

# Unidade de Internamento Psiquiátrico para Jovens dos 15 aos 25 Anos: Um Estudo de *Follow-up*

## Psychiatric Inpatient Unit for Young People Aged 15 to 25: A Follow-up Study

Ⓛ SOFIA VAZ PINTO<sup>1\*</sup>, Ⓛ INÊS DE OLIVEIRA<sup>1</sup>, Ⓛ INÊS BARROCA<sup>2</sup>, Ⓛ BEATRIZ LEAL<sup>3</sup>, Ⓛ MÓNICA MATA<sup>1</sup>,  
Ⓛ CATARINA GARCIA RIBEIRO<sup>1</sup>, Ⓛ ANA AFONSO QUINTÃO<sup>4</sup>, Ⓛ RITA AMARO<sup>1</sup>, Ⓛ SARAH DO AMARAL<sup>1</sup>,  
Ⓛ REBECA CIFUENTES<sup>5</sup>, Ⓛ PEDRO CALDEIRA DA SILVA<sup>1</sup>, Ⓛ JOSÉ SALGADO<sup>6</sup>

1. Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal;
2. Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal;
3. Psiquiatria, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Lisboa, Portugal;
4. Psiquiatria, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal;
5. Unidade Partilhada, Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal;
6. Unidade Partilhada, Psiquiatria, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Lisboa, Portugal.

### Resumo

**Introdução:** A adolescência e início da idade adulta, são fases do ciclo de vida marcadas por grandes transformações físicas, psicológicas e sociais. A faixa etária de transição, entre os 15 e 25 anos, é considerada uma idade de risco para o desenvolvimento de psicopatologia, representando um período crítico de oportunidades e desafios para a intervenção em saúde mental. O nosso objetivo foi realizar um estudo de *follow-up* a 4 anos dos jovens internados durante o ano de 2018 na unidade de internamento agudo psiquiátrico Unidade Partilhada, destinado a jovens dos 15 aos 25 anos de idade; pretendeu-se avaliar as características sociodemográficas e clínicas da amostra, as características do internamento, a taxa de reinternamento, o estado psicopatológico, qualidade de vida, grau de satisfação com os cuidados prestados e manutenção do seguimento em consulta; estabelecendo relações entre as variáveis mencionadas

**Métodos:** Entrevista telefónica padronizada, com aplicação da versão reduzida do *Mental Health Inventory* (MHI) e o Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde; consulta de processo clínico.

**Resultados:** Há uma maior percentagem de doentes do sexo feminino (52,1%). O diagnóstico de alta de perturbação do humor (54,3%) foi significativamente superior no sexo feminino e o de perturbação psicótica (23,4%) foi significativamente superior no sexo masculino (Fisher= 40;  $p < 0,001$ ). A duração do internamento (média=16,1 dias; DP=13,6 dias) foi significativamente superior para as perturbações psicóticas em comparação com as perturbações do humor ( $p=0,009$ ). Dos jovens, 41,5% foram readmitidos, 6,3% num período inferior a 30 dias e 35,2% num período inferior a 365 dias. À data da entrevista de *follow-up*, 80,9% consideram estar “melhor”; e 62,7% estar “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” com a sua vida. Mantêm acompanhamento em consulta 74,5%, sendo a pontuação do MHI significativamente inferior nos jovens sem seguimento atual. Referem estar “muito satisfeitos” ou “mais que muito” com o atendimento prestado, 37,2%.

**Conclusão:** O conhecimento e obtenção de dados que permitam a caracterização do internamento psiquiátrico em idade de transição é fundamental para a planificação, organização e otimização dos cuidados prestados a esta população. A valorização da opinião do doente e a aproximação entre profissionais de saúde e doentes jovens, favorece a adesão ao tratamento.

### Abstract

**Introduction:** Adolescence and early adulthood are life stages characterized by significant physical, psychological, and social transformations. The transitional age, between 15 and 25 years old, is considered a high-risk period for the development of psychopathology, representing a critical period of opportunities and challenges for mental

Recebido/Received: 2023-01-25

Aceite/Accepted: 2023-09-27

Publicado Online/Published Online: 2023-09-27

Publicado/Published: 2023-09-30

\* Autor Correspondente/Corresponding Author: Sofia Vaz Pinto, Unidade Pedopsiquiatria Segunda Infância, Hospital Dona Estefânia - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central | [ana.sofia.pinto@edu.ulisboa.pt](mailto:ana.sofia.pinto@edu.ulisboa.pt)

© Author(s) (or their employer(s)) and SPPSM Journal 2023. Re-use permitted under CC BY 4.0.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPPSM 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY 4.0.

health intervention. Our objective was to do 4-year follow-up study was conducted on young individuals who were hospitalized during the year 2018 in the acute psychiatric inpatient unit Unidade Partilhada, dedicated to individuals aged 15 to 25 years old. The aim was to assess the sociodemographic and clinical characteristics of the sample, inpatient characteristics, rehospitalization rate, psychopathological status, quality of life, satisfaction with the provided care, and maintenance of follow-up appointments; establishing relationships between the mentioned variables.

**Methods:** Standardized telephone interviews were conducted using the reduced version of the Mental Health Inventory (MHI) and the World Health Organization's Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment. Clinical records were also consulted.

**Results:** There was a higher percentage of female patients (52.1%). The discharge diagnosis of mood disorders (54.3%) was significantly higher in females, while psychotic disorders (23.4%) were significantly higher in males (Fisher = 40;  $p < 0.001$ ). The duration of hospitalization (average=16.1 days; SD=13.6 days) was significantly longer for psychotic disorders compared to mood disorders ( $p=0.009$ ). A percentage of 41.5% of young individuals were readmitted, with 6.3% readmitted within 30 days and 35.2% readmitted within 365 days. At the time of the follow-up interview, 80.9% considered themselves "better," and 62.7% reported being "satisfied" or "very satisfied" with their lives. A percentage of 74.5% continued to receive outpatient care, with significantly lower MHI scores observed among individuals without current follow-up. A percentage of 37.2% reported being "very satisfied" or "extremely satisfied" with the care provided.

**Conclusion:** Obtaining knowledge and data that allow for the characterization of psychiatric hospitalization during the transitional age is fundamental for the planning, organization, and optimization of care provided to this population. Valuing patient opinions and fostering closer relationships between healthcare professionals and young patients promotes treatment adherence.

