



Revista da Associação
Portuguesa de Adictologia
Nº11 • 2026

Editorial
João Curto

**Agonistas do Recetor do Peptídeo Semelhante ao
Glucagon Tipo 1 no Tratamento da
Perturbação do Uso de Álcool:**

Uma Revisão Sistemática da Evidência Atual
Ivan Miranda Ramos, Marlene Alves,
Rodrigo Mota Freitas, Ana Rui Pereira.

**Desafios no Internamento de Desintoxicação
Alcoólica: Altas Contra Parecer Médico
e Fatores Contributivos**

Rebeca Cohen, Inês Matos Pereira, Maria Cameira,
Gabriel Ferreira, Inês Vidó,
Violeta Nogueira, Joana Teixeira.

**Bebidas sem álcool em doentes
com perturbação do uso do álcool:
padrões de consumo e relevância clínica**
Maria Beatriz Couto, Rita Ortega, Dinora Coelho,
Sara Oliveira, Ana Filipa Teixeira

**"Tu és Pó e ao Pó Voltarás":
Padrões de Consumo de Cocaína, Impulsividade
e Ideação Suicida em Estudantes Universitários.**
Rafaela Reuss, Isabel M.Santos, Marta Rodrigues.

**Dimensões Transculturais do Uso de Opióides:
a propósito de um caso clínico.**
Ana Gomes, Gisela Simões, Cristiana Grego,
Sandra Vicente, Manuela Fraga

Gambling – Desafios à prática clínica
Marta Rodrigues, PhD; Carla Pina, BA

adictologia

DESAFIOS NO INTERNAMENTO DE DESINTOXICAÇÃO ALCOÓLICA: ALTAS CONTRA PARECER MÉDICO E FATORES CONTRIBUTIVOS

CHALLENGES IN ALCOHOL DETOXIFICATION INPATIENT CARE: AGAINST MEDICAL ADVICE DISCHARGES AND CONTRIBUTING FACTORS

Mensagens-chave

- Um dos poucos estudos nacionais a explorar dados demográficos, clínicos e psicossociais em doentes com alta contra parecer médico (ACPM) em contexto de internamentos para desintoxicação alcoólica.
- Baseia-se em dados reais de internamentos consecutivos, com atenção à trajetória hospitalar e reinternamentos.
- A ausência de análise estatística inferencial limita a interpretação de relações entre variáveis.
- A amostra reduzida e centrada num único serviço restringe a possibilidade de extrapolação dos resultados.

Autores

Rebeca Cohen ¹
Inês Matos Pereira ¹
Maria Cameira ¹
Gabriel Ferreira ¹
Inês Vidó ¹
Violeta Nogueira ¹
Joana Teixeira ^{2,3}

¹ Unidade de Alcoologia e Novas Dependências,
Hospital Júlio de Matos, ULS São José - Lisboa, Portugal;
² Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências,
³ Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal

Autor para correspondência

Rebeca Cohen
E-mail: rebecacohen@ulssjose.min-saude.pt

RESUMO

As altas contra parecer médico são frequentes em serviços de Psiquiatria, particularmente em internamentos para desabitação de substâncias psicoativas, gerando desafios tanto aos profissionais de saúde como aos doentes, comprometendo os planos terapêuticos.

Este trabalho tem como objetivos identificar associações entre as altas contra parecer médico e características clínicas e sociodemográficas dos doentes internados para desintoxicação alcoólica, bem como realizar uma revisão teórica não sistemática dos fatores descritos na literatura que influenciam esta decisão.

Foi realizado um estudo retrospectivo em doentes com Perturbação de Uso de Álcool que foram reinternados entre janeiro de 2022 e janeiro de 2023 na Unidade de Desintoxicação Alcoólica, do Departamento de Alcoologia e Novas Dependências, do Hospital Júlio de Matos, centrado naqueles que solicitaram alta contra parecer médico.

Entre os 37 doentes reinternados, 10 (27%) solicitaram alta contra parecer médico no penúltimo ou último internamento. A média de idades era de 52 anos, predominando indivíduos do sexo masculino ($n=5$; 56%). Metade dos doentes eram solteiros e a outra metade divorciados ou separados. Cerca de 50% possuíam escolaridade inferior ao ensino secundário, 60% apresentavam insuficiência económica, e na sua maioria (70%) encontravam-se desempregada. Estes doentes tiveram, em média, seis internamentos prévios.

As altas contra parecer médico durante a desintoxicação alcoólica estiveram associadas a fatores como sexo masculino, escolaridade mais baixa, estado civil solteiro, menor suporte social e económico. São identificados na literatura outros fatores predisponentes, incluindo o uso de outras

substâncias psicoativas, sintomas de abstinência maltratados, motivação insuficiente para a continuidade do tratamento, estigma e discriminação por parte da equipa hospitalar. Além destas, também questões como admissões hospitalares aos fins de semana e no Serviço de Urgência, e restrições para sair da unidade (especialmente para fumar) parecem ter influência significativa.

A identificação precoce de doentes com risco aumentado de solicitação de altas contra parecer médico, assim como o manejo adequado das síndromes de abstinência, redução do estigma e revisão de políticas hospitalares têm-se demonstrado eficazes na diminuição da frequência de altas prematuras e na conclusão do projeto terapêutico.

ABSTRACT

Against medical advice discharges are common in psychiatry services, particularly during inpatient treatment for substance detoxification, causing challenges for both physicians and patients while compromising therapeutic plans.

This study aims to identify associations between against medical advice discharges and clinical as well as sociodemographic characteristics, and to conduct a non-systematic literature review on the reasons described for this phenomenon.

A retrospective study was conducted on patients with Alcohol Use Disorder who were readmitted between January 2022 and January 2023 to the Alcohol Detoxification Unit of Hospital Júlio de Matos (Department of Alcoologia e Novas Dependências), focusing on those who requested discharge against medical advice. Simultaneously, we conducted a nonsystematic theoretical review in order to explore other factors influencing this decision.

Of the 37 readmitted patients, 10 (27%) requested against medical advice discharge. The mean age was 52 years, with a predominance of males (n=5; 56%). Most patients were either single (50%) or divorced/separated (50%), economically disadvantaged (60%), unemployed (70%), and had an educational level below high school (50%). On average, these patients had six prior hospitalizations.

