e vulnerabilidade para o aumento do consumo de substâncias, dado o momento estressante da pandemia, e assim, realizar intervenções e monitoramento de forma continuada.

Em nosso estudo, o uso de sedativos/hipnóticos foi associado à violência durante o período de isolamento, aumento do uso de cigarros e drogas ilícitas, bem como o uso de álcool com o intuito de aliviar a tensão e ansiedade (Tabela 4). Os sedativo-hipnóticos agem reduzindo a ansiedade, além de induzir ao sono. São medicamentos amplamente prescritos em todo o mundo, apesar de haver um uso irregular, todavia há a necessidade

de acompanhamento profissional (TREVOR; WAY, 2014). Fatores como a pandemia, o isolamento, sofrer violência e aumento do consumo de substâncias são situações estressantes que podem levar o indivíduo a um sofrimento mental exacerbado.

Estudo brasileiro, realizado antes da pandemia da COVID-19, mostrou que 42% das participantes faziam uso de medicamentos psicotrópicos, e que, dentre as motivações para o uso, foi visando aliviar a angústia gerada pela violência sofrida (ZANCAN; HABIGZANG, 2018). Durante a pandemia, a situação se agravou, aumentando os casos de violência, principalmente entre as mulheres, como apresentado nos resultados de um estudo realizado no Irã, que revelou o acréscimo de 37,5% da violência doméstica durante o isolamento social, principalmente a violência psicológica, que esteve associada ao uso de substâncias (OR = 1,8; $p = 0,033$) (LANKARANI et al., 2022).

O isolamento social imposto para conter a disseminação da COVID-19 e reduzir os índices de mortalidade foi de extrema importância no país. Porém, houve diversas situações que ocasionaram em estresse ao ter que ficar em casa, resultando em aumento de conflitos familiares e, conseqüentemente, a diversos tipos de violências. Sabe-se que sofrer violência (física, psicológica, sexual e verbal) afeta a saúde mental dos indivíduos, resultando em depressão, ansiedade e estresse pós-traumático (ZANCAN; HABIGZANG, 2018).

Quanto ao consumo de sedativos/hipnóticos sem prescrição médica, destaca-se quatro grandes problemas. Primeiro, o uso dessas medicações de uso controlado, sem prescrição médica, aumenta potencialmente os efeitos indesejáveis. Por exemplo, para idosos, algumas medicações sedativas devem ser utilizadas sob prescrição médica e acompanhamento, havendo diferença entre os tipos de drogas (devido a meia-vida curta ou longa) e os riscos de queda e lesões (DAILEY, 2004). Segundo, a dependência física e psicológica desses medicamentos, bem como a retirada realizada de forma incorreta (DAILEY, 2004). Terceiro, o risco de uso incorreto (dosagem e frequência de uso) (TREVOR; WAY, 2014). Doses altas podem causar uma depleção do SNC, levando ao coma e resultando em morte (TREVOR; WAY, 2014). E quarto, as prováveis interações medicamentosas (DAILEY, 2004).

Um outro ponto relevante visto durante a pandemia, se deu ao fato dos serviços que oferecem tratamento para os problemas relacionados ao adoecimento mental e ao uso

de substâncias, estavam impossibilitados de atender essa demanda (WILKINSON, 2020). Dessa forma, muitas pessoas ficaram sem rede de apoio dos profissionais da saúde. Além disso, as vítimas de violência tiveram uma maior dificuldade em denunciar os casos sofridos, uma vez que a quarentena impossibilitava a circulação e aglomeração de pessoas, ficando muitos locais restritos, somando ao receio da contaminação (VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020).

Assim, a pandemia gerou diversas barreiras de acesso aos serviços de saúde da população, sendo que as pessoas em situações de vulnerabilidade psicossocial foram as mais afetadas. O sofrimento, angústia, ansiedade, estresse e a tensão gerada por esse período pandêmico afetaram praticamente todos os setores da vida dos indivíduos (FARO et al., 2020). Como é uma reação natural do ser humano, que busca se adaptar às novas circunstâncias (BABIC' et al., 2020), o uso de substâncias, em especial, de bebidas alcoólicas, foi utilizado, muitas vezes como uma forma de confronto (GARCIA; SANCHEZ, 2020) ou, como muitos participantes relataram, uma "condição de fuga da realidade".

6.3 Motivação para a mudança e Intervenções Breves

Sobre os impactos negativos do uso de substâncias, em especial o álcool, bem como as características de consumo, hábitos rotineiros e a importância da IB, este tópico abordará a pré-intervenção, destacando as motivações dos participantes que se encontravam momentos antes da intervenção. Isso porque um grande fator de mudança e sucesso de ações preventivas é a motivação do indivíduo.

Na presente amostra, os participantes se mostraram pouco motivados a realizar mudanças em seu comportamento, a maioria por acreditar que não estavam fazendo uso alcoólico de risco. Em geral, os indivíduos não possuíam conhecimento sobre as quantidades de baixo risco, tão pouco a diferença, em quantidade, de ambas. Essas informações são pouco divulgadas, não obstante, apenas situações positivas são propagadas, principalmente pela mídia. Somando a isso, o fato de as bebidas alcoólicas serem bastante aceitas socialmente e vistas como um componente que faz parte da vida, sempre associadas às festas, lazer e alegrias, os indivíduos tendem a não refletir sobre a quantidade ingerida, negando ou minimizando situações negativas (SEBELO, 2021).

Esse fato foi observado em uma outra pesquisa brasileira, realizada com mulheres

de uma Unidade Básica de Saúde, que avaliou os discursos sobre o consumo nocivo de álcool. As participantes, no geral, relataram que não tiveram prejuízos associados ao consumo, mesmo informando que já tiveram problemas com desequilíbrio e queda, relação sexual sem proteção e infertilidade, também não associaram o comportamento de consumir álcool com os problemas mencionados. Ainda, para as entrevistadas, as bebidas alcoólicas não foram consideradas uma droga (SILVA et al., 2021). Esse pensamento é mais comum do que se imagina. Muitos usuários de álcool, que fazem um consumo de risco, não conseguem associar os problemas ocasionados pelo uso dessa substância.

Surpreendentemente, mesmo com a prontidão para a mudança de comportamento muito baixa, os participantes deste estudo reduziram o consumo de álcool, de forma significativa (Tabela 9). Diferente de uma pesquisa realizada nos EUA, que apontou que os indivíduos com um maior nível de motivação para a mudança, foram os que mais modificaram o consumo alcoólico após intervenções (CAREY et al., 2009). Isso pode ser devido ao fato de que, no presente estudo, a avaliação da motivação para a mudança foi realizada antes da aplicação da IB, pois, durante a intervenção, foi dado um feedback para os participantes sobre o consumo, que muitos consideraram que consumiam uma quantidade segura ou nem pensaram sobre isso. Ainda, após o feedback, a educação para o álcool e as orientações podem ter ajudado a motivar o indivíduo a gerar mudanças no seu comportamento.

Frente a esses motivos, as pessoas devem receber orientações educativas sobre o uso de álcool e suas consequências, pois muitas não consideram o álcool como algo maléfico e acreditam que não há problema em beber mais do que cinco doses por ocasião. O enfermeiro tem a responsabilidade em disseminar informações, bem como auxiliar e dar suporte para indivíduos que estão fazendo uso de risco, por meio da identificação, planejamento e oferta da IB, e em casos de provável dependência, deve-se conhecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) disponível no município, para um correto encaminhamento aos serviços especializados.

As IBs realizadas em nosso estudo, por vídeo chamadas, mostraram efetividade significativa durante o período de acompanhamento de três meses (janeiro a abril de 2021) (Tabela 9). Porém, a efetividade (estatisticamente significativa) na redução não se estendeu por mais 14 meses (junho de 2022) (Figura 4). Ou seja, uma sessão de IB teve benefício em reduzir significativamente o uso de álcool apenas por três meses, porém, ao longo do tempo, seriam necessários mais sessões e monitoramento. Apesar disso, o

consumo de álcool após 14 meses do pós-teste (junho 2022), foi menor do que antes da IB (janeiro de 2021), mesmo com o retorno dos eventos festivos e a vida ‘quase’ normal. Os participantes que voltaram a consumir bebidas, após as restrições, já não fizeram com tanta frequência e intensidade como antes de receber uma intervenção educativa por meio da IB para os problemas relacionados ao uso de álcool.

Nesse sentido, reforça-se a hipótese apresentada neste estudo, de que a aplicação da IB por videochamada produz efeito na redução do consumo de álcool, principalmente a curto prazo. Esse desfecho corrobora com os resultados de um estudo realizado por meio de uma revisão sistemática e meta-análise (DONOGHUE et al., 2014), com o objetivo de conhecer a efetividade da IB a longo prazo. Nesse estudo de revisão, os resultados mostraram que as IB foram efetivas na redução de álcool apenas em um período inferior a 12 meses, com destaque de que um período de acompanhamento maior não apresenta mais efetividade (DONOGHUE et al., 2014).

Esses achados foram confirmados em nosso estudo. Por isso, é importante que as IBs sejam de sessões múltiplas, com reforço a cada três ou seis meses. Pensando em otimização (de ambas as partes) e gerenciamento de tempo, o enfermeiro pode realizar as IBs por meio de dispositivos móveis, por videochamada, e dessa forma, possibilitar uma maior atenção aos usuários, reduzindo os danos provenientes desse consumo. Além disso, não expõe os indivíduos a contraírem SARS-CoV2 (GHOSH; SHARMA, 2021).

A esse respeito, uma pesquisa realizada na França, testou um aplicativo para celulares para identificar os indivíduos em risco para o consumo de álcool e/ou cigarros de tabaco durante a pandemia. Trata-se de um agente de conversação, que entrevistava os indivíduos, questionando sobre os comportamentos percebidos de álcool/tabaco, determinando o risco através de escalas de identificação do uso dessas substâncias. Participaram da primeira etapa 1.588 pessoas, e 318 completaram a escala de aceitação e confiança com o aplicativo. Identificou-se que 42% eram tabagistas e 27% usavam bebidas alcoólicas de forma problemática. O isolamento influenciou o uso de álcool ($p < 0,005$), 88% afirmaram que o aplicativo era fácil de utilizar, e 82% consideraram confiável (AURIACOMBE et al., 2021). Esses resultados mostram que a tecnologia pode ajudar de forma perspicaz na prevenção e tratamento em saúde. Os profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, se devidamente treinados em suas habilidades cognitivas e relacionais, podem e devem se adequar às novas tecnologias como uma ferramenta impulsionadora do cuidado.

Um importante ensaio clínico realizado antes da pandemia da COVID-19, nos EUA, usou a IB de forma presencial e uma de forma *on-line* (videoconferência), para avaliar a redução do consumo de álcool entre universitários que faziam uso em *binge*, e mostrou que houve redução significativa em ambos os grupos. Demodo que, as IBs tanto de forma presencial, como a remota, foram exitosas na redução do consumo de bebidas alcoólicas entre os estudantes (KING et al., 2019). Dessa forma, para uma maior praticidade, os enfermeiros podem adotar o uso do telefone móvel como um recurso de monitoramento de IB, não só para as questões relacionadas ao uso de álcool, ampliando o cuidado integrado e sistemático.

Até o momento nenhum outro estudo publicado realizou IBs por meio de videochamada, visando motivar os indivíduos a mudarem especificamente seu comportamento de consumo alcoólico durante a pandemia da COVID-19. Houve pesquisas com algumas similaridades, durante os anos de 2020 e 2021 (GOMIDE et al., 2022; PFLEDDERER et al., 2022; RIZVI et al., 2022; SILVA, 2021), todavia, não foram desenvolvidas na mesma singularidade com que foi realizada a presente pesquisa, como descrito a seguir.

No estudo de Pfladderer et al. (2022), a IB foi avaliada comparando com as melhorias nas questões de saúde e qualidade de vida dos estudantes universitários estadunidenses. Sendo aplicada e acompanhada no período de 2, 6 e 12 semanas para avaliar as modificações nos comportamentos de saúde e bem-estar. Também se utilizou o Modelo de Imagem Comportamental elaborada na seguinte estrutura: uma pesquisa para sensibilizar os indivíduos sobre seus comportamentos de saúde; uma sessão de 25 minutos com um profissional especialista em bem-estar, que realizou um feedback para os participantes e mensagens positivas, visando aumentar a motivação para a mudança; e uma outra sessão que visava o planejamento de metas, com duração de 15 minutos. Dos resultados, no primeiro acompanhamento houve redução no consumo de maconha (coef. = -2,3,95%CI: -4,1, -0,5) e álcool (coef. = -2,5,95%CI: -3,7, -1,3), mantidas por um período de 12 semanas (PFLEDDERER et al., 2022). Nesse sentido, como observado em nosso estudo, as IBs podem influenciar positivamente os indivíduos em seu processo de mudança nos comportamentos não-saudáveis, como o consumo nocivo de álcool.

Um ensaio clínico randomizado foi realizado em 2020, nos EUA, com alunos de

graduação, visando testar uma IB com o uso de vídeos curtos sobre capacidade diária, que ocorreu durante 14 dias, objetivando reduzir o sofrimento mental dos participantes durante a pandemia. Um grupo recebeu os vídeos com informações educativas por duas semanas (experimental) e o outro apenas foi avaliado (controle). Os participantes do grupo experimental apresentaram uma melhora em suas emoções, relatando mais sentimentos positivos (RIZVI et al., 2022). Quanto a esses achados, um investimento com cuidados sistematizados resulta em uma melhor efetividade, mediante a diferença entre os grupos experimental e o controle. Com isso, gestores de saúde devem atentar para essa tecnologia do cuidado, uma vez que as IBs podem contribuir para uma melhora significativa na saúde da população.

Durante a pandemia, no Brasil, Silva (2021) avaliou a efetividade de IB associadas a *mindfulness* (de forma virtual por meio de um aplicativo de celular), mostrando a sua efetividade na redução dos níveis de ansiedade e estresse vivenciados por estudantes universitários (SILVA, 2021). Considerando o aumento do uso de telefones celulares pela população geral, sobretudo entre os jovens, os aparelhos celulares podem ser úteis para fins de promoção da saúde, bem como o uso de plataformas *on-line* acessíveis e gratuitas.

Uma outra pesquisa, realizada no Brasil e na Argentina, também realizou a IBs, por meio de uma plataforma *on-line* de conversação em tempo real, visando oferecer apoio emocional para indivíduos em sofrimento devido à pandemia. No primeiro momento, os pesquisadores identificaram as necessidades dos participantes; posteriormente uma escuta ativa e educação em saúde; e encaminhamentos em casos necessários. As intervenções foram realizadas por 77 profissionais e estudantes (treinados pelos pesquisadores), todos voluntários, com o intuito de fornecer suporte e apoio de saúde por meio do chat (com a supervisão de psicólogos). Com isso, 1.107 IBs (de 15 minutos) foram realizadas, sendo que o maior acesso ao chat foi por brasileiros (GOMIDE et al., 2020). Esse tipo de iniciativa é imprescindível em situações traumáticas, como o período pandêmico, uma vez que os serviços de saúde estavam sobrecarregados, com atenção especial aos casos de COVID-19 e, dessa forma, os indivíduos ficavam muitas vezes desassistidos presencialmente.

