



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

adictologia

REVISTA DA
ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA DE
ADICTOLOGIA

REVISTA ADICTOLOGIA

Publicação científica editada pela
Associação Portuguesa de Adictologia
Associação para o Estudo das Drogas
e das Dependências

DIRETOR

Nuno Silva Miguel

CONSELHO EDITORIAL

Alice Castro
Carlos Vasconcelos
Catarina Durão
Davide Cruz
Elisabete Albuquerque
Emídio Rodrigues
Emília Leitão
Graça Vilar
Helena Dias
João Curto
Leonor Madureira
Luiz Gamito
Rocha Almeida
Rui Correia

PROPRIEDADE

Associação Portuguesa de Adictologia
Associação para o Estudo das Drogas e das Dependências
Correspondência: Rua Luís Duarte Santos, nº 18 – 4º O
3030-403 Coimbra

www.adictologia.com
geral@adictologia.com

DESENHO E PAGINAÇÃO

Henrique Patrício
henriqpatrício@gmail.com

REVISTA
INTERATIVA
ÍNDICE CLICÁVEL
E HIPERLINKS ATIVOS



ISSN – 2183-3168
Publicação Semestral



- 04** Editorial
João Curto
- 05** 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.
- 16** 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.
- 30** Bebidas sem álcool em doentes com perturbação do uso do álcool: padrões de consumo e relevância clínica
Maria Beatriz Couto, Rita Ortiga, Dinora Coelho
Sara Oliveira, Ana Filipa Teixeira
- 38** "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.
- 50** Dimensões Transculturais do Uso de Opióides: a propósito de um caso clínico.
Ana Gomes, Gisela Simões, Cristiana Grego,
Sandra Vicente, Manuela Fraga
- 57** Gambling – Desafios à prática clínica
Marta Rodrigues, PhD; Carla Pina, BA
-

EDITORIAL

JOÃO CURTO
Psiquiatra

A presença das substâncias psicoactivas na literatura, nas artes plásticas, na música e outras artes não foi apenas uma simples questão para inspiração narrativa ou de estética. Alguns autores, discorreram mesmo sobre as suas experiências pessoais como o consumo de substâncias psicoactivas para conhecer os seus efeitos, a sua natureza e a pertinência na vida quotidiana e na sociedade do seu tempo. A utilização para acalmar a dor de uma doença contraída e ficar dependente. O reflectir sobre a ideia de dar maior esplendor à mente ou a procura de “paraísos artificiais” e sondar os mistérios da mente, ou ainda, procurar os seus sentimentos mais íntimos. Estes pensamentos, estas imagens mentais, permanecem hoje em forma de arquétipos distorcidos pela informação camuflada, ou melhor, pela desinformação, e são hoje convertidos, no quotidiano actual, particularmente nas camadas mais jovens da sociedade, em manifestações orgânicas de entretenimento, e esvaziadas da sua natureza reflexiva, são transformadas em produtos de consumo rápido como convém a uma sociedade onde tudo pode ser objecto de comércio, incluindo o próprio ser humano.

Nesta realidade, em que se enfraquece a diversidade da vida a uma dúzia de “prestigiadores” mediáticos e infalíveis, com respostas prontas e pré formatadas,, desvalorizando o debate inter-pessoal em que prolifera uma espécie de exortação à negação das ideologias, a mais perigosa das ideologias, como forma de aplinar opiniões que possam comprometer a estratégia de infantilizar ideias e comportamentos para melhor justificar “ que bom vivermos numa época em que temos quem pense por nós...”, como escreveu com ironia Manuel Vasquez Montalbân. Em que somos empurrados para pensar rápido, decidir rápido e reagir rápido, alienando a capacidade de interrogar e pensar criticamente pelo próprio. Nestes desvios da sociedade, e não se julgue que esta “doutrinação intelectual” está isenta de subtilidade, pois está embelezada duma certa modernidade providencial, vai germinando uma perturbadora fuga constante para a distração e ao alheamento da realidade objectiva. A oferta avassaladora de estímulos rápidos, na sociedade de consumo, o mercado de bens materiais que pode estender-se ao consumo de álcool, tabaco, substâncias ilícitas, apostas, redes sociais e tecnologias, tem habitualmente uma estratégia de influencia, todos vendem a mesma ilusão, a de que é possível obter alívio, alegria ou satisfação imediata, contornando o esforço, o tempo e a frustração, afastando-nos cada vez mais de uma vida realizada. Mas será que a melhor maneira de viver é manter ou colocar a cabeça num saco!...

**AGONISTAS DO RECETOR DO PEPTÍDEO
SEMELHANTE AO GLUCAGON TIPO 1
NO TRATAMENTO DA PERTURBAÇÃO
DO USO DE ÁLCOOL: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA DA EVIDÊNCIA ATUAL**

***GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-1 RECEPTOR
AGONISTS IN THE TREATMENT OF
ALCOHOL USE DISORDER: A SYSTEMATIC
REVIEW OF CURRENT EVIDENCE***

Autores

Ivan Miranda Ramos,
Interno de Formação Específica de Psiquiatria¹

Marlene Alves,
Assistente Hospitalar de Psiquiatria¹

Rodrigo Mota Freitas,
Assistente Hospitalar de Psiquiatria¹

Ana Rui Pereira,
Interna de Formação Específica de Psiquiatria¹

¹Departamento de Psiquiatria,
Unidade Local de Saúde do Alto Minho,
Viana do Castelo, Portugal

Autor para correspondência

Ivan Miranda Ramos
Hospital de Santa Luzia:
Estrada de Santa Luzia,
4904-858 Viana do Castelo
E-mail: ivanmmramos@gmail.com

RESUMO

Introdução: A perturbação do uso de álcool (PUA) representa um problema de saúde pública global, afetando aproximadamente 7% da população adulta mundial. Apesar da sua elevada prevalência, apenas quatro fármacos estão aprovados para o seu tratamento, com eficácia modesta. Os agonistas do recetor do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP-1RAs), originalmente desenvolvidos para diabetes tipo 2 e obesidade, emergiram recentemente como potenciais candidatos terapêuticos para a PUA.

Objetivos: Rever sistematicamente a evidência pré-clínica, observacional e de ensaios clínicos randomizados sobre a eficácia e segurança dos GLP-1RAs no tratamento da PUA.

Material e Métodos: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados PubMed, MEDLINE e Cochrane Library, incluindo estudos pré-clínicos, estudos observacionais e ensaios clínicos randomizados publicados até dezembro de 2025. Foram incluídos estudos que avaliaram o efeito de GLP-1RAs (semaglutida, liraglutida, exenatida, dulaglutida) em desfechos relacionados com o consumo de álcool.

Resultados: A evidência pré-clínica demonstra consistentemente que os GLP-1RAs reduzem o consumo de álcool, a motivação para consumir e previnem a recaída em modelos animais. Estudos observacionais de grande escala mostram reduções significativas no risco de hospitalização por PUA com semaglutida (HR 0,64; IC 95%: 0,50-0,83) e liraglutida (HR 0,72; IC 95%: 0,57-0,92). O primeiro ensaio clínico randomizado com semaglutida demonstrou reduções significativas no *craving* ($\beta = -0,39$; $p = 0,01$) e no número de bebidas por dia de consumo ($\beta = -0,41$; $p = 0,04$), com tamanhos de efeito grandes (Cohen $d > 0,80$) para doses mais elevadas.

Conclusões: Os GLP-1RAs representam uma classe farmacológica promissora para o tratamento da PUA, com evidência convergente de múltiplas fontes. Ensaios clínicos randomizados de maior dimensão são necessários para confirmar estes achados e estabelecer indicações terapêuticas.

Palavras-chave: Perturbação do uso de álcool; Agonistas do recetor GLP-1; Semaglutida; Liraglutida; Tratamento farmacológico; Adição; Sistema de recompensa; Dopamina; *Craving*; Redução de danos

ABSTRACT

Background: Alcohol use disorder (AUD) represents a global public health problem, affecting approximately 7% of the adult population worldwide. Despite its high prevalence, only four drugs are approved for its treatment, with modest efficacy. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists (GLP-1RAs), originally developed for type 2 diabetes and obesity, have recently emerged as potential therapeutic candidates for AUD.

Objectives: To systematically review preclinical, observational, and randomized clinical trial evidence on the efficacy and safety of GLP-1RAs in the treatment of AUD.

Methods: A systematic literature review was conducted in PubMed, MEDLINE, and Cochrane Library databases, including preclinical studies, observational studies, and randomized clinical trials published through December 2025. Studies evaluating the effect of GLP-1RAs (semaglutide, liraglutide, exenatide, dulaglutide) on alcohol consumption-related outcomes were included.

Results: Preclinical evidence consistently demonstrates that GLP-1RAs reduce alcohol consumption, motivation to consume, and prevent relapse

in animal models. Large-scale observational studies show significant reductions in AUD hospitalization risk with semaglutide (HR 0.64; 95% CI: 0.50-0.83) and liraglutide (HR 0.72; 95% CI: 0.57-0.92). The first randomized clinical trial with semaglutide demonstrated significant reductions in craving ($\beta=-0.39$; $p=0.01$) and drinks per drinking day ($\beta=-0.41$; $p=0.04$), with large effect sizes (Cohen $d > 0.80$) at higher doses.

Conclusions: GLP-1RAs represent a promising pharmacological class for AUD treatment, with convergent evidence from multiple sources. Larger randomized clinical trials are needed to confirm these findings and establish therapeutic indications.

Keywords: Alcohol use disorder; GLP-1 receptor agonists; Semaglutide; Liraglutide; Pharmacological treatment; Addiction; Reward system; Dopamine; Craving; Harm reduction

INTRODUÇÃO

A perturbação do uso de álcool (PUA) constitui um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a prevalência global estimada de PUA em 2019 foi de 7,0% (IC 95%: 6,1-7,9%) entre indivíduos com 15 ou mais anos, correspondendo a aproximadamente 400 milhões de pessoas¹. A prevalência é aproximadamente duas vezes superior nos homens (9,3%) comparativamente às mulheres (4,8%)¹. Em 2019, as perturbações relacionadas com o álcool contribuíram para o terceiro maior número de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) perdidos entre todas as perturbações mentais, após as perturbações depressivas e de ansiedade¹.

Apesar da elevada carga de doença associada à PUA, as opções farmacológicas aprovadas permanecem limitadas. Atualmente, apenas quatro fármacos estão aprovados pela Food and Drug Administration (FDA) e/ou pela Agência Europeia de Medicamentos (EMA) para o tratamento da PUA: dissulfiram, naltrexona (oral e injetável),

nalmefeno e acamprosato²⁻⁴. Estes medicamentos apresentam eficácia modesta, com números necessários para tratar (NNT) de 11 para o acamprosato e 18 para a naltrexona oral na prevenção do retorno a qualquer consumo de álcool⁵. Adicionalmente, estima-se que menos de 10% dos pacientes com PUA recebam tratamento farmacológico, evidenciando uma necessidade não satisfeita significativa⁶.

Neste contexto, a reorientação terapêutica (drug repurposing) de fármacos já aprovados para outras indicações representa uma estratégia promissora para identificar novos tratamentos. Os agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP-1RAs) emergiram recentemente como candidatos terapêuticos para a PUA⁷⁻⁹. Esta classe farmacológica, que inclui semaglutida, liraglutida, dulaglutida e exenatida, foi originalmente desenvolvida para o tratamento da diabetes mellitus tipo 2 e, mais recentemente, para a obesidade¹⁰.

O GLP-1 é uma hormona incretina produzida principalmente pelas células L intestinais em resposta à ingestão alimentar. Através da estimulação da secreção de insulina, inibição da secreção de glucagon e atraso do esvaziamento gástrico, o GLP-1 regula os níveis de glicose sanguínea e promove a saciedade⁷. Crucialmente, os receptores de GLP-1 estão expressos não apenas em tecidos periféricos (pâncreas, fígado, trato gastrointestinal, coração, rins), mas também em regiões cerebrais centrais para a regulação da recompensa e comportamentos aditivos, incluindo o núcleo accumbens, a área tegmental ventral, a amígdala e o hipocampo⁷⁻⁸.

A sobreposição entre as vias que regulam a ingestão alimentar homeostática e hedônica e aquelas subjacentes às perturbações do uso de substâncias fornece uma base racional para o estudo dos GLP-1RAs no contexto da adição⁷. Estudos pré-clínicos demonstraram consistentemente que os GLP-1RAs reduzem o consumo de álcool, a motivação para consumir e previnem comportamentos

de recaída em modelos animais⁸⁻⁹. Mais recentemente, estudos observacionais de grande escala e o primeiro ensaio clínico randomizado com semaglutida forneceram evidência clínica preliminar de eficácia¹¹⁻¹².

O presente artigo tem como objetivo rever sistematicamente a evidência atual sobre a eficácia e segurança dos GLP-1RAs no tratamento da PUA, abrangendo estudos pré-clínicos, observacionais e ensaios clínicos randomizados.

MATERIAL E MÉTODOS

Estratégia de pesquisa

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados PubMed, MEDLINE e Cochrane Library. A pesquisa foi conduzida utilizando os seguintes termos MeSH e palavras-chave: ("glucagon-like peptide-1" OR "GLP-1" OR "semaglutide" OR "liraglutide" OR "exenatide" OR "dulaglutide" OR "tirzepatide") AND ("alcohol" OR "alcohol use disorder" OR "alcohol dependence" OR "drinking" OR "ethanol"). A pesquisa foi limitada a artigos publicados até dezembro de 2025, sem restrição de idioma.

Critérios de inclusão

Foram incluídos: (1) estudos pré-clínicos em modelos animais avaliando o efeito de GLP-1RAs no consumo de álcool ou comportamentos relacionados; (2) estudos observacionais (coortes, caso-controle) em humanos avaliando a associação entre uso de GLP-1RAs e desfechos relacionados com o álcool; (3) ensaios clínicos randomizados avaliando a eficácia de GLP-1RAs em pacientes com PUA ou consumo problemático de álcool; (4) revisões sistemáticas e meta-análises sobre o tema.

Critérios de exclusão

Foram excluídos: (1) relatos de caso isolados; (2) estudos sem grupo de comparação adequado; (3) estudos com desfechos não relacionados com o

consumo de álcool; (4) artigos de opinião ou editoriais sem dados originais.

Extração de dados

Foram extraídos os seguintes dados de cada estudo incluído: autores, ano de publicação, desenho do estudo, população/modelo animal, intervenção (tipo de GLP-1RA, dose, duração), comparador, desfechos primários e secundários, resultados principais e limitações.

Avaliação da qualidade

A qualidade dos ensaios clínicos randomizados foi avaliada utilizando a ferramenta Cochrane Risk of Bias. Os estudos observacionais foram avaliados utilizando a escala Newcastle-Ottawa.

RESULTADOS

Evidência pré-clínica

A evidência pré-clínica sobre o efeito dos GLP-1RAs no consumo de álcool é robusta e consistente. Uma revisão sistemática recente identificou 35 estudos pré-clínicos demonstrando que os GLP-1RAs, incluindo exendina-4, liraglutida e semaglutida, reduzem o consumo de substâncias, comportamentos de recaída e procura de droga induzida por estímulos em múltiplas classes de substâncias⁸.

Especificamente em relação ao álcool, estudos em roedores demonstraram que a administração sistêmica ou central de GLP-1RAs reduz: (1) o consumo voluntário de álcool em paradigmas de livre escolha; (2) a auto-administração operante de álcool; (3) a preferência condicionada por lugar induzida pelo álcool; (4) a reinstalação do comportamento de procura de álcool (modelo de recaída); (5) a libertação de dopamina no núcleo accumbens induzida pelo álcool⁸⁻⁹. A Tabela 1 resume os principais achados pré-clínicos.