Discharges against medical advice during alcohol detoxification were associated with male gender, lower educational attainment, single marital status, and socioeconomic disadvantage. Additional predisposing factors reported in the literature include poorly managed withdrawal symptoms, insufficient motivation to continue treatment, stigma or discrimination from hospital staff, weekend or emergency admissions, and restrictions on leaving the unit, particularly for smoking.

Early identification of patients at increased risk of requesting discharge against medical advice, together with appropriate management of withdrawal symptoms, stigma reduction, and revision of hospital policies, may help decrease premature discharges and improve treatment completion.

Palavras-chave: Altas contra parecer médico, ACPM, desintoxicação alcoólica, PUA, reinternamento

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a prevalência da Perturbação de Uso de Álcool (PUA) afeta cerca de 7% da população mundial com 15 anos ou mais (10% em pessoas com mais de 12 anos).^{1,2} A PUA está frequentemente associada a comorbilidades psiquiátricas, como perturbações do humor (nomeadamente depressão e doença bipolar), uso de outras substâncias psicoativas, perturbações de personalidade (especialmente borderline e antissocial) e psicose, mas também perturbações de ansiedade, de stress pós-traumático, do sono e do comportamento alimentar.² Acresce maior risco de comorbilidades

físicas (cardiovasculares, hepáticas, metabólicas) e exigência de gestão clínica complexa.³ De facto, é considerada a 3ª causa de morte prevenível nos Estados Unidos da América, que inclui suicídio, agravamento de comorbilidades médicas e acidentes fatais.²

A alta contra parecer médico (ACPM) ocorre quando um doente competente opta por interromper os cuidados hospitalares, nomeadamente internamento, contra o aconselhamento médico.⁴ A validade desta decisão depende da capacidade: compreender informação relevante, ponderar opções e reconhecer consequências, exigindo funcionamento cognitivo, insight e capacidade deliberativa adequados.^{5,6,7,8} Garantida essa plena capacidade, formaliza-se tipicamente por consentimento informado escrito.⁷

Em Psiquiatria, a prestação de cuidados centra-se no tratamento clínico, enquanto o quadro legal privilegia a proteção e a autonomia dos doentes. A ACPM coloca, portanto, um dilema ético-clínico: por um lado a autonomia do doente, entendida como o direito de definir os próprios interesses e preservar a dignidade pessoal, versus o dever de beneficência, nomeadamente o dever médico de salvaguardar a saúde e o bem-estar do indivíduo, bem como, em alguns casos, proteger terceiros de potenciais danos.^{5,8} Este equilíbrio delicado expõe as fragilidades estruturais dos cuidados em saúde mental e desafia os profissionais a encontrar respostas competentes e conciliadoras perante decisões que, apesar de legítimas, podem representar riscos não negligenciáveis.

A ACPM, embora seja em parte uma consequência natural da valorização da autonomia dos pacientes e da diversidade de opções terapêuticas, está associada a pior prognóstico e é frequentemente uma fonte de frustração e sensação de impotência para os profissionais envolvidos, podendo por vezes refletir uma falha na construção de um consenso entre o médico e o doente que pode estar relacionada com dificuldades no estabelecimento da relação médico-doente.^{9,10,11,12}

As ACPM representam entre 1% e 2% de todas as altas hospitalares nos EUA, estimando-se que cerca de 30% dos pacientes que solicitam ACPM tenham uma doença psiquiátrica, e aproximadamente 70% tenham antecedentes de abuso de álcool ou outras substâncias psicoativas.^{4,7,13,14,15,16} O fenómeno é especialmente prevalente entre indivíduos com consumos ativos, apresentando um risco duas a quase três vezes superior de ACPM.¹⁷

Entre os internamentos psiquiátricos voluntários, os estudos revelam taxas de ACPM entre 6% e 35%, em algumas amostras variam entre 3% e 51%, com uma média que ronda os 16% a 17% confirmando a frequência relevante deste tipo de saída entre doentes com perturbações mentais.^{8,9,17,18} Nos internamentos para desintoxicação alcoólica, entre 5 e 20% dos doentes abandonam o tratamento precocemente.^{10,11,19,20}

Para além da divergência médico-doente, a ACPM expõe os profissionais de saúde a risco acrescido de responsabilidade legal, nomeadamente de negligência associada à alta de pacientes ainda clinicamente instáveis ou potencialmente perigosos.^{7,8,16,21} A complexidade destas decisões é agravada pelo facto de serem frequentemente tomadas de forma célere, sem possibilidade de discussão em equipa ou de uma avaliação completa da capacidade, o que é crítico dada a dificuldade em prever violência e risco para terceiros.^{8,22}

As ACPM estão associadas a pior prognóstico, como aumento de 60% do risco de reinternamento no ano seguinte e mais do dobro nos 30 dias seguintes - entre duas a doze vezes superior quando comparada com as altas devidamente planeadas.^{13,21,23,24}

Em contexto de desintoxicação, as taxas de reinternamento no prazo de um ano variam entre 34% e 48%, sobretudo quando o álcool é a substância de eleição.^{25,26} Para além disso, há aumento da frequência e duração dos reinternamentos, custos até 50% superiores (incluindo também recurso aos serviços de urgência) e pior adesão, maior recaída, com aumento de morbilidade e mortalidade aos 30 dias.

7, 10,12, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32

AACPM representa, assim, um problema complexo, com consequências relevantes para os doentes, fonte de frustração para os profissionais de saúde e de sobrecarga para o sistema de saúde. Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo a caracterização dos doentes que solicitaram alta contra parecer médico durante o internamento para desintoxicação alcoólica, analisando variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como os principais desfechos subsequentes, nomeadamente a taxa de reinternamentos. Ao aprofundar a descrição deste fenómeno, pretende-se contribuir para uma melhor compreensão dos casos de ACPM neste contexto específico e para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção mais adequadas.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo com o objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos doentes com ACPM, bem como analisar a frequência e o padrão dos reinternamentos subsequentes. A análise incluiu utentes da Clínica 4 do Hospital Júlio de Matos, no serviço de Alcoologia e Novas Dependências, reinternados entre janeiro de 2022 e janeiro de 2023, com foco nos episódios de reinternamento ocorridos até 12 meses após a alta. A principal variável analisada foi o tipo de alta — contra ou não contra parecer médico.