Durante a pandemia, realizar assistência com ênfase à saúde mental e uso de substâncias foi um grande desafio, devido a impossibilidade de contato presencial (AGYAPONG et al., 2020). Dessa forma, houve a necessidade de adaptar-se às novas circunstâncias. Para que haja continuidade no cuidado de forma remota, é preciso que os

enfermeiros saibam utilizar essas plataformas e técnicas de intervenções não presenciais. Portanto, é necessário que haja uma maior oferta nas disciplinas de saúde mental na formação acadêmica dos enfermeiros, bem como em cursos de educação continuada, abordando especificamente o consumo de substâncias, e treinamento para estudantes e profissionais utilizarem as IBs de forma presencial e remota (NOBREGA et al., 2020).

Pensando nessa lacuna do conhecimento, Gonzalez et al. (2021) realizaram um programa de educação *on-line*, de forma individual, para 169 alunos. Os resultados mostram um aumento do conhecimento para todos os participantes. Um outro estudo realizado na Alemanha, descreveu a implementação de um curso *on-line* de orientações sobre álcool e tabaco durante a pandemia, por meio de uma estrutura de “sala de aula invertida”, para estudantes de medicina, com o intuito de mostrar o funcionamento e aplicação da IBs. Notou-se que o curso foi viável e os alunos ficaram satisfeitos (TIEDEMANN; SIMMENROTH, 2021). Além dos graduandos, os profissionais da saúde devem receber qualificação profissional e treinamento para realizar a identificação e o planejamento da IB em seu local de trabalho nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Ainda sobre as IBs de forma remota, um estudo piloto, realizado na Suécia, usou intervenção de Terapia Cognitivo-Comportamental *on-line*, visando a redução do sofrimento psicológico dos participantes. A IB foi realizada em módulos (apenas para o grupo experimental), em que os participantes liam e respondiam questões e, além disso, um terapeuta dava apoio de forma remota, fornecendo *feedback* sobre as atividades, além de motivar o indivíduo a prosseguir no tratamento. Todas as fases, com exceção da primeira (inclusão dos participantes), foram realizadas em uma plataforma *on-line*. Como resultado secundário, também foi incluído o uso de álcool. O pós-teste mostrou um efeito de moderado a alto nos sintomas de depressão (Cohens $d = 0,63$), ansiedade ($d = 0,82$), e estresse ($d = 1,04$). O consumo de álcool também teve um efeito ($d = 0,54$], mas não foi relevante (AMINOFF et al., 2021). Com isso, nota-se o empenho dos pesquisadores durante a pandemia, em se adaptar às novas situações, amparando os grupos mais vulneráveis. Isso possibilitou um maior cuidado à população, que são assistidos, mesmo sem sair de casa.

Nota-se que, mesmo antes da pandemia, tem crescido o interesse de realizar e testar intervenções *on-line*, devido aos custos-benefícios que ela proporciona. Um deles,

é em relação ao baixo custo, tanto para os profissionais, quanto para os participantes, uma vez que há gastos financeiros para o deslocamento entre unidades de saúde e a residência dos usuários, principalmente àqueles que moram em áreas de difícil acesso. Uma outra questão é o domínio do tempo e facilidade de sua utilização (GROS et al., 2013).

Desse modo, o profissional de saúde pode estender as IBs para um maior número de pessoas, como os familiares e outros do seu território. Além disso, um estudo mostrou a preferência dos usuários pela intervenção *on-line*, indicando que foi mais conveniente e teve uma maior confiabilidade (KING et al., 2008). Dado aos avanços tecnológicos, a utilização da IB de forma remota pode ser uma boa opção, pois podem ser utilizadas em celulares ou computadores. Além disso, essa expansão possibilita uma maior confiabilidade, privacidade e segurança para os usuários, devido ao sistema de criptografia (GROS et al., 2013).

6.4 Entrevistas qualitativas

Seguindo a concepção de pesquisas *on-line*, um recurso importante e utilizado em nossa pesquisa foi a coleta de informações audiogravadas, por meio de videochamada. Este tópico aborda os dados qualitativos, que engloba a natureza do excerto das falas dos participantes, destacando os temas mais relevantes que complementam os dados quantitativos.

Condizente com pesquisas anteriores (CAREY et al., 2009; KING et al., 2019) as entrevistas utilizadas para as IBs foram audiogravadas. Em geral, os participantes se mostraram receptivos durante a videochamada, apenas duas pessoas se recusaram a ligar a câmera do aparelho celular. Na primeira etapa da IB (feedback) foram informadas as classificações dos níveis de consumo de álcool (AUDIT-C). Após esse feedback da pontuação, alguns participantes ficaram confusos, pois muitos acreditavam que não faziam um uso alcoólico de risco. A autoanálise, pelos pesquisados, foi importante, para que eles refletissem sobre o seu comportamento de consumo.

Em relação a esse achado, um estudo qualitativo realizado com frequentadores de bares (casa noturna festiva) no sul do Brasil (CARMO et al., 2018), identificou que os padrões de consumo nocivo dos entrevistados não pareciam gerar estranhamento,

tratando como algo trivial. Percebeu-se que os participantes não possuíam um conhecimento acerca do consumo excessivo, assim como não tinham um pensamento ou autoanálise crítica do consumo alcoólico de risco, tratando como um consumo social, apenas. Como na presente pesquisa, a autopercepção dos usuários de álcool acerca de seu consumo é insipiente, até mesmo para os que foram classificados com risco severo, e mesmo os participantes cientes compreendiam como algo natural, como apresentado no estudo de Carmo et al. (2018).

A percepção é, muitas vezes, conhecida como o contato entre dois distintos mundos: o físico e o da mente (LOPES; ABIB, 2002). A teoria da autopercepção tem resultados consideráveis na disponibilização inerente das atitudes e comportamentos do indivíduo, autodenominada no que se faz referência à motivação. Esse processo também pode estar relacionado a maneira com que a pessoa projeta mentalmente o seu comportamento (SIM-SIM; LIMA, 2004). No excerto da fala do participante de número 23, não havia autopercepção do risco, inclusive, se mostrou preocupado com o feedback. Mas, pelas falas dos demais entrevistados, pareciam não se importar com o retorno dado após a identificação do consumo. Um outro ponto importante é a conscientização do comportamento realizado, seja de risco ou não. Quando o indivíduo tem consciência do próprio comportamento, ele envia um retorno verbal característico a um estímulo não verbal (LOPES; ABIB, 2002). Por meio da autopercepção, pode haver motivação para a mudança de comportamento.

Na presente amostra, foi analisada a influência da pandemia no comportamento do consumo de álcool. Os participantes trouxeram informações diversas, apontando a pandemia como um elemento chave para o aumento do consumo. Muitos entrevistados relataram que o isolamento social, assim como permanecer mais tempo em casa, favoreceram o consumo alcoólico. Isto posto, a pandemia contribuiu para o aumento do tempo em casa, seja trabalhando ou estudando. Com isso, houve aumento de diversos sentimentos, como raiva, tédio e falta de contato social, elevando os níveis de estresse.

Nesse sentido, o álcool pode ser analisado como uma resposta do indivíduo frente ao contexto de crise no mundo. O estudo de Alpers et al. (2021), mostrou que os participantes que aumentaram o consumo estavam associados àqueles em quarentena (OR 1,2, 1,1-1,4) e aos indivíduos que estavam estudando e/ou trabalhando em casa (home-office) (OR 1,4; 1,3-1,6). É importante que os profissionais de saúde e gestores saibam

sobre a complexidade das situações que ocorreram durante a crise da pandemia, seja para inquéritos epidemiológicos, organização de serviço, ou para um melhor gerenciamento e controle dos problemas diretos e indiretos causados pela pandemia.

Ademais, os participantes destacaram a relação direta entre sofrimento mental e o uso de álcool, sendo, muitas vezes, uma válvula de escape, principalmente no início da pandemia. Estudos mostraram essa relação (BENKE et al., 2020; JACOBSON et al., 2020; SPARKS et al., 2022), reportando a ansiedade associada ao consumo de álcool, de modo que, o aumento de sintomas ansiosos contribuiu para o aumento do consumo de bebidas alcoólicas e vice-versa (ANKER; KUSHNE, 2019; SILVA; TUCC, 2018). Os participantes relataram ainda que usavam bebidas alcoólicas em casa para tentar “fugir um pouco de tudo que estava ocorrendo” no pico da pandemia. Consideraram que o uso de álcool foi um suporte, um alívio ao estresse frente às incertezas e desfechos da pandemia.

Esse fato tem suas peculiaridades e é complexo, tendo em vista que consumir álcool como uma forma de aliviar a ansiedade e outros sentimentos negativos, tem sido um importante marcador para transtorno por uso de álcool (TUA), atual ou futuro (ANKER; KUSHNE, 2019). Tendo em vista que sentimentos negativos e fatores hereditários (para TUA), estão relacionados a um conjunto desregulado à resposta ao sentimento de estresse, que estão envolvidos no desenvolvimento de ambos os transtornos (álcool e ansiedade) (ANKER; KUSHNE, 2019).

O estresse percebido durante o período pandêmico, também pode ter contribuído para o aumento, devido ao excesso de informações disponibilizadas nos meios de comunicação social e a disseminação de notícias falsas associadas, divulgados em momentos de tantas incertezas. Um dos participantes relatou a ansiedade relacionada ao número demasiado de notícias veiculadas nas mídias. O trabalho jornalístico tem sua importância na divulgação de informações, bem como manter as pessoas informadas sobre a pandemia, mas o excesso de informações, a forma deliberada e exacerbada com que os dados de aumento de novos casos, óbitos, hospitais lotados, cemitérios sem vagas, enterros e outros, tiveram um peso muito grande nos aspectos emocionais da população (DICKSON; MELO; BENTES, 2021).

Assim, os indivíduos começaram a entrar em pânico, ao ver o progresso da pandemia descontrolada, novas variantes, e a falta de perspectivas de quando encontrariam uma solução para dar fim, ou pelo menos controlar, a situação. O primeiro

impacto da pandemia trouxe um caos na saúde geral, tanto física, quanto mental. Após esse impacto, alguns participantes relataram que, com o afrouxamento das restrições mais severas, reduziram o consumo de álcool.

O ser humano, historicamente, é um ser adaptável. Porém, algumas pessoas possuem uma maior sensibilidade para enfrentar eventos adversos da vida, ficando mais suscetível ao sofrimento (BABIC^Ć et al., 2020). Ademais, outras pessoas são mais resilientes, conseguem enfrentar melhor as situações de estresse. A resiliência é a habilidade de uma pessoa superar situações estressantes e se restaurar. Entretanto, não é inata, pode ser adquirida e fortalecida por meio de experiências pessoais, da aceitação de novas situações, otimismo e resolução de desafios cotidianos. Os indivíduos resilientes veem as situações negativas como uma forma de se obter uma experiência favorável, ou seja, durante uma situação de crise e isolamento conseguem ter esperança (BABIC^Ć et al., 2020).

Essas situações foram observadas nos excertos das falas dos participantes, em que algumas pessoas foram mais vulneráveis a se expor em situações de risco, em resposta ao enfrentamento de uma situação, e outras, porém, conseguem se sobressair, manter a calma, entre outros. As características e diferenças de cada um é que torna o ser humano um ser complexo. Por exemplo, alguns entrevistados justificaram o aumento ou a redução do consumo de álcool devido à ausência de festas, eventos sociais e de lazer.

Os participantes que aumentaram o consumo de bebidas devido ao fechamento e proibição de eventos festivos, alegaram buscar uma diversão, um lazer, mesmo que em casa, como mencionado pelo participante 15: *“beber é a diversão que restou”*. Novamente abordando a resiliência, as pessoas tentam se adaptar às novas situações, aos novos contextos. A pouca opção de lazer fez com que os indivíduos começassem a beber em casa, um hábito perigoso, que pode se estender também pós-pandemia. Além disso, este pode ser um indicador de sofrimento mental, em que as pessoas esperam que a bebida vos dê alegria, frente às turbulências vividas (JACKSON et al, 2021).

Estudos que corroboram aos dados sobre a redução do consumo em função da ausência de festas (ALPERS et al., 2021; JACKSON et al, 2021; JAFFE et al., 2021), destacaram esse comportamento, especialmente entre os jovens, uma vez que geralmente consomem bebidas alcoólicas apenas em festas e reuniões sociais. Em geral, indivíduos

com esse comportamento reduziram o álcool durante o isolamento, todavia não fazia mais sentido, para eles, se embriagarem dentro de casa. Dessa forma, as pessoas que viram as oportunidades (festas) para beber reduzindo, aliados ao fato de que beber em grandes quantidades não faziam parte do cotidiano, diminuíram o consumo alcoólico de risco (JACKSON et al., 2021).

É provável que diferentes mecanismos estejam relacionados a esses desfechos opostos (STICKLEY et al., 2022), inclusive traços de personalidade (ADAN; FORERO; NAVARRO, 2017). A impulsividade e a busca de sensações são frequentemente relacionadas ao consumo de álcool em *binge*. Outro traço comumente associado ao consumo, que pode estar ligado a situação pandêmica, é a propensão ao tédio, como os sentimentos negativos, depressão, desesperança, síndrome amotivacional, solidão, entre outros (ADAN; FORERO; NAVARRO, 2017). Por outro lado, indivíduos que possuem o traço de personalidade neuroticismo (tendência a experimentar sentimentos negativos) tendem a ser abstêmios ou consomem álcool de baixo risco. Ou seja, indivíduos com maior instabilidade emocional são menos propensos a fazer um consumo alcoólico de risco (LAC; DONALDSON, 2016).

Portanto, torna-se necessário identificar os fatores de vulnerabilidade, como gênero, faixa etária, personalidade, estado socioeconômico associado ao aumento do consumo, visando planejar e desenvolver intervenções alvo. Além disso, é necessário investimento em políticas públicas efetivas no âmbito da prevenção para atividades que aumentem a resiliência e enfrentamentos, independentemente do período pandêmico, como, por exemplo, estratégias de enfrentamento a estressores relacionados direto ou indiretamente à COVID-19, fornecendo apoio e acompanhamento (ZYSSET et al., 2022). Quanto aos casos de aumento do consumo, é urgente a conscientização ampliada das consequências para a saúde, principalmente relacionado à COVID-19, tornando-se uma prioridade de saúde pública (STICKLEY et al., 2022).