Tabela 1. Evidência pré-clínica: Efeitos dos GLP-1RAs em modelos ani-
mais de consumo de álcool

Modelo Animal	GLP-1RA Testado	Paradigma Experimental	Resultado Principal	Referências
Roedores (ratos Wistar)	Exenatida	Consumo voluntário (livre escolha)	Redução significativa do consumo de álcool	Jerlhag E, Endocrinology 2025
Roedores (ratos)	Liraglutida	Auto-administração operante	Redução da motivação para consumir álcool	Jerlhag E, Endocrinology 2025
Roedores (murganhos)	Semaglutida	Preferência condicionada por lugar	Redução da preferência induzida pelo álcool	Jerlhag E, Endocrinology 2025
Roedores (ratos)	Liraglutida	Reinstalação (modelo de recaída)	Prevenção de recaída induzida por estímulos	Jerlhag E, Endocrinology 2025
Roedores (ratos)	Dulaglutida	Auto-administração operante	Redução da motivação para consumir	Völker KM et al, Front Pharmacol 2025
Primatas não humanos	Exenatida	Auto administração de álcool	Redução significativa do consumo	Farokhnia M et al., J Clin Invest 2021

Os mecanismos propostos envolvem a modulação dos circuitos dopaminérgicos mesolímbicos. Os recetores GLP-1 estão expressos em áreas cerebrais centrais para a recompensa, incluindo o núcleo accumbens, a área tegmental ventral e o núcleo do trato solitário^{7- 8}. A ativação destes recetores pelos GLP-1RAs parece reduzir a libertação de dopamina induzida pelo álcool e atenuar a reatividade a estímulos relacionados com o álcool^{7- 9}.

Estudos observacionais em humanos

Vários estudos observacionais de grande escala avaliaram a associação entre o uso de GLP-1RAs e desfechos relacionados com o álcool em populações do mundo real.

O estudo sueco de Lähteenvuio et al. (2025) constitui o maior estudo observacional até à data¹¹. Utilizando registos nacionais suecos de janeiro de 2006 a dezembro de 2023, os autores identificaram uma coorte de 227.866 indivíduos com diagnóstico de PUA. Através de um modelo de regressão de Cox intra-individual (comparando períodos de uso vs. não-uso do mesmo indivíduo), demonstraram que a semaglutida (4.321 utilizadores) estava associada ao menor risco de hospitalização por PUA (hazard ratio ajustado [HRa] 0,64; IC 95%: 0,50-0,83), seguida pela liraglutida (2.509 utilizadores; HRa 0,72; IC 95%: 0,57-0,92)¹¹. Notavelmente, o uso de medicamentos aprovados para PUA (naltrexona, acamprosato, dissulfiram, nalmefeno) estava associado a uma redução de risco muito mais modesta (HRa 0,98; IC 95%: 0,96-1,00)¹¹. A Tabela 2 apresenta os resultados detalhados deste estudo.

Tabela 2. Estudo sueco: Desfechos associados ao uso de GLP-1RAs em pacientes com PUA (N=227.866)

Desfecho	Semaglutid a HR (IC 95%)	Liraglutid a HR (IC 95%)	Medicamentos aprova- dos para PUA HR (IC 95%)	Significância Estatística
Hospitalização por PUA	0,64 (0,50-0,83)	0,72 (0,57-0,92)	0,98 (0,96-1,00)	p0,05 para GPL-1Ras
Hospitalização por PUS (qualquer substância)	0,68 (0,54-0,85)	0,78 (0,64-0,97)	Não Reportado	p0,05
Hospitalizações somáticas	0,78 (0,68-0,90)	0,79 (0,69-0,91)	Não Reportado	p0,05
Tentativas de suicídio	0,55 (0,23-1,30)	1,08 (0,55-2,15)	Não Reportado	Não significativo

HR: Hazard ratio; IC: Intervalo de confiança; PUA: Perturbação do uso de álcool; PUS: Perturbação do uso de substâncias. Fonte: Lähteenvuo M et al., JAMA Psychiatry 2025

O estudo de Farokhnia et al. (2025) utilizou dados de registos eletrónicos de saúde do Departamento de Assuntos de Veteranos dos EUA (2008-2023)¹³. Comparando alterações nos scores AUDIT-C entre utilizadores de GLP-1RAs, utilizadores de inibidores da DPP-4 e indivíduos não expostos (emparelhados por propensity score), os autores demonstraram que os utilizadores de GLP-1RAs reportaram maior redução nos scores AUDIT-C comparativamente aos não expostos (diferença em-diferenças [DiD]: 0,09; IC 95%: 0,03-0,14; p=0,0025) e aos utilizadores de DPP 4I (DiD: 0,11; IC 95%: 0,05-0,17; p=0,0002)¹³. A Tabela 3 apresenta os resultados estratificados por gravidade da PUA.

Tabela 3. Estudo de veteranos dos EUA: Redução no score AUDIT-C estratificada por gravidade

População	N – (aproximado)	DiD GLP-1RA vs Não Expostos (IC 95%)	DiD GLP-1RA vs DPP-4I (IC 95%)	Valor p
Todos os utilizadores	>80.000	0,09 (0,03-0,14)	0,11 (0,05-0,17)	p = 0,0025
Consumo perigoso (AUDIT-C ≥4/≥3)	Subgrupo	1,38 (1,07-1,69)	1,50 (1,18-1,82)	p0,0001
PUA estabelecida (diagnóstico formal)	Subgrupo	0,51 (0,29-0,72)	0,62 (0,40-0,85)	p0,0001
DPP-4I vs Não expostos	>40.000	-0,02 (-0,08 a 0,03)	-	p = 0,42 (NS)

DiD: Diferença-em-diferenças; DPP-4I: Inibidores da dipeptidil peptidase-4; NS: Não significativo. Fonte: Farokhnia M et al., Addiction 2025

Uma meta-análise recente de estudos observacionais demonstrou uma redução de 44% nos eventos relacionados com o álcool (HR 0,56; IC 95%: 0,48-0,65) e de 35% nos desfechos hepáticos (HR 0,65; IC 95%: 0,50-0,85; I²=0,0%) associada ao uso de GLP-1RAs¹⁴.

Ensaio clínico randomizado

Até à data, foram publicados dois ensaios clínicos randomizados avaliando GLP 1RAs em pacientes com PUA (Tabela 4).

Tabela 4. Características e resultados dos ensaios clínicos randomizados com GLP 1RAs na PUA

Características	Klausen et al. 2022 (Exenatida)	Hendershot et al. 2025 (Semaglutida)
Desenho	ECR duplo-cego, fase 2	ECR duplo-cego, fase 2
N	127	48
População	Pacientes com PUA em tratamento	Não-procuradores de tratamento com PUA
Intervenção	Exenatida 2 mg SC semanal	Semaglutida 0,25□0,5□1 mg SC semanal
Duração	26 semanas	9 semanas
Desfecho primário	Dias de consumo excessivo	Auto-administração laboratorial de álcool
Resultado primário	Sem diferença significativa	Redução significativa (β= 0,48; p= 0,01)
Análise de subgrupo	Efeito significativo em IMC >30	Efeito dose-dependente (maior com 0,5 mg)
Taxa de abandono	>50%	~12%
Limitações principais	Alta taxa de abandono; tolerabilidade	Amostra pequena; curta duração

ECR: Ensaio clínico randomizado; SC: Subcutâneo; IMC: Índice de massa corporal. Fontes: Klausen et al., J Clin Psychiatry 2022; Hendershot et al., JAMA Psychiatry 2025

O primeiro ensaio, conduzido por Klausen et al. (2022), avaliou a exenatida (o primeiro GLP-1RA aprovado) durante 26 semanas em 127 pacientes com PUA¹⁵. O desfecho primário (dias de consumo excessivo) não foi significativamente diferente entre os grupos. No entanto, análises de subgrupo revelaram uma redução significativa do consumo em participantes com índice de massa corporal (IMC) superior a 30 kg / m² ¹⁵. Uma limitação importante deste estudo foi a elevada taxa de abandono (>50%), possivelmente relacionada com a tolerabilidade da exenatida¹⁵.

O segundo ensaio, conduzido por Hendershot et al. (2025), representa o primeiro ensaio clínico randomizado com semaglutida em pacientes com PUA¹². Este ensaio de fase 2, duplo-cego, incluiu 48 participantes não-procuradores de tratamento com PUA, randomizados para semaglutida subcutânea semanal (0,25 mg / semana durante 4 semanas, 0,5 mg / semana durante 4 semanas, 1,0 mg durante 1 semana) ou placebo durante 9 semanas¹². O desfecho primário foi a auto-administração laboratorial de álcool, avaliada no pré e pós-tratamento. A semaglutida reduziu significativamente a

quantidade de álcool consumida durante a tarefa de auto-administração, com tamanhos de efeito médios a grandes para gramas de álcool consumidos ($\beta=-0,48$; IC 95%: -0,85 a -0,11; $p=0,01$) e concentração máxima de álcool no ar expirado ($\beta=-0,46$; IC 95%: -0,87 a -0,06; $p=0,03$)¹².

Relativamente aos desfechos secundários, a semaglutida não afetou significativamente o número médio de bebidas por dia de calendário, mas reduziu significativamente: (1) bebidas por dia de consumo ($\beta=-0,41$; IC 95%: -0,73 a -0,09; $p=0,04$); (2) *craving* semanal ($\beta=-0,39$; IC 95%: -0,73 a -0,06; $p=0,01$); (3) dias de consumo excessivo ao longo

do tempo (interação tratamento $\times$ tempo: $\beta=0,84$; IC 95%: 0,71-0,99; $p=0,04$)¹².

Notavelmente, os tamanhos de efeito foram maioritariamente pequenos (Cohen $d \sim 0,20$) durante as primeiras 4 semanas (dose de 0,25 mg) e aumentaram para tamanhos de efeito grandes (Cohen $d > 0,80$) durante as semanas 5-8 (dose de 0,5 mg), sugerindo um efeito dose-dependente¹². A semaglutida não alterou a proporção de dias de abstinência vs. dias de consumo¹². A Tabela 5 apresenta a comparação dos tamanhos de efeito entre GLP-1RAs e medicamentos aprovados para PUA.

Tabela 5. Comparação dos tamanhos de efeito: GLP-1RAs vs medicamentos aprovados para PUA

Medicamento	Classe	Cohen d (típico)	NNT	Desfecho	Referência
Naltrexona oral 50 mg	Aprovado para PUA	$\sim 0,20$ (pequeno)	18	Retorno a qualquer momento	Jonas DE et al., JAMA 2014
Naltrexona injectável 380 mg	Aprovado para PUA	$\sim 0,25$ (pequeno)	12	Dias de consumo excessivo	Jonas DE et al., JAMA 2014
Acamprosato 1998 mg /dia	Aprovado para PUA	$\sim 0,20$ (pequeno)	11	Retorno a qualquer momento	Jonas DE et al., JAMA 2014
Nalmefeno 18 mg PRN	Aprovado para PUA (Europa)	$\sim 0,15$ (pequeno)	10-12	Dias de consumo excessivo	Mann K et al., Biol Psychiatry 2013
Semaglutida 0,25 mg/sem	Experimental	$\sim 0,20$ (pequeno)	—	Craving consumo	Hendershot et al., JAMA Psychiatry 2025
Semaglutida 0,25 mg/sem	Experimental	$> 0,80$ (grande)	—	Craving consumo	Hendershot et al., JAMA Psychiatry 2025

NNT: Número necessário para tratar; PRN: Pro re nata (conforme necessário)

Perfil de segurança

Os efeitos adversos mais frequentemente reportados com os GLP-1RAs são gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia), geralmente leves a moderados e transitórios⁷⁻⁸. No ensaio de Hendershot et al., a taxa de abandono foi de aproximadamente 12%, substancialmente inferior à observada no ensaio com exenatida¹². A Tabela 6 resume o perfil de segurança dos GLP-1RAs.

Tabela 6. Perfil de segurança dos GLP-1RAs: Efeitos adversos e considerações clínicas

Efeito Adverso	Frequência	Gravidade	Gestão Clínica	Referência
Náusea	20-50%	Leve a moderada	Titulação lenta; geralmente transitório (2-4 semanas)	FDA Label; Hendershot 2025
Vômitos	10-25%	Leve a moderada	Titulação lenta; antieméticos se necessário	FDA Label
Diarreia	10-20%	Leve	Geralmente autolimitada	FDA Label
Obstipação	5-15%	Leve	Hidratação; fibra dietética	FDA Label
Diminuição do apetite	10-30%	Leve	Monitorizar peso; efeito terapêutico em obesidade	FDA Label
Hipoglicemia	Rara (sem sulfonilureias)	Variável	Monitorizar em diabéticos; ajustar medicação	FDA Label
Pancreatite aguda	Rara (1%)	Grave	Suspender se suspeita; contraindicado se história prévia	FDA Label
Colelitíase	1-3%	Moderada a grave	Monitorizar sintomas biliares	FDA Label
Ideação suicida	Sem aumento demonstrado	–	Monitorização de rotina; dados tranquilizadores	Lähteenvuo 2025;Wang 2024

Fonte: FDA Labels (Ozempic, Wegovy, Saxenda); Hendershot et al., JAMA Psychiatry 2025; Lähteenvuo et al., JAMA Psychiatry 2025

Relativamente à segurança psiquiátrica, os dados disponíveis são tranquilizadores. No estudo sueco, não foi observado aumento do risco de tentativas de suicídio com semaglutida (HRa 0,55; IC 95%: 0,23-1,30) ou liraglutida (HRa 1,08; IC 95%: 0,55- 2,15)¹¹. Uma meta-análise recente de ensaios clínicos randomizados não encontrou evidência de aumento de depressão ou ideação suicida associada aos GLP-1RAs¹⁶.

DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão sistemática demonstram evidência convergente de múltiplas fontes sugerindo que os GLP-1RAs, particularmente a semaglutida e a liraglutida, podem ser eficazes na redução do consumo de álcool e desfechos relacionados em pacientes com PUA.

A evidência pré-clínica é robusta e consistente, demonstrando que os GLP-1RAs reduzem o consumo de álcool, a motivação para consumir e previnem comportamentos de recaída em múltiplos

modelos animais e espécies^{8- 9}. Os mecanismos propostos envolvem a modulação dos circuitos dopaminérgicos mesolímbicos, com redução da libertação de dopamina induzida pelo álcool no núcleo accumbens^{7- 9}.

Os estudos observacionais de grande escala fornecem evidência clínica preliminar de eficácia. O estudo sueco, com mais de 227.000 pacientes e seguimento mediano superior a 8 anos, demonstrou reduções de 36% (semaglutida) e 28% (liraglutida) no risco de hospitalização por PUA¹¹. Notavelmente, estas reduções foram substancialmente superiores às observadas com os medicamentos aprovados para PUA (2%)¹¹. O estudo de veteranos dos EUA confirmou estes achados, demonstrando reduções mais pronunciadas em indivíduos com PUA mais grave¹³.

O ensaio clínico randomizado de Hendershot et al. fornece a primeira evidência prospetiva de que a semaglutida pode reduzir o *craving* e alguns desfechos de consumo em pacientes com PUA¹².

Os tamanhos de efeito observados (Cohen d >0,80 para doses mais elevadas) são substancialmente superiores aos tipicamente observados com os medicamentos aprovados para PUA (Cohen d ~0,20)¹². Este achado é particularmente relevante dado que o estudo utilizou doses baixas de semaglutida (até 1,0 mg/semana), inferiores às doses aprovadas para obesidade (2,4 mg/semana).

Várias limitações devem ser consideradas na interpretação destes resultados. Primeiro, os estudos observacionais, apesar de grandes e bem conduzidos, estão sujeitos a vieses de confundimento. Os pacientes que recebem GLP-1RAs têm comorbilidades metabólicas (diabetes tipo 2, obesidade) que podem influenciar os desfechos relacionados com o álcool. Segundo, o ensaio clínico randomizado disponível é pequeno (N=48), de curta duração (9 semanas) e incluiu participantes não-procuradores de tratamento, limitando a generalização dos resultados. Terceiro, nenhum estudo demonstrou aumento significativo na abstinência completa, sugerindo que os GLP-1RAs podem ser mais adequados para uma abordagem de redução de danos do que para a promoção da abstinência.

Apesar destas limitações, a convergência de evidência de múltiplas fontes (pré-clínica, observacional, ensaio clínico) é notável e justifica otimismo cauteloso. Vários ensaios clínicos randomizados de maior dimensão estão atualmente em curso, incluindo estudos com doses mais elevadas de semaglutida e em populações mais diversas⁷.

As implicações clínicas e de saúde pública são potencialmente consideráveis. Se ensaios futuros confirmarem a eficácia dos GLP-1RAs para a PUA, estes medicamentos poderiam ajudar a colmatar as baixas taxas históricas de acesso à farmacoterapia para PUA⁶. A familiaridade crescente dos clínicos com os GLP-1RAs (devido ao seu uso generalizado para diabetes e obesidade) poderia reduzir barreiras à prescrição. Adicionalmente, os GLP-1RAs poderiam oferecer benefícios

duplos, melhorando os desfechos metabólicos enquanto reduzem o consumo de álcool⁶.