Adicionalmente, foi realizada uma revisão teórica não sistemática da literatura sobre as circunstâncias e características frequentemente associadas à ACPM, incluindo fatores demográficos, clínicos e psicossociais.

Foram incluídos no presente estudo todos os doentes com idade igual ou superior a 18 anos que apresentaram pelo menos dois internamentos para desintoxicação alcoólica no período em análise. Os dados foram extraídos dos registos clínicos hospitalares e englobaram informações sobre a proveniência e o tipo de admissão, bem como variáveis sociodemográficas e clínicas. Entre estas, destacam-se o sexo, nacionalidade, idade, estado civil, nível de escolaridade e situação laboral, além

de indicadores de vulnerabilidade social, como a insuficiência económica. Foram também considerados a história de consumo de substâncias psicoativas, a presença de comorbilidades psiquiátricas, antecedentes psiquiátricos familiares relevantes e o número de internamentos prévios. As comorbilidades foram classificadas segundo a 10.^a edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

RESULTADOS

Durante o período em análise, foram identificados 37 doentes com reinternamentos, dos quais 10 (27%) tiveram ACPM. A maioria (n = 26; 70,3%) foi admitida de forma eletiva, referenciada pela Consulta de Alcoologia ou Patologia Dual do Hospital Júlio de Matos, ou por outras unidades especializadas. Destes, 18 (69,2%) tiveram alta programada e 8 (30,8%) solicitaram ACPM, representando 80% do subgrupo de ACPM. Por sua vez, 11 doentes (29,7%) foram admitidos a partir do Serviço de Urgência, na maioria de forma voluntária (n = 8); 9 (81,8%) obtiveram alta planeada e 2 (18,2%) ACPM (20% do subgrupo). Note-se que os casos de internamento involuntário corresponderam a situações clínicas extraordinárias de maior gravidade à admissão que transitaram a regime voluntário previamente à alta (Tabela 1).

Proveniência / regime de internamento	Sem ACPM (n=27)	Com ACPM (n=10)	Total (n=37)
Consulta externa ou ET • Internamento eletivo	n=18 (66,7%)	n=8 (80%)	n=26 (70,3%)
Serviço de urgência	n=9 (33,3%)	n=2 (20%)	n=11 (29,7%)
• Internamento voluntário • Internamento involuntário	n=7 (25,9%) n=1 (3,7%)	n=1 (10%) n=1 (10%)	n=8 (21,6%) n=2 (5,4%)

Tabela 1. Proveniência e tipo de regime de internamento.

A análise sociodemográfica mostrou predomínio do sexo masculino (56%) e ausência de parceiro (proporção semelhante de solteiros e divorciados/separados). A idade média foi semelhante entre grupos (~52 anos). No grupo ACPM, 60% apresentavam insuficiência económica, 70% estavam desempregados e 50% tinham escolaridade inferior ao ensino secundário. Estes doentes registaram também maior número de internamentos prévios, com um rácio de 1,67:1 face às altas planeadas (Tabela 2).

	Sem ACPM (n=27)	Com ACPM (n=10)	Total (n=37)
Nacionalidade			
• Portuguesa	n= 26 (96%)	n=10 (100%)	n=36 (97.3%)
• Francesa	n=1 (4%)	n=0	n=1 (2.7%)
Média de idades	52	52	52
Sexo masculino	n=19 (70%)	n= 6 (60%)	n=25 (67.6%)
Estado civil			
• Solteiro	n=5 (18.5%)	n=5 (50%)	n=10 (27%)
• Divorciado/separado	n=13 (48.1%)	n=5 (50%)	n=18 (48.6%)
• Viúvo	n=1 (3.7%)	n= 0	n=1 (2.7%)
• Casado /União de facto	n=8 (29.6%)	n= 0	n=8 (21.6%)
Insuficiência económica	n=12 (44%)	n= 6 (60%)	n=18 (48.6%)
Situação laboral			
• Desempregado	n= 16 (59.3%)	n= 7 (70%)	n=23 (62.1%)
• Empregado	n= 8 (29.6%)	n=3 (30%)	n=11 (29.7%)
• Reformado	n=3 (11.1%)	n=0	n=3 (8.1%)
Escolaridade inferior ao ensino secundário	n=13 (48%)	n=5 (50%)	n=18 (48.6%)
Média de internamentos prévios	~3	~5	~2

Tabela 2. Dados demográficos e média de internamentos prévios dos doentes internados

Quanto às comorbilidades psiquiátricas, 64,9% dos doentes (n = 24) tinham diagnóstico dual, predominando a perturbação depressiva recorrente (54,1%). No grupo sem ACPM, 63% apresentavam outras perturbações — nomeadamente bipolar tipo I (n = 1), tipo II (n = 1), depressiva recorrente (n = 15), personalidade (n = 2) e ansiedade (n = 1). No grupo ACPM, 70% tinham comorbilidades (depressiva major = 1; depressiva recorrente = 5; personalidade = 1).

A perturbação por uso de substâncias (PUS) mostrou-se relevante, embora menos frequente à admissão do que em antecedentes, dado que o internamento é dedicado à desintoxicação alcoólica. Apenas 20% dos doentes com ACPM e 25,9% dos sem ACPM apresentavam critérios para PUS ativa; contudo, 45,9% tinham história prévia de consumo nocivo. Destacou-se o uso múltiplo de substâncias (29,7%), seguido de cocaína (14,8% sem ACPM; 20% com ACPM), canabinoides e heroína. O consumo atual restringiu-se a cocaína e canabinoides, correspondendo a 24,3% do total (Tabela 3).