**Keywords:** Adolescent Psychiatry; Child Psychiatry; Follow-Up Studies; Inpatients; Mental Disorders

**Palavras-chave:** Doentes Internados; Perturbações Mentais; Psiquiatria do Adolescente; Psiquiatria da Criança; Seguimento

## INTRODUÇÃO

A adolescência e início da idade adulta são fases do ciclo de vida marcadas por grandes transformações físicas, psicológicas e sociais.<sup>1</sup> A psicopatologia do jovem adulto sempre causou um sério impacto psicológico, social e financeiro, na família e comunidade, considerado imensurável.<sup>2</sup> As alterações cerebrais que ocorrem entre o final da adolescência e o início da idade adulta, bem como as mudanças próprias desta fase de vida tornam esta população um grupo de risco para o desenvolvimento de psicopatologia, havendo um aumento de incidência de doença mental nesta idade.<sup>3</sup> A sociedade atual tem ainda confrontado a população recém adulta com um conjunto de dificuldades acrescidas, novas responsabilidades, incertezas e sentimentos de solidão.<sup>4</sup>

Vários são os estudos epidemiológicos que têm vindo a confirmar a noção empírica de que muitas das patologias psiquiátricas do adulto têm início antes dos 18 anos de idade.<sup>5</sup> Cerca de 50% das doenças mentais que se manifestam ao longo da vida têm o seu início na adolescência e 75% delas antes dos 24 anos de idade,<sup>6,7</sup> o que confirma o importante grau de continuidade entre muitas perturbações da infância e, principalmente, entre as da adolescência e as da idade adulta. A intervenção em saúde mental na população clínica entre os 15 e os 25 anos de idade surge como um período crítico de oportunidades e desafios, merecendo uma atenção particular por parte dos serviços de saúde mental, em particular da psiquiatria da infância e da adolescência e da psiquiatria

de adultos, que cruzam esforços cooperativos para intervir de forma precoce e continuada, nesta idade considerada de transição.

Uma boa articulação entre os serviços de jovens e adultos e uma intervenção precoce em doenças mentais emergentes, potencialmente graves, a par com uma atenção privilegiada em cuidados de transição<sup>8</sup> são aspetos fundamentais no tratamento das perturbações mentais e diminuição das consequências negativas da psicopatologia a longo prazo.<sup>5</sup> São vários os desafios apontados na idade de transição, tais como: a falta de treino dos profissionais envolvidos, dificuldades na obtenção dos recursos necessários, má coordenação entre as organizações de saúde e falta de apoio institucional, de planeamento e de especialistas com experiência.<sup>9</sup> O reconhecimento das particularidades desta faixa etária e a diferenciação na prestação de cuidados de saúde mental nela prestados são fulcrais numa boa prática clínica. Tipicamente, estes jovens têm uma maior relutância em recorrer a cuidados de saúde, não só por motivos de ordem social, como o estigma em torno da doença mental, mas também pela descrença na utilidade dos cuidados de saúde.<sup>1</sup> Neste sentido, com uma postura colaborativa e integrativa, no ano de 2018 foi criada a Unidade Partilhada (UP), uma unidade de internamento psiquiátrico onde são prestados cuidados especializados de saúde mental, por uma equipa multidisciplinar, a jovens numa faixa etária de transição (entre os 15 e os 25 anos de idade). A UP resulta de uma parceria da especialidade de psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) e da especialidade de

psiquiatria da infância e da adolescência do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC).

A UP constitui um avanço na deteção precoce, diagnóstico e tratamento da psicopatologia mais grave, com necessidade de internamento, do final da adolescência e início da idade adulta, promovendo a continuidade de cuidados, desde o tratamento do episódio agudo, à formulação de um plano de reabilitação e de reinserção do jovem adulto com doença mental na comunidade local. A intervenção clínica que abrange a (re)inserção social do jovem adulto tem impacto prognóstico importante. Sabemos que o isolamento social, físico e psicológico constitui um indicador de risco, independente de outras circunstâncias, para a psicopatologia.<sup>10</sup> Tem-se assistido a uma mudança de paradigma nos serviços de saúde mental, colocando maior ênfase nos indicadores de promoção da saúde mental e qualidade de vida. A Associação Psiquiátrica Americana (APA) aponta como indicadores de proteção de doença mental: satisfação com a vida, religiosidade, habilidades para solucionar problemas, suporte social positivo e relação terapêutica positiva. Como tal, e dado o aumento da procura dos cuidados em saúde mental, a opinião e ponto de vista do doente tem sido um aspeto cada vez mais valorizado na prática clínica. Tal possibilita um maior conhecimento da sua realidade diária pessoal, profissional e social, com instituição de um plano terapêutico mais individualizado, eficaz e que promove a adesão.

A avaliação do grau de satisfação do doente com os serviços de saúde deve ser considerada como uma medida e indicador de qualidade dos cuidados prestados.<sup>11</sup> A OMS recomenda o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e monitorização dos serviços, de forma a promover a sua qualidade.<sup>12</sup>

Estudos longitudinais de *follow-up*, que permitem compreender e monitorizar o curso da doença mental, possibilitam também a realização de uma auditoria interna da qualidade dos cuidados prestados, de forma a que esta vá, progressivamente, ao encontro das necessidades reveladas pela população em questão, com provável impacto prognóstico e do bem-estar individual e familiar.

Adicionalmente, são uma janela de oportunidade para a compreensão da qualidade de vida desta população mais vulnerável. Sabemos que indivíduos com patologia mental têm menor esperança média de vida<sup>2</sup> e são mais expostos à discriminação,<sup>13</sup> o que afeta, entre outros aspectos, a vida laboral e as relações interpessoais.

A presente investigação tem como principal objetivo realizar um estudo de *follow-up* a 4 anos dos jovens internados durante o ano de 2018 na unidade de internamento agudo psiquiátrico Unidade Partilhada, destinada a jovens dos 15 aos 25 anos de idade. Neste sentido, propõe-se a:

- a) avaliar características sociodemográficas e clínicas do grupo de indivíduos em estudo;
- b) avaliar as características do internamento;
- c) calcular o número de re-internamentos (até ao momento da colheita dos dados) e o tempo decorrido entre o primeiro e segundo re-internamento, quando aplicável;
- d) descrever a avaliação subjectiva do grau de satisfação com os cuidados prestados na unidade de internamento;
- e) descrever a auto-perceção do estado atual;

f) avaliar o estado psicopatológico e qualidade de vida actuais;

g) estabelecer relações entre as variáveis supra mencionadas. Como objetivo secundário, o estudo pretende ainda comparar os dados sociodemográficos relativos aos jovens internados com os dados sociodemográficos mais recentes correspondentes, na população geral, à data da realização do estudo (Censos 2011 e dados do Instituto Nacional de Estatística).

## MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética, Comissão Científica e Comissão Pedagógica do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Foi igualmente obtido o consentimento informado de todos os participantes. Para os jovens com idade inferior a 18 anos de idade no momento da recolha dos dados, para além do seu consentimento, foi obtido o consentimento prévio dos representantes legais.

### a. Seleção da Amostra e Colheita de Dados

O estudo realizado foi um estudo transversal e retrospectivo. Considerou-se como população clínica os jovens internados na Unidade Partilhada no período compreendido entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2018 (*follow-up* após 4 anos do internamento), com idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos. Para os jovens com mais do que um internamento no período do estudo, foram considerados os dados relativos ao primeiro internamento.

Os jovens foram contactados telefonicamente pelos investigadores responsáveis, sendo que durante a recolha de dados, os investigadores mantiveram-se disponíveis para esclarecer dúvidas relacionadas com as questões e/ou vocabulário. Após a explicação dos objetivos do estudo, da garantia da confidencialidade e anonimato de todos os dados, da possibilidade de desistência a qualquer momento e do consentimento informado, os jovens colaboraram voluntariamente e sem remuneração.

Foram definidos como critérios de exclusão a impossibilidade de contacto telefónico (até um máximo de 5 tentativas, em 3 dias diferentes) e a incapacidade de resposta ao questionário (dificuldades na compreensão da Língua Portuguesa ou dificuldades cognitivas graves).

### b. Instrumentos

#### i. Questionário de dados sociodemográficos e clínicos

Os participantes responderam a um questionário de dados sociodemográficos referentes ao momento de realização da entrevista telefónica: idade, sexo, estado civil, composição do agregado familiar e dados clínicos relativos à manutenção ou não do acompanhamento em consulta de psiquiatria ou pedopsiquiatria. Os participantes foram ainda inquiridos relativamente à auto-perceção do seu estado atual numa escala de 3 (pior, na mesma, melhor) em comparação com o momento do internamento e relativamente ao grau de satisfação com o atendimento prestado na UP numa escala de 5 (nada satisfeito, um pouco satisfeito, satisfeito, muito satisfeito, mais que muito).

Seguidamente, visando uma caracterização mais pormenorizada dos dados clínicos, procedeu-se à análise da informação contida nos processos clínicos, para obter os dados relativos ao internamento: duração do internamento, internamento em regime compulsivo (segundo a Lei de Saúde Mental), diagnóstico principal e diagnóstico secundário (segundo a 10ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS), número de re-internamentos até à data de realização da entrevista telefónica (sem re-internamento, 1 re-internamento, 2 re-internamentos, 3 re-internamentos, mais que 3 re-internamentos) e, nos casos aplicáveis, o tempo decorrido entre o primeiro e segundo re-internamentos.

## ii. Mental Health Inventory – 5 (MHI-5)

A saúde mental define-se como um estado de bem-estar em que o indivíduo implementa as suas capacidades, enfrenta o stress normal da vida, trabalha produtivamente e com sucesso, e é capaz de contribuir para a sua comunidade.<sup>12</sup> O MHI<sup>14</sup> é um questionário de auto-preenchimento que inclui 38 itens que se distribuem por 5 escalas (Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional/Comportamental, Afeto Positivo e Laços Emocionais). Por sua vez estas 5 sub-escalas agrupam-se em duas grandes sub-escalas ou dimensões que medem respetivamente o *Distress* Psicológico e o Bem-Estar Psicológico. A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de cinco ou seis posições, sendo que valores mais elevados correspondem a melhor saúde mental. Com base MHI foi desenvolvida uma versão reduzida de cinco itens, conhecida por MHI- 5.<sup>14</sup> Trata-se de uma versão rápida que, tanto pode ser utilizada isoladamente, como teste de rastreio (*screening*), como integrada em questionários de avaliação de saúde ou de qualidade de vida. O MHI- 5 inclui os itens 11, 17, 19, 27 e 34 do MHI sendo que três itens pertencem à escala de *Distress* e dois à escala de Bem-Estar Psicológico. Inúmeras investigações têm mostrado que o MHI-5 é considerado um teste de rastreio útil na avaliação da saúde mental.

## iii. Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-BREF)

A Organização Mundial de Saúde define como qualidade de vida a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de um conceito alargado, influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relações com características salientes do respetivo meio.<sup>15,16</sup> O Questionário da Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100) desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS é um instrumento genérico multidimensional para a avaliação subjetiva da qualidade de vida, desenhado para um amplo espectro de perturbações físicas e psicológicas.<sup>15,16</sup> A partir do instrumento original, foi desenvolvida uma versão abreviada, o WHOQOL-BREF,<sup>17</sup> composto por 26 itens.<sup>17</sup> Tomando como referência as duas últimas semanas, o doente é questionado sobre a avaliação

que faz da sua qualidade de vida e satisfação sentida com a saúde. Igualmente e em itens separados, são questionados alguns aspetos mais específicos que estão relacionados com os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.<sup>16</sup> Para cada questão, há cinco graus de intensidade (com uma escala que vai do péssimo ao excelente). Uma pontuação mais elevada relaciona-se com uma perceção melhor de qualidade de vida.

A versão portuguesa do WHOQOL-BREF é considerada um bom instrumento para avaliar a perceção da qualidade de vida em Portugal, podendo ser utilizada em população clínica na faixa etária dos 12 aos 25 anos de idade.<sup>16</sup>

## c. Tratamento Estatístico

Foi utilizada estatística descritiva<sup>18,19</sup> para o tratamento dos dados sociodemográficos e testes de inferência estatística para associação de variáveis, sendo utilizado como valor de referência para a tomada de decisão relativamente às hipóteses em estudo uma significância de 5%. Foi utilizado o teste de qui-quadrado para estudar a relação entre duas variáveis qualitativas; no entanto, como não se verificou o pressuposto da normalidade nesta amostra; estas variáveis foram submetidas ao teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para realizar o estudo da relação entre variáveis quantitativas e uma variável qualitativa, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

## RESULTADOS

### a. Variáveis sociodemográficas

De um total de 277 doentes internados, foram obtidas 94 respostas válidas (33,9%). Não foi possível contactar 153 jovens e 30 jovens não deram consentimento para integrar no estudo. Relativamente aos dados sociodemográficos no momento da entrevista telefónica, 47,9% dos jovens são do sexo masculino e os restantes 52,1% do sexo feminino. A idade apresenta um valor médio de 21,8 anos com um desvio padrão de 3,04 anos, variando entre o mínimo de 21 anos e o máximo de 28 anos. A idade é superior para o sexo masculino (média=22,7) e inferior para o sexo feminino (média=20,9) sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $U=684,5$ ,  $p=0,001$ ).