6.5 Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser destacadas. Primeiro, a pesquisa foi realizada inteiramente *on-line* e os questionários foram autoaplicados. Nesse sentido, pode haver viés de memória, negação e cansaço ao preencher os questionários.

Segundo, houve perdas de participantes ao longo de todas as etapas, o que comprometeu e reduziu a amostra final. Terceiro, não houve a utilização de uma medida objetiva (exames clínicos/ bioquímicos), apenas subjetiva (respostas dos participantes). Quarto, foi aplicada apenas uma sessão de IB, o que pode ter influenciado a efetividade da IBs apenas a curto prazo. Por último, não foi realizado um estudo de identificação do consumo de álcool antes da pandemia, dessa forma não podemos comparar às medidas de antes e após o período pandêmico.

6.6 Implicações futuras

O presente estudo possui contribuições importantes para a área da saúde mental e da enfermagem psiquiátrica, pois contribui com reflexões sobre o impacto da pandemia no comportamento do consumo de álcool, bem como os fatores associados ao aumento e redução do uso, a forma de identificar os casos problemas, e a aplicação de IBs mostrando sua funcionalidade, mesmo realizada de forma *on-line*. Essas práticas podem ser replicadas, facilitando o manejo e estabelecendo uma melhor relação e vínculo de confiança entre enfermeiro-paciente.

As IBs podem ser realizadas por meio de videochamadas independentemente do local de atuação do enfermeiro, todavia, enfermeiros que atuam em serviços da atenção primária à saúde (APS) têm um papel fundamental com o público em geral, sobretudo com os jovens (que muitas vezes não são avaliados sobre o seu padrão de uso de álcool), além de promover atividades de promoção e educação em saúde na comunidade, com a população geral (TEIXEIRA et al., 2020).

Por isso, recomenda-se a realização de IBs, principalmente na APS (ESF/UBS), para um acompanhamento de atividades preventivas e orientação (em conjunto com a visita domiciliar). Tendo em vista que cada ESF tem sua área de abrangência, os indivíduos que buscam atendimento para a saúde física também podem ser avaliados em relação ao uso de álcool e seus problemas, com evidências científicas de sua funcionalidade nesse propósito (PAIVA et al., 2021).

Uma vez que há evidências de que os enfermeiros alegam falta de tempo para realizar a IBs, relatando que a triagem deve ser rápida, básica e focada nos sintomas clínicos, a IB por videochamada pode ser um auxiliar no dimensionamento de custo-benefício, tempo e recursos materiais e humanos (ZERBETTO; FURINO; FURINO, 2017).

Dentre suas atividades é de crucial importância que o enfermeiro tenha conhecimentos cognitivos e relacionais para uma assistência de qualidade (PILLON; LUIS; LARANJEIRA, 2003), tendo vista os variados padrões de consumo do uso de álcool e potenciais consequências nas diferentes populações de usuários (mesmo os consumos episódicos) em todos os territórios de abrangência, avaliando os indivíduos em todas as fases do ciclo vital, e nos diversos serviços que atuam, independentemente do

nível de complexidade de assistência, mesmo àqueles que o consumo de álcool não é perceptível ou problemático (prevenção universal).

Outro ponto importante refere-se ao consumo de álcool como forma de enfrentamento de situações de crise, para aliviar a ansiedade ou estresse, para enfrentar situações negativas, e como “única” forma de diversão. Por trás desse contexto, foi possível observar uma vulnerabilidade e um maior risco para um futuro transtorno por uso de substâncias, associados à comorbidade.

Ainda, um meio facilitador que já vinha sendo testado, e que neste estudo testou uma forma adaptada, foi a aplicação de IB por videochamada. Para isso, é fundamental que o profissional seja treinado adequadamente, que pode ser por meio de cursos *on-line*, para utilizar os instrumentos de identificação dos problemas relacionados ao uso de álcool, conhecer a sua classificação e, posteriormente, aplicar as IBs.

O uso de IBs por videochamada tem sido promissor, uma vez que é uma técnica de baixa complexidade para seu uso e que despense pouco tempo em sua aplicação, podendo ser realizada no local de trabalho (ESF, UBS, Centros de referência, entre outros serviços), aproximado o indivíduo ao local de saúde, sem que esse tenha que se deslocar da sua residência.

Os participantes deste estudo responderam afirmativamente que gostaram de receber a IB por videochamada, conhecer a pesquisadora “ao vivo”, poder falar do consumo, tirar dúvidas, receber orientações de saúde, e aprender mais sobre o que é um consumo de álcool de risco. Os entrevistados se mostraram interessados e relataram o interesse em um maior tempo de diálogo na videochamada (APÊNDICE C).

Por fim, a IB por videochamada é um recurso viável, aceitável e efetivo. Porém, é necessário que o profissional de saúde acompanhe o usuário, no mínimo, trimestralmente, que faça a chamada em um local privado, sem interferência, visando manter o sigilo e a ética.

7. CONCLUSÃO

A partir dos resultados, pode-se concluir que mais da metade dos entrevistados estavam fazendo um consumo alcoólico de risco, principalmente os mais jovens. O consumo de álcool em *binge* foi associado ao sexo masculino, indivíduos que estavam morando sozinho, aqueles que tiveram COVID-19, bem como ter amigos ou pessoas próximas também contaminadas, perda do emprego, outras pessoas na mesma residência que estavam consumindo álcool, o aumento do consumo de bebidas, cigarro e substâncias ilícitas durante o isolamento, e aqueles que usaram algum tipo de substância alcoólica para aliviar a tensão, estresse ou ansiedade.

O consumo de derivados de tabaco foi associado a indivíduos da região Sudeste do Brasil, homens, que não possuíam uma religião, moravam com amigos, bem como residiam em cidade ou país diferente do que sua família, tiveram diagnóstico positivo de COVID-19, que aumentaram o consumo alcoólico e drogas ilícitas durante o isolamento, e aqueles que consumiram álcool como uma forma de enfrentamento dos sentimentos negativos. O uso recreacional de maconha foi associado a: brasileiros residentes em outros países, autodeclarados brancos, jovens, indivíduos com ausência de crenças religiosas, residir com amigos e em cidade diferente que os pais, aumento do consumo de álcool, cigarro e substâncias ilícitas, e consumo de bebida alcoólica para aliviar tensões.

O uso de cocaína/crack esteve relacionado a: sexo masculino, morar em uma cidade diferente do que os familiares moram, aumento do consumo de álcool, tabaco e maconha, e aqueles que usaram álcool como forma de enfrentamento. Os medicamentos sedativos/hipnóticos foram associados ao: sexo feminino, indivíduos que estavam passando por problemas familiares e dificuldades financeiras, usuários de sedativos que adquiriram a medicação sem receita médica, ter sofrido violência durante a quarentena, aqueles que aumentaram o cigarro, maconha e cocaína durante o isolamento, e aqueles indivíduos que consumiram álcool como forma de aliviar o estresse.

As motivações do consumo de bebidas alcoólicas durante a pandemia, por jovens e adultos, tiveram ambiguidade. Muitos participantes relataram aumento do consumo por tempo livre em casa, isolamento, *home office*, tédio, estresse, ansiedade, ausência de eventos festivos, busca por lazer e diversão, principalmente no início da pandemia de COVID-19. Outros, porém, reduziram o consumo de álcool devido à falta de oportunidades para beber, como era feito em eventos sociais e festivos, assim como o afrouxamento das restrições, retorno às atividades rotineiras. Dessa forma, o momento

pandêmico teve influência direta no consumo de álcool, sendo considerada para alguns entrevistados como um fator de risco e, para outros, fator de proteção.

Ainda, pode-se concluir que as IBs por meio de vídeochamadas surtiram mudanças nos comportamentos em relação ao consumo de álcool, com maior ênfase nos três primeiros meses. A intervenção realizada foi viável, aceitável e efetiva. Os participantes expressaram satisfação com a IB por esse meio, e os resultados foram exitosos.

Por fim, nossos resultados indicam que a aplicação da IBs de forma remota tem sido associada a diversos benefícios no desfecho do comportamento de uso de álcool, mesmo que tenha sido aplicada totalmente no formato *on-line*. Assim, esses resultados fornecem subsídios para a implementação de IBs por meio de vídeochamada, como um recurso importante para a prática clínica dos profissionais de saúde. Recomenda-se que estudos futuros realizem as IBs a cada três meses, visando manter a sua efetividade.

REFERÊNCIAS

- ADAN, A.; FORERO, D. A.; NAVARRO, J. F. Personality traits related to binge drinking: A systematic review. **Frontiers in psychiatry**, v. 8, p. 134, 2017.
- AGYAPONG, V. I. O. et al. Implementation and Evaluation of a Text Message–Based Addiction Counseling Program (Text4Hope–Addiction Support): Protocol for a Questionnaire Study. **JMIR Research Protocols**, v. 9, n. 11, p. e22047, 2020.
- AHMED, M. Z. et al. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. **Asian journal of psychiatry**, v. 51, p. 102092, 2020.
- ALKHAMEES, A. A. et al. The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. **Comprehensive psychiatry**, v. 102, p. 152192, 2020.
- ALPERS, S. E. et al. Alcohol consumption during a pandemic lockdown period and change in alcohol consumption related to worries and pandemic measures. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 3, p. 1220, 2021.
- ALTEMUS, M.; SARVAIYA, N.; EPPERSON, C. N. Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. **Frontiers in neuroendocrinology**, v. 35, n. 3, p. 320-330, 2014.
- ALVES, L. F.; SOUSA, G. H. P.; FERREIRA, K. D. O consumo de zolpidem durante a pandemia da COVID-19: benefícios e consequências. **Revista Liberum accessum**, v. 14, n. 4, p. 42-52, 2022.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014
- AMINOFF, V. et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for psychological distress associated with the COVID-19 pandemic: a pilot randomized controlled trial. **Frontiers in Psychology**, v. 12, p. 684540, 2021.
- ANKER, J. J.; KUSHNER, M. G. Co-occurring alcohol use disorder and anxiety: bridging psychiatric, psychological, and neurobiological perspectives. **Alcohol research: current reviews**, v. 40, n. 1, 2019. ALTHOBAITI, Y. S. et al. The possible relationship between the abuse of tobacco, opioid, or alcohol with COVID-19. In: **Healthcare**. MDPI, 2020. p. 2.
- AURIACOMBE, M. et al. Effectiveness and acceptance of a smartphone-based virtual agent screening for alcohol and tobacco problems and associated risk factors during COVID-19 pandemic in the general population. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, p. 693687, 2021.
- AVERY, A. R. et al. Stress, anxiety, and change in alcohol use during the COVID-19 pandemic: findings among adult twin pairs. **Frontiers in psychiatry**, v. 11, p. 571084, 2020.
- BABIĆ, R. et al. Resilience in Health and Illness. **Psychiatria Danubina**, v. 32, n. suppl. 2, p. 226-232, 2020.
- BADDINI, B.; FERNANDES, D. Primeira pessoa é vacinada contra Covid-19 no Brasil. **CNN Brasil**, 17 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/primeira-pessoa-e-vacinada-contr-covid-19-no-brasil/>. Acesso em: 30 ago. 2021.
- BAGHERI LANKARANI, K. et al. Domestic violence and associated factors during COVID-19 epidemic: an online population-based study in Iran. **BMC public health**, v. 22, n. 1, p. 774, 2022.

BAILEY, K. L.; SAMUELSON, D. R.; WYATT, T. A. Alcohol use disorder: A pre-existing condition for COVID-19?. **Alcohol**, v. 90, p. 11-17, 2021.

BAÑA, A. et al. Prenatal alcohol exposure and its repercussion on newborns. **Journal of Neonatal-Perinatal Medicine**, v. 7, n. 1, p.47–54, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAPTISTA, C. J. et al. Factors Associated With Increased Alcohol Consumption During Physical and Social Distancing Measures During the COVID-19 Pandemic in a University in Brazil. **Substance Abuse: Research and Treatment**, v. 16, p. 11782218211061140, 2022.

BASTOS, F. I. P. M. et al. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, p. 528, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614> Acesso em: 19 nov. 2020.

BBC - British Broadcasting Corporation. Coronavírus: Brasil pode se tornar país com mais mortos em 29/7 se nada mudar, diz projeção usada pela Casa Branca. **BBC News**. Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53002123>. Acesso em: 01 out. 2020.

BEDENDO, A; ANDRADE, A; NOTO, A. R. Intervenções via Internet para redução do consumo de álcool entre universitários: uma revisão sistemática. **Revista panamericana de salud publica**, v. 42, (e54), 2018.

BENETON, E. R.; SCHMITT, M.; ANDRETTA, I. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse e uso de drogas em universitários da área da saúde. **Revista da SPAGESP**, v. 22, n. 1, p. 145-159, 2021.

BENKE, C. et al. Stay-at-home orders due to the COVID-19 pandemic are associated with elevated depression and anxiety in younger, but not older adults: results from a nationwide community sample of adults from Germany. **Psychological Medicine**, v. 52, n. 15, p. 3739-3740, 2022.

BHOCHHIBHOYA, A. et al. The use of the Internet for prevention of binge drinking among the college population: a systematic review of evidence. **Alcohol Alcohol**, v. 50, n. 5, p. 526–535, 2015.

BIRKOVÁ, A. et al. Current view on the mechanisms of alcohol-mediated toxicity. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 22, n. 18, p. 9686, 2021.

BODEN, M. et al. Addressing the mental health impact of COVID-19 through populationhealth. **Clinical psychology review**, v. 85, p. 102006, 2021.

BRADLEY, K. A. et al. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 31, n. 7, p. 1208-1217, 2007.

BRASIL. **Brasileiros repatriados chegam à base aérea de Anápolis (GO)**. Serviços e informações do Brasil, 09 de fevereiro de 2020, 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasileiros-repatriados-ja-chegaram-a-base-aerea-de-anapolis-go> Acesso em: 14 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2020a. [Report Nº 01]. Disponível em: <file:///C:/Users/adaen/Downloads/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20Covid-19%20-%20N%C2%BA%2001.pdf>. Acesso em 15 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Coronavírus – COVID-19**. 2020. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2021a. [Report N° 73]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_73-4-final3ago.pdf. Acesso em: 09 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Coronavírus – COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2021b. [Report N° 84]. Semana Epidemiológica 40. 3/10 a 9/10/2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_84-final.pdf. Acesso em: 18 de dez 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Com quase 80% da população-alvo vacinada com duas doses, novembro foi o mês com menor número de mortes desde abril de 2020**. Publicado em 11 de dezembro de 2021, 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/dezembro/com-quase-80-da-populacao-alvo-vacinada-com-duas-doses-novembro-foi-o-mes-com-menor-numero-de-mortes-desde-abril-de-2020>. Acesso em 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Primeiro caso de Covid-19 no Brasil permanece sendo o de 26 de fevereiro**. Publicado em 17 de julho de 2020, 2020d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/primeiro-caso-de-covid-19-no-brasil-permanece-sendo-o-de-26-de-fevereiro>. Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Retrospectiva 2021: as milhões de vacinas Covid-19 que trouxeram esperança para o Brasil**. Publicado em 30 de dezembro de 2021, 2021d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/dezembro/retrospectiva-2021-as-milhoes-de-vacinas-covid-19-que-trouxeram-esperanca-para-o-brasil>. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Saúde do Homem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-homem>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Aberta: portal de formação a distância: sujeitos, contextos e drogas**. Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2018. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201902/20190220-101751-002/pagina-04.html>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. **Telepsicoterapia cognitivo-comportamental breve**. Protocolo Transdiagnóstico para Tratamento de Sintomas de Ansiedade, Depressão, Irritabilidade, Estresse e Esgotamento Emocional. Ministério da Saúde. TelePsi: COVID-19. Versão 0.1 – 30 de julho de 2020. Disponível em: <https://bibliociclo.cedaps.org.br/?s=manual>. Acesso em: 15 nov. 2020.