	Sem ACPM (n=27)	Com ACPM (n=10)	Total (n=37)
Com comorbilidades psiquiátricas	n=17 (63%)	n=7 (70%)	n=24 (64.9%)
Perturbação depressiva major (F32.2)	0	n=1 (10%)	n=1 (2.7%)
Perturbação bipolar tipo 2, outros tipos de perturbação bipolar (F31.8)	n=1 (3.7%)	0	n=1 (2.7%)
Perturbação bipolar tipo 1, atual episódio maníaco (F31.2)	n=1 (3.7%)	0	n=1 (2.7%)
Perturbação depressiva recorrente (F33)	n=15 (55.6%)	n=5 (50%)	n=20 (54.1%)
Perturbação da personalidade (F60)	n=2 (7.4%)	n=1 (10%)	n=3 (8.1%)
Perturbação de ansiedade generalizada (F41.1)	n=1 (3.7%)	0	n=1 (2.7%)
Perturbação de uso de substâncias (F19)			
· No passado	n=13 (48.1%)	n=4 (40%)	n= 17(45.9%)
- Cocaína	n=4 (14.8%)	n=2 (20%)	n=6 (16.2%)
- Canabinoides	n=3 (11.1%)	n=1 (10%)	n=4 (10.8%)
- Heroína	n=2 (7.4%)	0	n=2 (5.4%)
- Múltiplas substâncias	n=4 (14.8%)	n=7 (70%)	n=11 (29.7%)
· Atualmente	n=7 (25.9%)	n=2 (20%)	n=9 (24.3%)
- Cocaína	n=4 (14.8%)	n=2 (20%)	n=6 (16.2%)
- Canabinoides	n=3 (11.1%)	0	n=3 (8.1%)
- Heroína	0	0	0
- Múltiplas substâncias	0	0	0
Sem comorbilidades psiquiátricas	n=10 (37%)	n=3 (30%)	n=13 (35.1%)

Tabela 3. Antecedentes pessoais psiquiátricos dos doentes internados. Nota: alguns doentes apresentavam mais do que uma comorbilidade psiquiátrica ou antecedente de uso de substâncias, pelo que as categorias não são mutuamente exclusivas e os totais podem exceder o número total de doentes.

Relativamente aos antecedentes familiares psiquiátricos, 70,3% dos doentes apresentavam história positiva, com destaque para a perturbação por uso de álcool (PUA) em 59,5% (n = 22), seguida de suicídio em familiares (18,9%), PUS (5,4%), tentativa de suicídio (5,4%), esquizofrenia (5,4%) e perturbação depressiva recorrente (5,4%). Além disso, 2,7% (n=1) relataram antecedentes psiquiátricos que não souberam melhor especificar. No grupo sem ACPM, 66,7% referiram PUA, 18,5% suicídio e 7,4% tentativa de suicídio ou esquizofrenia. No grupo ACPM, 40% tinham familiares com PUA, 20% com história de suicídio, 10% com PUS e 10% com perturbação depressiva recorrente (Tabela 4).

	Sem ACPM (n=27)	Com ACPM (n=10)	Total (n=37)
Com antecedentes familiares	n=19 (70.4%)	n=7 (70%)	n=26 (70.3%)
Perturbação de uso de álcool	n=18 (66.7%)	n=4 (40%)	n=22 (59.5%)
Perturbação de uso de substâncias	n=1 (3.7%)	n=1 (10%)	n=2 (5.4%)
Suicídio	n=5 (18.5%)	n=2 (20%)	n=7 (18.9%)
Tentativa de suicídio	n=2 (7.4%)	n=0	n=2 (5.4%)
Esquizofrenia	n=2 (7.4%)	n=0	n=2 (5.4%)
Perturbação depressiva recorrente	n=1 (3.7%)	n=1 (10%)	n=2 (5.4%)
Antecedentes não especificados	n=1 (3.7%)	n=0	n=1 (2.7%)
Sem antecedentes familiares	n=8 (29.6%)	n=3 (30%)	n=11 (29.7%)

Tabela 4. Antecedentes familiares de relevo dos doentes internados. Nota: alguns doentes apresentavam mais do que um antecedente familiar, pelo que as categorias não são mutuamente exclusivas e os totais podem exceder o número total de doentes.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos acompanham os fatores de risco descritos na literatura para ACPM. A predominância do sexo masculino, embora consistente com outros estudos, pode refletir sobretudo a própria distribuição dos internamentos psiquiátricos para desabituação alcoólica, constituindo um possível viés.^{9,12,13,14,15,16,17,19,21,23,24,33,34,35} A idade não diferiu significativamente, divergindo dos estudos que sugerem relação com doentes mais jovens, e, nomeadamente, características frequentemente associadas ao sexo masculino como impulsividade, minimização de risco e menor insight, que comprometem a adesão.^{9,16,21,28,33,36,37} A menor carga de comorbilidades médicas e a familiaridade com os serviços em causa podem favorecer o abandono, embora também exista evidência que relaciona doença médica concomitante com maior dificuldade em manter a abstinência, com risco acrescido de reinternamento.^{21,23,38,39} Estudos clássicos desde a década de 1970 já apontavam outras variáveis associadas ao abandono em contexto psiquiátrico, como heteroagressividade, traços antissociais e disfunção familiar, achados que permanecem pertinentes.⁴⁰

Com efeito, o perfil social dos doentes com ACPM revela vulnerabilidade marcada, em linha com o

descrito na literatura.^{7,9,21,27,33} Destaca-se o baixo estatuto socioeconómico, insuficiência económica e fragilidade das redes de apoio — sobretudo entre solteiros ou divorciados — que surgem como fatores recorrentes. Este padrão coincide com estudos que reconhecem a convivência familiar como protetora na manutenção do tratamento.¹³ Outros fatores observados incluem o desemprego e um nível educacional mais baixo, que traduzem frequentemente uma menor literacia em saúde e compreensão da importância da continuidade terapêutica.^{12,14,15,24,26,35}

A decisão de interromper o internamento raramente é apenas clínica, sendo também influenciada por valores, pressões externas e prioridades pessoais. Enquanto os profissionais de saúde se concentram sobretudo em objetivos terapêuticos e na estabilidade clínica, os doentes avaliam implicações familiares, sociais ou laborais.^{7,10,33,39} A instabilidade económica, receio de perda de emprego e ausência de retaguarda familiar surgem como obstáculos concretos. Embora algumas dessas motivações possam ser entendidas como legítimas, todas elas interferem com a possibilidade de uma decisão plenamente autónoma por parte do doente.⁷

Sendo a nossa amostra composta quase integralmente por doentes portugueses, não foi possível

neste estudo apurar diferenças ao nível da nacionalidade. Ainda assim, a literatura descreve risco acrescido de ACPM entre grupos socialmente desfavorecidos e em indivíduos cuja língua materna difere da do país de acolhimento, dado que a barreira linguística compromete a comunicação, gera insatisfação com os cuidados e fragiliza o vínculo terapêutico.^{29,37}