Relativamente ao estado civil, 94,7% são solteiros e os restantes 5,3% são casados ou vivem em união de facto. Quanto ao agregado familiar, 66,0% vivem com os pais, 12,8% vivem com amigos/outros familiares, 9,6% vivem sozinhos, 7,4% vivem com cônjuge/companheiro e 4,3% vivem em instituição. A percentagem que vive com os pais, com amigos/outros familiares ou em instituição é superior para o sexo masculino, a percentagem que vive sozinho e com o cônjuge/companheiro é superior para o sexo feminino, mas as diferenças observadas não são significativas (Fisher=1,541;  $p=0,877$ ).

Relativamente à profissão, 30,4% estão empregados, 31,5% estão desempregados e 38,0% são estudantes. A percentagem de empregados e desempregados é superior para o sexo masculino e a percentagem de estudantes é superior para o sexo feminino, mas as diferenças observadas não são significativas ( $X^2=3,534$ ;  $p=0,171$ ).

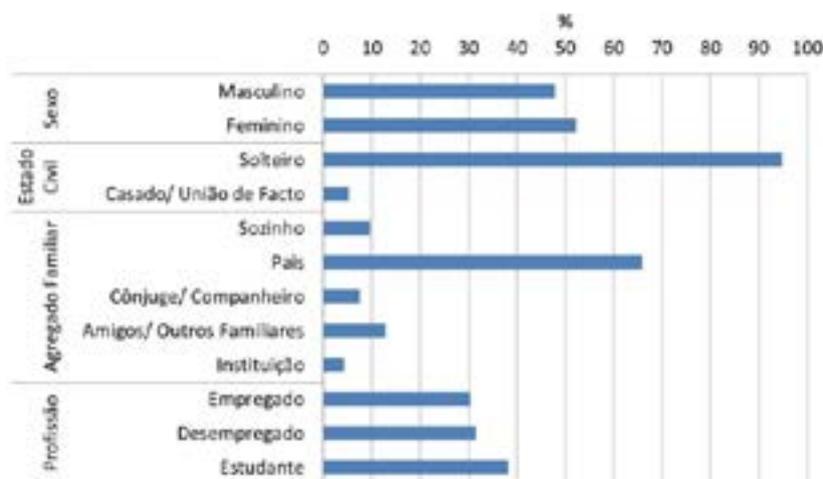


Figura1. Características sociodemográficas da amostra de jovens internados na UP, em estudo de *follow-up* 4 anos após internamento.

### b. Internamento

A duração do internamento apresenta um valor médio de 16,1 dias, com um desvio padrão de 13,6 dias, variando entre o mínimo de 1 dia e o máximo de 89 dias. Dos internamentos considerados, 18,1% decorreram sob regime de internamento compulsivo, segundo a Lei de Saúde Mental.

Relativamente ao diagnóstico principal (segundo a CID-10), os diagnósticos mais frequentes na amostra foram a “Perturbação Depressiva” (11,7%), a “Perturbação Depressiva SOE” (7,4%) e as “Perturbações Depressivas NCOP” (6,4%). Na Tabela 1 encontram-se representados os diagnósticos principais por categoria de diagnóstico (CID-10) e a respetiva frequência absoluta e relativa (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa de categoria de diagnóstico CID-10.

Categoria de diagnóstico CID-10	N	%
F10-F19 Perturbações mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas	4	4,3
F20-F29 Esquizofrenia, Perturbações Esquizotípicas e Perturbações Delirantes	22	23,4
F30-F39 Perturbações do Humor	51	54,3
F40-F48 Perturbações Neuróticas, Perturbações relacionadas com o <i>stress</i> e Perturbações Somatoformes	4	4,3
F60 – Perturbações da Personalidade e do comportamento no adulto	6	6,4
F70-F79 Atraso Mental <sup>a</sup>	3	3,2
F80-F89 Perturbações do Desenvolvimento Psicológico	2	2,1
F90 - F98 Perturbações Emocionais e do Comportamento com início ocorrendo habitualmente na infância ou adolescência	2	2,1
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

a: inclui a perturbação do espectro do autismo.

A duração do internamento é superior para o grupo diagnóstico “F20-F29 Esquizofrenia, Perturbações Esquizotípicas e Perturbações Delirantes” ( $M=23,9$ ) e inferior para o grupo diagnóstico “F30-F39 Perturbações do Humor” ( $M=13,9$ ) sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $U=343,5$ ,  $p=0,009$ ). De notar que o grupo diagnóstico “F20-F29 Esquizofrenia, Perturbações Esquizotípicas e Perturbações Delirantes” ocorre mais no sexo masculino

e o grupo diagnóstico “F30-F39 Perturbações do Humor” ocorre mais no sexo feminino (Fisher= 40;  $p<0,001$ ).

Na amostra, não ocorreu reinternamento em 58,5% dos casos e ocorreu reinternamento em 41,5% dos casos (Tabela 2). A percentagem de reinternamentos é ligeiramente superior para o sexo masculino, mas as diferenças observadas não são significativas ( $X^2=0,019$ ;  $p=0,890$ ).

Tabela 2. Taxa de reinternamento da amostra de jovens internados na UP, em estudo de *follow-up* 4 anos após internamento.

		N	%
Reinternamento na UP ou CHPL	Não	55	58,5
	Sim, 1	23	24,5
	Sim, 2	13	13,8
	Sim, 3	3	3,2
Reinternamento na UP ou CHPL	Não	55	58,5
	Sim	39	41,5

A percentagem de “dois” e “três” reinternamentos é superior para o sexo masculino, a percentagem de “não reinternamento” e “um reinternamento” é superior para o sexo feminino, mas as diferenças observadas não são significativas (Fisher=3,790;  $p=0,285$ ). Relativamente ao tempo entre o primeiro e segundo reinternamentos, em 6,3% houve reinternamento em menos de 30 dias após a alta e em 35,2% em menos de 365 dias após a alta. Este valor também não está significativamente associado ao sexo (Fisher=4,875;  $p=0,423$ ).

### c. Follow-up

Relativamente à manutenção do acompanhamento em pedopsiquiatria ou psiquiatria, 50,0% da amostra responde que “sim, noutra hospital”, 21,3% responde que “sim, no CHPL”, 17,0% está “sem seguimento”; 6,4% teve “alta da consulta”, e 3,2% responde que “sim, no CHULC” (Fig. 2).