Atualmente, os GLP-1RAs não estão aprovados para o tratamento da PUA e o seu uso neste contexto é considerado experimental ou off-label. A prescrição deve ser restrita a protocolos de investigação ou casos selecionados (por exemplo, pacientes com PUA e comorbilidade de obesidade ou diabetes tipo 2), sempre considerando os riscos e benefícios individuais.

CONCLUSÕES

Os agonistas do recetor do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 representam uma classe farmacológica promissora para o tratamento da perturbação do uso de álcool. A evidência pré-clínica é robusta e consistente, demonstrando reduções no consumo de álcool e comportamentos relacionados em múltiplos modelos animais. Estudos observacionais de grande escala sugerem reduções significativas no risco de hospitalização por PUA, superiores às observadas com os medicamentos atualmente aprovados. O primeiro ensaio clínico randomizado com semaglutida demonstrou reduções significativas no *craving* e em alguns desfechos de consumo, com tamanhos de efeito grandes para doses mais elevadas.

Apesar destes resultados promissores, ensaios clínicos randomizados de maior dimensão e duração são urgentemente necessários para confirmar a eficácia, estabelecer a dose ideal, identificar preditores de resposta e avaliar a segurança a longo prazo. Até que estes dados estejam disponíveis, os GLP-1RAs devem ser considerados terapias experimentais para a PUA, com uso restrito a protocolos de investigação ou casos selecionados com comorbilidades metabólicas.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

- Rehm J, Assanangkornchai S, Hendershot CS, et al. Alcohol Use Disorders. *Lancet*. 2025;406(10516):2269-2281.
- Jonas DE, Amick HR, Feltner C, et al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2014;311(18):1889-1900.
- Kranzler HR, Soyka M. Diagnosis and pharmacotherapy of alcohol use disorder: a review. *JAMA*. 2018;320(8):815-824.
- Scheen AJ. Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists and Alcohol Use Disorders: An Emerging Unexpected Beneficial Effect. *Diabetes Obes Metab*. 2025;27(8):4083-4091.
- McPheeters M, O'Connor EA, Riley S, et al. Pharmacotherapy for Alcohol Use Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2023;330(17):1653-1665.
- Farokhnia M, Leggio L. Prospects of GLP-1 Therapies for Addiction and Mental Health Comorbidities — Quo Vadis?: A Review. *JAMA Psychiatry*. 2026. doi:10.1001/jamapsychiatry.2025.4308.
- Jerlhag E. GLP-1 Receptor Agonists: Promising Therapeutic Targets for Alcohol Use Disorder. *Endocrinology*. 2025;166(4): bqaf028.
- Völker KM, Precht BLH, Bormann NL, Choi DS. The Potential Role of GLP-1 Receptor Agonists in Substance Use Disorders—A Systematic Review. *Front Pharmacol*. 2025; 16:1702448.
- Drucker DJ. Mechanisms of Action and Therapeutic Application of Glucagon-like Peptide-1. *Cell Metab*. 2018;27(4):740-756.
- Lähteenvuoto M, Tiitonen J, Solismaa A, et al. Repurposing Semaglutide and Liraglutide for Alcohol Use Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2025;82(1):94-98.
- Hendershot CS, Engel KG, Engel RR, et al. Semaglutide for Alcohol Use Disorder: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *JAMA Psychiatry*. 2025. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.4563.
- Farokhnia M, Tazare J, Pince CL, et al. Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists, but Not Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitors, Reduce Alcohol Intake. *J Clin Invest*. 2025;135(9): e188314.
- Wang W, Volkow ND, Bhattacharyya S, et al. Association of Semaglutide With Risk of Suicidal Ideation in a Real-World Cohort. *Nat Med*. 2024;30(1):168-176.
- Klausen MK, Thomsen M, Wortwein G, et al. The Role of Glucagon-Like Peptide 1 (GLP-1) in Addictive Disorders. *Br J Pharmacol*. 2022;179(4):625-641.
- Wang W, Volkow ND, Berger NA, et al. Association of GLP-1 Receptor Agonists and Hepatic and Cardiovascular Outcomes in Patients With Type 2 Diabetes and Alcohol Use Disorder. *JAMA Netw Open*. 2024;7(10): e2441350.

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, Chutua 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.

BEBIDAS SEM ÁLCOOL EM DOENTES COM PERTURBAÇÃO DO USO DO ÁLCOOL: PADRÕES DE CONSUMO E RELEVÂNCIA CLÍNICA

Autores

Maria Beatriz Couto
Unidade Local de Saúde do Alto Ave,
Escola de Medicina da Universidade do Minho

Rita Ortiga
Unidade Local de Saúde do Alto Ave

Dinora Coelho
Unidade Local de Saúde do Alto Ave

Sara Oliveira
Unidade Local de Saúde do Alto Ave

Ana Filipa Teixeira
Centro de Respostas Integradas
de Braga – Pólo de Guimarães

RESUMO

O consumo de bebidas sem álcool tem sido proposto como uma estratégia alternativa no âmbito da redução de danos associados ao consumo de álcool. Contudo, a evidência relativa ao seu papel em doentes com perturbação do uso do álcool (PUA), particularmente em contextos clínicos especializados, permanece limitada e heterogénea. O presente estudo teve como objetivo analisar o consumo de bebidas sem álcool numa população clínica com PUA e explorar a sua associação com a abstinência alcoólica e com o tempo de abstinência. Realizou-se um estudo observacional, retrospectivo, com base em registos clínicos de doentes em acompanhamento no Centro de Respostas Integradas de Braga – Pólo de Guimarães, tendo sido incluídos 52 participantes. Foram recolhidos dados sociodemográficos, clínicos e variáveis relacionadas com o consumo de bebidas sem álcool e com a abstinência alcoólica. A análise do teste do qui-quadrado não revelou associação estatisticamente significativa entre o estado de abstinência e o consumo de bebidas sem álcool. Paralelamente, não se observaram diferenças estatisticamente significativas no tempo máximo de abstinência entre doentes consumidores e não consumidores de bebidas sem álcool. Estes resultados sugerem que, numa população clínica com PUA, o consumo de bebidas sem álcool não se associa de forma clara à presença ou à duração da abstinência alcoólica, reforçando a necessidade de estudos futuros que aprofundem o seu papel em subgrupos clínicos específicos e apoiem recomendações clínicas mais individualizadas.

ABSTRACT

The consumption of no- and low-alcohol drinks (NoLo) has been proposed as an alternative strategy within harm reduction approaches to alcohol use. However, evidence regarding their role in individuals with alcohol use disorder (AUD), particularly in specialised clinical settings, remains limited and heterogeneous. This study aimed to analyse the consumption of NoLo drinks in a clinical population with AUD and to explore its association with alcohol abstinence and duration of abstinence. A retrospective observational study was conducted based on clinical records of patients receiving follow-up care at the Centro de Respostas Integradas de Braga – Pólo de Guimarães, including a total of 52 participants. Sociodemographic and clinical data were collected, along with variables related to NoLo drinks consumption and alcohol abstinence. Chi-square analysis did not reveal a statistically significant association between abstinence status and consumption of NoLo drinks. Similarly, no statistically significant differences were observed in the maximum duration of abstinence between patients who consumed NoLo drinks and those who did not. These findings suggest that, in a clinical population with AUD, the consumption of NoLo drinks is not clearly associated with the presence or duration of alcohol abstinence, highlighting the need for future studies to further clarify their role in specific clinical subgroups and to support more individualised clinical recommendations.

Palavras-Chave: Perturbação do Uso do Álcool, Bebidas sem álcool, Abstinência alcoólica, Redução de danos, *Craving*

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool está frequentemente integrado em práticas sociais e normas culturais amplamente aceites. No entanto, este comportamento pode estar associado a consequências relevantes ao nível individual, familiar e social (1). Quando este consumo se torna persistente e se associa à perda de controlo, à dificuldade em manter a abstinência e à ocorrência de recaídas, configura-se a Perturbação do Uso do Álcool (PUA), uma condição clínica crónica associada a elevada morbidade, mortalidade e necessidade de acompanhamento clínico continuado (2).

Em Portugal, os níveis de consumo de bebidas alcoólicas permanecem elevados. Ao contrário da tendência de diminuição observada em vários países europeus ao longo da última década, tem-se registado um aumento sustentado do consumo a nível nacional. Esta evolução reforça o álcool como um problema relevante de saúde pública em Portugal (3).

Face a este cenário, têm vindo a ser implementadas diversas estratégias com o objetivo de reduzir o consumo de álcool e os danos associados, incluindo medidas dirigidas à acessibilidade, publicidade e disponibilidade das bebidas alcoólicas. Entre estas estratégias, tem sido proposta a utilização de bebidas sem álcool como uma alternativa ao consumo de bebidas alcoólicas (4,5).

As bebidas sem álcool são geralmente definidas como produtos que mimetizam a aparência, o sabor e o aroma das bebidas alcoólicas tradicionais, contendo um teor de álcool nulo ou muito baixo. Em termos de quantidade de álcool, o limiar de $\leq 0,5\%$ de álcool por volume é o mais consensual na literatura, contudo não existe uma definição uniforme entre países e instrumentos regulatórios (6,7).

Nos últimos anos, o mercado destas bebidas tem crescido de forma expressiva a nível global (8). Na prática clínica, verifica-se de forma constante a questão “Dr., posso beber bebidas sem álcool?” por parte de doentes com PUA. Apesar do interesse crescente, a evidência sobre o papel das bebidas sem álcool em pessoas com PUA permanece limitada e ambígua (9). Assim, o presente estudo pretende analisar o

consumo de bebidas sem álcool numa população clínica com PUA, bem como explorar a sua associação com a abstinência e o tempo de abstinência.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do estudo e contexto

Realizou-se um estudo observacional, retrospectivo, de doentes com diagnóstico de PUA seguidos no Centro de Respostas Integradas (CRI) de Braga - Pólo de Guimarães. Os dados foram obtidos através dos registos clínicos realizados no âmbito da prática clínica assistencial regular. A análise incidiu sobre registos desde o início do primeiro acompanhamento de cada doente até outubro de 2025.

Participantes

De entre todos os doentes com diagnóstico de PUA acompanhados no CRI Braga - Pólo de Guimarães, foram selecionados 60 de forma aleatória. Oito doentes foram excluídos devido à ausência de dados clínicos relevantes, resultando numa amostra final de 52 participantes.

Variáveis analisadas

Foram recolhidos dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional), dados clínicos (idade de início dos consumos, presença de outras adições, comorbilidades médicas e psiquiátricas, tratamentos prévios, realização de medicação psicotrópica) e variáveis relacionadas com o consumo, nomeadamente: estado de abstinência; consumo de bebidas sem álcool; tipo de bebida sem álcool consumida; tempo máximo de abstinência (em meses).

Análise estatística

Em termos descritivos, as percentagens foram calculadas com base no número de casos disponíveis para cada variável.

A normalidade das variáveis contínuas foi avaliada através do teste de Shapiro-Wilk. Para a análise comparativa, utilizaram-se testes do qui-quadrado para variáveis categóricas, com confirmação pelo teste exato de Fisher sempre que apropriado. Para as variáveis contínuas, aplicou-se o teste t-Student para amostras independentes ou o teste de Mann-Whitney, de acordo com a distribuição dos dados. O nível de significância foi fixado em $p \leq 0,05$.

Considerações éticas

Todos os dados analisados foram previamente anonimizados, não sendo recolhida qualquer informação identificativa direta ou indireta que permitisse a identificação dos participantes. A extração e análise dos dados foram realizadas exclusivamente para fins de investigação, garantindo a confidencialidade e a proteção da informação clínica, em conformidade com a legislação em vigor.

RESULTADOS

Dados sociodemográficos

A idade média dos doentes foi de $55,46 \pm 10,66$ anos. A maioria era do sexo masculino (75,0%) e encontrava-se casada (55,8%). Relativamente à situação profissional, apenas 32% doentes apresentavam atividade laboral estável e regular. Quanto ao nível de escolaridade, verificou-se que 65,4% dos doentes apresentavam escolaridade inferior ao 3.º ciclo.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos doentes

Variável	n (%) / Média $\pm$ DP
Idade (anos)	55,5 $\pm$ 10,7
Sexo	
Masculino	39 (75,0%)
Feminino	13 (25,0%)
Estado civil	
Casado	29 (55,8%)
Divorciado	11 (21,2%)
Solteiro	10 (19,2%)
Viúvo	2 (3,8%)
Situação profissional	
Trabalho estável/regular	17 (32,7%)
Reformado	17 (32,7%)
Desempregado	14 (26,9%)
Subsídios temporários	1 (1,9%)
Trabalho ocasional	2 (3,8%)
Estudante/Formação Profissional	1 (1,9%)
Escolaridade	
Sem escolaridade	3 (5,8%)
1.º ciclo	22 (42,3%)
2.º ciclo	9 (17,3%)
3.º ciclo	12 (23,1%)
Ensino secundário	4 (7,7%)
Grau universitário	2 (3,8%)

Características clínicas da amostra

Relativamente às comorbilidades médicas, 69,2% dos doentes apresentavam pelo menos uma doença médica associada. No que respeita à presença de comorbilidades psiquiátricas, estas estiveram presentes em 50% dos participantes. Adicionalmente, 76,9% dos doentes tinham prescrição de medicação psicotrópica para ajuda no tratamento da PUA e/ou tratamento das comorbilidades psiquiátricas. Por último, 44,2% dos doentes apresentavam outras adições. A tabela 2 apresenta dos resultados.

Tabela 2 – Características clínicas dos doentes

Variável	n (%)
Comorbilidades médicas	
Não	16 (30,8%)
Sim	36 (69,2%)
Comorbilidades Psiquiátricas	
Não	26 (50,0%)
Sim	26 (50,0%)
Prescrição de Medicação Psicotrópica	
Não	12 (23,1%)
Sim	40 (76,9%)
Outras adições	
Não	29 (55,8%)
Sim	23 (44,2%)

Características relacionadas com a Perturbação do Uso do Álcool

Relativamente às características associadas à PUA, apresentadas na tabela 3, a idade de início dos consumos apresentou elevada variabilidade, com uma média de $14,27 \pm 5,59$ anos (mínimo de 5 e máximo de 38 anos). Quanto ao tipo de bebida alcoólica predominantemente consumida, destacou-se o vinho, referido por 96,1% doentes, quer de forma isolada (50,0%), quer em combinação com outras bebidas

(46,1%). Apenas 3,8% referiam a cerveja como bebida predominante.

Dos 52 doentes, 36,5% já tinham realizado tratamento para a abstinência previamente ao tratamento atual, sendo que 78,9% desses doentes tinham antecedentes de internamento para desabitação e/ou tratamento em Comunidade Terapêutica.

No momento da recolha dos dados, 48,1% encontravam-se em abstinência alcoólica. O tempo médio de abstinência foi de $6,17 \pm 7,5$ meses.

Tabela 3 - Características associadas à Perturbação do Uso do Álcool

Variável	n (%) / Média $\pm$ DP
Idade de início dos consumos	$14,3 \pm 5,6$ anos
Bebida alcoólica de consumo principal	
Vinho	26 (50,0%)
Cerveja	2 (3,8%)
Vinho + Cerveja	10 (19,2%)
Vinho + Outras bebidas	36 (69,2%)
Tratamentos prévios para a PUA	
Não	33 (63,5%)
Sim	19 (36,5%)
Internamento para desabitação e/ou em Comunidade Terapêutica	
Não	37 (71,2%)
Sim	15 (28,8%)
Abstinência no momento	
Não	27 (51,9%)
Sim	25 (48,1%)
Tempo médio de abstinência	$6,17 \pm 7,5$ anos

Consumo de bebidas sem álcool

O consumo de bebidas sem álcool foi observado em 21,2%, conforme descrito na Tabela 4. Entre os consumidores, a bebida sem álcool mais frequentemente referida foi a cerveja sem álcool, sendo que apenas um doente referiu consumo concomitante de vinho sem álcool.