A nível internacional, observam-se taxas mais elevadas de ACPM entre doentes pertencentes a grupos étnicos minoritários, o que é interpretado como expressão de desigualdades estruturais nos serviços de saúde quanto ao acesso e qualidade dos cuidados.^{33,36,41} Embora relevantes para o panorama global, tais disparidades não são diretamente transponíveis ao contexto português, sustentado num sistema público de acesso universal. Independentemente do sistema de saúde, níveis reduzidos de confiança, comunicação e parceria entre indivíduos pertencentes a estas comunidades e profissionais de saúde comprometem a aliança terapêutica, favorecendo o abandono precoce. Estes aspetos, associados a experiências de marginalização ou perceções de não pertença reforçam esse risco e devem ser reconhecidas na abordagem clínica a grupos vulneráveis.^{11,42,43}

O número superior de internamentos prévios entre os doentes com ACPM confirma dados anteriores.^{8,17} Esse padrão revela trajetórias de hospitalizações repetidas e interrupções precoces, gerando um ciclo de cuidados fragmentados.²⁷ A literatura indica que cerca de 20% dos doentes que abandonam o internamento repetem o comportamento, sendo responsáveis por mais de 40% das ACPM, e apresentando risco de reincidência até 20 vezes superior e probabilidade duplicada de internamento noutra hospital, caracterizando o fenómeno de “porta giratória”.^{9,12,13,14}

A presença de antecedentes psiquiátricos pessoais surge como um dos principais fatores de risco associados ao reinternamento, particularmente quando a alta ocorre contra parecer médico.²³ Entre as comorbilidades, a presença de quadros

psicóticos destaca-se pela sua forte associação com desfechos clínicos desfavoráveis, incluindo a maior probabilidade de ACPM e de reinternamentos subsequentes. Estudos demonstram que doentes com diagnóstico dual apresentam menores taxas de adesão ao tratamento, o que contribui para trajetórias clínicas mais fragmentadas.^{7,12,13,14,15,23,24,33,35} Nestes casos, os sintomas psiquiátricos podem interferir com a capacidade de julgamento, o reconhecimento da necessidade de tratamento e o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz, aumentando substancialmente o risco de abandono precoce do internamento.

História de dependência de substâncias, sobretudo opioides como substância de eleição, duplica o risco de ACPM.^{7,23,37} Além de implicar maior gravidade clínica, associa-se frequentemente a abstinências mais intensas e complexas do ponto de vista clínico, dificultando a estabilização e, comprometendo a adesão ao tratamento.¹⁹ Mesmo a abstinência alcoólica — habitualmente com início entre 4 e 72 horas após a última ingestão, pico às 48 horas, e, possível duração até cinco dias —, quando inadequadamente gerida reduz de forma significativa a motivação para continuar o tratamento.⁴⁴

O tabagismo, presente em cerca de 70% dos doentes com PUS, acrescenta dificuldade à permanência em internamento.²¹ O craving intenso das primeiras 48 horas é frequentemente apontado como motivo direto para a interrupção do internamento.^{12,15} Em muitos contextos hospitalares psiquiátricos, incluindo em Portugal, as saídas para o exterior são limitadas, e embora na maioria dos casos sejam utilizadas substituições nicotínicas, estas nem sempre controlam a sensação de urgência, especialmente quando a motivação do internamento se limita ao álcool, tornando o processo mais desafiante, por vezes.^{14,35} Importa referir que, segundo a hipótese da automedicação, o consumo funciona muitas vezes como tentativa de regulação afetiva.⁴⁵ A interrupção abrupta do consumo durante o internamento pode ser emocionalmente intolerável e, ela própria, aumentar o risco de

ACPM, sobretudo se a intervenção não integrar esta dimensão subjetiva.^{28,45}

Adicionalmente, apesar de este fator não ter sido avaliado na amostra presente, estudos prévios sugerem que doentes com doenças crônicas não-psiquiátricas, assim como aqueles que residem a maior distância do hospital, têm uma maior tendência ao abandono precoce do internamento, por dificuldades de acesso continuado aos cuidados ou percepção de que o internamento oferece benefícios limitados.⁹

A motivação para o tratamento desempenha um papel decisivo na adesão terapêutica e na permanência em internamento. Quando a decisão de internamento não é precedida de uma avaliação cuidada da disposição do doente para iniciar um processo de mudança, a probabilidade de ACPM aumenta consideravelmente.^{24,35} Esta vulnerabilidade, especialmente marcada em doentes com PUS, nos quais a ambivalência face ao tratamento é característica e tende a intensificar-se na presença de comorbilidades como perturbações da personalidade.^{46,47} Nestes casos, traços de neuroticismo, impulsividade e desinibição comportamental, aliados à dificuldade em estabelecer vínculos estáveis comprometem ainda mais a continuidade do tratamento, levando muitos doentes a vivenciar a hospitalização como punitiva, o que contribui para atitudes negativas perante a equipa e escassa esperança de melhoria e comportamentos disruptivos.^{46,47}

Vários estudos apontam níveis mais elevados de ansiedade, irritabilidade e agressividade em quem solicita alta precoce, podendo essa decisão de sair refletir medo, desconfiança, negação da doença ou insatisfação com os cuidados recebidos.^{8,17} Mesmo sem diagnóstico formal de perturbação de personalidade, as equipas reconhecem que padrões de impulsividade marcada, fraca tolerância à frustração e dificuldade em reconhecer a necessidade de ajuda fragilizam o vínculo, perpetuando hospitalizações curtas e ineficazes.^{9,10} A impulsividade e instabilidade emocional tornam mais vulneráveis os doentes admitidos em contexto de urgência, sem

planeamento prévio.^{5,21} Nestes casos, a adesão é frequentemente transitória e motivada pelo alívio sintomático imediato, não por um compromisso com a mudança.¹ Internamentos urgentes apresentam taxas de ACPM cerca de duas vezes superiores às programadas, pois uma vez controlados os sintomas físicos e a tensão emocional, a motivação dissipa-se.⁴⁸ A hospitalização resolve a crise aguda, mas sem trabalho motivacional subsequente de mobilização para o tratamento a médio prazo, o risco de abandono precoce mantém-se elevado.