BREMNER, J. US alcohol sales increase 55 percent in one week amid coronavirus pandemic. **Newsweek**, 2020. Disponível em: <https://www.newsweek.com/us-alcohol-sales-increase-55-percent-one-week-amid-coronavirus-pandemic-1495510>. Acesso em: 16 de dez. 2021.

BRITO, R. S.; JESUS, C. R. Saúde e religião: a influência da fé no processo de saúde e doença – revisão bibliográfica – 2009-2020. **Multidebates**, v. 5, n. 2, p. 46-55, 2021.

BRUGUERA, P. et al. Effectiveness of a Specialized Brief Intervention for At-risk Drinkers in an Emergency Department: Short-term Results of a Randomized Controlled Trial. **Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine**, v. 25, n. 5, p. 517-525, 2018.

BUCKNER, J. D. et al. Cannabis use frequency and use-related impairment among African-American and White users: The impact of cannabis use motives. **Ethnicity & Health**, v. 21, n. 3, p. 318-331, 2016.

BU, F.; STEPTOE, A.; FANCOURT, D. Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. **Public health**, v. 186, p. 31-34, 2020.

BUSH, K. et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. **Archives of internal medicine**, v. 158, n. 16, p. 1789-1795, 1998.

CALLINAN, S. et al. Purchasing, consumption, demographic and socioeconomic variables associated with shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic. **Drug and Alcohol Review**, v. 40, n. 2, p. 183-191, 2021.

CAMPOS, A. C. F. et al. Comparação de duas intervenções de cessação do tabagismo em pacientes internados. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 3, p. 195-201, 2018.

CAMPOS, M. T. F.; RODRIGUES, J. P. Influence of spirituality and religiosity on the use of alcohol and drugs: an integrative review. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 18, n. 2, p. 106-116, 2022.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A. Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 18, p. 27-34, 2014.

CAREY, K. B. et al. Computer versus in-person intervention for students violating campus alcohol policy. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 77, n. 1, p. 74, 2009.

CARMO, D. R. P. et al. Motivações atribuídas por adultos ao consumo de bebidas alcoólicas no contexto social. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 20, n. 2, 2018.

CARNEIRO, A. P. L. et al. **AUDIT & AUDIT-C - Eixo Instrumentos- ABERTA: portal de formação a distância – sujeitos, contextos e drogas**. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, Brasília, DF, 2017. Disponível em https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi3msqC_o_tAhXBIrkGHR5tBCgQFjAAegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.aberta.senad.gov.br%2Fmedias%2Foriginal%2F201704%2F20170424-095653-001.pdf&usq=AOvVaw3siLDxD53ivSk4AEabSMH0. Acesso em: 18 nov. 2020.

CARR, L. J. et al. Internet-delivered behavior change program increases physical activity and improves cardiometabolic disease risk factors in sedentary adults: results of a randomized controlled trial. **Preventive Medicine**, v. 46, n. 5, p. 431-438, 2008.

CDC - Centers for Disease Control and prevention. Basics of COVID-19. **CDC**, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/about-covid-19/basics-covid-19.html>. Acesso em: 05 fev. 2022.

CHARRO BAENA, B. et al. The role of religion and religiosity in alcohol consumption in adolescents in Spain. **Journal of religion and health**, v. 58, p. 1477-1487, 2019.

CHUN, J. et al. Effectiveness of web-based intervention for reducing problematic alcohol use in Korean female college students. **Journal of Substance Use**, v. 27, n. 1, p. 20-26, 2022.

CHUN-JA, K.; DUCK-HEE, K. Utility of a Web-based intervention for individuals with type 2 diabetes: the impact on physical activity levels and glycemic control. **Computers, informatics, nursing**, v. 24, n. 6, p. 337-45, 2006.

CNN - Cable News Network. 'Ver a guerra sem ter armas'; médicos relatam drama com falta de oxigênio no AM. **CNN Brasil**, 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/ver-a-guerra-sem-ter-armas-medicos-relatam-drama-com-falta-de-oxigenio-no-am/>. Acesso em: 05 set. 2021.

CNN - Cable News Network. Brasil tem mais 1,2 mil mortos pela Covid-19 em 24h; total passa de 86 mil. **CNN Brasil**, 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/brasil-tem-1-2-mil-mortos-pela-covid-19-em-24h-total-passa-de-86-mil/> Acesso em: 14 dez. 2020.

CORRADI-WEBSTER, C. M. et al. Capacitação de profissionais do programa de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 1, n. 1, p. 0, 2005.

COSTA, A. G.; ROSA, A. Terceiro mês mais letal da pandemia no Brasil, maio tem 59.010 mortes por Covid. **CNN Brasil**, 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/terceiro-mes-mais-letal-da-pandemia-no-brasil-maio-tem-59010-mortes-por-covid/>. Acesso em: 10 dez. 2021.

COSTA, S. S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 54, p. 969-978, 2020.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

CSAT - Center for Substance Abuse Treatment. **Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse**. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (US), 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64950/>. Acesso em: 14 nov. 2020.

CUNRADI, C. B. et al. Interrelationships of economic stressors, mental health problems, substance use, and intimate partner violence among Hispanic emergency department patients: the role of language-based acculturation. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 22, p. 12230, 2021.

CZEISLER, M. É. et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic—United States, June 24–30, 2020. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 32, p. 1049, 2020.

DAILEY, J. W. Sedative-hypnotic and Anxiolytic Drugs. In: CRAIG, C. R.; STITZEL, R. E. **Modern pharmacology with clinical applications**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004, p. 355-357

DE LA MONTE, Suzanne M.; KRIL, Jillian J. Human alcohol-related neuropathology. **Acta neuropathologica**, v. 127, p. 71-90, 2014.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. Intervenção Breve: princípios básicos e aplicação passo a passo. SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social

e Acompanhamento. In: FORMIGONI, M. L. O. S. **Intervenção Breve: módulo 4. Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinscrição social e Acompanhamento (SUPERA)**. 7d. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjEx9TIxpHtAhWyH7kGHXzuCRUQFjACegQIAxAC&url=http%3A%2F%2Fww.w.aberta.senad.gov.br%2Fmedias%2Foriginal%2F201704%2F20170424-095204-001.pdf&usg=AOvVaw3nmqYCFan1YXD0VnNyRIri> Acesso em: 12 de nov. 2020.

DESALU, J. M.; GOODHINES, P. A.; PARK, A. Racial discrimination and alcohol use and negative drinking consequences among Black Americans: A meta-analytical review. **Addiction**, v. 114, n. 6, p. 957-967, 2019.

DE VISSER, R. O.; SMITH, J. A. Alcohol consumption and masculine identity among young men. **Psychology and health**, v. 22, n. 5, p. 595-614, 2007.

DICKSON, M.; MELO, A. J.; BENTES, K. A intoxicação durante o período de pandemia do novo coronavírus (COVID-19) em Belém: Como o trabalho jornalístico de O Liberal e RBA influenciaram o emocional da população belenense. **Puçá: Revista de Comunicação e Cultura na Amazônia**, v. 6, n. 2, 2021.

DIEHL, A.; PILLON, S. C.; SANTOS, M. Consumo de álcool, outras substâncias e a pandemia da COVID-19: implicações para a pesquisa e para a prática clínica. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 23, n. 1, p. 237-46, 2021.

DOERING, C. Drizly raises \$50M as e-commerce alcohol delivery surges. Fooddrive, 21 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.fooddrive.com/news/drizly-raises-50m-as-e-commerce-alcohol-delivery-surges/583896/> Acesso em: 14 dez. 2020.

DONOGHUE, K. et al. The effectiveness of electronic screening and brief intervention for reducing levels of alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. **Journal of medical Internet research**, v. 16, n. 6, p. e3193, 2014.

DOWNS, C. A. et al. Chronic alcohol ingestion changes the landscape of the alveolar epithelium. **BioMed research international**, v. 2013, 2013.

DSOUZA, D. D. et al. Aggregated COVID-19 suicide incidences in India: Fear of COVID-19 infection is the prominent causative factor. **Psychiatry research**, v. 290, p. 113145, 2020.

DUROY, D. et al. Impact of a computer-assisted Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment on reducing alcohol consumption among patients with hazardous drinking disorder in hospital emergency departments. The randomized BREVALCO trial. **Drug and alcohol dependence**, v. 165, p. 236-244, 2016.

ESSER, M. B. et al. Deaths and years of potential life lost from excessive alcohol use—United States, 2011–2015. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 39, p. 1428, 2020.

FABBRI, C. E.; FURTADO, E. F.; LAPREGA, M. R. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 979-984, 2007.

FARHOUDIAN, A. et al. A global survey on changes in the supply, price, and use of illicit drugs and alcohol, and related complications during the 2020 COVID-19 pandemic. **Frontiers in psychiatry**, v. 12, p. 646206.

FARIAS, M. N.; LEITE JUNIOR, J. D. Vulnerabilidade social e Covid-19: considerações com base na terapia ocupacional social. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, 2021.

FARO, A. et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.

FERREIRA, H. G. Gender differences in mental health and beliefs about Covid-19 among elderly internet users. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 31, 2021.

FERREIRA, M. L. et al. Avaliação da efetividade da Intervenção Breve para a prevenção do uso de álcool no trabalho. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 10, n. 1, 2016.

FIGLIE, N. B.; DUNN, J.; LARANJEIRA, R. Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 26, p. 91-99, 2004.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **ConVid Pesquisa de Comportamentos**. 2020. Disponível: https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=bebiba_alcoolica . Acesso em: 15 mar. 2022.

FLAY, B. R. et al. Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. **Prevention Science**, v. 6, n. 3, p. 151-75, 2005.

FRANÇA, C. L. et al. Intervenção breve na preparação para aposentadoria. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 14, n. 1, p. 99-110, 2013.

FORMIGONI, M. L. O. S. **Intervenção Breve: módulo 4. Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento (SUPERA)**. 7d. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjEx9TIxpHtAhWyH7kGHXzuCRUQFjACegQIAxAC&url=http%3A%2F%2Fwww.aberta.senad.gov.br%2Fmedias%2Foriginal%2F201704%2F20170424-095204-001.pdf&usq=AOvVaw3nmqYCFan1YXD0VnNyRIri> Acesso em: 12 de nov. 2020.

FORMIGONI, M. L. O. S. **A Intervenção Breve na dependência de drogas: a experiência brasileira**. São Paulo: Contexto, 1992.

FORMIGONI, M. L. O. S. et al. As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas. In: FORMIGONI, M. L. O. S.; DUARTE, P. C. V. A. **Módulo 4: Intervenção Breve**. Coleção SUPERA. 1. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, Universidade Virtual do Estado de São Paulo. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2018. p. 119-137.

FRINGS, D. et al. Online and face-to-face extended brief interventions for harmful alcohol use: client characteristics, attendance and treatment outcomes. **Counselling Psychology Quarterly**, v. 33, n. 3, p. 415-426, 2020.

GALLONI, L.; FREITAS, L. R.; GONZAGA, R. V. Consumo de psicoativos lícitos durante a pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira De Ciências Biomédicas**, v. 2, n. 1, p. e0442021-1/8, 2021.

GAN, G. et al. Alcohol-induced impairment of inhibitory control is linked to attenuated brain responses in right fronto-temporal cortex. **Biological psychiatry**, v. 76, n. 9, p. 698-707, 2014.

GARCIA-CERDE, R. et al. Alcohol use during the COVID-19 pandemic in Latin America and the Caribbean. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 45, p. e52, 2021.

GARCIA, L. P.; SANCHEZ, Z. M. Consumo de álcool durante a pandemia da COVID-19: uma reflexão necessária para o enfrentamento da situação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00124520, 2020.

GDS - Global Drug Survey. **GDS COVID-19 Special Edition: Key Findings Report**. Londres, Inglaterra, 2022. Disponível em: <https://www.globaldrugsurvey.com/gds-covid-19-special-edition-key-findings-report/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

GHOSH, A.; SHARMA, K. Screening and brief intervention for substance use disorders in times of COVID-19: potential opportunities, adaptations, and challenges. **The American journal of drug and alcohol abuse**, v. 47, n. 2, p. 154-159, 2021.

GIL, A. U.; DEMIN, A. K. Factors associated with increase in alcohol consumption during first months of covid-19 pandemic among online social media users in Russia. **Bulletin of Russian State Medical University**, n. 6, p. 118-128, 2021.

GILI, A. et al. Changes in drug use patterns during the COVID-19 pandemic in Italy: monitoring a vulnerable group by hair analysis. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 4, p. 1967, 2021.

GIR, E. et al. Increased use of psychoactive substances among Brazilian health care professionals during the COVID-19 pandemic. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 41, p. 359-367, 2022.

GOMIDE, H. P. et al. Development and implementation of a brief chat-based intervention to support mental health during the COVID-19 pandemic. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 4, p. 470-479, 2020.

GONÇALVES, A. M. S. et al. Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para a prática preventiva do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 355-60, 2011.

GONZÁLEZ-REIMERS, E. et al. Alcoholism: a systemic proinflammatory condition. **World Journal of Gastroenterology: WJG**, v. 20, n. 40, p. 14660, 2014.

GONZALEZ, Y. et al. Does the length of time to complete an online program matter?. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, v. 52, n. 11, p. 505-510, 2021.

GORTÁZAR, G. G. Novos túmulos no Brasil retratam o impacto da pandemia de coronavírus. **EL PAÍS**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-04-26/novos-tumulos-no-brasil-retratam-o-impacto-da-pandemia.html>. Acesso em: 19 ago. 2020.

GRENNAN, D. What is a Pandemic?. **Journal of the American Medical Association**, v. 321, n. 9, p. 910, 2019.

GRISWOLD, Max G. et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 392, n. 10152, p. 1015-1035, 2018.