Tabela 4 - Consumo de bebidas sem álcool

	Sim (n (%))	Não (n (%))
Consumo de bebidas sem álcool	11 (21,2%)	41 (78,8%)

A análise do teste qui-quadrado (Tabela 5) não revelou associação estatisticamente significativa entre o estado de abstinência e o consumo de bebidas sem álcool ($\chi^2(1) = 0,038$; $p = 0,845$).

Tabela 5 - Distribuição do estado de abstinência de acordo com o consumo de bebidas sem álcool

Condição	Sem consumo de bebidas sem álcool (n (%))	Consumo de bebidas sem álcool (n (%))
Não abstinente	21 (40,4%)	6 (11,5%)
Abstinente	20 (38,5%)	5 (9,6%)

$\chi^2(1) = 0,038$; $p = 0,845$

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas no tempo máximo de abstinência entre doentes consumidores e não consumidores de bebidas sem álcool ($U = 213,0$; $p = 0,772$), como demonstrado na tabela 6.

Tabela 6 - Tempo máximo de abstinência de acordo com o consumo de bebidas sem álcool

Condição	Sem consumo de bebidas sem álcool	Consumo de bebidas sem álcool
Tempo máximo de abstinência em meses (Média $\pm$ DP)	6,6 $\pm$ 1,2	4,6 $\pm$ 1,7

$U = 213,0$; $p = 0,772$

DISCUSSÃO

O presente estudo contribui para a compreensão do consumo de bebidas sem álcool numa população clínica com perturbação do uso do álcool, um domínio ainda pouco explorado na literatura, particularmente em contextos assistenciais especializados. No conjunto dos resultados obtidos, não

se identificou uma associação entre o consumo de bebidas sem álcool e a presença de abstinência alcoólica, nem com a duração dessa abstinência, sugerindo que o papel destas bebidas neste contexto poderá ser mais complexo do que uma relação direta com a abstinência.

No presente estudo, observou-se uma baixa prevalência de consumo de bebidas sem álcool, um resultado que pode ser interpretado à luz das características sociodemográficas dos participantes. Com efeito, estudos prévios descrevem um perfil relativamente consistente de consumidores de bebidas sem álcool, maioritariamente constituído por indivíduos do sexo masculino, mais jovens, com níveis mais elevados de escolaridade e rendimentos superiores (10). A população alvo de estudo apresentou predominância masculina, contudo caracterizava-se por uma idade média mais avançada, bem como por uma elevada prevalência de situações de precariedade profissional e/ou baixos rendimentos e menor escolaridade. Este desfazamento levanta a hipótese de que o consumo de bebidas sem álcool possa estar condicionado por fatores socioeconómicos, colocando questões relevantes no domínio da equidade em saúde, na medida em que grupos socialmente mais vulneráveis parecem apresentar menor acesso ou menor adesão a estas alternativas (11).

Importa ainda salientar que uma proporção dos doentes apresenta comorbilidades médicas e tem prescrição de medicação psicotrópica. A evidência sobre a segurança e o impacto do consumo de bebidas sem álcool em situações específicas como doentes com patologia hepática ou sob terapêutica psicotrópica, nomeadamente benzodiazepinas e inibidores seletivos da recaptção da serotonina, permanece escassa (12, 13). De facto, o estudo destas populações poderá influenciar tanto as recomendações clínicas como as escolhas dos próprios doentes.

No que respeita à abstinência alcoólica, a ausência de associação entre o consumo de bebidas

sem álcool e a abstinência alcoólica, sugere que, nesta população clínica, o consumo de bebidas sem álcool não se associou a efeitos benéficos, nem prejudiciais no que concerne à manutenção da abstinência. Esta evidência está em consonância com a literatura existente, que se revela marcadamente heterogénea (9). Por um lado, alguns estudos apontam potenciais benefícios em adultos que procuram reduzir o consumo de álcool, incluindo diminuição do consumo de bebidas alcoólicas e redução do estigma social associado à abstinência (14, 15). Por outro lado, a literatura alerta para o papel dos estímulos sensoriais e contextuais, como o sabor, o odor, a aparência e os rituais associados ao consumo, que podem funcionar como pistas condicionadas, potenciando craving, sobretudo em indivíduos com maior gravidade da dependência (9, 13).

Neste enquadramento, a literatura tem vindo a sugerir que as bebidas sem álcool não devem ser conceptualizadas como substitutos diretos do álcool, mas antes como complementos, particularmente relevantes em contextos sociais (8, 11, 16). Assim, o seu papel parece alinhar-se mais com uma abordagem de redução de danos do que com uma estratégia orientada para a indução ou manutenção da abstinência (16, 17).

O facto de o presente estudo ter sido conduzido numa população clínica constitui uma limitação que poderá ter influenciado os resultados. De facto, grande parte da evidência disponível não se centra em contextos clínicos nem em doentes com PUA estabelecida, o que limita a comparabilidade dos resultados (9, 15). Deste modo, é plausível que o impacto do consumo de bebidas sem álcool dependa menos das características intrínsecas das bebidas e mais do perfil clínico, comportamental e motivacional dos indivíduos. Aspetos como a gravidade da dependência, a fase do processo de mudança e a função subjetiva atribuída ao consumo parecem assumir particular relevância neste enquadramento (9, 15). O estudo apresenta outras limitações que devem ser consideradas. O tamanho amostral reduzido limita

o poder estatístico e a generalização dos resultados. O desenho retrospectivo, dependente de registos clínicos heterogéneos, poderá introduzir viés de informação. Acresce a natureza transversal das comparações, que impede inferências causais, bem como a ausência de medidas específicas de craving ou de respostas condicionadas, variáveis potencialmente críticas na compreensão do impacto das bebidas sem álcool em doentes com PUA. Por fim, a inclusão exclusiva de doentes em acompanhamento num contexto clínico específico restringe a extrapolação dos resultados para outros cenários assistenciais.

Neste contexto, torna-se pertinente o desenvolvimento de estudos futuros em contextos clínicos, idealmente dirigidos a subgrupos específicos de doentes, de forma a aprofundar a compreensão destes mecanismos (12).

CONCLUSÃO

Este estudo contribui para a compreensão do consumo de bebidas sem álcool numa população clínica com PUA, evidenciando uma baixa prevalência de consumo e a ausência de associação com a abstinência alcoólica ou com o tempo de abstinência. Estes resultados sugerem que, em contextos clínicos especializados, as bebidas sem álcool não parecem desempenhar um papel determinante na manutenção da abstinência, nem se associam a efeitos adversos claros. Os resultados reforçam a necessidade de enquadrar estas bebidas não como substitutos do álcool, mas, potencialmente, como uma estratégia complementar de redução de danos, cujo impacto poderá depender mais do perfil clínico, comportamental e socioeconómico dos doentes do que das características das bebidas em si. Estudos futuros são fundamentais para clarificar o papel das bebidas sem álcool em populações com PUA e apoiar recomendações clínicas mais individualizadas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (2018), Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
2. American Psychiatric Association (2022), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing
3. Organisation for Economic Co-operation and Development (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en> Organização Mundial de Saúde
4. Burton R et al. (2017), A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. *Lancet*. 389. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32420-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32420-5)
5. World Health Organization (2024), Global alcohol action plan 2022–2030. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/26549222-b1d1-4278-abac-19f0275e50d3/content>
6. Schaefer JM (1987), On the potential health effects of consuming “non-alcoholic” or “de-alcoholized” beverages. *Alcohol*. 4(2): 87–95. [https://doi.org/10.1016/0741-8329\(87\)90004-8](https://doi.org/10.1016/0741-8329(87)90004-8)
7. Okaru AO, Lachenmeier DW (2022), Defining No and Low (NoLo) Alcohol Products. *Nutrients*. 14(18): 3873. <https://doi.org/10.3390/nu14183873>
8. Buss V et al. (2025), Trends in use of alcohol-free or low alcohol drinks in attempts to reduce alcohol consumption in Great Britain, 2020–2024: a population-based study. *BMJ Public Health*. 3(2): e002775. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2025-002775>
9. Caballeria E et al. (2022), “Doctor, Can I Drink an Alcohol-Free Beer?” Low-Alcohol and Alcohol-Free Drinks in People with Heavy Drinking or Alcohol Use Disorders: Systematic Review of the Literature. *Nutrients*. 14(19): 3925. <https://doi.org/10.3390/nu14193925>
10. Anderson P et al. (2021), Is buying and drinking zero and low alcohol beer a higher socio-economic phenomenon? Analysis of British survey data, 2015–2018 and household purchase data 2015–2020. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18: 10347. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910347>
11. Katainen A et al. (2023), Who buys non-alcoholic beer in Finland? Sociodemographic characteristics and associations with regular beer purchases. *International Journal of Drug Policy*. 113: 103962. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.103962>
12. Bowdring MA, Rutledge GW, Prochaska JJ (2024), Advising patients on the use of non-alcoholic beverages that mirror alcohol. *Preventive Medicine Reports*. 47: 102888. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102888>
13. Hew A, Arunogiri S (2024), Zero alcohol, but not zero risk? The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 58(1): 10–11. <https://doi.org/10.1177/00048674231200399>
14. Yoshimoto, H., Kawaida, K., Dobashi, S., Saito, G., & Owaki, Y. (2023). Effect of provision of non-alcoholic beverages on alcohol consumption: a randomized controlled study. *BMC medicine*, 21(1), 379. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03085-1>
15. Blackwell, A. K. M., De-Loyde, K., Hollands, G. J., Morris, R. W., Brocklebank, L. A., Maynard, O. M., Fletcher, P. C., Marteau, T. M., & Munafo, M. R. (2020). The impact on selection of c vs alcoholic drink availability: an online experiment. *BMC public health*, 20(1), 526. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08633-5>
16. Bowdring MA, McCarthy DM, Fairbairn CE, Prochaska JJ (2024), Non-alcoholic beverage consumption among US adults who consume alcohol. *Addiction*. 119(6): 1080–1089. <https://doi.org/10.1111/add.16452>
17. Corfe S, Hyde R, Shepherd J (2020), Alcohol-free and low-strength drinks. *Social Market Foundation*. 95: 83

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

"TU ÉS PÓ E AO PÓ VOLTARÁS": PADRÕES DE CONSUMO DE COCAÍNA, IMPULSIVIDADE E IDEACÃO SUICIDA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS.

"DUST YOU ARE AND TO DUST
YOU WILL RETURN": PATTERNS OF
COCAINE USE, IMPULSIVITY AND
SUICIDAL IDEATION IN UNIVERSITY
STUDENTS.

Autores

Rafaela Reuss, MSc^{1,2}
Isabel M.Santos, PhD²
Marta Rodrigues, PhD¹

1 – Equipa de Tratamento e Reinserção
Social – Centro de Respostas Integradas de
Aveiro, Aveiro, Portugal;

2 – William James Center for Research
(WJCR), Departamento de Educação e
Psicologia – Universidade de Aveiro,
Aveiro, Portugal.

Autor para correspondência
Rafaela Verdade Otto Reuss

E-mail: ottoreuss_19@hotmail.com;
rafaela.reuss@icad.min-saude.pt

Nenhum subsídio ou bolsa contribuíram
para a realização do trabalho.

RESUMO

Os jovens adultos ao ingressarem no ensino superior sentem necessidade de se ajustar a um novo meio com diversos desafios. Nesta fase é imprescindível que os estudantes universitários desenvolvam mecanismos de adaptação para lidar com esses desafios e eventuais adversidades. As exigências desta fase e possíveis dificuldades de ajustamento torna-os um grupo de risco para a adoção de comportamentos aditivos, como o consumo de cocaína, o qual tem aumentado de uma forma global nos últimos anos nos jovens adultos. A adoção deste tipo de comportamento tem um impacto negativo ao nível da saúde mental dos indivíduos que o pratiquem, como pode ser o caso da manifestação de ideação suicida. Para além disso, uma característica típica nos jovens adultos é a impulsividade, que é considerada um fator de risco tanto para o consumo de cocaína como para a ideação suicida.

Este trabalho incide na revisão bibliográfica relativamente a como estas três variáveis se relacionam. Conhecer a interação entre fatores de risco e os comportamentos relacionados com a saúde permite o planeamento mais ajustado de programas de prevenção que tenham como objetivo evitar o desenvolvimento de comportamentos de risco, bem como a elaboração de planos de intervenção individualizada com vista à melhoria do bem-estar do indivíduo.

Palavras-chave: Jovens adultos, estudantes universitários, consumo de cocaína, ideação suicida, impulsividade.

ABSTRACT

When young adults enter higher education, they feel the need to adjust to a new environment with various challenges. At this stage, it is essential that university students develop coping mechanisms to deal with these challenges and possible adversities. The demands of this phase and possible difficulties in adjusting make them a risk group for adopting addictive behaviors, such as cocaine use, which has increased globally in recent years among young adults. Adopting this type of behavior has a negative impact on the mental health of individuals who practice it, as can be the case with suicidal ideation. In addition, a typical characteristic of young adults is impulsivity, which is considered a risk factor for both cocaine use and suicidal ideation.

This study focuses on a literature review of how these three variables are related. Understanding the interaction between risk factors and health-related behaviors allows for more tailored planning of prevention programs aimed at avoiding the development of risky behaviors, as well as the development of individualized intervention plans aimed at improving the individual's well-being.

Keywords: Young adults, university students, cocaine use, suicidal ideation, impulsivity

COCAÍNA E O ESTADO ATUAL DE CONSUMO EM PORTUGAL NOS JOVENS ADULTOS

A cocaína é uma substância psicoativa ilícita com capacidade de estimular diferentes níveis do Sistema Nervoso Central produzindo uma sensação de bem-estar, autoconfiança e euforia^{1,2}. No entanto, está também associada ao desenvolvimento de problemas de saúde físicos e mentais, como é o caso de comportamentos agressivos, isolamento social, ideação paranoide, alucinações auditivas e/ou táteis, comportamentos autodestrutivos e ideação suicida, entre outros¹.

Em Portugal a cocaína é a segunda substância psicoativa ilícita mais consumida, embora com prevalências de consumo consideravelmente inferiores às prevalências de consumo da *cannabis*, mas muito próximas de outras substâncias psicoativas ilícitas tais como o *ecstasy* e as anfetaminas³. No ano de 2023, segundo a 8ª edição do inquérito anual 'Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional', realizado com uma amostra de 92443 jovens, foi possível apurar que as prevalências de consumo de cocaína foram de 3% ao longo da vida e nos últimos 12 meses e de 1% nos últimos 30 dias. Quanto à frequência dos consumos recentes, 43% tinham consumido em 1 a 5 ocasiões nos últimos 12 meses e 27% em 20 ou mais ocasiões. Quanto ao consumo atual, cerca de 22% dos consumidores apresentavam um consumo diário ou quase diário desta substância³.

Dados do 'European Drug Report Survey', realizado em 2016, indicam que em Portugal a prevalência do consumo de cocaína no ano anterior à realização do inquérito para a faixa etária entre os 15 e os 64 anos era de 0.2% e que a prevalência de consumo na faixa etária entre os 15 e os 34 anos, correspondente aos jovens adultos, era de 0.3%⁴. No ano de 2022 foi realizado um novo inquérito que nos mostra que em Portugal a prevalência do consumo de cocaína no ano anterior à realização do mesmo para a faixa etária entre os 15 e os 64 anos manteve-se nos 0.3%, igual aos resultados apresentados

em 2016. Já a prevalência de consumo na faixa etária entre os 15 e os 34 anos aumentou para 0.5%⁵.

Embora no geral os níveis de prevalência do consumo de cocaína continuem baixos comparativamente com as prevalências de outras substâncias psicoativas, como é o caso do álcool e dos canabinoides, registou-se um aumento global, o que requer por si só uma vigilância constante no que concerne a esta substância, aos fatores de risco associados ao seu consumo e às consequências do mesmo.

ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR E DESAFIOS

Um período específico do desenvolvimento humano que ocorre entre a adolescência e a idade adulta tem, desde o início do ano 2000, sido descrito na literatura como adultez emergente, o qual pode variar entre os 18 e 25 anos, ou ir até à terceira década de vida^{1,6}. Apesar de nesta faixa etária já se observar um desenvolvimento físico típico da idade adulta, o mesmo não se verifica no comportamento, prevalecendo a imaturidade típica da adolescência⁶. A adultez emergente é um período de mudanças dinâmicas a vários níveis, como o amadurecimento simultâneo do funcionamento neuropsicológico, biológico, psicossocial e emocional⁷. A maturação cerebral não ocorre de uma forma linear e específica, sendo amplamente referido na literatura que o córtex pré-frontal, uma região cerebral intimamente envolvida nos processos executivos, possui um desenvolvimento mais tardio que outras regiões cerebrais. Evidências neurobiológicas apontam que os adultos emergentes tendem a ser mais impulsivos, devido ao córtex pré-frontal não estar biologicamente preparado para exercer controlo inibitório⁸. Assim, podemos concluir que a impulsividade é uma característica típica nos jovens adultos⁸.