A história familiar de PUS é altamente prevalente e consistente com o conhecimento atual sobre determinantes da dependência. Estima-se que fatores genéticos expliquem cerca de metade da vulnerabilidade individual para o desenvolvimento de PUA, sendo os restantes atribuíveis a fatores ambientais — muitos dos quais intrafamiliares de natureza relacional e contextual.² Assim, além do risco hereditário, a transmissão de modelos disfuncionais de regulação emocional perpetua ciclos intergeracionais de adição, justificando a dificuldade na estabilização clínica e necessidade de intervenções prolongadas que abranjam não apenas o indivíduo, mas o seu contexto familiar e social.

A preparação inadequada para a experiência de internamento é um fator crítico para ACPM.⁹ A ausência de informação clara sobre regras e duração leva a um desfasamento entre expectativas e realidade institucional, especialmente em unidades fechadas, onde as restrições podem ser vividas como perda de autonomia. O problema agrava-se quando a desintoxicação ocorre em serviços partilhados com doentes de Psiquiatria Geral, como é o caso do serviço em análise, cuja sintomatologia grave pode ser percecionada como ameaçadora por quem não tem contacto prévio com esses quadros ou que os associam a episódios traumáticos ou representações estigmatizadas da doença mental. O desconforto resultante alimenta sentimentos de não pertença e reforça a vontade de sair precocemente.

O estigma e a discriminação continuam a marcar a experiência hospitalar de doentes com PUS. A percepção de tratamento desigual ou punitivo devido à história de consumo compromete rapidamente a confiança na equipa clínica, enfraquecendo a relação terapêutica e diminuindo a motivação para permanecer em tratamento.^{4,21,27} Importa ainda considerar que muitos destes doentes têm histórias de vida marcadas por trauma, exclusão social ou antecedentes criminais.⁴⁹ O ambiente fechado pode reativar memórias dolorosas e provocar ansiedade ou sensação de ameaça. Quando o internamento é vivenciado como revitimizante, o risco de rotura precoce com a equipa clínica e de ACPM aumenta substancialmente.^{21,50,51}

Paralelamente, estudos mostram que também os profissionais podem, por vezes, adotar atitudes defensivas, percebendo estes doentes como manipuladores, perigosos ou desmotivados e hesitando na prescrição de analgesia ou na gestão da insónia por suspeita de instrumentalização, o que acentua a desconfiança mútua.^{4,21,52,53} Considerando ainda as desigualdades estruturais e contextos de fragilidade institucional — nomeadamente falhas sistémicas na comunicação, na acessibilidade e na relação de confiança, especialmente em comunidades minoritárias e vulneráveis — torna-se imperativo promover uma prática clínica empática e culturalmente sensível.¹¹

Outro fator apontado na literatura como potenciador de ACPM é o momento da admissão hospitalar, particularmente entradas às sextas-feiras, muito provavelmente pela menor disponibilidade de equipa ao fim-de-semana, fase crucial para integração e criação de vínculo.^{9,15,19,37} A ausência de uma abordagem estruturada nas primeiras 24 a 48 horas aumenta a sensação de desamparo ou desorganização e favorece decisões impulsivas, enquanto o aumento habitual do desejo de consumo ao fim-de-semana agrava o conflito interno e favorece os abandonos.³⁷

As ACPM são mais frequentes em hospitais urbanos de grandes dimensões, frequentemente em

contextos metropolitanos de desigualdade social.^{11,13} Nestes cenários, os doentes apresentam maior prevalência de patologia dual, menor acesso a recursos comunitários e constrangimentos institucionais que influenciam o desfecho, mesmo em sistemas públicos como o português.

Em síntese, os resultados reforçam o valor de intervenções precoces e estruturadas, sobretudo nos primeiros dias de internamento, sendo este período decisivo para a adesão. Estratégias como a preparação informada, gestão eficaz dos sintomas de abstinência, da relação terapêutica, e ambiente hospitalar seguro são elementos essenciais para reduzir o risco de ACPM e melhorar tanto o prognóstico individual como a eficácia dos programas de desintoxicação.

A prevenção eficaz assenta em três eixos interligados: intervenção precoce, ambiente terapêutico estruturado e continuidade de cuidados.⁹ A avaliação rigorosa da motivação e sessões preparatórias que explorem resistências e expectativas antes da admissão são fundamentais. Desde o início do internamento, o plano de alta deve estar delineado e articulado com suporte psicoterapêutico e social, permitindo gerir frustrações e ajustar expectativas.^{8,5} A clarificação de que o processo pode ser exigente e que a duração e o plano terapêutico podem ser flexíveis ajuda a alinhar expectativas e a reduzir a ambivalência. Durante o internamento, a gestão rigorosa da abstinência, a educação e o envolvimento familiar reforçam adesão e rede de suporte.⁸ A comunicação empática, livre de juízos e baseada em persuasão ética, especialmente em doentes com historial de ACPM ou sinais preditivos de risco, é essencial para garantir compreensão dos riscos e fortalecer a aliança terapêutica.¹⁷

Assim, mesmo quando uma ACPM é inevitável, a existência de um plano de seguimento atenua riscos e facilita a continuidade de cuidados.^{8,21,24} Esta deve ser assegurada através de programas de transição pós-alta por equipas multidisciplinares,

restaurando a confiança do doente no sistema de saúde e reduzindo a probabilidade de reinternamento. Nesses casos, é imprescindível avaliar a capacidade de decisão e fatores externos que influenciem a escolha, através de abordagem padronizada e menos dependente do operador, preservando a aliança terapêutica.⁷ Assim, reformas institucionais que reduzam práticas restritivas, promovam ambientes acolhedores e atribuam um profissional de referência mostram-se eficazes na mediação de conflitos e na construção de contextos inclusivos.^{54,55}

CONCLUSÃO

A ACPM permanece um desafio clínico e organizacional significativo nos internamentos de desintoxicação alcoólica, refletindo uma realidade multifatorial em que vulnerabilidades pessoais, dinâmicas relacionais e barreiras institucionais se cruzam.^{24,56} A sua compreensão exige uma perspectiva integrada, que ultrapasse a leitura individual e contemple falhas de comunicação, acolhimento e continuidade. A identificação precoce de fatores de risco como os descritos deve integrar a rotina clínica para permitir planos personalizados e realistas. O investimento na formação das equipas, na comunicação empática e na redução do estigma é indispensável para melhorar os desfechos. As limitações estruturais, como a escassez de recursos ao fim-de-semana e a insuficiente avaliação motivacional em admissões urgentes, exigem estratégias específicas.