Quanto à autopercepção do estado atual, 80,9% responde considerar que está “melhor”, 11,7% que está “na mesma”, e 6,4% que está “pior”. A percentagem que responde “na mesma” é superior para o grupo diagnóstico “F20-F29 Esquizofrenia, Perturbações Esquizotípicas e Perturbações Delirantes”, a percentagem que responde “pior” e “melhor” é superior para o grupo diagnóstico “F30-F39 Perturbações do Humor”, mas as diferenças não são significativas (Fisher=3,176;  $p=0,208$ ) (Fig. 2).

Quanto à avaliação subjetiva da satisfação com o atendimento prestado na UP, 37,2% responde estar “satisfeito”, 19,1% responde “muito satisfeito”, 18,1% responde “mais que muito”, 12,8% responde “nada satisfeito” e 10,6% responde “um pouco satisfeito”. A satisfação com o atendimento na UP não está significativamente associada ao “estado atual” (Fisher=6,478;  $p=0,541$ ) (Fig. 2).

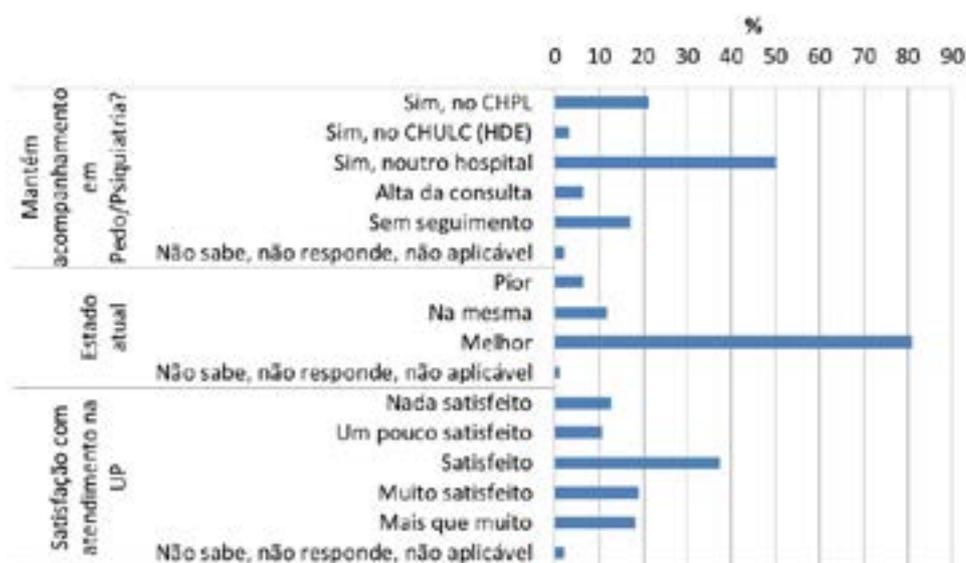


Figura 2. Acompanhamento pós-alta, estado atual e satisfação com o atendimento prestado nos doentes internados no ano de 2018 na UP, em estudo de *follow-up* a 4 anos após internamento.

De notar que o acompanhamento em pedopsiquiatria ou psiquiatria (Fisher=6,117;  $p=0,271$ ), o “estado atual” (Fisher=2,701;  $p=0,412$ ) e a “satisfação com atendimento na UP” (Fisher=3,805;  $p=0,604$ ), não estão significativamente associados ao sexo.

### d. Escala Mental Health Inventory – 5

A amostra apresenta um valor médio de 63,3 com um desvio padrão de 19,6, variando entre o mínimo de 12 e o máximo de 100. Convertendo a escala MHI em categorias, na amostra, 58,7% estão na categoria “sem sintomas (>60)”,

5,3% apresentam “sintomas moderados (53-60)” e 36,0% apresentam “sintomas graves ( $\leq 52$ )”.

A pontuação da escala MHI-5 é superior para o grupo diagnóstico “F20-F29 Esquizofrenia, Perturbações Esquizotípicas e Perturbações Delirantes” ( $M=69,5$ ) e inferior para o grupo diagnóstico “F30-F39 Perturbações do Humor” ( $M=61,1$ ), mas as diferenças não são significativas ( $U=294,0$ ,  $p=0,203$ ). A pontuação não apresenta diferenças significativas entre os sexos ( $U=641,5$ ,  $p=0,533$ ).

A pontuação da escala MHI-5 é superior para a “alta da consulta” e inferior para “sem seguimento”, sendo as diferenças significativas ( $H=6,915$ ,  $p=0,032$ ); e é superior para o “estado atual” “melhor” e inferior para “pior”, sendo as diferenças significativas ( $H=18,424$ ,  $p<0,001$ ).

#### e. Escala de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-BREF)

Relativamente às questões globais da escala de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS, 62,6% dos jovens considera ter uma qualidade de vida “boa” ou “muito boa” e pouco mais de 50%, refere ter uma perceção “boa” ou “muito boa” da sua saúde.

As questões globais da WHOQOL-BREF não apresentaram diferenças significativas entre os sexos. A avaliação da qualidade de vida e a satisfação com a saúde não apresentam diferenças significativas entre o grupo diagnóstico “F20-F29 Esquizofrenia, Perturbações Esquizotípicas e Perturbações Delirantes” e o grupo diagnóstico “F30-F39 Perturbações do Humor”. Na amostra, a avaliação da qualidade de vida é superior para a “alta da consulta” e inferior para “acompanhamento” e “sem seguimento”, mas as diferenças não são significativas ( $H=5,900$ ,  $p=0,052$ ). A satisfação com a saúde é superior para a “alta da consulta” e inferior para “acompanhamento” e “sem seguimento”, sendo as diferenças significativas ( $H=6,233$ ,  $p=0,044$ ).

Na avaliação por domínios, os domínios “físico” e “ambiente” obtiveram uma pontuação mais alta, comparativamente aos domínios “relações sociais” e “psicológico”.

O domínio físico apresenta um valor médio de 72,0 com um desvio padrão de 19,5 (mínimo de 25 e máximo de 100), sendo superior para a “alta da consulta” e inferior para os jovens em “acompanhamento” e “sem seguimento”, sendo as diferenças significativas ( $H=8,395$ ,  $p=0,015$ ). O domínio “psicológico” obteve um valor médio de 62,6 com um desvio padrão de 21,0 (mínimo de 4,2 e máximo de 100), sendo superior para a “alta da consulta” e inferior para “sem seguimento”, mas as diferenças não são significativas ( $H=5,603$ ,  $p=0,061$ ). Relativamente ao domínio “relações sociais”, o valor médio foi de 63,9 com um desvio padrão de 26,1 (mínimo de 0 e máximo de 100), sendo superior para a “alta da consulta” e inferior para “sem seguimento”, mas as diferenças não são significativas ( $H=2,223$ ,  $p=0,329$ ). E por fim, o domínio “ambiente”, apresentou um valor médio de 70,6 com um desvio padrão de 17,6 (mínimo de 31,3 e máximo de 100), sendo superior para a “alta da consulta” e inferior para “acompanhamento” e “sem seguimento”, sendo as diferenças significativas ( $H=6,468$ ,  $p=0,039$ ).