A transição do ensino secundário para o ensino superior, que normalmente ocorre na adultez emergente, é uma fase em que o indivíduo se depara com várias situações que exigem uma maior

responsabilidade e o desempenho de novos papéis com que até então não se teria deparado⁹. É um marco na vida indicativo de várias mudanças e o seu impacto está vinculado às características pessoais, mas também às exigências e apoios dos contextos no qual os jovens se encontram inseridos^{10,11}. Nesta fase, e devido à eventual mudança de residência em tempo letivo, é esperado dos adultos emergentes que organizem a sua vida na ausência do controlo parental e sem auxílio próximo da família⁹. Muitas das vezes, estes assumem dificuldade em conciliar as atividades de lazer com as académicas, o que exige o desenvolvimento de uma maior capacidade de gerir o seu tempo⁹. Também é nesta fase que é esperado um maior desenvolvimento da autonomia, identidade e personalidade¹². A par disto, o ingresso no ensino superior implica o confronto com diferentes formas de ensino, mudanças ao nível das relações interpessoais e nos distintos contextos sociais onde o jovem se encontra inserido diariamente, sentindo necessidade de se integrar no contexto social académico e de ter sucesso neste âmbito¹³.

Os confrontos com diversos desafios conduzem à necessidade do desenvolvimento de mecanismos de adaptação para desempenhar os diferentes papéis com êxito⁹. A incapacidade de desenvolver estas ferramentas para dar resposta a agentes stressores pode desencadear estados depressivos e de ansiedade⁹. Pode ainda, aliado à impulsividade, tornar os adultos emergentes particularmente suscetíveis a envolverem-se em comportamentos de risco¹⁴. Estes comportamentos podem perpetuar-se ao longo da idade adulta, como é o caso do consumo de substâncias psicoativas, que pode ser percebido como um meio de procura de respostas rápidas no sentido de gerir as frustrações¹⁵. No entanto, a adoção deste tipo de comportamentos de uma forma continuada pode provocar consequências graves ao longo do tempo, pois há um comprometimento da saúde e do bem-estar, como por exemplo, um aumento do risco de situações de violência, relações sexuais desprotegidas, acidentes de viação e comportamentos suicidários¹⁶.

Deste modo, os estudantes universitários são considerados um grupo vulnerável no que concerne ao consumo de substâncias psicoativas. E também, um grupo mais exposto e vulnerável à ocorrência de problemas de saúde mental, o que aliado a outros fatores pode contribuir para a génese de comportamentos suicidários¹⁷.

COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

Os comportamentos suicidários referem-se a uma variedade de manifestações que englobam a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio propriamente dito¹⁸. A ideação suicida corresponde a pensamentos e cognições que um sujeito tem sobre terminar com a sua vida, podendo ir desde pensamentos gerais sobre a morte até à idealização de comportamentos a adotar para terminar com a própria vida¹⁹. Segundo a *American Psychiatric Association*¹, a ideação suicida pode ser passiva, quando o indivíduo apresenta pensamentos e/ou desejos de pôr fim à sua vida, mas não tem preconceção de um plano ou forma para alcançar tal objetivo, ou ativa, quando o indivíduo apresenta pensamentos recorrentes sobre a tentativa de suicídio e/ou quando organiza um plano específico para cometer o ato. As tentativas de suicídio caracterizam-se pela execução de comportamentos autodestrutivos intencionais não fatais, que podem ou não ter uma intenção de morte¹⁸. O suicídio é o termo usado para todos os casos de morte que resultam da execução de um comportamento intencional da vítima com o conhecimento de que esse ato produzirá tal resultado¹⁸.

Reconhece-se que este espectro de comportamentos são um problema grave de saúde pública em todo o mundo e a sua magnitude e impacto têm levado a uma crescente investigação para a compreensão dos fatores que possam estar na sua base. Os comportamentos suicidários são um fenómeno complexo, verificando-se a interação de vários fatores de risco^{18,19} que podem contribuir para esses comportamentos, direta ou indiretamente, de acordo com a suscetibilidade do indivíduo¹⁸. Alguns fatores de

risco para os comportamentos suicidários apontados na literatura prendem-se com a desesperança¹, a falta de suporte social, o isolamento, a presença de vulnerabilidade emocional provocada por situações de trauma e/ou abuso^{1,18,19}, a impulsividade^{20,21,22}, o histórico de suicídio na família^{1,18} e o abuso de substâncias psicoativas^{1,18}. Foram realizados estudos com indivíduos dependentes de substâncias psicoativas que indicam que a grande maioria da amostra apresenta uma elevada percentagem de comportamentos suicidários^{23,24,25,26}. O consumo de substâncias pode aumentar o risco de ideação suicida, uma vez que é capaz de induzir sentimentos de depressão, diminuir as capacidades de processamento cognitivo e resolução de problemas²⁷. Indo ao encontro do exposto, Wong et al.²⁸ constatarem que o consumo de substâncias psicoativas estava associado ao aumento da probabilidade de se verificar a presença de ideação suicida.

Tal como referido anteriormente, a ideação suicida serve como um importante marcador de psicopatologia e problemas comportamentais durante o período da adolescência e o início da idade adulta²⁹. Assim é importante investigar este construto nos jovens adultos e relacioná-lo com o consumo de substâncias ilícitas. Eisenberg et al.³⁰ realizaram um estudo com 2843 estudantes universitários dos EUA com mais de 18 anos e verificaram uma prevalência de ideação suicida de 4.1%, sendo que menos de 1% dos estudantes relataram ter elaborado um plano suicida nas últimas 4 semanas. Arria et al.³¹, num estudo com 1249 estudantes universitários do primeiro ano de curso, verificaram, através das respostas no Inventário da Depressão de Beck, uma prevalência de ideação suicida de 6%. Também é possível identificar estudos portugueses sobre a ideação suicida em estudantes universitários, como o de Roberto³², que numa amostra de 272 estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior, encontrou uma prevalência de 10% de ideação suicida durante o mês anterior ao estudo. Pereira³³ estudou uma amostra de 366 alunos da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e os resultados indicaram que 12.6% já apresentou ideação suicida em

algum momento da vida. Gonçalves et al.³⁴, através de uma amostra de 1074 participantes que frequentavam o Instituto Politécnico de Viseu, acedeu a uma prevalência de ideação suicida de 7.8%.

No que se refere a esta população é de notar que a prevalência de pensamentos de pôr fim à própria vida tem tido um aumento de ordem preocupante^{18,35}. Visto os comportamentos suicidários serem um problema clínico significativo, torna-se imprescindível uma análise de como os consumos de cocaína se relacionam com a ideação suicida e qual o papel da impulsividade nesta relação. Compreensão essa que irá permitir que se efetue uma melhor avaliação do risco de suicídio na população universitária de modo que se possa identificar precocemente os sintomas e os comportamentos de risco para um melhor desenho de programas de prevenção e intervenção com estudantes universitários.

IMPULSIVIDADE

A impulsividade é um conceito com um amplo interesse clínico, sendo frequentemente estudado na área da Psicologia devido à sua associação com diversas condições clínicas. Este constructo tem sido definido cientificamente de diversas formas, consoante o autor, devido a tratar-se de um conceito complexo e multidimensional³⁶.

Existem autores que sustentam a ideia de que a impulsividade é um traço da personalidade humana que é estável dentro de um indivíduo^{37,38}, ou seja, caracteriza-se por um padrão de comportamento e não apenas por atos isolados e esporádicos. Dickman³⁹ refere-se à impulsividade como uma tendência para deliberar menos antes de executar uma ação, do que a maioria dos indivíduos de igual capacidade intelectual. De acordo com Moeller et al.³⁸, a impulsividade compreende um espectro de comportamentos que são caracterizados por reações rápidas e não planeadas a estímulos que podem ser internos ou externos, ou seja, são comportamentos que o indivíduo realiza com pouca ou inadequada premeditação, não considerando prévia e conscientemente as consequências dos comportamentos

que envolvem riscos. Malloy-Diniz et al.⁴⁰ definem a impulsividade como um processo complexo descrito por diferentes padrões cognitivos e comportamentais que resultam em consequências disfuncionais imediatas, mas também a médio e longo prazo. Patton et al.³⁷ divide o conceito de impulsividade em três subtipos principais, a impulsividade motora, a impulsividade atencional e a impulsividade por não planejamento. A impulsividade motora é caracterizada pelo agir sem pensar e está relacionada com a não inibição de respostas incoerentes com o contexto³⁷. A impulsividade atencional inclui a impulsividade relacionada com a tomada de decisão rápida, incapacidade de manter a atenção e a concentração³⁷. Por fim, a impulsividade por não planejamento é caracterizada por uma orientação voltada para objetivos imediatos e para o presente e não para o futuro³⁷. Conclui-se que as definições apresentadas têm subjacente a ideia de disfuncionalidade associada ao comportamento impulsivo, no entanto estes comportamentos podem ser observados no quotidiano de indivíduos saudáveis³⁶.

Existem estudos sobre a impulsividade que mostram que esta está na base de comportamentos que podem ser positivos ou negativos para o indivíduo e para os outros^{36,39,41}. No sentido de fornecer uma visão otimista da impulsividade, Dickman³⁹ propôs uma separação deste constructo em impulsividade funcional e impulsividade disfuncional. Sugerindo que a primeira está relacionada com a tendência em processar informações de forma rápida e a tomar decisões apropriadas à situação³⁹, e a segunda diz respeito à velocidade na emissão de respostas e decisões não pensadas que conduzem a consequências negativas³⁹. Deste modo, a impulsividade funcional está mais associada ao entusiasmo e ao espírito de aventura, enquanto a impulsividade disfuncional à desorganização e à tendência a desconsiderar fatos negativos na tomada de decisão³⁹. No entanto, embora se possa observar alguns aspetos funcionais e adaptativos, geralmente é considerada um traço disfuncional que está associado a ações inadequadas⁴¹.

Parcias et al.⁴², num estudo com 129 estudantes universitários, observaram que a maioria da amostra se encontra dentro dos limites normais de impulsividade, segundo os resultados na Escala de Impulsividade de Barrat (BIS-11). No entanto, 31% tiveram uma pontuação igual ou superior ao ponto de corte para elevada impulsividade. Ainda no estudo de Parcias et al.⁴² é possível concluir que os estudantes que estão numa fase inicial do seu percurso académico apresentam níveis mais elevados de impulsividade do que os estudantes que se encontram no fim do mesmo. Para além do exposto, também foi possível verificar que a pontuação total para a impulsividade é muito semelhante no sexo masculino e sexo feminino, o que contraria estudos que apontam o sexo masculino como mais impulsivo⁴³. Esta variância pode estar relacionada com as diferenças no sistema de neurotransmissão serotoninérgica, menos presente nos homens⁴⁴, o que é decisivo no momento do controlo do impulso⁴⁵.

Visto a impulsividade estar geralmente associada a ações inadequadas, é natural que seja considerada como um fator de risco tanto para o uso de substâncias psicoativas³⁸ como para os comportamentos suicidários²⁰.

IMPULSIVIDADE COMO FATOR DE RISCO PARA O CONSUMO DE COCAÍNA

Vários estudos indicam que indivíduos diagnosticados com perturbações por uso de substâncias apresentam níveis elevados de impulsividade^{38,46,47,48} e que a desinibição comportamental marcada pela impulsividade pode ser compreendida como um marcador preditivo para problemas posteriores de uso de substâncias⁴⁹. Zeighami et al.⁵⁰ concluíram que os indivíduos com níveis mais elevados de neuroticismo são mais agressivos, impulsivos e hostis, tendo também concluído que níveis mais elevados de neuroticismo são preditores do consumo de substâncias.

Relativamente à cocaína, alguns estudos identificam a impulsividade como um fator de risco para

o consumo desta mesma substância. Moeller et al.⁵¹, num estudo com utentes em tratamento ambulatorio, concluíram que pontuações elevadas em medidas de autorrelato para a impulsividade se correlacionavam negativamente com a idade do primeiro consumo de cocaína. Este estudo concluiu ainda que a alta impulsividade predispõe ao consumo recreativo precoce de cocaína. Mahoney et al.⁵² realizaram um estudo com três grupos diferentes, um grupo de controlo com indivíduos saudáveis, um grupo de indivíduos com perturbação por uso de cocaína e um grupo de indivíduos com perturbação por uso de metanfetaminas, tendo comparado os níveis de impulsividade entre grupos. Os autores concluíram que os indivíduos com perturbação por uso de cocaína, quando comparados com o grupo de controlo, apresentavam níveis significativamente mais elevados de impulsividade. Chamberlain et al.⁵³ realizaram um estudo com 3520 alunos da Universidade de Midwestern no qual observaram que o uso de cocaína estava associado a níveis mais elevados de impulsividade. Os autores concluíram que a impulsividade se constitui como um fator de risco para a ocorrência de problemas de consumo de substâncias. Ainda, Ayali et al.⁵⁴ mostraram que os indivíduos que apresentavam resultados positivos para a cocaína em amostras de urina apresentavam alta impulsividade.

IMPULSIVIDADE COMO FATOR DE RISCO PARA COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

O comportamento impulsivo tem um impacto negativo nas diversas facetas da vida humana com potencial para causar prejuízos para a qualidade de vida, sofrimento psíquico e gerar adoecimento mental⁵⁵. Deste modo, é possível inferir que a impulsividade, para além de ser um fator de risco para os consumos de substâncias como é o caso da cocaína, como visto anteriormente, também está relacionada com os comportamentos suicidários^{21,22}.

Embora a relação entre a impulsividade e os comportamentos suicidários esteja bem estabelecida

e fundamentada em estudos empíricos^{20,21,22}, o número de estudos até ao momento que investigam a associação da impulsividade especificamente com a ideação suicida é bastante mais limitado⁵⁶. No estudo de Rodríguez-Cintas et al.⁴⁷ com 696 utentes em tratamento nos Serviços de Ambulatório de Toxicodependência do Hospital Universitário em Barcelona foi possível concluir que utentes com ideação suicida tiveram pontuações mais elevadas numa escala de impulsividade por comparação com o grupo de utentes que não apresentava ideação suicida. No entanto, no estudo de Hadzic et al.⁵⁶, realizado com 74 utentes internados com diagnóstico de perturbação depressiva e com ideação suicida atual ou ao longo da vida, com idades entre os 18 e os 85 anos, os resultados mostram que a ideação suicida não apresentou associação direta com nenhuma das vertentes da impulsividade.

Também é possível verificar a existência de estudos sobre a impulsividade associada a ideação suicida em estudantes universitários. Ghaffari et al.⁵⁷ realizaram um estudo com 340 estudantes universitários selecionados aleatoriamente e dividiram esta amostra em dois grupos, um grupo de participantes que tinham ideação suicida e um grupo de participantes que não apresentavam ideação suicida. Este estudo mostrou diferenças significativas entre o grupo com e sem ideação suicida ao nível da impulsividade e dos seus componentes (impulsividade atencional, impulsividade motora e impulsividade por não planeamento). Em síntese, o resultado deste estudo mostra que o grupo composto por indivíduos com ideação suicida apresentou níveis mais elevados de impulsividade. Loftis et al.⁵⁵, no seu estudo com uma amostra de 550 estudantes universitários dos EUA, apontou que indivíduos impulsivos são provavelmente mais propensos a apresentar ideação suicida.

Como acima referido, apesar de terem sido encontradas ligações entre impulsividade e ideação suicida, há estudos que não encontram esta mesma associação pelo que é crucial continuar a estudar a relação entre estas duas variáveis.

RELAÇÃO ENTRE O CONSUMO DE COCAÍNA E IDEIAÇÃO SUICIDA

As taxas de prevalência de comportamentos suicidários são ainda maiores entre os indivíduos com perturbações por uso de substâncias^{24,25}. O uso de substâncias e a ideação suicida muitas vezes coexistem, com taxas mais elevadas de ideação suicida entre os indivíduos que consomem substâncias do que os indivíduos que não consomem²⁸.