GROS, D. F. et al. Delivery of evidence-based psychotherapy via video telehealth. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 35, p. 506-521, 2013.

GROSSMAN, E. R.; BENJAMIN-NEELON, S. E.; SONNENSCHNEIN, S. Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey of US adults. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 24, p. 9189, 2020.

GUO, Y. et al. Mental health disorders and associated risk factors in quarantined adults during the COVID-19 outbreak in China: cross-sectional study. **Journal of medical Internet research**, v. 22, n. 8, p. e20328, 2020.

HADDAD, M. X. et al. Intervenção breve para uso abusivo de álcool na Atenção Primária à Saúde. **ANAIS DO CBMFC**, n. 12, p. 705, 2013.

HEILBORN, M. L. A.; PEIXOTO, C. E.; BARROS, M. M. Tensões familiares em tempos de pandemia e confinamento: cuidadoras familiares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

HIGGINS-BIDDLE, J. C.; BABOR, T. F. A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. **The American journal of drug and alcohol abuse**, v. 44, n. 6, p. 578-586, 2018.

HINRICHSEN, C. et al. Implementing mental health promotion initiatives—process evaluation of the ABCs of mental health in Denmark. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 16, p. 5819, 2020.

HO, C. S. H.; CHEE, C. Y.; HO, R. C. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. **Ann Acad Med Singapore**, v. 49, n. 1, p. 1-3, 2020.

HURLING, R. et al. Using internet and mobile phone technology to deliver an automated physical activity program: randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 9, n. 2, p. e7, 2007.

HUSSAIN, M.; WALKER, C.; MOON, G. Smoking and religion: untangling associations using English survey data. **Journal of religion and health**, v. 58, p. 2263-2276, 2019.

HUTCHISON, M. et al. Alcohol Use During COVID-19 in Adults with Severe UntreatedAUD. **Alcoholism Treatment Quarterly**, v. 40, n. 3, p. 299-310, 2022.

IMTIAZ, S. et al. Daily cannabis use during the novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic in Canada: a repeated cross-sectional study from May 2020 to December 2020. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v. 17, n. 1, p. 14, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conheça o Brasil – População. Cor ou raça**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. IBGE, 2022. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html> Acesso em: 10 de dez. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. 2. ed. IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?=&t=conceitos-e-metodos>. Acesso em: 01 de mar. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (2016-2017):** Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. IBGE, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 01 de abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Variável – Pessoas de 18 anos ou mais de idade fumantes atuais de tabaco - 2019.** Pesquisa nacional de saúde. IBGE, 2023. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4173#resultado>. Acesso em: 10 de fev. 2023

IWSR - International Wines and Spirits Record. The largest markets in Ecommerce: Key trends from China, France and the US. **IWSR Drinks Market Analysis.** Londres, Reino Unido: 2022. Disponível em: <https://www.theiwsr.com/largest-markets-in-ecommerce-key-trends-china-france-us/>. Acesso em: 01 out. 2022.

JACKSON, K. M. et al. 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**, v. 45, n. 4, p. 752-764, 2021.

JACOB, 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**, v. 219, p. 108488, 2021.

JACOBSON, N. C. et al. Flattening the mental health curve: COVID-19 stay-at-home orders are associated with alterations in mental health search behavior in the United States. **JMIR mental health**, v. 7, n. 6, p. e19347, 2020.

JAFFE, A. E. et al. Is the COVID-19 pandemic a high-risk period for college student alcohol use? A comparison of three spring semesters. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 45, n. 4, p. 854-863, 2021.

JODCZYK, A. M. et al. PaLS Study: Tobacco, alcohol and drugs usage among Polish University students in the context of stress caused by the COVID-19 pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 3, p. 1261, 2022.

JO, S. J. et al. Efficacy of a Web-Based Screening and Brief Intervention to Prevent Problematic Alcohol Use in Korea: Results of a Randomized Controlled Trial. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 43, n. 10, p. 2196-2202, 2019.

JUCÁ, B. Mais de 4.000 pessoas com COVID-19 morreram à espera por um leito de UTI em seis Estados brasileiros. **EL PAÍS**, Brasil. São Paulo: 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-26/mais-de-4000-pessoas-com-covid-19-morreram-a-espera-por-um-leito-de-uti-em-seis-estados-brasileiros.html>. Acesso em: 30 nov. 2020.

JUNQUEIRA, M. A. B. et al. The impact of an educational program in brief interventions for alcohol problems on undergraduate nursing students: A Brazilian context. **Journal of addictions nursing**, v. 26, n. 3, p. 129-135, 2015.

JUNQUEIRA, M. A. B.; SANTOS, F. C. S. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão de literatura. **Revista de Educação Popular**, v. 12, n. 1, 2013.

KANER, E. F. S. et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 2, 2018.

KANO, M. Y.; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Uso do álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test–Geriatric Version (MAST-G). **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 649-656, 2014.

KESSLER, R. C. et al. Changes in prevalence of mental illness among US adults during compared with before the COVID-19 pandemic. **Psychiatric Clinics**, v. 45, n. 1, p. 1-28, 2022.

KILIAN, C. et al. Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic in Europe: a meta-analysis of observational studies. **Drug and alcohol review**, v. 41, n. 4, p. 918-931, 2022b.

KILIAN, C. et al. Self-reported changes in alcohol and tobacco use during COVID-19: findings from the eastern part of WHO European Region. **European Journal of Public Health**, v. 32, n. 3, p. 474-480, 2022a.

KILLGORE, W. D. S. et al. Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. **Psychiatry Research**, v. 290, p. 113117, 2020.

KING, S. C. et al. A comparison between telehealth and face-to-face delivery of a brief alcohol intervention for college students. **Substance Abuse**, v. 41, n. 4, p. 501-509, 2019.

KING, V. L. et al. Assessing the effectiveness of an Internet-based videoconferencing platform for delivering intensified substance abuse counseling. **Journal of substance abuse treatment**, v. 36, n. 3, p. 331-338, 2009.

KONTOANGELOS, K.; ECONOMOU, M.; PAPAGEORGIU, C. Mental health effects of COVID-19 pandemia: a review of clinical and psychological traits. **Psychiatry investigation**, v. 17, n. 6, p. 491, 2020.

KUERBIS, A. et al. Substance abuse among older adults. **Clinics in geriatric medicine**, v. 30, n. 3, p. 629-654, 2014.

LAC, A.; DONALDSON, C. D. Alcohol attitudes, motives, norms, and personality traits longitudinally classify nondrinkers, moderate drinkers, and binge drinkers using discriminant function analysis. **Addictive behaviors**, v. 61, p. 91-98, 2016.

LAI, J. et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. **JAMA network open**, v. 3, n. 3, p. e203976, 2020.

LARANJEIRA, R. et al. **II levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD)-2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LEÃO, A. C. A. et al. Consumo de álcool em professores da rede pública estadual durante a pandemia da COVID-19. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 71, n. 1, p. 5-15, 2022.

LEMO, C. T. Espiritualidade, religiosidade e saúde: uma análise literária. **Revista Caminhos-Revista de Ciências da Religião**, v. 17, n. 2, p. 688-708, 2019.

LEVY, I.; COHEN-LOUCK, K.; BONNY-NOACH, H. Gender, employment, and continuous pandemic as predictors of alcohol and drug consumption during the COVID-19. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 228, p. 109029, 2021.

LIANG, Y.; YELIGAR, S. M.; BROWN, L. A. S. Chronic-alcohol-abuse-induced oxidative stress in the development of acute respiratory distress syndrome. **The Scientific World Journal**, v. 2012, p. 740308, 2012.

- LI, W. et al. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. **International journal of biological sciences**, v. 16, n. 10, p. 1732-8, 2020.
- LOPES, C. E.; ABIB, J. A. D. Teoria da percepção no behaviorismo radical. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 18, p. 129-137, 2002.
- LYTVYNENKO, M. et al. Cervical transformation in alcohol abuse patients. **Georgian medical News**, n. 271, p. 12-17, 2017.
- MALLET, J.; DUBERTRET, C.; LE STRAT, Y. Addictions in the COVID-19 era: Current evidence, future perspectives a comprehensive review. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 106, p. 110070, 2021.
- MALTA, D. C. et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, e2020407, 2020.
- MALTA, D. C. et al. Uso de substâncias psicoativas em adolescentes brasileiros e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, 2018.
- MANGOLINI, V. I.; ANDRADE, L. H.; WANG, Y. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura. **Revista de Medicina**, v. 98, n. 6, p. 415-422, 2019.
- MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. **Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4060 Acesso em: 20 de nov. 2020.
- MARINHO, W. Quais países já começaram a vacinação contra a Covid-19 e quais são os próximos. **CNN Brasil**. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/quais-paises-ja-comecaram-a-vacinacao-contr-a-covid-19-e-quais-sao-os-proximos/>. Acesso em: 20 ago. 2022.
- MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 26, n. supl. 1, p. 28-32, 2004.
- MARTINEZ, E. Z. et al. Smoking prevalence among users of primary healthcare units in Brazil: the role of religiosity. **Journal of religion and health**, v. 56, p. 2180-2193, 2017.
- MATTARA, F. P. et al. Confiabilidade do teste de identificação de transtornos devido ao uso de álcool (AUDIT) em adolescentes. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 6, n. 2, p. 296-314, 2010.
- MAZONI, C. G. et al. Aconselhamento telefônico reativo para cessação do consumo do tabaco: relato de caso. **Aletheia**, n. 24, p. 137-148, 2006.
- MEHTA, A. J.; GUIDOT, D. M.; WEBER, K. T. Alcohol abuse, the alveolar macrophage and pneumonia. **The American journal of the medical sciences**, v. 343, n. 3, p. 244-247, 2012.
- MENESES-GAYA, C. et al. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties. **Psychology & Neuroscience**, v. 2, n. 1, p. 83, 2009.

MERLO, A. et al. Mood and changes in alcohol consumption in young adults during COVID-19 lockdown: A model explaining associations with perceived immune fitness and experiencing COVID-19 symptoms. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 19, p. 10028, 2021.

MIHIC, S. J.; Harris, R. A. Hipnóticos e sedativos. In: BRUNTON, L. L.; CHABNER, B. A.; KNOLLMANN, B. C. **As bases farmacológicas da terapêutica Goodman e Gilman**. 12ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 457-458.

MILLER, A. P. et al. Exploring the impact of COVID-19 on women's alcohol use, mental health, and experiences of intimate partner violence in Wakiso, Uganda. **PLoS one**, v. 17, n. 2, p. e0263827, 2022.

MILLER, M. B. et al. Alcohol-induced amnesia and personalized drinking feedback: Blackouts predict intervention response. **Behavior therapy**, v. 50, n. 1, p. 25-35, 2019.

MILLER, W. R.; TONIGAN, J. S. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 10, n. 2, p. 81-89, 1996.

MINUSSI, B. B. et al. Grupos de risco do COVID-19: a possível relação entre o acometimento de adultos jovens “saúáveis” e a imunidade. **Brazilian Journal of health Review**, v. 3, n. 2, p. 3739-3762, 2020.

MODENA, C. F. et al. Factors associated with the perception of fear of COVID-19 in university students. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2021.

MONTESANTI, B. Um ano de vacinação contra Covid: após início problemático, Brasil avança. **CNN Brasil**. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/um-ano-de-vacinacao-contracovid-apos-inicio-problematico-brasil-avanca/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 497-509, 2011a.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, p. 813-820, 2011.

MOROJELE, N. K. et al. Alcohol use and the risk of communicable diseases. **Nutrients**, v. 13, n. 10, p. 3317, 2021.

MOURA, A. A. M. **Efeito do monitoramento por telefone de Intervenções Breves para uso de álcool e tabaco entre gestantes**: ensaio clínico randomizado. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos- SP, Brasil, 2019.

MOURA, A. A. M. et al. Is social isolation during the COVID-19 pandemic a risk factor for depression?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. suppl 1, p. e20210594, 2022.

MOURA, A. A. M.; OLIVEIRA, E.; PILLON, S. C. Transtorno por uso de substâncias em mulheres idosas. In: DIEHL, A.; BOSSO, R.; PILLON, S. **Mulheres e dependência química: a importância do olhar para o gênero nos transtornos por uso de substâncias**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2022, p. 187-212.

MOURA, W. C. Festas clandestinas e medidas restritivas à mobilidade durante a pandemia da SARS-COV-2 (Covid-19). **Revista do Ceam**, v. 7, n. 1, p. 83-101, 2021.

MURTHY, P.; NARASIMHA, V. L. Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown on alcohol use disorders and complications. **Current opinion in psychiatry**, v. 34, n. 4, p. 376, 2021.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. Drinking Levels Defined. **NIAAA**: 2022a. Disponível em: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking> Acesso em: 10 set. 2022.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. Overview of Alcohol Consumption. **NIAAA**: 2022b. Disponível em: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/overview-alcohol-consumption>. Acesso em: 05 set. 2022.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. Understanding the Dangers of Alcohol Overdose. **NIAAA**: 2021. Disponível em: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/understanding-dangers-of-alcohol-overdose>. Acesso em: 15 nov. 2021.

NEILL, E. et al. Alcohol use in Australia during the early days of the COVID-19 pandemic: Initial results from the COLLATE project. **Psychiatry and clinical neurosciences**, v. 74, n. 10, p. 542-549, 2020.

NHC - NATIONAL HEALTH COMMISSION OF CHINA. **Principles of the emergency psychological crisis interventions for the new coronavirus pneumonia** [in Chinese]. 2020. Disponível em: <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467>. Acesso em: 18 jun. 2020.

NÓBREGA, M. P. S. S. et al. Ensino de Enfermagem em Saúde Mental no Brasil: perspectivas para a atenção primária à saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020.

NORONHA, K. V. M. S. et al. The COVID-19 pandemic in Brazil: analysis of supply and demand of hospital and ICU beds and mechanical ventilators under different scenarios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2020.

OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS. Alcohol-specific deaths in the UK: registered in 2020, Statistical bulletin, release date December 7, 2021. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/alcoholrelateddeathsintheunitedkingdom/registeredin2020>. Acesso em: 20 set. 2021.

OLIVEIRA, M. D. Cuidado pastoral da Igreja em tempos de pandemia: Covid-19. **Revista Caminhando**, v. 25, n. 1, p. 257-276, 2020.

OLIVEIRA, M. S. Avaliação e Intervenção Breve em Adolescentes usuários de drogas. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 1, n. 1, p. 69-74, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Pesquisa da OPAS em 33 países aponta que quase metade dos entrevistados no Brasil relatou alto consumo de álcool durante a pandemia**. PAHO: 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/12-11-2020-pesquisa-da-opas-em-33-paises-aponta-que-quase-metade-dos-entrevistados-no>. Acesso em: 30 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Folha informativa – Fatores que afetam o consumo de álcool e os danos relacionados**. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/topicos/alcool#:~:text=O%20consumo%20de%20%C3%A1lcool%20pode,padr%C3%B5es%20de%20consumo%20de%20%C3%A1lcool>. Acesso em: 11 nov. 2022.