Apenas o domínio psicológico apresenta diferenças significativas entre os dois grupos diagnósticos ( $U=244,5$ ,  $p=0,036$ ),

sendo significativamente superior para o grupo diagnóstico “F20-F29 Esquizofrenia, Perturbações Esquizotípicas e Perturbações Delirantes” ( $M=71,1$ ) em comparação com o grupo diagnóstico “F30-F39 Perturbações do Humor” ( $M=59,7$ ).

## DISCUSSÃO

De um total de 277 primeiros internamentos, apenas 94 doentes participaram no estudo. Os autores destacam o elevado número de doentes que não foi possível contactar, encontrando-se inválidos os dados disponíveis no processo clínico.

No que diz respeito à distribuição dos doentes, verificou-se uma prevalência superior, embora pouco expressiva, de doentes do sexo feminino. Tal facto pode justificar-se pela maior percentagem de diagnóstico de Perturbações do Humor que, como descrito na literatura, são mais prevalentes entre o sexo feminino.<sup>20,21</sup>

Quanto à idade média dos doentes segundo o sexo (indivíduos do sexo masculino com média de idades superior à média de idades dos doentes do sexo feminino), os autores destacam a propensão dos indivíduos do sexo masculino para desenvolverem Perturbações Psicóticas, sendo que os primeiros sintomas tendem a manifestar-se em particular no final da adolescência/início da idade adulta.<sup>22,23</sup>

No momento de realização da entrevista de *follow-up*, 94,7% dos participantes encontram-se solteiros e 31,5% desempregados (não se encontrando a trabalhar ou a estudar). No portal do Instituto Nacional de Estatística (INE), nos dados dos Censos 2011 (dados mais recentes disponíveis), é possível constatar que, entre a faixa etária dos 20 aos 24 anos (mais próxima da faixa etária considerada neste estudo), a percentagem de indivíduos solteiros é de 93,3%,<sup>24</sup> o que se encontra em linha com os resultados obtidos. Quanto à taxa de desemprego, verificou-se que, no ano de 2018, a taxa de desemprego na faixa etária entre os 16 e os 24 anos (intervalo mais próximo da faixa etária do estudo) foi em média 20,3%.<sup>25</sup> Notou-se uma discrepância significativa com os valores encontrados no nosso estudo. Isto pode dever-se a fatores intrínsecos à doença mental subjacente, já que muita da sintomatologia inerente às doenças mentais podem diminuir consideravelmente os níveis de vitalidade e funcionalidade do indivíduo. Na obstante, não devemos desvalorizar que o peso do estigma que envolve as doenças mentais ainda é preponderante.<sup>26</sup> Mais recentemente, um estudo no Reino Unido, concluiu que as pessoas com doença mental ocupavam posições com piores remunerações face à população geral, sendo a diferença salarial anual considerável. Mais ainda, verificaram que 37% das pessoas que tinham algum tipo de doença mental e trabalhavam, faziam-no em regime de trabalho *part-time*, quando comparado com 24% da população geral.<sup>27</sup>

A duração média do internamento foi de 16,1 dias. Este número está ligeiramente abaixo da média nacional de dias de internamento em enfermarias de psiquiatria de hospitais públicos ou hospitais com parcerias público-privadas (26,9 dias), segundo os dados colhidos através do INE em 2018.<sup>28</sup> Isto poderá dever-se à especificidade de um internamento psiquiátrico vocacionado para jovens adultos que têm histórias de doença natural da sua doença psiquiátrica

normalmente em estádios mais precoces e com possibilidade de recuperação pós episódio crítico mais célere. A interferir nestes resultados podemos acrescentar o facto de a maioria dos doentes considerados nesta amostra (66%) viver ainda com os pais, pelo que os internamentos psiquiátricos não são morosos em prol de protelar a alta hospitalar com vista à resolução da situação social dos doentes. Ainda assim, seria importante comparar este dado com resultados de estudos realizados em serviços semelhantes à UP.

Na amostra analisada, observou-se que 18,1% dos internamentos considerados tinham decorrido sob regime de internamento compulsivo, sob a Lei da Saúde Mental. Trata-se de uma percentagem elevada face ao esperado, considerando a média nacional de internamentos compulsivos num serviço de internamento de psiquiatria (entre 7% e 10%<sup>29</sup>), e um serviço também vocacionado para jovens adultos (13% no CHUC entre 2006 e 2016<sup>1</sup>). Este facto poderá ficar a dever-se, em grande parte, à elevada prevalência de patologia psicótica num internamento de agudos vocacionado para esta faixa etária.

Neste estudo, constatou-se que a duração do internamento é significativamente superior em doentes com o diagnóstico principal de perturbações psicóticas, em comparação com as perturbações do humor. Trata-se de um achado concordante com a literatura, já que as perturbações psicóticas têm sido consistentemente apontadas como um dos fatores associados a maior duração de internamentos.<sup>30-32</sup> Os autores aventam a possibilidade de este fenómeno se dever à maior complexidade inerente à estabilização clínica e tratamento das perturbações psicóticas em contexto de internamento de agudos, quando comparado com as perturbações do humor. Relativamente à taxa de reinternamento, apesar de este valor se encontrar dentro dos valores descritos na literatura, 6,3 % vs 10%-15,1% a 30 dias e 35,2% vs 25%-50% a 365 dias. Os autores destacam que, apesar da percentagem de reinternamento a 30 dias ser inferior ao expectável, a percentagem total de reinternamento (41,5%) parece encontrar-se em valores bastante elevados, tendo em conta a pesquisa bibliográfica levada a cabo.<sup>33</sup> As dificuldades no suporte clínico pós-alta, sobretudo em doentes cujo hospital de referência não pertence à Área Metropolitana de Lisboa, em regiões como o Alentejo e Algarve onde a carência do apoio por especialidades como a pedopsiquiatria e psicologia é mais evidente, e a coordenação com instituições e serviços da comunidade mais difícil, podem ser fatores explicativos deste resultado.