A associação mais forte entre os comportamentos suicidas e o consumo de substâncias psicoativas tem sido encontrada maioritariamente entre os consumidores de cocaína²⁶, pelo que têm sido realizados estudos objetivando identificar a prevalência de comportamentos suicidários relativamente ao consumo de cocaína. Garlow et al.²⁶, através da realização de um estudo nos EUA com 777 pacientes encaminhados para avaliação de dependência química num serviço de Emergências Psiquiátricas, mostraram que mais de metade dos utentes (55.3%) apresentavam ideação suicida e que 85% desses utentes relataram consumo de cocaína, o que sugere que a ideação suicida pode estar intimamente relacionada ao consumo de substâncias, estando a cocaína mais presente do que outras substâncias psicoativas. Ainda, Rodríguez-Cintas et al.⁴⁷, com o estudo realizado a 696 utentes dependentes de substâncias psicoativas que se encontravam em tratamento num serviço hospitalar em Barcelona, concluíram que indivíduos dependentes de cocaína eram mais propensos a apresentar ideação suicida ao longo da vida.

RELAÇÃO ENTRE IMPULSIVIDADE, CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

Existem várias razões pelas quais o consumo de substâncias psicoativas e os comportamentos suicidários podem estar relacionados. Goldston⁵⁸ refere que esta relação pode ser parcialmente explicada por alguns fatores comuns, como é o caso da

impulsividade. Os fatores de risco, de certa forma, podem levar a que o adulto emergente considere a morte e o consumo de substâncias como a solução possível para as suas dificuldades^{59,60}. Deste modo, a sua identificação precoce torna-se essencial numa estratégia de prevenção e contribui para delinear e detetar a natureza dos comportamentos e o tipo de intervenção necessários, sendo indicativo das circunstâncias em que o indivíduo é particularmente vulnerável.

Algumas evidências sugerem que o consumo de substâncias está relacionado com o comportamento suicida^{24,25,28}, bem como com a impulsividade^{38,46,47,48}. Desta forma, em relação à combinação de comportamentos suicidários, consumo de substâncias e impulsividade tem sido descrita a existência de uma interação entre estas variáveis⁶¹.

Apenas alguns estudos clínicos investigaram a associação entre a impulsividade, as perturbações por uso de substâncias e os comportamentos suicidários e estes concentram-se maioritariamente na substância psicoativa lícita que é o álcool^{61,62,63,64,65}. Devido à lacuna existente na literatura no que concerne à associação da impulsividade e dos comportamentos suicidários relativamente aos consumos de cocaína, sugere-se a realização de estudos focados nesta substância por acreditarmos que, assim como no álcool^{61,62,63,64,65}, poderão ser encontradas associações. Para além disso, o facto de a cocaína ter apresentado taxas de consumo crescentes ao longo dos anos faz com que seja fundamental ter um olhar atento sobre esta substância.

Embora existam razões possíveis para a existência de uma relação entre comportamentos suicidários e o consumo de substâncias psicoativas, a natureza desta ligação permanece pouco clara, pelo que são necessários mais estudos para investigar as vias causais associadas a estes dois comportamentos que frequentemente coocorrem. Além disso, a literatura ainda não é conclusiva relativamente a como estas três variáveis (consumos de cocaína, impulsividade e ideação suicida) se relacionam.

CONCLUSÃO

Os estudantes universitários são considerados um grupo particularmente vulnerável para a adoção de comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de cocaína, frequentemente associados às dificuldades de adaptação a esta nova fase da vida. O envolvimento nestes comportamentos acaba por surgir muitas vezes no sentido de gerir as frustrações. No entanto, poderá dar origem a graves impactos ao nível da saúde mental, como a ocorrência de ideação suicida. O consumo de cocaína e a ideação suicida, dois problemas de saúde pública que frequentemente coocorrem, apresentam prevalências relativamente baixas quando comparados com outras problemáticas. Contudo, o aumento observado ao longo dos anos tanto na prevalência do consumo de cocaína como na prevalência de ideação suicida é motivo de preocupação, dadas as implicações que podem originar. A impulsividade, característica comum nos jovens adultos, faixa etária onde se inserem os estudantes universitários, é apontada como um fator de risco significativo tanto para o consumo de substâncias como para a ideação suicida.

A intervenção psicológica tem ganho espaço e progressiva relevância na multidisciplinar compreensão de fenómenos que estão relacionados com a saúde e a doença. O bem-estar individual pode ser influenciado por vários fatores como, por exemplo, diferenças individuais, traços da personalidade onde se inclui a impulsividade, sistema de crenças e atitudes, adoção de comportamentos, rede de suporte social, o meio ambiente, entre outros⁶⁶. Investigar e conhecer os comportamentos relacionados com a saúde e os fatores que os afetam revela-se de extrema importância pois permite maior eficácia na identificação precoce dos sintomas e dos comportamentos de risco. Esse conhecimento é fundamental para um desenho mais ajustado de planos de prevenção que visem evitar o desenvolvimento e/ou manutenção de comportamentos que possam colocar em causa a saúde, assim como de planos de

intervenção que visem a melhoria e manutenção do bem-estar do indivíduo⁶⁷.

O apoio psicológico é essencial no tratamento de indivíduos com consumos de substâncias visto, na maioria das vezes, a dimensão psíquica ser a mais fragilizada⁶⁸. Assim, torna-se essencial que o profissional a nível clínico proceda à avaliação psicológica e à elaboração de um desenho de intervenção individualizada, tendo já aqui em atenção a avaliação da ideação suicida e potencial risco de suicídio. Visto a impulsividade ser um fator de risco tanto para os consumos de substâncias^{38,46,47,48} como para a ideação suicida^{47,55,57}, torna-se pertinente ter em conta no desenho da intervenção os níveis de impulsividade apresentados para que, em contexto clínico, se possa trabalhar esta variável nos jovens adultos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. American Psychiatric Association [APA]. (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1981). Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO memorandum. *Bulletin of the World Health Organization*, 59(2), 225 – 245. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/023456>
3. Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências [ICAD]. (2024). *Relatório anual 2023 – A Situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=882&languageId=1>
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2023). *European drug report 2023: trends and developments*. Serviço das Publicações da União Europeia. <https://www.emcdda.europa.eu/european-drug-report2023>
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2024). *European drug report 2024: trends and developments*. Serviço das Publicações da União Europeia. https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en
6. Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
7. Sisk, L. M., & Gee, D. G. (2022). Stress and adolescence: vulnerability and opportunity during a sensitive window of development. *Current Opinion in Psychology*, 44, 286-292. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.10.005>

8. McKewen, M., Skippen, P., Cooper, P.S., Wong, A.S.W., Michie, P.T., Lenroot, R., & Karayanidis, F. (2019). Does cognitive control ability mediate the relationship between reward-related mechanisms, impulsivity, and maladaptive outcomes in adolescence and young adulthood? *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 19(3), 653-676. <https://doi.org/10.3758/s13415-019-00722-2>
9. Claudino, J. & Cordeiro, R. (2006). Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem. O caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, 32(11), 197-210. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8403/5994>
10. Ang, C. S., Lee, K. F., & Dipolog-Ubanan, G. F. (2019). Determinants of first-year student identity and satisfaction in higher education: a quantitative case study. *SAGE Open*, 9(2), 1-13. <https://doi.org/10.1177/2158244019846689>
11. Mujica, A. D., Villalobos, M. V. P., Bernardo Gutiérrez, A. B., Fernández-Castañón, A. C., & González-Piende, J. A. (2019). Affective and cognitive variables involved in structural prediction of university dropout. *Psicothema*, 31(4), 429-436. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.124>
12. Erickson, E. H. (1968). *Identity: youth and crisis*. New York: Norton. https://www.google.pt/books/Identity_Youth_and_Crisis
13. Diniz, A. (2005). *A universidade e os seus estudantes: um enfoque psicológico*. Lisboa: Edições ISPA.
14. Bjork, J.M., & Pardini, D.A. (2015). Who are those "risk-taking adolescents"? Individual differences in developmental neuroimaging research. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 11, 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2014.07.008>
15. Oshri, A., Rogosch, F., Burnette, M., & Cicchetti D. (2011). Developmental pathways to adolescent cannabis abuse and dependence: child maltreatment, emerging personality, and internalizing versus externalizing psychopathology. *Psychology of addictive behaviors*, 25(4), 634-644. <https://doi.org/10.1037/a0023151>
16. Gutierrez, A. & Sher, L. (2015). Alcohol and drug use among adolescents: an educational overview. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 27(2), 207-212. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2015-5013>
17. Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2010). Changes in associations between psychosocial factors and suicide attempts by adolescents in Greece from 1984 to 2007. *European Journal of Public Health*, 21(6), 694-698. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq160>
18. Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/01preventivesuicideoms>
19. O'Connor, R. C. & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73 -85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
20. Anestis, M. D., Soberay, K.A., Gutierrez, P.M., Hernández, T.D., & Joiner, T.E. (2014). Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. *Personal and Social Psychology Review*, 18(4), 366-86. <https://doi.org/10.1177/1088868314535988>
21. Corbule, E., Damy, C., & Guelfi, J. D. (1999). Impulsivity: A relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *Journal of Affective Disorders*, 53(3), 211-215. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00130-x](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00130-x)
22. Malone, K. M., Haas, G. L., Sweeney, J. A., & Mann, J. J. (1995). Major depression and the risk of attempted suicide. *Journal of Affective Disorders*, 34(3), 173-185. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(95\)00015-f](https://doi.org/10.1016/0165-0327(95)00015-f)
23. Pavarin, R. M. & Fioritti, A. (2018). Mortality trends among cocaine users treated between 1989 and 2013 in Northern Italy: Results of a longitudinal study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 50(1), 72-80. <https://doi.org/10.1080/02791072.2017.1365976>
24. Deykin, E. & Buka, S. (1994). Suicidal ideation and attempts among chemically dependent adolescents. *American Journal of Public Health*, 84(4), 634-639. <https://doi.org/10.2105/AJPH.84.4.634>
25. Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M., & Darvishi, N. (2016). Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: A meta-analysis. *Journal of Public Health*, 38(3), 282-291. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv148>
26. Garlow, S. J., Purselle, D., & D'Orio, B. (2003). Cocaine use disorders and suicidal ideation. *Drug and Alcohol Dependence*, 70(1), 101-104. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00337-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00337-X)
27. Bagge, C. L., & Sher, K. J. (2008). Adolescent alcohol involvement and suicide attempts: toward the development of a conceptual framework. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1283-1296. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.06.002>
28. Wong, S. S., Zhou, B., Goebert, D., & Hishinuma, E. S. (2013). The risk of suicide across patterns of drug use: a nationally representative study of high school students in the United States from 1999 to 2009. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(10), 1611-1620. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0721-z>
29. Thompson, R., Proctor, L. J., English, D. J., Dubowitz, H., Narasimhan, S., & Everson, M. D. (2012). Suicidal ideation in adolescence: examining the role of recent adverse experiences. *Journal of Adolescence*, 35(1), 175-186. <https://doi.org/10.1016/j.jadolescence.2011.03.003>
30. Eisenberg, D., Gollust, S., Golberstein, E., & Hefner, J. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534-542. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.4.534>
31. Arria, A., Grady, K., Caldeira, K., Vincent, K., Wilcox, H., & Wish, E. (2009). Suicide ideation among college students: a multivariate analysis. *Archives Suicide Research*, 13(3), 230-246. <https://doi.org/10.1080/13811110903044351>
32. Roberto, A. R. (2009). *A saúde mental dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior]. Repositório Aberto da Universidade da Beira Interior. <https://ubibliorum.ubi.pt/10400.6/1025>
33. Pereira, A. A. G. (2011). Ideação suicida e fatores associados: estudo realizado numa amostra da população universitária da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. [Dissertação de mestrado, Escola de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. <https://repositorio.utad.pt/server/api/core/bitstreams/34aeb93a-8c16-48e5-9f33-fc6226124391/content>
34. Gonçalves, A. M., Sequeira, C.A.C., Duarte, J.C., & Freitas, P.P. (2016). Suicidal ideation on higher education students: influence of some psychosocial variables. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 162-166. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.08.005>
35. Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimations*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643>

36. Abdel, S., Gharaibeh, M., & Alghazo, E. (2023). Impulsiveness among undergraduates from the United Arab Emirates and Jordan: Role of socio-demographic variables. *Health Psychology Research*, 11. <https://doi.org/10.52965/001c.81045>
37. Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:63.0.CO;2-](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:63.0.CO;2-)
38. Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
39. Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95-102. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.1.95>
40. Malloy-Diniz, L.F., Mattos, P., Leite, W. B., Abreu, N., Coutinho, G., Paula, J. J., Tavares, H., Vasconcelos, A. G., & Fuentes, D. (2010). Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 99-105. <https://doi.org/10.1590/s0047-20852010000200004>
41. Jupp, B., Dalley, J. W. (2014). Convergent pharmacological mechanisms in impulsivity and addiction: insights from rodent models. *British Journal of Pharmacology*, 171(20), 4729-4766. <https://doi.org/10.1111/bph.12787>
42. Parcias, S. R., Sombrio, L. S., Flügel, N. T., Rosario, M. J. P., Souza, M. C., & Guimarães, A. C. A. (2014). Comportamento impulsivo: estudo em uma população de universitários. *Revista de Atenção à Saúde*, 12(42), 36-41. <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol12n42.2176>
43. Adan, A., Natale, V., Caci, H., & Prat, G. (2010). Relationship between circadian typology and functional and dysfunctional impulsivity. *Chronobiology International*, 27(3), 606-619. <https://doi.org/10.3109/07420521003663827>
44. Verdejo-García, A., Lawrence, A.J., Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(4), 777-810. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.11.003>
45. Strüber, D., Lück, M., & Roth, G. (2008). Sex, aggression and impulse control: an integrative account. *Neurocase*, 14(1), 93-121. <https://doi.org/10.1080/13554790801992743>
46. García-Marchena, N., Ladrón de Guevara-Miranda, D., Pedraz, M., Araos, P.F., Rubio, G., Ruiz, J.J., Pavón, F.J., Serrano, A., Castilla-Ortega, E., Santín, L.J., & Rodríguez de Fonseca, F. (2018). Higher impulsivity as a distinctive trait of severe cocaine addiction among individuals treated for cocaine or alcohol use disorders. *Front Psychiatry*, 9(26). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00026>
47. Rodríguez-Cintas, L., Daigre, C., Braquehais, M. D., Palma-Alvarez, R. F., Grau-López, L., Ros-Cucurull, E., Rodríguez-Martos, L., Abad, A. C., & Roncero, C. (2018). Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Research*, 262, 440-445. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.021>
48. Zeng, T., Li, S., Wu, L., Feng, Z., Fan, X., Yuan, J., Wang, X. Meng, J., Ma, H., Zeng, G., Kang, C., & Yang, J. (2022). A comparison of impulsiveness, cognitive function, and P300 components between gamma-hydroxybutyrate and heroin-addicted patients: preliminary findings. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16 (835922). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.835922>
49. Liu, Y., Liu, N., Shen, W., Li, L., Zhou, W., & Xu, L. (2021). The abuse characteristics of amphetamine-type stimulants in patients receiving methadone maintenance treatment and buprenorphine maintenance treatment. *Drug Design, Development and Therapy*, 15, 2109-2116. <https://doi.org/10.2147/DDDT.S305226>
50. Zeighami, R., Hosseini, S. M., Mohammadi, N., & Shahsavari, S. (2021). Predicting addiction susceptibility based on big five personality traits. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15(4), 1-5. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.109103>
51. Moeller, F., Dougherty, D., Barratt, E., Oderinde, V., Mathias, C., Harper, R., & Swann, A. (2002). Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 105-111. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00106-0](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00106-0)
52. Mahoney, J., Thompson-Lake, D., Cooper, K., Verrico, C., Newton, T., & Garza, R. (2015). A comparison of impulsivity, depressive symptoms, lifetime stress and sensation seeking in healthy controls versus participants with cocaine or methamphetamine use disorders. *Journal of Psychopharmacology*, 29(1). 50-56. <https://doi.org/10.1177/0269881114560182>
53. Chamberlain, S.R., Lust, K., & Grant, J.E. (2021). Cocaine use in university students: relationships with demographics, mental health, risky sexual practices, and trait impulsivity. *CNS Spectrums*, 26(5), 501-508. <https://doi.org/10.1017/S1092852920001492>
54. Ayali, N., Tauman, R., & Peles, E. (2024). Prevalence of high impulsivity and its relation to sleep indices in opioid use disorder patients receiving methadone maintenance treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 175, 211-217. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.05.033>
55. Loftis, M.A., Michael, T., & Luke, C. (2019). College student suicide risk: the relationship between alexithymia, impulsivity, and internal locus of control. *International Journal of Educational Psychology*, 8(3), 246-269. <https://doi.org/10.17583/ijep.2019.3991>
56. Hadzic, A., Spangenberg, L., Hallensleben, N., Forkmann, T., Rath, D., Strauß, M., Kersting, A., & Glaesmer, H. (2020). The association of trait impulsivity and suicidal ideation and its fluctuation in the context of the interpersonal theory of suicide. *Comprehensive Psychiatry*, 98(152158). <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152158>
57. Chaffari, M., Ahmadi, A., Abedi, M.R., Fatehizade, M., & Baghban, I. (2011). Impulsivity, substance abuse, and family / friends history of suicide attempts in university students with and without suicidal ideation. *Iran Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 5(2), 99-105.
58. Goldston, D.B. (2004). Conceptual issues in understanding the relationship between suicidal behavior and substance use during adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 79-91. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.009>
59. Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90-113. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
60. Hufford, M.R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 797-811. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00070-2](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00070-2)
61. Putnins, A.L. (1995). Recent drug use and suicidal behaviour among young offenders. *Drug and Alcohol Review*, 14, 151-158. <https://doi.org/10.1080/09595239500185211>
62. Dick, D. M., Smith, G., Olausson, P., Mitchell, S. H., Leeman, R. F., O'malley, S. S., & Sher, K. (2010). Understanding the construct of impulsivity and its relationship to alcohol use disorders. *Addiction*

Biology, 15(2), 217-226.