Admissões à sexta-feira e não programados devem ser entendidos como medidas contingentes de segurança, mas acompanhadas de avaliação motivacional estruturada e planeamento de continuidade de cuidados.^{8,4} Por fim, a investigação futura deverá centrar-se na deteção precoce de perfis de risco e na eficácia de intervenções motivacionais personalizadas e programas de transição pós-alta, de modo a quebrar o ciclo de

reinternamentos. A abordagem desta problemática requer um modelo compreensivo, integrado e contínuo, reconhecendo que a saída precoce é um marcador de fragilidade sistémica e de sofrimento clínico ainda por resolver.

PRINCIPAIS LIMITAÇÕES

A amostra de doentes utilizada neste estudo é pequena, o que limita a generalização dos seus resultados para populações mais amplas. Adicionalmente, o seu desenho retrospectivo apresenta limitações relacionadas com a recolha de dados ser obtida apenas pela consulta da informação que consta nos registos clínicos. A inexistência de análise estatística inferencial também dificulta a exploração de possíveis relações entre variáveis.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Conflito de interesses: Os autores não têm qualquer conflito de interesses a declarar.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares

ETHICAL DISCLOSURES

Conflicts of interests: the authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: this work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS:

- 1) World health organization (WHO). Alcohol. Fact sheet. Updated March 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- 2) Jeanette M Tetrault, M. F. Fasamp. G. O. M. M. (2025). Risky drinking and alcohol use disorder: Epidemiology, clinical features, adverse consequences, screening, and assessment. Uptodate
- 3) Simon, R., Snow, R., & Wakeman, S. (2020). Understanding why Patients with Substance use Disorders Leave the Hospital against Medical Advice: A Qualitative Study. *Substance Abuse*, 41(4), 519–525. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1671942>
- 4) Alfandre DJ, Brenner J, Onukwugha E. Against medical advice discharges. *J Hosp Med* 2017;10:843–845.
- 5) Ganzini, L., Volicer, L., Nelson, W. A., Fox, E., & Derse, A. R. (2005). Ten myths about decision-making capacity. *Journal of the American Medical Directors Association*, 6(3 Suppl), S100–S104. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2005.03.012>
- 6) Grisso, T., Appelbaum, P. S., & Hill-Fotouhi, C. (1997). The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatric Services*, 48(11), 1415–1419. <https://doi.org/10.1176/ps.48.11.1415>
- 7) Berger, J. T. (2008). Discharge against medical advice: ethical considerations and professional obligations. *Journal of Hospital Medicine*, 3(5), 403–408. <https://doi.org/10.1002/jhm.362>
- 8) Gerbasi, J. B., & Simon, R. I. (2003). Patients' Rights and Psychiatrists' Duties: Discharging Patients against Medical Advice. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(6), 333–343. <https://doi.org/10.1080/10673220390264230>
- 9) Brook, M., Hilty, D. M., Liu, W., Hu, R., & Frye, M. A. (2006). Discharge Against Medical Advice From Inpatient Psychiatric Treatment: A Literature Review. *Psychiatric Services*, 57(8), 1192–1198. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.8.1192>
- 10) Green P, Watts D, Dhopes V. Why patients sign out against medical advice (AMA): factors motivating patients to sign out AMA. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2004;30:489–493.
- 11) Franks, P., Meldrum, S., & Fiscella, K. (2006). Discharges against medical advice: are race/ethnicity predictors? *Journal of General Internal Medicine*, 21(9), 955–960. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00534.x>
- 12) Jeremiah J, O'Sullivan P, Stein MD. Who leaves against medical advice? *J Gen Intern Med* 1995;10:403–405
- 13) Kumar N, et al. Burden of 30-day readmissions associated with discharge against medical advice. *Am J Med*. 2019;132(6):708-717.e4. [doi:10.1016/j.amjmed.2019.01.023](https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.01.023).
- 14) Kraut A, Fransoo R, Olafson K, et al. A population-based analysis of leaving the hospital against medical advice: incidence and associated variables. *BMC Health Serv Res* 2013;13:415
- 15) Spooner KK, Salemi JL, Salihu HM, et al. Discharge Against Medical Advice in the United States, 2002–2011. *Mayo Clin Proc* 2017;92:525–535.
- 16) Seaborn Moyse, H., & Osmun, W. E. (2004). Discharges against medical advice: a community hospital's experience. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 9(3), 148–153. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/8125646_Discharges_against_medical_advice_A_community_hospital%27s_experience
- 17) Pages, K. P., Russo, J. E., Wingerson, D. K., Ries, R. K., Roy-Byrne, P. P., & Cowley, D. S. (1998). Predictors and outcome of discharge against medical advice from the psychiatric units of a general hospital. *Psychiatric Services*, 49(9), 1187–1192. <https://doi.org/10.1176/ps.49.9.1187>
- 18) Dalrymple AJ, Fata M. Cross-validating factors associated with discharge against medical advice. *Can J Psychiatry* 1993;38:285–9.
- 19) Armenian SH, Chutuaape MA, Stitzer ML. Predictors of discharges against medical advice from a short-term hospital detoxification unit. *Drug Alcohol Depend* 1999;56:1–8.
- 20) Pytell, J. D., & Rastegar, D. A. (2018). Who Leaves Early? Factors Associated With Against Medical Advice Discharge During Alcohol Withdrawal Treatment. *Journal of Addiction Medicine*, 12(6), 447–452. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000430>
- 21) Rachel Coleman, Simon Coulton, Thomas Phillips, Factors associated with discharge against medical advice in alcohol withdrawal patients, *Alcohol and Alcoholism*, Volume 58, Issue 5, September 2023, Pages 561–564, <https://doi.org/10.1093/alcalc/agad047>
- 22) Lidz C, Mulvey E, Gardner W. The accuracy of predictions of violence to others. *JAMA* 1993;269:1007–11.
- 23) Yedlapati SH, Stewart SH. Predictors of Alcohol Withdrawal Readmissions. *Alcohol Alcohol*. 2019;54(3):309-315. [doi:10.1093/alcalc/agy024](https://doi.org/10.1093/alcalc/agy024).
- 24) Glasgow JM, Vaughn-Sarrazin M, Kaboli PJ. Leaving against medical advice (AMA): risk of 30-day mortality and hospital readmission. *J Gen Intern Med* 2010;25:926–929
- 25) Running Bear U, Anderson H, Manson SM, Shore JH, Prochazka AV, Novins DK. Impact of adaptive functioning on readmission to alcohol detoxification among Alaska Native people. *Drug Alcohol Depend*. 2014;140:168-174. [doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.04.018](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.04.018).
- 26) Li X, Sun H, Marsh DC, Anis AH. Factors associated with seeking readmission among clients admitted to medical withdrawal management. *Subst Abus*. 2008;29(4):65-72. [doi:10.1080/08897070802418519](https://doi.org/10.1080/08897070802418519)
- 27) Hwang SW, Li J, Gupta R, Chien V, Martin RE. What happens to patients who leave hospital against medical advice? *CMAJ* 2003;168 (4):L417-20.
- 28) Choi S, Adams SM, MacMaster SA, et al. Predictors of residential treatment retention among individuals with co-occurring substance abuse and mental health disorders. *J Psychoactive Drugs* 2013;45:122–131
- 29) Southern WN, Nahvi S, Arnsten JH. Increased risk of mortality and readmission among patients discharged against medical advice. *Am J Med* 2012;125:594–602
- 30) Garland A, Ramsey CD, Fransoo R, et al. Rates of readmission and death associated with leaving hospital against medical advice: a population-based study. *CMAJ* 2013; 185:1207–1214
- 31) Yong T, Fok J, Hakendorf P, Ben-Tovim D, Thompson C, Li J. Characteristics and outcomes of discharges against medical advice among hospitalised patients. *Intern Med J*. 2013;43(7):798-802. [doi:10.1111/imj.12109](https://doi.org/10.1111/imj.12109)
- 32) Aliyu Z. Discharge against medical advice: sociodemographic, clinical and financial perspectives. *Int J Clin Pract* 2002;56(5):325-7
- 33) Ibrahim, S. A., Kwok, C. K., & Krishnan, E. (2007). Factors associated with patients who leave acute-care hospitals against medical advice. *American Journal of Public Health*, 97(12), 2204–2208. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.100164>