Os autores apontam ainda que a carência de recursos alternativos em ambulatório, como áreas de dia (por exemplo Hospital de Dia), sobretudo na faixa etária da infância e da adolescência, obriga muitas vezes ao internamento de jovens, como única estratégia possível em momentos de agudização da sua doença. Tal é sobretudo verdade em doentes com traços desadaptativos da personalidade, população especialmente suscetível a internamentos de repetição,<sup>36,37</sup> e nos quais a admissão hospitalar é frequentemente ineficaz e/ou prejudicial.<sup>38</sup> Trata-se de uma população especialmente propensa aos fenómenos 'porta giratória' (doentes ciclicamente readmitidos) dada a ocorrência de crises recorrentes e o internamento pode, paradoxalmente, reforçar mecanismos de resolução de problemas mal-adaptivos

(evitamento, reforço do estatuto de doente...),<sup>38</sup> sendo fundamental o desenvolvimento e implementação de intervenções em ambulatório para estes doentes.

É importante destacar o elevado número de doentes cujo contacto se encontrava inválido, assim a amostra do estudo inclui sobretudo doentes com mais contactos com os serviços de saúde mental, possivelmente doentes com maior gravidade e com maior necessidade de reinternamento.

Relativamente à avaliação dos cuidados prestados na UP, a maioria dos doentes está "satisfeito", "muito satisfeito" ou "mais que muito" (74,4%) o que confirma a importância da abordagem multidisciplinar e integrada, aplicada nesta unidade, assim como a qualidade dos cuidados prestados.

No pós-alta, a maioria dos doentes mantém acompanhamento pedopsiquiátrico ou psiquiátrico pós-alta (74,5%), confirmando o carácter de longa duração da maioria das perturbações mentais. Dos doentes, 80,9% considera estar "melhor".

Relativamente à avaliação da qualidade de vida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos e diagnóstico de alta, com exceção do domínio psicológico, significativamente superior para o diagnóstico de Perturbações Psicóticas em comparação com as Perturbações do Humor, o que está de acordo com a auto-perceção do impacto das doenças do humor na esfera psicológica do indivíduo<sup>39,40</sup> e pela dificuldade dos indivíduos que sofrem de Perturbações Psicóticas terem crítica mórbida preservada para a sua doença, enviesando a sua auto-perceção de qualidade de vida.<sup>41</sup>

Quanto aos pontos fracos do presente estudo, os autores apontam como principal limitação o tamanho diminuto da amostra, que pode interferir na relevância dos resultados obtidos. Por outro lado, a fim de tentar maximizar o número de respostas, os autores optaram por fazer as entrevistas de *follow-up* por via telefónica, o que empobrece, inevitavelmente, a colheita de informação e inviabiliza o estudo de outros aspetos tais como o exame do estado mental ou a aplicação de outras escalas de avaliação mais completas, que incluem componentes observacionais.

## CONCLUSÃO

Com este trabalho podemos concluir que o internamento psiquiátrico na idade de transição, dos 15 aos 25 anos de idade, apresenta características distintas relativamente à restante população de doentes internados,<sup>1</sup> das quais se destacam: 1) predomínio do sexo feminino; (2) predomínio de perturbações do humor sobre a perturbações psicóticas; 3) maior percentagem de internamentos compulsivos; 4) internamentos de duração média inferior; 5) diagnóstico de perturbações psicóticas está associado a uma duração média de dias de internamento superior 6) elevada percentagem total de reinternamentos psiquiátricos.

Relativamente à avaliação da qualidade de vida, estado psicopatológico atual e satisfação com os serviços de prestados, destacamos como principais conclusões: 1) os doentes com perturbações do humor apresentam uma autopercepção da sua qualidade de vida inferior aos doentes com perturbações psicóticas; 2) jovens com patologia mental encontram-se numa situação de maior precariedade laboral, em comparação com a população geral; 3) a grande satisfação em relação

ao modelo de internamento na UP, poderá servir de exemplo para a sua replicação noutros pontos do país.

Os autores consideram que o reconhecimento das particularidades inerentes a esta faixa etária serve de base para uma personalização na prestação de cuidados, permitindo não apenas uma melhoria dos *outcomes* a curto prazo mas também um melhor prognóstico clínico e funcional em idades mais avançadas.

Os dados obtidos neste estudo deverão ser considerados aquando da planificação e organização de futuras estruturas e intervenções dedicadas a esta faixa etária, bem como no desenho de novos estudos que permitam desenvolver e otimizar os cuidados prestados no âmbito da saúde mental em idade de transição.

### Responsabilidades Éticas

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

**Fontes de Financiamento:** *Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.*

**Confidencialidade dos Dados:** Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

**Proteção de Pessoas e Animais:** Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pela Comissão de Ética responsável e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2013 e da Associação Médica Mundial.

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

### Ethical Disclosures

**Conflicts of Interest:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**Financing Support:** This work has not received any contribution, grant or scholarship

**Confidentiality of Data:** The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

**Protection of Human and Animal Subjects:** The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2013).

**Provenance and Peer Review:** Not commissioned; externally peer reviewed.

### Declaração de Contribuição

**SVP, IO, IB, BL, MM, CGR, AAQ, RA e SA:** Análise e interpretação dos dados; Escrita do Manuscrito

**RC, PCS e JS:** Análise e interpretação dos dados; Revisão crítica do manuscrito.

### Contributorship Statement

**SVP, IO, IB, BL, MM, CGR, AAQ, RA and SA:** Analysis and interpretation of data; Manuscript Writing

**RC, PCS and JS:** Analysis and interpretation of data; Critical review of the manuscript.

### Referências

- Oliveira P, Ribeiro J, Morais S, Santos V, Madeira N. Internamentos Psiquiátricos no Adulto Jovem: Um Estudo Observacional em 2006-2016. *Rev Serv Psiquiatr Hosp Prof Doutor Fernando Fonseca*. 2017;15:43–9.
- Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*. 2005;4:114-20.
- Fernandes R, Costa C, Martins M, Salgado J. Lost in transition: From child and adolescent psychiatry to adult mental health care. *Acta Med Port*. 2020;33:777. doi:10.20344/amp.14802
- Sampaio D. *Ninguém morre sozinho*. Lisboa: CAMINHO; 1991.
- Goldschmidt T, Marques C, Xavier M. *Psiquiatria da Infância e da Adolescência - Rede de Referência Hospitalar Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: República Portuguesa Saúde; 2018.
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Üstün TB. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20:359–64. doi:10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c
- Patton GC, Coffey C, Romaniuk H, Mackinnon A, Carlin JB, Degenhardt L, et al. The prognosis of common mental disorders in adolescents: A 14-year prospective cohort study. *Lancet*. 2014;383:1404–11. doi:10.1016/S0140-6736(13)62116-9
- Salgado J. A Transição de Serviços de Saúde de Crianças e Jovens para Serviços de Saúde de Adultos: Uma Realidade com Impacto no Prognóstico. *Acta Med Port*. 2022;35:161–3. doi:10.20344/amp.15912