<https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2009.00190.x>

63. Khemiri, L., Jokinen, J., Runeson, B., & Jayaram-Lindström, N. (2016). Suicide risk associated with experience of violence and impulsivity in alcohol dependent patients. *Scientific Reports*, 6, 19373-19311. <https://doi.org/10.1038/srep19373>
64. Koller, G., Preuss, U. W., Bottlender, M., Wenzel, K., & Soyka, M. (2002). Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(4), 155-160. <https://doi.org/10.1007/s00406-002-0362-9>
65. Wojnar, M., Ilgen, M. A., Czyz, E., Strobbe, S., Klimkiewicz, A., Jakubczyk, A., Glass, J., & Brower, K. J. (2009). Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 131-139. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.09.001>
66. Capitão, C. G., Scortegagna, S. A., & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 75-82.
67. Csikszentmihalyi, M. (1990). *Finding flow: The psychology of engagement with everyday life*. New York: Basic books.
68. Patrício, L. D. (1997). *Face à droga: Como (re)agir?*. Coleções Projeto Vida.

DIMENSÕES TRANSCULTURAIS DO USO DE OPIÓIDES: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

TRANSCULTURAL DIMENSIONS OF OPIOID USE: A CASE REPORT

Ana Gomes¹,
Gisela Simões¹,
Cristiana Grego¹,
Sandra Vicente²,
Manuela Fraga³

1. Interna de Formação Específica de Psiquiatria no
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade
Local de Saúde da Região de Aveiro (Portugal)

2. Médica Psiquiatra no Departamento de Psiquiatria
e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde
da Região de Aveiro (Portugal)

3. Médica Psiquiatra na Equipa de Tratamento
de Coimbra do Instituto para os Comportamentos
Aditivos e as Dependências (Portugal)

Autor para correspondência
Ana Inês Moura Gomes
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro
Av. Artur Ravara 35, 3810-164
Aveiro (Portugal)
anainespsiq@gmail.com

Conflitos de interesses
Os autores declaram não ter
nenhum conflito de interesses.

índice ▲

RESUMO

Tanto quanto é do conhecimento dos autores, este constitui o primeiro caso clínico descrito em Portugal de uma perturbação de uso de opióides sob a forma de cápsulas de papoilas secas, evidenciando a interação entre fatores culturais e socioambientais no consumo de substâncias. Apresenta-se o caso de um homem de 29 anos, natural da Índia, que iniciou o consumo ocasional aos 20 anos, influenciado por fatores sociais. Com o início do processo migratório para Portugal, em 2018, os consumos cessaram por receio de implicações legais, sendo retomados durante um regresso à Índia no contexto da pandemia de COVID-19, evoluindo progressivamente para um padrão abusivo. Após o reassentamento em Portugal, dificuldades de integração na comunidade favoreceram a procura de um mercado ilegal da substância e, consequentemente, a manutenção do padrão de consumo. O caso sublinha a necessidade de estratégias de saúde pública e intervenções terapêuticas culturalmente sensíveis.

Palavras-chave: perturbação de uso de opióides; migração; psiquiatria transcultural; mercado de substâncias ilícitas; terapêuticas culturalmente sensíveis

ABSTRACT

To the authors' knowledge, this is the first clinical case reported in Portugal of an opioid use disorder involving dried poppy capsules, highlighting the interaction between cultural and socio-environmental factors in substance use. We present the case of a 29-year-old man from India who began occasional use at the age of 20, influenced by social factors. With the onset of the migratory process to Portugal in 2018, substance use ceased due to concerns about legal implications, but was resumed during a return to India in the context of the COVID-19 pandemic, progressively evolving into a harmful pattern. Following resettlement in Portugal, difficulties in community integration facilitated engagement with an illicit market for the substance and, consequently, the maintenance of the pattern of use. This case underscores the need for public health strategies and culturally sensitive therapeutic interventions.

Keywords: opioid use disorder; migration; transcultural psychiatry; illicit substance markets; culturally sensitive treatments

INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas tem acompanhado a história do Homem desde os primórdios da civilização¹ e encontra-se profundamente enraizado em práticas culturais, sociais e espirituais. Na prática clínica, o estudo do consumo de substâncias exige uma abordagem integrativa para a compreensão não apenas dos seus significados socioculturais e diferentes contextos de desenvolvimento de padrões de consumo abusivos, como também para a conceção de intervenções preventivas e terapêuticas culturalmente adaptadas².

O século XXI é marcado por um fenómeno migratório de larga escala, impulsionado por múltiplos fatores entre os quais, económicos, sociopolíticos e ambientais. De facto, estima-se que, atualmente, 281 milhões de pessoas residam fora do seu país de origem³. A compreensão destes fluxos migratórios é particularmente relevante na área da Adictologia, uma vez que a migração cria desafios psicossociais capazes de influenciar novos padrões de consumo.

A migração constitui um processo psicossocial complexo, frequentemente marcado por experiências de rutura, perda e adaptação a novos contextos socioculturais, o que pode potenciar o risco de desenvolvimento de perturbações mentais, incluindo perturbações de uso de substâncias⁴. No que diz respeito a padrões de consumo, observa-se que, numa fase inicial do processo migratório, as taxas de consumo de substâncias psicoativas são inferiores às da população não migrante. Ao longo do tempo, contudo, verifica-se uma tendência de aproximação destes valores⁵⁻⁷, num processo condicionado por fatores como a integração socioeconómica e o stress cultural que, por sua vez, influenciam a adaptação do migrante ao país de acolhimento.

Tendo em vista os desafios psicossociais associados à migração, os autores propõem a apresentação do caso clínico de um jovem migrante com uma perturbação de uso de opióides, sob a forma de cápsulas de papoilas secas — prática cultural comum na

Ásia Meridional e inédita no contexto português. O caso ilustra a influência de fatores socioculturais no desenvolvimento de uma perturbação de uso de substâncias e permite explorar a importância de abordagens terapêuticas e preventivas culturalmente adaptadas bem como reconhecer o impacto dos novos fluxos migratórios nos padrões do mercado de substâncias ilícitas^{4,8}.

CASO CLÍNICO

Apresenta-se o caso clínico de um homem de 29 anos, natural do sul da Índia e imigrado em Portugal desde 2019, em acompanhamento psiquiátrico especializado desde o final do ano de 2023 por um diagnóstico de perturbação de uso de opióides. A peculiar forma de consumo — ingestão de cápsulas de papoilas secas —, constitui uma prática cultural comum no país de origem do utente, contudo, em Portugal, o mercado ilegal desta substância encontra-se confinado a regiões de elevada densidade de populações migrantes da Ásia Meridional.

O primeiro contacto do utente com a substância ocorre aos 20 anos, previamente ao início do processo migratório. Este contacto ocorreu por influência de pares, como forma de potenciação do desempenho social em festas e de busca de uma sensação de prazer e de bem-estar. Até aos 22 anos mantinha consumos pontuais no contexto descrito que cessaram com o início do processo migratório, por receio de interferência com os seus trâmites legais. Em 2018, por incentivo familiar e no sentido de busca de melhores condições laborais opta, assim, por migrar, reportando uma trajetória de um ano e seis meses com uma paragem não planeada pela Grécia até à fixação em Portugal, em 2019. A sua chegada coincide com a instalação da pandemia por COVID-19 e perante medidas de confinamento que dificultariam o processo de integração e o início de atividade laboral, opta por regressar durante seis meses à Índia. Durante este período, em que permaneceu em casa da família sem atividades ocupacionais, também na

sequência de políticas de confinamento, admite ter retomado os consumos, que passaram a ocorrer com uma regularidade diária. Se numa fase inicial a busca de sensações positivas, como o relaxamento e o bem-estar motivaram o recomeço dos consumos, progressivamente ao longo dos seis meses de permanência na Índia, a intensificação de consumos, associada ao fenómeno de tolerância e o consequente surgimento de sintomas de privação condicionou o estabelecimento de um padrão de consumo abusivo. Com a aproximação da data de regresso a Portugal, a noção de perda de controlo decorrente de esforços mal sucedidos de cessar os consumos, o receio de complicações legais relacionadas com o transporte ilegal da substância e o desconhecimento de mercados de venda da substância em Portugal, levaram o utente a procurar cuidados médicos e a realizar uma terapêutica de desintoxicação em contexto hospitalar, com a duração de dois dias, antes da viagem de regresso, em 2021. Apesar de desconhecer a terapêutica efetuada, reporta uma resolução dos sintomas de privação e de *craving*.

O regresso e instalação definitiva a Portugal mostram-se desafiantes. Sinaliza dificuldades várias de adaptação, agravadas por barreiras linguísticas e culturais. Além de uma parca rede de suporte social, relata um contexto laboral precário, marcado por uma sobrecarga horária e de trabalho, e a noção de incapacidade de dar a resposta esperada às exigências patronais. Por outro lado, na sequência do esforço físico reconhece o agravamento de uma lombalgia crónica com impacto na qualidade do trabalho prestado e com rebate na qualidade do sono. No decorrer desta problemática, descreve ainda o desenvolvimento de sintomas ansiosos reativos à antecipação do regresso diário ao trabalho e no contexto da própria atividade profissional. O agravamento deste quadro motivou a procura de um mercado ilegal de papoilas secas, acabando por descobrir, no início do ano de 2022 a sua existência, em Lisboa. Reinicia, assim, o consumo de opióides como forma de alívio do quadro ansioso e álgico. Apesar de, numa fase

inicial, reconhecer uma melhoria dos sintomas com rebate positivo na sua prestação laboral, ao longo dos meses seguintes, verifica-se o restabelecimento de um padrão de consumo abusivo, com sintomas de privação, um rebate nas esferas social e laboral e esforços frustrados de cessação dos consumos. Por este motivo, no final do ano de 2023, decide procurar ajuda médica, sendo referenciado para uma Equipa de Tratamento especializada na área de Perturbações Aditivas. Com o início do acompanhamento em consulta de psiquiatria foi proposta a introdução de um medicamento analgésico opióide, tramadol, numa dose inicial de 400 mg. Apesar dos desafios decorrentes da barreira linguística, o utente mostrou-se, desde o início do seguimento, recetivo e comprometido com a terapêutica proposta e com a abstinência de consumos. À data da última avaliação, em dezembro de 2024, encontrava-se sob um esquema de redução, numa dose de 50 mg diários, mantendo-se abstinente e reportando uma melhoria da performance laboral apesar de manter uma situação vivencial precária. No final do ano, o utente tomou a decisão de regressar ao país de origem, perdendo-se o contacto com o mesmo, desde então.

DISCUSSÃO

Apesar do processo migratório constituir uma experiência complexa e multifatorial, frequentemente associada a desafios significativos de adaptação, verifica-se que, de uma forma geral, as taxas de consumo de substâncias entre indivíduos migrantes tendem a ser substancialmente inferiores às da população não migrante⁹.

Várias são as hipóteses que procuram explicar estas diferenças. A **hipótese do migrante saudável** sugere que a migração envolve um processo de pré-seleção — os indivíduos que conseguem migrar com sucesso são frequentemente aqueles com melhores condições físicas e mentais¹⁰. De forma complementar, a **teoria da inoculação cultural** defende que, em indivíduos que iniciaram o

processo de migração no final da adolescência ou na idade adulta, a internalização precoce de atitudes conservadoras em relação ao consumo de substâncias, no país de origem, poderá atuar como fator protetor⁹. Este pode ainda ser reforçado quando o migrante permanece integrado em comunidades do seu país de origem. Por fim, a **teoria da dissuasão** propõe que a própria experiência migratória promove uma evicção de comportamentos perçecionados pelo migrante como de risco para o sucesso do processo legal de migração, incluindo o consumo de substâncias⁹.

No caso clínico apresentado, observa-se que o utente manteve consumos esporádicos de cápsulas de papoilas secas antes da migração, interrompendo-os temporariamente com o início do processo migratório, movido pelo receio de complicações legais e pelo foco na adaptação e integração no novo país.

Apesar das evidências de que indivíduos migrantes apresentam, em média, taxas mais baixas de PUS em comparação com a população não migrante, importa reconhecer que estes fatores protetores tendem a diluir-se ao longo do tempo de permanência no país de acolhimento^{11,12} (especialmente em determinados subgrupos, como indivíduos que iniciaram o processo de migração durante o período da infância, ou ao longo das gerações subsequentes¹³). Este fenómeno sublinha a necessidade de uma avaliação integrativa e individualizada, que considere não apenas o contexto social, cultural e espiritual do indivíduo, mas também toda a sua trajetória biográfica e migratória, incluindo experiências pré-migratórias, de trânsito e pós-migratórias.

Ao longo desta avaliação, vários são os aspetos que deverão ser valorizados. De um ponto de vista **pré-migratório**, importa compreender o enquadramento sociocultural, político e económico do país de origem e sua influência no sistema de crenças do indivíduo, os fatores que motivaram a escolha ou decisão de migrar, a idade em que o processo decorreu e, ainda, possíveis

antecedentes psiquiátricos, especificamente perturbações aditivas⁹.

O **percurso migratório** em si constitui também um período crítico que, muitas vezes, não ocorre de forma direta de um país para outro, podendo envolver pontos de paragem intermédios, experiências em campos de refugiados e, em alguns casos, situações de tráfico humano ou exploração⁹ que podem constituir potenciais experiências stressoras ou traumáticas com impacto no processo de adaptação e na saúde mental do indivíduo.

Por fim, importa ainda compreender o contexto **pós-migratório** do indivíduo. Indissociável das condições de receção por parte do país de acolhimento, o processo de adaptação e integração do indivíduo deve ser explorado. Ao longo do mesmo, pode ocorrer o fenómeno de stress cultural, resultante da necessidade de navegar entre culturas com línguas, crenças e normas distintas, mas também processos de discriminação, situações de precariedade laboral e isolamento social⁹ que, em última instância, podem condicionar a integração do indivíduo e a sua saúde mental.

Relativamente ao caso clínico em apreço, apesar do indivíduo ter migrado já na idade adulta para um país cuja cultura e língua desconhecia, o investimento no sucesso do processo migratório e o foco na integração social contribuíram para a decisão de cessar temporariamente o consumo de opióides, iniciados ainda na Índia. O enquadramento pós-migratório apresentou, contudo, desafios significativos. Durante a pandemia de COVID-19, o utente regressou temporariamente à Índia, onde, em contexto de inatividade ocupacional, desenvolveu um padrão abusivo de consumo, que se intensificou com o regresso e fixação em Portugal, de forma reativa a um processo de adaptação marcado por fatores de stress sociais, culturais e económicos.