OTIASHVILI, D. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on illicit drug supply, drug-related behaviour of people who use drugs and provision of drug related services in Georgia: Results of a mixed methods prospective cohort study. **Harm reduction journal**, v. 19, n. 1, p. 25, 2022.

PAIVA, S. M. A. et al. Atuação dos enfermeiros no cuidado de pessoas com transtornos mentais na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 14, p. e8885-e8885, 2021.

PAIXÃO, G. M. et al. Occupational participation, stress, anxiety and depression in workers and students from Brazilian universities during the COVID-19 pandemic. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, 2022.

PALHA, A. P.; ESTEVES, M. Drugs of abuse and sexual functioning. **Sexual Dysfunction**, v. 29, p. 131-149, 2008.

PAWLINA, M. M. C. et al. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, p. 113-120, 2014.

PECK, J. J. et al. Rebalancing the 'COVID-19 effect' on alcohol sales. **Nielsen Consumer LLC**, 2020. Disponível em: <https://nielseniq.com/global/en/insights/analysis/2020/rebalancing-the-covid-19-effect-on-alcohol-sales/>. Acesso em: 01 out. 2020.

PELES, E. et al. The Prevalence of Alcohol, Substance and Cigarettes Exposure among Pregnant Women within a General Hospital and the Compliance to Brief Intervention for Exposure Reduction. **The Israel journal of psychiatry and related sciences**, v. 51, n. 4, 2014.

PENGPID, S. et al. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among hospital outpatients in South Africa: results from a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, v. 13, p. 644, 2013.

PETERSEN, E. et al. COVID-19–We urgently need to start developing an exit strategy. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 96, p. 233-239, 2020.

PFLEDDERER, C. D. et al. Changes in college students' health behaviors and substance use after a brief wellness intervention during COVID-19. **Preventive Medicine Reports**, v. 26, p. 101743, 2022.

PIERCE, M. et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 10, p. 883-892, 2020.

PILATTI, A. et al. The association between distress tolerance and alcohol outcomes via internal drinking motives. **Substance Use & Misuse**, v. 57, n. 2, p. 230-238, 2022.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V.; LARANJEIRA, R. Nurses' training on dealing with alcohol and drug abuse: a question of necessity. **Revista do Hospital das Clínicas**, v. 58, n. 2, p. 119-124, 2003.

PINHO, M. C. et al. Uso de álcool e tabaco entre universitários de terapia ocupacional de uma universidade pública. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 16, n. 1, p. 1-12, 2020.

- PLATA, A. et al. Trends in alcohol consumption in relation to the COVID-19 pandemic: A cross-country analysis. **International journal of gastronomy and food science**, v. 27, p. 100397, 2022.
- PORTELA, J. M. G. et al. Uso de substâncias psicoativas e saúde mental de estudantes universitários durante a pandemia da COVID-19. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 26, 2022.
- PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 26, p. 747-758, 2017.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. In: MARLATT, G. A.; VANDENBOS, G. R. (Eds.), **Addictive behaviors: Readings on etiology, prevention, and treatment** (pp. 671–696). American Psychological Association, 1997. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1997-36535-000> Acesso em 15 de nov. 2021.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, v. 19, n. 3, p. 276–288, 1982.
- QUEIROGA, V. V. et al. A pandemia da Covid-19 e o aumento do consumo de álcool no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e568101118580, 2021.
- RAMALHO, R. Alcohol consumption and alcohol-related problems during the COVID-19 pandemic: a narrative review. **Australas Psychiatry**, v. 28, n. 5, p. 524-526, 2020.
- REBELO, L. Intervenção breve no paciente fumador: Aplicação prática dos «5 As» e dos «5 Rs». **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 27, n. 4, p. 356-361, 2011.
- REHM, J. et al. Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. **Drug and Alcohol Review**, v. 39, n. 4, p. 301-304, 2020.
- REINEL, M. et al. “Emotional drinking” during quarantine by COVID-19 in Chile: the role of depressive symptoms on problematic alcohol consumption. **Journal of Substance Use**, p. 1-6, 2022.
- REUTER, H. et al. Prohibiting alcohol sales during the coronavirus disease 2019 pandemic has positive effects on health services in South Africa. **African Journal of Primary Health Care and Family Medicine**, v. 12, n. 1, p. 1-4, 2020.
- REYES, E. La venta de alcohol en línea crece conforme crece el aislamiento. **Expansión**, 2020. Disponível em: <https://expansion.mx/tecnologia/2020/04/07/la-venta-de-alcohol-en-linea-crece-conforme-crece-el-aislamiento>. Acesso em: 10 nov. 2022.
- REYNOLDS, D. L. et al. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. **Epidemiology and infection**, v. 136, n. 7, p. 997–1007, 2008.
- RIZVI, S. L. et al. Randomized clinical trial of a brief, scalable intervention for mental health sequelae in college students during the COVID-19 pandemic. **Behaviour research and Therapy**, v. 149, p. 104015, 2022.
- ROBERTS, A. et al. Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. **Drug and alcohol dependence**, v. 229, p. 109150, 2021.

RODRIGUES, R. V. et al. Impacto Da Pandemia De COVID-19 No Consumo De Bebidas Alcoólicas–Uma Amostragem Na Cidade De Porto Velho–RO, Uma Capital No Sudoeste Da Amazônia Legal. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 9, p. 89276-89292, 2021.

RODRIGUEZ, L. M.; LITT, D. M.; STEWART, S. H. COVID-19 psychological and financial stress and their links to drinking: A dyadic analysis in romantic couples. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 35, n. 4, p. 377, 2021.

ROERECKE, M. et al. Alcohol consumption and risk of liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. **The American journal of gastroenterology**, v. 114, n. 10, p. 1574, 2019.

RONZANI, T. M. et al. Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 12, p. 285-290, 2007.

ROSA, A.; TADEU, V. Brasil encerra 2021 com 412.880 mortes no ano por Covid-19. **CNN Brasil**. São Paulo, 01 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/brasil-encerra-2021-com-412-880-mortes-por-covid-19/>. Acesso em: 06 mar. 2022.

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration. **Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)**. Rockville, MD, EUA: 2018. Disponível em: <https://www.samhsa.gov/sbirt>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5.ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANCHEZ-CRAIG, M. Random assignment to abstinence or controlled drinking in a cognitive-behavioral program: Short-term effects on drinking behavior. **Addictive Behaviors**, v. 5, n. 1, p. 35–39, 1980.

SANTOMAURO, D. F. et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, v. 398, n. 10312, p. 1700-1712, 2021.

SANTOS, J. A. T. et al. Use of psychoactive substances in women in outpatient treatment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 178-183, 2019.

SARTOR, C. E.; HIPWELL, A. E.; CHUNG, T. Public and private religious involvement and initiation of alcohol, cigarette, and marijuana use in Black and White adolescent girls. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 55, p. 447-456, 2020.

SAWICKI, W. C. et al. Consumo de álcool, qualidade de vida, Intervenção Breve entre universitários de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 505-512, 2018.

SCHULZ, K. F.; ALTMAN, D. G.; MOHER, D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **Journal of Pharmacology and pharmacotherapeutics**, v. 1, n. 2, p. 100-107, 2010.

SCOTT, D. M.; TAYLOR, R. E. Health-related effects of genetic variations of alcohol-metabolizing enzymes in African Americans. **Alcohol Research**, v. 30, n. 1, p. 18, 2007.

SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. suppl 1, p. 108-116, 2012.

SEBEELO, T. B. “Alcohol is life, it’s part of us”: Examining the Everyday Experiences of Alcohol Use in Botswana. **International Journal of the Sociology of Leisure**, v. 4, n. 4, p. 359-374, 2021.

SOARES, J.; VARGAS, D. D. Effectiveness of brief group intervention in the harmful alcohol use in primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 4, 2019.

SCHMIDT, R. A. et al. The early impact of COVID-19 on the incidence, prevalence, and severity of alcohol use and other drugs: A systematic review. **Drug and alcohol dependence**, v. 228, p. 109065, 2021.

SCORSOLINI-COMIN, F. et al. Mental health and coping strategies in graduate students in the COVID-19 pandemic. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 29, 2021.

SEGATTO, M. L. et al. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1753-1762, 2007.

SHIELD, K. D. et al. Changes in alcohol consumption in Canada during the COVID-19 pandemic: associations with anxiety and self-perception of depression and loneliness. **Alcohol and Alcoholism**, v. 57, n. 2, p. 190-197, 2022.

SHILES, C. J. et al. Randomised controlled trial of a brief alcohol intervention in a general hospital setting. **Trials**, v. 14, p. 345, 2013.

SILVA, D. A. et al. Envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias por estudantes universitários. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 2, 2019.

SILVA, E. C. C.; TUCCI, A. M. Correlação entre ansiedade e consumo de álcool em estudantes universitários. **Psicologia: teoria e prática**, v. 20, n. 2, p. 93-106, 2018.

SILVA, E. C. C.; TUCCI, A. M. Intervenção breve para redução do consumo de álcool e suas consequências em estudantes universitários brasileiros. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28, p. 728-736, 2015.

SILVA, E. R. A.; OLIVEIRA, V. R. Proteção de crianças e adolescentes no contexto da pandemia da Covid-19: consequências e medidas necessárias para o enfrentamento. Nota Técnica n. 70 (Disoc): Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. **Ipea**: maio de 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10041>. Acesso em: 18 jun. 2020.

SILVA JÚNIOR, F. J. G.; MONTEIRO, C. F. S. Alcohol and other drug use, and mental distress in the women’s universe. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. e20180268, 2020.

SILVA, L. I. C.; MORAIS, E. S.; SANTOS, M. S. COVID-19 e população negra: desigualdades acirradas no contexto da pandemia. **Revista Thema**, v. 18, p. 301-318, 2020.

SILVA, L. J. S. **Mindfulness e autocompaixão como fatores protetores contra ansiedade e estresse durante a pandemia do covid-19**: uma intervenção breve assíncrona, aleatorizada e controlada realizada via aplicativo móvel. 2021. Dissertação (Mestrado em Neurociência Cognitiva e Comportamento)_– Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa -PB, Brasil. 2021.

SILVA, M. G. B. et al. O impacto do beber feminino. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 16, n. 4, p. 1-16, 2021.

SIM-SIM, M.; LIMA, M. L. P. O auto-conceito sexual. **Psychologica**, v. 35, p. 211-232, 2004.

- SKINNER, M. L.; KRISTMAN-VALENTE, A. N.; HERRENKOHL, T. I. Adult binge drinking: Childhood sexual abuse, gender and the role of adolescent alcohol-related experiences. **Alcohol and alcoholism**, v. 51, n. 2, p. 136-141, 2016.
- SNETSELAAR, L. G. et al. Dietary guidelines for Americans, 2020–2025: understanding the scientific process, guidelines, and key recommendations. **Nutrition today**, v. 56, n. 6, p. 287, 2021.
- SOBELL, M. B.; SOBELL, L. C. Alcoholics treated by individualized behavior therapy: One year treatment outcome. **Behaviour Research and Therapy**, v. 11, n. 4, p. 599–618, 1973.
- SOHI, I. et al. Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic and previous pandemics: A systematic review. **Alcoholism: clinical and experimental research**, v. 46, n. 4, p. 498-513, 2022.
- SOUZA, M. R. R.; OLIVEIRA, J. F.; NASCIMENTO, E. R. A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, p. 92-100, 2014.
- SOYKA, M.; RÖSNER, S. Pharmakotherapie der Alkoholentwöhnung: Update und neue Entwicklungen. **Der Nervenarzt**, v. 92, n. 1, p. 57-65, 2021.
- SPARKS, J. R. et al. Impact of COVID-19 stay-at-home orders on health behaviors and anxiety in black and white Americans. **Journal of racial and ethnic health disparities**, v. 9, n. 5, p. 1932-1936, 2022.
- STACK, E. et al. The impacts of COVID-19 on mental health, substance use, and overdose concerns of people who use drugs in rural communities. **Journal of addiction medicine**, v. 15, n. 5, p. 383, 2021.
- STICKLEY, A. et al. Binge drinking in Japan during the COVID-19 pandemic: Prevalence, correlates and association with preventive behaviors. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 234, p. 109415, 2022.
- STINSON, F. S. et al. Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and comorbidity. **Psychological medicine**, v. 36, n. 10, p. 1447-1460, 2006.
- SUGAYA, N. et al. Alcohol use and its related psychosocial effects during the prolonged COVID-19 pandemic in Japan: a cross-sectional survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 24, p. 13318, 2021.
- SZABO, G.; SAHA, B. Alcohol's effect on host defense. **Alcohol research: current reviews**, v. 37, n. 2, p. 159-170, 2015.
- TAKAHASHI, R. et al. Evaluation of Alcohol Screening and Community-Based Brief Interventions in Rural Western Kenya: A Quasi-Experimental Study. **Alcohol Alcohol**, v. 53, n. 1, p. 121-128, 2018.
- TEIXEIRA, L. A. et al. Mental Health needs of adolescents and the nursing cares: integrative review. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, p. e20180424.
- THIENGO, P. C. S. et al. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, p. 1-12, 2019.
- TIEDEMANN, E.; SIMMENROTH, A. Teaching alcohol and smoking counselling in times of COVID-19 to 6th-semester medical students: experiences with a digital-only and a blended

learning teaching approach using role-play and feedback. **GMS Journal for Medical Education**, v. 38, n. 7, 2021.

TORRES, V. N. et al. Participant satisfaction and acceptability of a culturally adapted brief intervention to reduce unhealthy alcohol use among Latino immigrant men. **American journal of men's health**, v. 14, n. 3, p. 1557988320925652, 2020.

TRAN, T. D. et al. Alcohol use and mental health status during the first months of COVID-19 pandemic in Australia. **Journal of affective disorders**, v. 277, p. 810-813, 2020.

TREVOR, A. J.; WAY, W. L. Fármacos sedativo-hipnóticos. In: KATZUNG, B. G.; MASTERS, S. B.; TREVOR, A. J. **Farmacologia Básica e clínica**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH editora Ltda, 2014, p. 373-374.

TURNBULL, C.; OSBORN, D. A. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 1, n. 1, CD004456, 2012.

VALÉRIO, A. C. O. et al. Racismo e participação social na universidade: experiências de estudantes negras em cursos de saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, 2021.

VANDERBRUGGEN, N. et al. Self-reported alcohol, tobacco, and cannabis use during COVID-19 lockdown measures: results from a web-based survey. **European addiction research**, v. 26, n. 6, p. 309-315, 2020.

VAN GELDER, N. et al. COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. **EClinicalMedicine**, v. 21, 2020.