9. McDonagh JE, Viner RM. Lost in transition? Between paediatric and adult services. *Br Med J*. 2006;332:435–6. doi:10.1136/bmj.332.7539.435
10. Wasserman D. A Stress-Vulnerability Model and the Development of the Suicidal Process. *Suicide*. 2001;13–27.
11. World Health Organization. Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde. Genebra: WHO; 2020.
12. Organização Mundial de Saúde. Mental Health: New Understanding, New Hope. *World Heal Rep*. 2001:206.
13. Oliveira AR, Azevedo SM. Estigma na doença mental. *Rev Port Med Geral E Fam*. 2014;30:221–34.
14. Ribeiro J. Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicol Saúde Doenças*. 2001;2:77–99.
15. Power M, Kuyken W. World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46:1569–85. doi:10.1016/S0277-9536(98)00009-4
16. Serra AV, Canavarró MC, Simões MR, et al. 2006 Estudos psicométricos do WHOQOL-Bref.pdf. *Psiquiatr Clínica*. 2006;27:41–9.
17. Saxena S, Carlson D, Billington R, Orley J. The who quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): The importance of its items for cross-cultural research. *Qual Life Res*. 2001;10:711–21. doi:10.1023/A:1013867826835
18. Maroco J. *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5a ed. Lisboa: Edições Report Number; 2011.
19. Pestana MH, Gagueiro JN. *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. 5a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
20. Eaton N, Krueger R, Andrew S, Balsis S, Skodol AE, Markon KE, et al. An invariant Dimensional Liability Model of Gender Differences in Mental Disorder Prevalence: Evidence From a National Sample. *J Abnorm Psychol*. 2012;121:282–8. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.03.017
21. Suanrueang P, Peltzer K, Suen MW, Lin HF, Er TK. Trends and Gender Differences in Mental Disorders in Hospitalized Patients in Thailand. *Inq J Heal Care Organ Provision Financ*. 2022;59:1–14. doi:10.1177/00469580221092827
22. Carter B, Wootten J, Archie S, Terry AL, Anderson KK. Sex and gender differences in symptoms of early psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Heal*. 2022;25:679–91.
23. Giordano GM, Bucci P, Mucci A, Pezzella P, Galderisi S. Gender Differences in Clinical and Psychosocial Features Among Persons With Schizophrenia: A Mini Review. *Front Psychiatry*. 2021;12:1–10. doi:10.3389/fpsy.2021.789179
24. Instituto Nacional de Estatística. População residente (N.o) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo, Grupo etário, Estado civil e Relação de conjugabilidade; Decenal - INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2011. [Acedido Novembro 13, 2022] Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0006364&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006364&contexto=bd&selTab=tab2).
25. Instituto Nacional de Estatística. Taxa de desemprego (Série 2021 - %) por Sexo, Grupo etário e Nível de escolaridade mais elevado completo; Trimestral - INE, Inquérito ao emprego (Séries - 2021). [Acedido Novembro 13, 2022] Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0010705&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010705&contexto=bd&selTab=tab2).
26. Link B. Mental Patient Status, Work, and Income: An Examination of the Effects of a Psychiatric Label. *Am Sociol Assoc*. 1982;47:202–15. doi:10.2307/2094963
27. Bond N, D’Arcy C. Mind the Income Gap: how work and social security shape the incomes of people with mental health problems. *Money Ment Heal Policy Inst*. 2020.
28. INE. Indicadores fundamentais de saúde apontam para melhoria nos anos recentes, embora alguns mantenham níveis inferiores aos médios da União Europeia (UE-28). Destaque- Informação à Comun Soc. 2020:1–16.
29. Almeida F, Marques A, Castro C, Palha J, Carneiro L. Internamentos compulsivos no Hospital Magalhães Lemos. *Psiquiatr Psicol Justiça*. 2008;2:87–102.
30. Huntley DA, Cho DW, Christman J, Csernansky JG. Predicting Length of Stay in an Acute Psychiatric Hospital. *Psychiatr Serv*. 1998;49:1049–53. doi:10.1176/ps.49.8.1049
31. Chang G, Brenner L, Bryant K. Factors predicting inpatient length of stay in a CMHC. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42:853–5. doi:10.1176/ps.42.8.853
32. Tulloch AD, Fearon P, David AS. Length of stay of general psychiatric inpatients in the United States: Systematic Review. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38:155–68. doi:10.1007/s10488-010-0310-3
33. Lassemo E, Myklebust LH, Salazzari D, Kalseth J. Psychiatric readmission rates in a multi-level mental health care system – a descriptive population cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:1–15. doi:10.1186/s12913-021-06391-7
34. Ortiz G. Predictors of 30-day Postdischarge Readmission to a Multistate National Sample of State Psychiatric Hospitals. *J Healthc Qual*. 2018;00:1–9. doi:10.1097/JHQ.0000000000000162
35. Katschnig H, Straßmayr C, Endel F, Berger M, Zauner G, Kalseth J, et al. Using national electronic health care registries for comparing the risk of psychiatric re-hospitalisation in six European countries: Opportunities and limitations. *Health Policy*. 2019;123:1028–35. doi:10.1016/j.healthpol.2019.07.006
36. Kernberg PF, Weiner AS, Bardenstein KK. *Personality Disorders in Children and Adolescents*. Philadelphia: Basic Books; 2000.
37. Coimbra de Matos A. *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores; 2002.
38. Mendes P, Fonseca M, Aguiar I, Pangaio N, Confraria L, Queirós O, et al. Reinternamentos Hospitalares num Serviço de Pedopsiquiatria: Taxa de Readmissão e Fatores de Risco *Acta Med Port*. 2017;30:769–74. doi:10.20344/amp.8842.

39. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Mood disorders and quality of life. A community study. *Nord J Psychiatry*. 2010;64:58–62. doi:10.3109/08039480903287565
40. Hohls JK, König H-H, Quirke E, Hajek A. Association between anxiety, depression and quality of life: study protocol for a systematic review of evidence from longitudinal studies. *BMJ Open*. 2019;9:1–5. doi:10.1136/bmjopen-2018-027218
41. Aghababian V, Auquier P, Baumstarck-Barrau K, Lançon C. Influence des troubles de la conscience sur l'auto-évaluation de la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie. *Encephale*. 2010;37:162–71. doi:10.1016/j.encep.2010.08.011