Importa também abordar o método de consumo opióide do indivíduo, atípico na realidade e cultura portuguesas. De facto, tanto quanto é do

conhecimento dos autores, este constitui o primeiro caso clínico reportado de uma perturbação de uso de opióides sob a forma de cápsulas de papoilas secas em Portugal.

Na Índia, o consumo de diferentes componentes da papoila (*Papaver somniferum*), como a cápsula e as sementes, integra práticas medicinais e alimentares tradicionais¹⁴. A casca ou cápsula da papoila, também denominada de *poppy husk*, é consumida oralmente e considerada, em algumas regiões, um fenómeno sociocultural aceite¹⁵.

No caso clínico em questão, o consumo de cápsulas de papoila iniciou-se ainda na Índia, influenciado pela realidade social e cultural do utente, o que evidencia a importância de considerar estes fatores na compreensão do padrão de consumo. Por outro lado, apesar deste método de consumo opióide não se encontrar tradicionalmente integrado na realidade portuguesa, foi possível constatar, segundo o relato do utente, a existência de pontos de venda ilegais no país. Este dado sublinha a influência de novos fluxos migratórios no mercado de substâncias ilícitas e no desenvolvimento de novos padrões de consumo num determinado país.

A diversidade cultural e social promovida pelo fenómeno migratório convoca a necessidade de abordagens preventivas e terapêuticas adaptadas. Neste sentido, a eficácia do tratamento de perturbações aditivas depende da integração de dimensões culturais, espirituais e comunitárias em intervenções médicas e psicossociais convencionais¹. A evidência científica tem vindo a demonstrar que estes modelos se associam a uma melhor taxa de adesão e retenção no tratamento de uso de substâncias¹⁶⁻¹⁸.

Adicionalmente, a rápida evolução dos mercados ilícitos de substâncias exige que os programas de prevenção e intervenção integrem não apenas dimensões culturais e terapêuticas, mas também uma vigilância ativa dos padrões de consumo em constante mudança¹⁹.

O caso apresentado evidencia a importância da integração de fatores culturais, sociais e espirituais na compreensão diagnóstica e na elaboração de um plano terapêutico de uma perturbação aditiva. Realça também a influência do fenómeno migratório no surgimento de novos padrões de consumo de substâncias, reforçando a necessidade de estratégias de monitorização ativa e de intervenções adaptadas à diversidade cultural do país.

BIBLIOGRAFIA

- Bhugra D, Bhui K, Yeung A, de Silva P, editors. Textbook of Cultural Psychiatry. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2018
- Oyefeso A. Sociocultural aspects of substance use and misuse. *Curr Opin Psychiatry*. 1994;7:273–7.
- International Organization for Migration. World Migration Report 2024. Geneva: IOM; 2024. Available from: <https://worldmigrationreport.iom.int>
- Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(4):243–58.
- Malmusi D, Jansà JM, del Vallado F, Gotsens M, Bartoll X, Diez E, et al. Effect of country-of-origin contextual factors and length of stay on immigrants' substance use in Spain. *Eur J Public Health*. 2015;25(6):930–6. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv100>
- Nielsen SS, Krasnik A. Health risk behaviours by immigrants' duration of residence: A systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2022;67:1604883. <https://doi.org/10.1007/s00038-022-01604-0>
- Sierminska EM, Arfken CL. Substance use prevalence among immigrants by generational status in Europe: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2024;119(3):451–63. <https://doi.org/10.1111/add.16098>
- Kew Science. Opium poppy (*Papaver somniferum*). London: Kew; 2025 [cited 2025 Oct 22]. Available from: <https://www.kew.org/plants/opium-poppy>
- Salas-Wright CP, Schwartz SJ. The study and prevention of alcohol and other drug misuse among migrants: toward a transnational theory. *Int J Drug Policy*. 2018;55:199–206. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.03.011>
- Zhang N, Nazroo J, Vanhoutte B. The relationship between rural to urban migration in China and risk of depression in later life: an investigation of life course effects. *Soc Sci Med*. 2021;270:113637. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113637>
- Reingle JM, Caetano R, Mills BA, Vaeth PA. The role of immigration age on alcohol and drug use among border and non-border Mexican Americans. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014;38:2080–6.
- Li K, Wen M. Substance use, age at migration, and length of residence among adult immigrants in the United States. *J Immigr Minor Health*. 2015;17:156–64.

- Salas-Wright CP, Kagotho N, Vaughn MG. Mood, anxiety, and personality disorders among first- and second-generation immigrants to the United States. *Psychiatry Res.* 2014;220:1028–36.
- Raut VA, Ghotankar AM. Review of Khushkhus (Khaskhas) (seeds of *Papaver somniferum* Linn.) with special reference to Ayurveda medicine. *J Ayurveda Integr Med Sci.* 2019;4(6):228–31. <https://doi.org/10.21760/jaims.v4i06.793>
- Parmar A, Patil V, Sarkar S, Rao R. An observational study of treatment seeking users of natural opiates from India. *Subst Use Misuse.* 2018;53(7):1139–45. doi:10.1080/10826084.2017.1400564.
- Hai AH, Lee CS, Abbas BT, Bo A, Morgan H, Delva J. Culturally adapted evidence-based treatments for adults with substance use problems: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2021;226:108856. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108856>
- Rowan M, Poole N, Shea B, Gone JP, Mykota D, Farag M, et al. Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: findings from a scoping study. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2014;9:34. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-9-34>
- Guerrero E, Andrews CM. Cultural competence in outpatient substance abuse treatment: measurement and relationship to wait time and retention. *Drug Alcohol Depend.* 2011;119(1-2):e13–e22. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.020>
- European Union Drugs Agency. European Drug Report 2025: Trends and Developments. Lisbon: EUDA; 2025. Available from: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025_en

GAMBLING – DESAFIOS À PRÁTICA CLÍNICA

GAMBLING – CHALLENGES TO CLINICAL PRACTICE

Autores

Marta Rodrigues, PhD; Carla Pina, BA

Equipa de Tratamento e Reinserção Social –
Centro de Respostas Integradas de Aveiro, Aveiro, Portugal;
Equipa de Tratamento e Reinserção Social –
Centro de Respostas Integradas de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Autor para correspondência

Marta Alexandra Fernandes Rodrigues
E-mail: MartaAlexandra.Rodrigues@icad.min-saude.pt

Conflitos de interesses

Nenhum subsídio ou bolsa
contribuíram para a realização do trabalho.

INTRODUÇÃO

Uma adição sem substâncias é um comportamento repetitivo que apesar de inicialmente prazeroso, pode resultar numa perda de controlo, interferindo na vida familiar, laboral ou social. A perturbação do jogo, é um transtorno aditivo reconhecido no DSM-5, que afeta milhões de pessoas em todo o mundo.

Embora o jogo possa ser utilizado para fins lúdicos, o seu impacto pode revelar-se desajustado, evoluindo para a condição de “jogo patológico” ou perturbação de jogo, caracterizada por padrões comportamentais persistentes e mal adaptativos de apostas arriscadas na esperança de ganhos maiores e distorções cognitivas como negação, superstições, sensação de poder e controlo sobre resultados aleatórios e excesso de confiança. Um padrão comum é o *chasing losses*, em que o jogador sente uma necessidade urgente de continuar a apostar, assumindo riscos maiores, para recuperar prejuízos estando associado ao aumento gradual na frequência e valor das apostas. Os padrões de jogo podem ser regulares ou episódicos podendo aumentar durante períodos de stress e depressão ou durante períodos de uso ou abstinência de substâncias psicoactivas.

Vários fatores têm contribuído para o aumento dos casos de adição ao jogo, incluindo a sua legalização e popularização nos anos 80, a expansão das máquinas de jogo como slot machines e mais recentemente, o jogo online. Segundo a Plataforma Statista, a expectativa é que o mercado do jogo a dinheiro continue a crescer (esperava-se em 2025 uma receita a rondar os 386 mil milhões de euros)

e que o número de utilizadores neste mercado até 2030 atinja os 2 mil milhões, dados que não incluem os sites de jogo ilegal.

As orientações da Organização Mundial da Saúde, relativas ao tratamento baseiam-se em modelos de intervenção para a dependência de substâncias. A intervenção com maior evidência científica é a terapia cognitivo-comportamental, envolvendo diversas técnicas, tais como modificação de crenças irracionais, psicoeducação sobre probabilidades de ganhar, treino em resolução de problemas, competências de enfrentamento e fortalecimento do auto-conceito. Os componentes mais eficazes incluem reestruturação cognitiva, treino de competências sociais e prevenção de recaída.

A investigação tem demonstrado consistentemente que a abstinência não é o único resultado terapêutico possível e que o jogo controlado pode ser um objetivo viável e estável para um subgrupo de pessoas com perturbação do jogo.

A reflexão sobre o processo terapêutico e interferência externas à eficácia da abordagem na perturbação do jogo constitui um desafio central da prática clínica.

ABSTINÊNCIA VS. JOGO CONTROLADO

É relevante explorar a dinâmica entre a abstinência e a possibilidade de um jogo controlado, discutindo os benefícios e os riscos de cada abordagem e refletindo sobre as implicações para a prática clínica.

A centralidade da abstinência na estrutura da perturbação do jogo reforça a legitimidade de considerar a cessação completa como um objetivo terapêutico fundamental, particularmente em casos de gravidade moderada a severa. No entanto, apenas uma pequena percentagem de jogadores problemáticos procura tratamento e muitos abandonam-no precocemente, o que levanta a necessidade de objetivos terapêuticos mais flexíveis.

De acordo com Robert Ladouceur, o jogo controlado inserido num contexto de redução de danos pode ser uma opção viável para alguns utentes. Esta alternativa terapêutica permite uma maior autonomia do utente na tomada de decisão, menor resistência e o investimento em objetivos individualizados. Contudo, só deve ser considerada para casos selecionados, tendo em conta a gravidade da perturbação, comorbilidades e nível de impulsividade do utente. Na prática clínica, é fundamental reconhecer a heterogeneidade dos percursos de recuperação. Para alguns indivíduos, particularmente aqueles com perturbação grave e longo historial de comportamentos problemáticos, a abstinência total pode ser o objetivo mais adequado e seguro. Para outros, nomeadamente aqueles em fases iniciais da perturbação ou com maior capacidade de autocontrolo, o jogo controlado pode constituir um objetivo realista. Assim, a decisão entre abstinência e jogo controlado deve considerar fatores como: gravidade da perturbação, motivação do utente, comorbilidades, histórico de recaídas e suporte social.

O objetivo terapêutico não deve ser imposto, mas construído em conjunto com o utente, considerando a evidência científica e as características individuais. A abstinência é aceite como a abordagem mais segura, mas na decisão terapêutica há fatores que não devem ser desconsiderados, tais como a importância da aliança terapêutica e a motivação do utente. O jogo controlado poderá ser usado como uma estratégia de redução de danos ou como uma estratégia “motivacional”: a constatação de não conseguir controlar o comportamento pode ser o impulso necessário para aceitar a abstinência.

O papel do psicólogo clínico não é impor um modelo único de recuperação, mas ajudar cada indivíduo a construir o seu próprio percurso, considerando a sua história, os seus recursos e o seu contexto.

MEDIA E PUBLICIDADE

O papel preponderante do gambling está intimamente ligado às características estruturais destes jogos, como a recompensa imediata, programas de reforço intermitente e custo relativamente baixo das apostas, além da sua ampla disponibilidade. A viabilização do desenvolvimento de uma experiência otimizada ao jogador, ajustada em tempo real por meio da análise dos padrões estatísticos comportamentais e oscilações nas variáveis frequência e preferências de jogo, apostas e horários de acesso, traduz-se num processo que individualiza a jogabilidade e as dinâmicas de recompensa, reforçando os mecanismos para o desenvolvimento da dependência.

A nível da macrogestão do problema, constitui-se um desafio à prática clínica o marketing excessivo, acessível a todos os grupos etários por meio de pop-ups sistemáticos, publicidade digital a casas de apostas, em televisão em horário nobre e com representantes que se configuram como figuras públicas, bem como a sua disseminação em eventos desportivos. Tanto os jogos como respetivos anúncios publicitários e pop-ups são projetados através de diversos gatilhos visuais e sonoros, com experiências de nearmiss para manter o jogador envolvido e contribuir para a manutenção e desenvolvimento de crenças disfuncionais de perceção das probabilidades de ganhar, com o intuito base de aumentar o tempo de jogo. Mesmo acionando as medidas de controlo externo como a autoexclusão, não há proteção da invasão dos anúncios publicitários, triggers fortíssimos para muitos indivíduos com perturbação de jogo e um fator de risco reconhecido para a população geral.

Por sua vez, a falta de literacia mediática, confirmada pelos dados do Inquérito às Competências dos Adultos de 2023 que situam Portugal abaixo da média internacional em literacia, numeracia e resolução adaptativa de problemas, reflete-se na falta de consciência sobre como as decisões automatizadas de algoritmos opacos ou black boxes podem comprometer os direitos do jogador, uma vez que a ausência de transparência dificulta a compreensão da forma como os dados são tratados e utilizados para influenciar comportamentos. Numa sociedade de algum modo subordinada à Psicologia dos Media marcada pelo viés cognitivo e exposição seletiva, seria primordial a promoção da literacia digital crítica a par com uma revisão sistemática da legislação e regulação relativa à publicidade de jogos e apostas.

Na prática clínica lidamos diretamente com o problema já instalado nas suas diferentes fases de evolução; em consulta fazemos a sua microgestão sustentada em modelos empiricamente validados e com reconhecida eficácia clínica. Mas, falta investimento na sua macrogestão, que transcende o trabalho de gabinete com medidas políticas de prevenção e proteção da população geral e em específico dos indivíduos com perturbação de jogo.

A prática clínica na perturbação do jogo dispõe de modelos eficazes de intervenção, mas a sua eficácia é limitada pela ausência de uma macrogestão consistente do problema. A abstinência e o jogo controlado representam percursos legítimos e individualizados de recuperação, mas ambos são fragilizados pela exposição massiva à publicidade, pela opacidade algorítmica e pela baixa literacia mediática. Urge, por isso, articular o trabalho terapêutico com medidas políticas de regulação e prevenção, sob pena de se tratar continuamente o problema sem se atuar nas suas causas estruturais.

BIBLIOGRAFIA

- Carbonell, X., Carmona, A., & Rabadan, J. (2023). Nosología de las adicciones comportamentales, características clínicas fundamentales. Estado actual del tema. In F. Arias & L. Orio (Eds.), *Guía clínica sobre adicciones comportamentales basada en la evidencia* (pp. 13-38). Socidrogalcohol. <https://socidrogalcohol.org/proyecto/guia-clinica-sobre-adicciones-comportamentales/>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD] (2017). *Linhas de orientação técnica para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências sem substância. A perturbação de jogo*. SICAD.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Fórum Estudante (2025). Da brincadeira ao vício – Porque é que cada vez mais jovens jogam a dinheiro?. *Fórum Estudante*, 373, 12-14.
- Barroso, A., Berga, J. & Fernández, M. (2023). Evidencias de tratamientos psicoterapéuticos. In F. Arias & L. Orio (Eds.), *Guía clínica sobre adicciones comportamentales basada en la evidencia* (pp. 13-38). Socidrogalcohol. <https://socidrogalcohol.org/proyecto/guia-clinica-sobre-adicciones-comportamentales/>
- Ladouceur, R., Lachance, S., & Fournier, P. M. (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 189-197.
- Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21(1), 87-90
- McGrane, E., Wardle, H., Clowes, M., Blank, L., Pryce, R., Field, M., Sharpe, C. & Goyder, E. (2023). What is the evidence that advertising policies could have an impact on gambling-related harms? A systematic umbrella review of the literature. *Public Health*, 215, 124-130. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.11.019>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] (2014). *Inquérito às competências dos adultos 2023 – Panorâmica: Portugal*. https://www.oecd.org/pt/publications/inquerito-as-competencias-dos-adultos-2023_c1f3bc22-pt/portugal_3d83066e-pt.html#section-d1e33
- Gryz, J. & Rojszczak, M. (2021). Black Box algorithms and the rights of individuals: no easy solution to the “explainability” problem. *Internet Policy Review*, 10(2). <https://doi.org/10.14763/2021.2.1564>

adi cto. logia

REVISTA DA
ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA DE
ADICTOLOGIA

NÚMERO 11 • 2026