- 34) Phillips MS, Ali H. Psychiatric patients who discharge themselves against medical advice. *Can J Psychiatry* 1983;28: 202–5.
- 35) Alfandre D. J. (2009). “I’m going home”: discharges against medical advice. *Mayo Clinic proceedings*, 84(3), 255–260. <https://doi.org/10.4065/84.3.255>
- 36) Weingart SN, Davis RB, Phillips RS. Patients discharged against medical advice from a general medicine service. *J Gen Intern Med*. 1998;13:568–71.
- 37) Blondell RD, Amadasu A, Servoss TJ, et al. Differences among those who complete and fail to complete inpatient detoxification. *J Addict Dis* 2006;25:95–104
- 38) Chartier KG, Miller K, Harris TR, et al. A 10-year study of factors associated with alcohol treatment use and non-use in a U.S. population sample. *Drug Alcohol Depend* 2016;160:205–211
- 39) Donovan JL, Blake DR. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Soc Sci Med*. 1992;34(5): 507–513.
- 40) Baekeland F, Lundwall L: Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin* 82:738–783, 1975
- 41) Moy E, Dayton E, Clancy CM. Compiling the evidence: the national healthcare disparities reports. *Health Aff (Millwood)*. 2005;24:376–387.
- 42) Taira DA, Safran DG, Seto TB, et al. Asian-American patient ratings of physician primary care performance. *J Gen Intern Med*. 1997;12:237–42.
- 43) Street RL Jr, Gordon HS, Ward MM, Krupat E, Kravitz RL. Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med Care*. 2005;43:960–9.
- 44) Robert S. Hoffman, Gerald L. Weinhouse. (2025). Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes. UpToDate.
- 45) Khantzian EJ. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*. 4(5):231-244. doi:10.3109/10673229709030550.
- 46) Gómez-Bujedo J, Lozano O M, Pérez-Moreno P J, Lorca-Marín J A, Fernández-Calderón F, Díaz-Batanero C, Moraleda-Barreno E. (2020). Personality traits and impulsivity tasks among substance use disorder patients: their relations and links with retention in treatment. *Front Psychiatry*, 11:566240.
- 47) Fodstad E C, Landheim A S, Indergård P, Rognli E W, Hagen E. (2022). Personality and substance use disorder: characteristics as correlates and predictors. *Front Psychol*, 13:982763.
- 48) Berg BJ, Dhopes V. Unscheduled admissions and AMA discharges from a substance abuse unit. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996;22:589–593.
- 49) Ti L, Milloy M-J, Buxton J, et al. Factors associated with leaving hospital against medical advice among people who use illicit drugs in Vancouver, Canada. *PLoS One*. 2015;10(10):e0141594. doi:10.1371/journal.pone.0141594
- 50) Abo-Sido N, Simon L, Tobey M. Rates of criminal legal system involvement among patients who are discharged against medical advice. *J Gen Intern Med*. 2018;33(10):1616–1617
- 51) Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*. 2017; 112(10):1725–1739
- 52) Giandinoto J-A, Stephenson J, Edward K-L. General hospital health professionals’ attitudes and perceived dangerousness towards patients with comorbid mental and physical health conditions: systematic review and meta-analysis. *Int J Mental Health Nurs*. 2018;27(3):942–955.
- 53) Gilchrist G, Moskalewicz J, Slezakova S, et al. Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *Addiction*. 2011;106(6):1114–1125.
- 54) Targum SD, Capodanno AE, Hoffman HA, Foudraine C. An intervention to reduce the rate of hospital discharges against medical advice. *Am J Psychiatry*. 1982;139(5):657-659. doi:10.1176/ajp.139.5.657.
- 55) Schwartz, M., Baker, G., 1997. Improving publicly funded substance abuse treatment: the value of case management. *Am. J. Public Health* 87, 1659±1664.
- 56) Redelmeier DA, Cialdini RB. Problems for clinical judgement: 5. Principles of influence in medical practice. *CMAJ* 2002;166(13):1680-4.

adi cto. logia

REVISTA DA
ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA DE
ADICTOLOGIA

NÚMERO 11 • 2026