VASUDEVA, A.; PATEL, T. K. Alcohol consumption: An important epidemiological factor in COVID-19?. **Journal of Global Health**, v. 10, n. 2, 2020.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020.

VILAR, G.; DURAN, D.; PEREIRA, S. Rede de Referência/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências. Lisboa: **SICAD, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências**, 2013.

WADA, Y. H. et al. Prevalence and Impacts of Psychoactive Substance Abuse amongst Undergraduate University Students in Katsina State, Nigeria. **Addiction & Health**, v. 13, n. 4, p. 221, 2021.

WANG, Y.; CHEN, X. Stress and alcohol use in rural Chinese residents: A moderated mediation model examining the roles of resilience and negative emotions. **Drug and alcohol dependence**, v. 155, p. 76-82, 2015.

WARDELL, J. D. 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**, v. 44, n. 10, p. 2073-2083, 2020.

WEBB, T. et al. Using the internet to promote health behavior change: a systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. **Journal of medical Internet research**, v. 12, n. 1, p. e1376, 2010.

WIDMAIER, E. P.; RAFF, H.; STRANG, K. T. **Vander - Fisiologia humana**: os mecanismos das funções corporais. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

WILKINSON, E. How mental health services are adapting to provide care in the pandemic. **British Medical Journal - BMJ**, v. 369, 2020.

WITBRODT, J. et al. Racial/ethnic disparities in alcohol-related problems: Differences by gender and level of heavy drinking. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 38, n. 6, p. 1662-1670, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19). Timeline: WHO's COVID-19 response.** WHO: 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline/#!> Acesso em: 19 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19 and violence against women: what the health sector/system can do, 7 April 2020.** WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-eng.pdf?ua=1> Acesso em: 15 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Food and nutrition tips during self-quarantine.** WHO, 2020. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/food-and-nutrition-tips-during-self-quarantine>. Acesso em: 18 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health.** Geneva: WHO, 2011. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44499/1/9789241564151_eng.pdf?ua=1 Acesso em: 12 junh. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Listings of WHO's response to COVID-19. WHO, 2021b. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ZANCAN, N.; HABIGZANG, L. F. Regulação emocional, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com histórico de violência conjugal. **Psico-USF**, v. 23, p. 253-265, 2018.

ZANETTI, A. C. G.; CUMSILLE, F.; MANN, R. A associação entre o uso de álcool, maconha e cocaína e as características sociodemográficas de universitários de Ribeirão Preto, Brasil. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

ZEMORE, S. E.; LUI, C.; MULIA, N. The downward spiral: socioeconomic causes and consequences of alcohol dependence among men in late young adulthood, and relations to racial/ethnic disparities. **Alcoholism: clinical and experimental research**, v. 44, n. 3, p. 669-678, 2020.

ZERBETTO, S. R.; FURINO, V. O.; FURINO, F. O. A implementação da intervenção breve na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista de APS – Atenção Primária à Saúde**, v. 20, n. 1, 2017.

ZYSSET, A. et al. Change in alcohol consumption and binge drinking in university students during the early COVID-19 pandemic. **Frontiers in public health**, v. 10, 2022.

ANEXOS

ANEXO A. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da EERP-USP



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Viabilidade e efetividade de intervenções breves on-line para redução do uso de álcool entre jovens e adultos durante a pandemia do COVID-2019: ensaio clínico randomizado

Pesquisador: ADAENE ALVES MACHADO DE MOURA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34650720.7.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.190.603

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas a pendências apresentadas por este CEP.

Objetivo da Pesquisa:

Tópico já apreciado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos de de apresentação obrigatória completos. As pendências éticas foram respondidas:

- 1) Foi inserido na plataforma um nova versão do TCLE (TCLE20)explicitando que: 1) após o estudo, será oferecido ao grupo controle, caso seja desejado, as intervenções e o mesmo acolhimento recebido pelo grupo experimental; 2) ao participante que sua inclusão em um dos grupos do estudo será através de sorteio, ou seja, não dependerá de sua escolha. Foi ainda corrigido o de funcionamento horário telefone do CEP-EERP/USP;
- 2) O cronograma correto foi inserido na plataforma Brasil;

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

Continuação do Parecer: 4.190.603

3) No projeto de pesquisa, as pesquisadoras inseriram que o número de participantes será de 100 indivíduos (50 no grupo controle e 50 no grupo que receberá intervenção).

Recomendações:

O documento "folharosto.pdf" deverá ser reapresentado com a devida assinatura da Direção da EERP, por meio de Notificação, quando retornarem as atividades presenciais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1590390.pdf	21/07/2020 01:17:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE20.pdf	21/07/2020 01:16:09	ADAENE ALVES MACHADO DE MOURA	Aceito
Parecer Anterior	Carta19.pdf	21/07/2020 01:11:56	ADAENE ALVES MACHADO DE MOURA	Aceito
Parecer Anterior	Carta.pdf	18/07/2020 02:20:36	ADAENE ALVES MACHADO DE MOURA	Aceito
Cronograma	Cronogramanovo.pdf	16/07/2020 17:46:01	ADAENE ALVES MACHADO DE MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto11.pdf	16/07/2020 17:44:13	ADAENE ALVES MACHADO DE MOURA	Aceito
Orçamento	Custos1.pdf	07/07/2020 15:19:12	ADAENE ALVES MACHADO DE MOURA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto1.pdf	07/07/2020 15:16:52	ADAENE ALVES MACHADO DE MOURA	Aceito
Declaração de	Oficio.pdf	07/07/2020	ADAENE ALVES	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

Continuação do Parecer: 4.190.603

Pesquisadores	Oficio.pdf	02:37:29	MACHADO DE MOURA	Aceito
---------------	------------	----------	------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 04 de Agosto de 2020

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

ANEXO B- Estudo aprovado e publicado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC)

ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-5398927



Português ▾

Visualizar

dos

Estudo publicado

RBR-5398927 Effect of online brief intervention to reduce alcohol use during the COVID-19 pandemic: a non-randomized clinical trial

Data de registro: 05/01/2023 (dd/mm/yyyy)

Última data de aprovação: 05/01/2023 (dd/mm/yyyy)

Tipo de estudo:

Intervenções

Título científico:

en

Feasibility and effectiveness of brief online interventions to reduce alcohol use among youth and adults during the COVID-19 pandemic: a randomized clinical trial

pt-br

Viabilidade e efetividade de intervenções breves on-line para redução do uso de álcool entre jovens e adultos durante a pandemia do COVID-19: ensaio clínico randomizado

es

Feasibility and effectiveness of brief online interventions to reduce alcohol use among youth and adults during the COVID-19 pandemic: a randomized clinical trial

Identificação do ensaio

- Número do UTN: U1111-1286-6174
- Título público:

en

Effect of online brief intervention to reduce alcohol use during the COVID-19 pandemic: a non-randomized clinical trial

pt-br

Efeito da intervenção breve on-line para reduzir o uso de álcool durante a pandemia de COVID-19: um ensaio clínico não randomizado

- Acrônimo científico:
- Acrônimo público:

ANEXO C- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C)

FORMULÁRIO AUDIT-C

1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?

- a) Nunca
- b) Mensalmente ou menos
- c) De 2 a 4 vezes por mês
- d) De 2 a 4 vezes por semana
- e) 4 ou mais vezes por semana

2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?

- a) 1 ou 2
- b) 3 ou 4
- c) 5 ou 6
- d) 7, 8 ou 9
- e) 10 ou mais

3. Com que frequência você toma seis ou mais doses de uma vez?

- a) Nunca
- b) Menos do que uma vez ao mês
- c) Mensalmente
- d) Semanalmente
- e) Todos ou quase todos os dias

ANEXO D- Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST – Teste para triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas

1 – Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar: _____	0	1

2 – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

3 – Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2

8 – Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não-médico)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
	0	1	2

ANEXO E. Stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES)

	NÃO! Discordo fortemente	Não discordo	? Indeciso ou Inseguro	Sim concordo	SIM! Concordo plenamente
1. Eu realmente quero fazer mudanças no meu modo de beber.	1	2	3	4	5
2. Às vezes me pergunto se sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
3. Se eu não mudar meu modo de beber logo, meus problemas vão piorar.	1	2	3	4	5
4. Já comecei a fazer algumas mudanças no meu modo de beber.	1	2	3	4	5
5. Eu bebia demais uma vez, mas consegui mudar meu modo de beber.	1	2	3	4	5
6. Às vezes me pergunto se meu modo de beber está prejudicando outras pessoas.	1	2	3	4	5
7. Sou um bebedor problemático.	1	2	3	4	5
8. Não estou apenas pensando em mudar meu modo de beber, já estou fazendo algo a respeito.	1	2	3	4	5
9. Já mudei meu modo de beber e estou procurando maneiras de não voltar ao meu antigo padrão.	1	2	3	4	5
10. Tenho sérios problemas com a bebida.	1	2	3	4	5
11. Às vezes me pergunto se estou no controle da minha bebida.	1	2	3	4	5
12. Minha bebida está causando muitos danos.	1	2	3	4	5
13. Estou ativamente fazendo coisas agora para reduzir ou parar de beber.	1	2	3	4	5
14. Quero ajuda para não voltar aos problemas com bebida que eu tinha antes.	1	2	3	4	5
15. Eu sei que tenho um problema com a bebida.	1	2	3	4	5
16. Há momentos em que me pergunto se bebo demais.	1	2	3	4	5
17. Eu sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
18. Estou trabalhando muito para mudar meu modo de beber.	1	2	3	4	5
19. Fiz algumas mudanças em meu modo de beber e quero ajuda para não voltar a ser como costumava beber.	1	2	3	4	5

Seria o isolamento social durante a pandemia de COVID-19 um fator de risco para depressão?

Is social isolation during the COVID-19 pandemic a risk factor for depression?

¿Sería el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19 un factor de riesgo para depresión?

Adaene Alves Machado de Moura¹

ORCID: 0000-0001-7607-9841

Igor Roberto Bassoli

ORCID: 0000-0003-0290-5578

Belisa Vieira da Silveira¹

ORCID: 0000-0002-5966-8537

Alessandra Diehl¹

ORCID: 0000-0002-9252-3284

Manoel Antônio dos Santos¹

ORCID: 0000-0001-8214-7767

Ronildo Alves dos Santos¹

ORCID: 0000-0003-3364-7727

Christopher Wagstaff²

ORCID: 0000-0002-8013-1195

Sandra Cristina Pillon¹

ORCID: 0000-0001-8902-7549

¹ Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

² Universidade de Birmingham. Birmingham, Inglaterra.

Como citar este artigo:

Moura AAM, Bassoli IR, Silveira BV, Diehl A, Santos MA, Santos RA, et al. Is social isolation during the COVID-19 pandemic a risk factor for depression? Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 1):e20210594. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0594>

Autor Correspondente:

Adaene Alves Machado de Moura
E-mail: adaene_moura@usp.br



RESUMO

Objetivo: Avaliar os fatores associados à depressão entre estudantes e profissionais de nível superior durante o pico da pandemia de COVID-19. **Método:** estudo quantitativo com delineamento transversal. Participaram 550 estudantes e profissionais. Os dados foram coletados por meio de um questionário digital, que incluía o Patient Health Questionnaire-9 para avaliação de sintomas depressivos. **Resultados:** Os fatores relacionados à depressão e os desfechos do isolamento social foram significativamente associados ao sexo feminino (n=149; 37,8%; Odds Ratio OR=2,0), raça branca (n=127; 37,2%; OR=1,60), jovens (n=130; 39,4%; OR=2,0), sem religião (n=70; 40,2%; OR=1,64), com problemas financeiros (n=80; 53,0%; OR=2,40) e familiares (n=98; 47,3%; OR=1,77), que sofreram violência durante a quarentena (n=28; 58,3%; OR=2,33), aumentaram o uso de drogas ilícitas (n=16; 59,3%; OR=2,69), consumiram sedativos sem prescrição médica (n=75; 54,0%; OR=2,94), vivenciaram relacionamentos conflituosos (n=33; 54,1%; OR=2,14), perderam o emprego na pandemia (n=32; 59,3%; OR=1,99) e apresentaram sintomas de ansiedade relacionada à COVID-19 (n=155; 45,2%; OR=3,91). **Conclusão:** há uma relação significativa entre vulnerabilidade e adoção de comportamentos de risco durante o isolamento social imposto pela pandemia com sintomas depressivos. Sugerimos que os profissionais de saúde estejam atentos para a necessidade de ajustar suas intervenções psicossociais ao promoverem estratégias para mitigar os efeitos e riscos à saúde mental. **Descritores:** COVID-19; Depressão; Isolamento Social; Saúde Mental; Pandemias.

ABSTRACT

Objective: To assess factors associated with depression among higher education students and professionals during the peak of the COVID-19 pandemic. **Method:** quantitative study with a cross-sectional design. 550 students and professionals participated. The data were collected by means of a digital questionnaire that included Patient Health Questionnaire-9 to assess depressive symptoms. **Results:** The factors related to depression and social isolation outcomes were significantly associated with the female gender (n=149; 37,8%; Odds Ratio OR=2,0), white (n=127; 37,2%; OR=1,60), young people (n=130; 39,4%; OR=2,0), without religion (n=70; 40,2%; OR=1,64), with financial problems (n=80; 53,0%; OR=2,40) and family problems (n=98; 47,3%; OR=1,77); who suffered violence during the quarantine (n=28; 58,3%; OR=2,33), increased the use of illicit drugs (n=16; 59,3%; OR=2,69), used sedatives without a medical prescription (n=75; 54,0%; OR=2,94), lived in conflicting relationships (n=33; 54,1%; OR=2,14), lost their job during the pandemic (n=32; 59,3%; OR=1,99) and presented symptoms of anxiety related to COVID-19 (n=155; 45,2%; OR=3,91). **Conclusion:** there is a meaningful relationship between vulnerability and adopting risk behaviors during the pandemic-imposed social isolation with depressive symptoms. We suggest that health professionals be attentive to the need to adjust their psychosocial interventions when promoting strategies when promoting strategies to mitigate the effects and risks to mental health. **Descriptors:** COVID-19; Depression; Social Isolation; Mental Health; Pandemics.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los factores asociados a la depresión entre estudiantes y profesionales de nivel superior durante el pico de la pandemia de COVID-19. **Método:** estudio cuantitativo con delineamiento transversal. Participaron 550 estudiantes y profesionales. Los datos fueron

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

VIABILIDADE E EFETIVIDADE DE INTERVENÇÕES BREVES *ON-LINE* PARA REDUÇÃO DO USO DE ÁLCOOL ENTRE JOVENS E ADULTOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-2019: ENSAIO CLÍNICO NÃO RANDOMIZADO

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) de uma pesquisa que tem como título “**Viabilidade e efetividade de intervenções breves *on-line* para redução do uso de álcool entre jovens e adultos durante a pandemia da COVID-2019: ensaio clínico não randomizado**”. Trata-se de um estudo nacional, sob responsabilidade da Enfermeira doutoranda Adaene Alves Machado de Mourae orientação da Profa. Dra. Sandra Cristina Pillon, ambas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

O **objetivo** desse estudo é avaliar a viabilidade e efetividade de intervenções breves *on-line* para redução do uso de álcool entre jovens e adultos durante a pandemia da COVID-19. **Será desenvolvido totalmente em meio digital**, cujo objetivo específico será rastrear o uso de álcool entre jovens e adultos durante a quarentena.

Para participar dessa pesquisa, **é necessário que você tenha idade igual ou superior a 18 anos e possua acesso à internet e aplicativo de mensagens (*whatsapp*), aceitando posterior contato por essa via.**

A coleta de dados será feita através da aplicação de questionários *on-line*, dado pelo *Google Forms*, que possuem perguntas sobre o uso de álcool, que todos os participantes irão responder em um primeiro momento (este será o pré-teste), e após três meses (pós-teste), se for você selecionado para as próximas etapas. Para cumprir com nosso objetivo, este estudo dividirá os participantes em 2 (dois) diferentes grupos, e aqueles que concordarem em participar poderão ficar em qualquer um deles. Esses grupos são os seguintes:

(I) Grupo controle: não receberão nenhuma intervenção;

(II) Grupo experimental: receberão **a intervenção breve por vídeo-chamada** e mais três avaliações mensais de monitoramento (**também por telefone**), totalizando um período de 90 dias. Serão avaliados pós-teste após esse período.

Reforça-se, ainda, que sua inclusão em um dos grupos do estudo se dará de acordo com critérios pré-estabelecidos pela pesquisadora, ou seja, não dependerá de sua escolha.

A intervenção e o monitoramento preventivo para o uso de álcool, nada mais é do que uma orientação que a pesquisadora fará sobre os problemas relacionados ao consumo, principalmente durante a quarentena, que irão ser conduzidas **apenas** via internet e telefone celular. O tempo utilizado para o preenchimento do pré-teste será de aproximadamente 7 (sete) minutos, e as intervenções breves, cerca de 5 (cinco) a 8 (oito) minutos.

Enfatizamos ainda que, após a finalização do estudo, será oferecido ao grupo controle, caso seja desejado, as intervenções e o mesmo acolhimento recebido pelo grupo experimental.

Ressaltamos que a sua participação **é voluntária e você estará livre para recusar a participar da pesquisa e negar seu consentimento**, em qualquer fase do estudo, **sem qualquer prejuízo a sua pessoa**. Garantimos que, **em nenhum momento da pesquisa você será identificado(a)**, mesmo no momento da apresentação dos resultados, pois os dados serão apresentados em conjunto.

Assim, informamos que lhe são assegurados:

- O direito de não participar dessa pesquisa, se assim o desejar, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.
- O acesso, em qualquer momento, às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.
- A garantia de anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações prestadas no instrumento.
- Não serão divulgados nomes, nem qualquer informação que possam identificá-lo(a) ou que estejam relacionados com sua intimidade.

- A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, durante o andamento da pesquisa, sem que isto lhe traga prejuízo na instituição.

Informamos ainda, a importância de guardar em seus arquivos uma via do documento de Registro de Consentimento e/ou garantia do envio de via assinada pela pesquisadora.

O preenchimento do formulário não dispõe de riscos potenciais. Pode haver um risco subjetivo, uma vez que as questões podem ser desencadeadoras de lembranças desagradáveis envolvendo dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social e cultural do ser humano, durante qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente. Ainda, pode ocorrer uma pequena exaustão, devido a quantidade de itens no formulário. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, será assegurado o seu direito de se recusar a responder qualquer pergunta que não queira ou poderá optar pela suspensão do preenchimento. Para amenizar tais situações, a pesquisadora estará disponível para acolher essas demandas ou, se avaliar necessidade, poderá fazer um encaminhamento para serviço especializado. Todavia, em caso de dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte da pesquisadora, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, você terá garantia de indenização conforme disposto na Resolução CNS 466/2012, Item IV.3-h.

Se você participar deste estudo, receberá benefícios indiretos, uma vez que, acreditamos que os resultados da pesquisa poderão fornecer subsídios para fundamentar, direcionar, elaborar e implementar intervenções de saúde mental e dependência química aos jovens e adultos, afetados pela pandemia do coronavírus SARS-CoV-2, sendo que tais dados serão publicados e divulgados em revistas e eventos científicos.

Você receberá uma via deste termo (enviada por e-mail), rubricada em todas as páginas pela pesquisadora, onde consta o telefone e o endereço, devendo as assinaturas estar na mesma folha. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento. Ressaltamos ainda que você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo.

Além disso, firmamos o compromisso de divulgar os resultados da pesquisa (sem identificação), em formato acessível para todos os participantes. Após a coleta de dados, a pesquisadora lhe oferecerá um retorno por telefone ou e-mail, como acolhimento, aconselhamento e orientações, fornecendo benefício direto a você e nenhum prejuízo à sociedade em geral.

Em caso de dúvidas em qualquer fase do estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável por este estudo, a doutoranda Adaene Alves Machado de Moura. Ainda, caso você tenha outros questionamentos e queira mais esclarecimentos sobre a ética dessa pesquisa, você pode contactar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), onde este estudo encontra-se registrado, pelo telefone (16) 3315-9197, no endereço: Av. dos Bandeirantes, 3900- Ribeirão Preto, SP Brasil. Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16 horas, ou ainda pelo e-mail: cep@erp.usp.br

Se você concorda com os termos descritos acima, por favor, marque a opção “sim” na questão sobre sua concordância.

APÊNDICE B. Formulário semiestruturado

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. Nome: _____
2. Data: _____
3. Telefone whatsapp com DDD: _____
4. E-mail: _____
5. Idade: _____
6. Sexo: Masculino Feminino Outro
7. Estado ou país de moradia: _____
8. Com quem você mora? sozinho com conjuge pai e/ou mãe filhos pai/mãe e filhos ()sogra e/ou sogro amigos outros
9. Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental completo Ensino Médio Incompleto Ensino Médio completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior completo Especialização lato sensu Mestrado doutorado pós-doutorado ()
10. Profissão/ocupação (trabalha com o quê atualmente): _____
11. Cor: Branco Pardo Preto Amarelo Outro
12. Religião que pratica: Não pratica Católica Evangélica Espírita outra
13. Estado marital: Solteiro casado amasiado divorciado/separado outra
14. Renda familiar: menos de um salário mínimo de 1 a 2 SM de 2,5 a 3 salários acima de 3 salários Não sei
15. Número de filhos vivos: 1 2 3 4 5 6 7 mais de 7 Nenhum
16. Você ou sua companheira está grávida? não eu estou minha companheira

SAÚDE E BEM ESTAR

17. Possui alguma doença conhecida? 1.Sim qual? _____ 2.Não
18. Usa algum calmante para dormir? Sim Não
19. Como você considera sua saúde? Péssima ruim média boa ótima
20. Você reside em outra cidade/estado/país que sua família? Sim Não
21. Com que frequência se sente só: Sempre Muitas vezes Algumas vezes Raramente Nunca
22. Usa medicação para dormir? Sim Não às vezes
23. Tem passado por problemas familiares? Sim Não
24. Houve morte de alguém importante nos últimos 3 meses? Sim Não

25. Tem passado por dificuldades financeiras? Sim() Não ()

26. Tem participado de alguma atividade festiva (em casa ou na casa de amigos)? Sim() Não ()
27. O que você costuma fazer para aliviar o estresse? _____
28. Como é seu relacionamento com o conjugue? Sou solteiro () Tranquilo ()
conturbado () misto () outro: ____
29. Nos últimos 3 meses, você consumiu álcool para aliviar a tensão, estresse ou ansiedade?
Sim() Não ()
30. Você fuma cigarro atualmente? Sim() Não ()
31. Quantos cigarros você fuma por dia/noite: não fumo () 1 a 5 () 6 a 10 () 11 a 20 () 21
a 30 () mais de 30 ()

PANDEMIA COVID19

32. Você aumentou o uso de cigarro durante a quarentena? Sim() Não () não fumo ()
33. Você aumentou o uso de álcool durante a quarentena? Sim() Não () não bebo ()
34. Você aumentou o uso de drogas ilícitas (maconha, crack, cocaína) durante a quarentena?
Sim() Não () não uso droga ilícita ()
35. Você tem se sentido preocupado com a pandemia do coronavírus? () Não () Um pouco
() Muito () Extremamente
36. As pessoas que moram com você tem consumido bebidas alcoólicas durante a
quarentena? Sim() Não ()
37. O que mais tem te incomodado nesse momento de pandemia? _____
38. A preocupação pela pandemia do coronavírus tem lhe causado sintomas de ansiedade?
Ex: tremores, palpitação, preocupação constante, sudorese, outros () Não () Um pouco ()
Muito () Extremamente
39. Tem sofrido algum tipo de violência durante a quarentena? Não () física () verbal ()
psicológica ()
40. Você teve covid? Sim() Não () não sei ()
41. Algum familiar ou pessoa próxima a você teve covid? Sim() Não () não sei ()
42. Você perdeu o emprego por causa da pandemia? Sim() Não ()
43. Você trabalha na linha de frente do covid? Sim() Não ()
44. Tem passado por problemas familiares? Sim() Não ()
45. Houve morte de alguém importante nos últimos 3 meses? Sim() Não ()
46. Tem passado por dificuldades financeiras? Sim() Não ()
47. Tem participado de alguma atividade festiva (em casa ou na casa de amigos)? Sim()
Não ()
48. O que você costuma fazer para aliviar o estresse? _____

49. Como é seu relacionamento com o conjugue? Sou solteiro () Tranquilo ()
conturbado () misto () outro: ____
50. Nos últimos 3 meses, você consumiu álcool para aliviar a tensão, estresse ou ansiedade?
Sim () Não ()
51. Você fuma cigarro atualmente? Sim () Não ()
52. Quantos cigarros você fuma por dia/noite: não fumo () 1 a 5 () 6 a 10 () 11 a 20 () 21
a 30 () mais de 30 ()

PANDEMIA COVID19

53. Você aumentou o uso de cigarro durante a quarentena? Sim () Não () não fumo ()
54. Você aumentou o uso de álcool durante a quarentena? Sim () Não () não bebo ()
55. Você aumentou o uso de drogas ilícitas (maconha, crack, cocaína) durante a quarentena?
Sim () Não () não uso droga ilícita ()
56. Você tem se sentido preocupado com a pandemia do coronavírus? () Não () Um pouco
() Muito () Extremamente
57. As pessoas que moram com você tem consumido bebidas alcoólicas durante a
quarentena? Sim () Não ()
58. O que mais tem te incomodado nesse momento de pandemia? _____
59. A preocupação pela pandemia do coronavírus tem lhe causado sintomas de ansiedade?
Ex: tremores, palpitação, preocupação constante, sudorese, outros () Não () Um pouco ()
Muito () Extremamente
60. Tem sofrido algum tipo de violência durante a quarentena? Não () física () verbal ()
psicológica ()
61. Você teve covid? Sim () Não () não sei ()
62. Algum familiar ou pessoa próxima a você teve covid? Sim () Não () não sei ()
63. Você perdeu o emprego por causa da pandemia? Sim () Não ()
64. Você trabalha na linha de frente do covid? Sim () Não ()

APÊNDICE C. Comentário final dos participantes que receberam intervenção

FF1- Caso queira comentar algo sobre o consumo/pesquisa/pesquisadora/pontos fortes e fracos etc.

22 respostas

Desejo muito sucesso!

Parabéns pela iniciativa. Sucesso!

tudo bom, só achei que a conversa teria mais tempo. mas foi bom

Gostaria apenas de salientar que fiquei orgulhoso de poder contribuir com esta pesquisa que, no meu modo de entender, poderá ser bastante útil para outras pessoas.

Boa iniciativa

Parabéns pela pesquisa. O uso do álcool é muito banalizado e socialmente aceito. Diversas vezes bebi pois todos à minha volta estavam bebendo e quando sinalizei que não queria virei motivo de piada. Espero que após a pandemia, quando a vida normal retornar eu consiga dizer não ao sentar na mesa de um bar.

Eu gostei bastante de participar dessa pesquisa. Compartilhei o que foi conversado com algumas amigas e familiares sobre o assunto, e acho que as informações sobre o uso de álcool deveriam ser mais difundidas.

FF1- Caso queira comentar algo sobre o consumo/pesquisa/pesquisadora/pontos fortes e fracos etc.

22 respostas

Pesquisa muito relevante e atual. Acredito que esse tipo de intervenção deveria ser ampliada para atingir diversos outros perfis de pessoas que estão vivenciando a pandemia.

A pesquisadora foi atenciosa e explicou todas as etapas e informações inerentes a pesquisa, o que me trouxe segurança. Além disso pontuou algumas informações acerca das minhas respostas, o que considerei importante para compreender o assunto da pesquisa. Quando publicada, gostaria de ler.

A conscientização e esclarecimentos pontuais sobre o motivo pelo qual as pessoas utilizam o álcool em quantidade excessiva é um dos caminhos para que o usuário/alcoólatra reduza o consumo. Outro ponto é a pessoa estar disposta a mudança, acredito que uma motivação intrínseca com grande relevância nos faz repensar qual a importância do uso do álcool e reconhecer nosso vício, buscar ajuda é tratamento. Assim aconteceu comigo. A pesquisa me fez repensar, me conscientizar, me esclareceu e eu estava disposta a mudança para uma qualidade de vida melhor.

Só agradecer por poder contribuir com a a pesquisa, que por sinal acho de grande valia o tema abordado. A pesquisadora foi muito acolhedora na abordagem. Parabéns!

FF1- Caso queira comentar algo sobre o consumo/pesquisa/pesquisadora/pontos fortes e fracos etc.

22 respostas

Adorei a pesquisa, me fez pensar muito e realmente consegui diminuir meu consumo sem nem perceber, de forma natural. Só tenho a agradecer

Boa sorte, sucesso!

Admiro demais o trabalho que vem fazendo, muito bem feito!

Parabenizo a pesquisa realizada. Aprendi que o consumo consciente da bebida alcoólica é fundamental durante a pandemia, porém tenho consciência que também para muitos passou o "ansiolítico" onde a ansiedade levou a aumentar o consumo de álcool durante a pandemia.

Gostaria de parabenizar pela pesquisa e agradecer pelo cuidado/atenção.

Excelente e importante contribuição! Tema que deve ser amplamente divulgado e trabalhado com a população. Percebo o aumento e diferença no perfil das pessoas que consomem álcool cada ano que passa.

Eu adorei participar da pesquisa, achei a temática muito relevante e me ajudou a mudar o jeito que interajo com a bebida.