



---

---

**ARTIGO ORIGINAL**

---

---

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS INVOLUNTARIAMENTE EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DO SUL CATARINENSE DE 2012 A 2016****EPIDEMIOLOGICAL PROFILE FROM PSYCHIATRIC PATIENTS ADMITTED INVOLUNTARILY IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL IN THE SOUTH OF SANTA CATARINA STATE FROM 2012 UNTIL 2016**

Ariana Custódio Vieira<sup>1</sup>  
Laís Kulkamp Bressan<sup>2</sup>  
Lêda Soares Brandão Garcia<sup>3</sup>

**RESUMO**

A internação involuntária ocorre sem o consentimento do paciente, solicitada por terceiro e que deve ser notificada ao Ministério Público Estadual em até 72 horas (Lei 10.216/2001). Este é um estudo retrospectivo, quantitativo e descritivo que, através da análise de prontuários (n=350) avaliou o perfil epidemiológico dos pacientes internados involuntariamente num hospital psiquiátrico do extremo sul catarinense, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016, obtendo-se o perfil: sexo masculino, com média de 38,77 anos, solteiro, residente com pais e/ou irmãos, ensino fundamental incompleto, empregado e/ou autônomo, não usuário de drogas, com mediana de uma internação psiquiátrica no período, portador de esquizofrenia, mãe e/ou pai como acompanhante responsável na admissão e alta hospitalar por melhora clínica. A avaliação do perfil epidemiológico de pacientes internados involuntariamente possibilita maior compreensão dessa população, ainda submetida a aspectos polêmicos sobre diagnósticos e decisões terapêuticas, colaborando assim para a elaboração de políticas públicas de saúde mental mais efetivas.

**Descritores:** Internação Involuntária. Psiquiatria. Transtornos Mentais.

**ABSTRACT**

The involuntary admission happens without the patient's approval, solicited by a third party and which must notified to the State Public Ministry within 72 hours (Law 10.2016/2001). This is a retrospective, quantitative and descriptive study that, through the analysis of medical records (n = 350) evaluated the epidemiological profile of patients hospitalized involuntarily in a psychiatric hospital in the extreme south of Santa Catarina, in the period from January 2012 to December 2016, obtaining the profile: male gender, averagely aged 38.77 years old, single, residing with parents and/or siblings, incomplete primary school, employed and/or autonomous, non-drug user, with a median of one psychiatric hospitalization in the period, diagnosed with schizophrenia, accompanied by a parent as a responsible during admission and hospital discharge due to clinical improvement. The evaluation of the epidemiological profile of involuntarily admitted patients makes it possible for greater comprehension

---

<sup>1</sup>Graduanda em Medicina - Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: ariana\_vieir@hotmail.com.

<sup>2</sup>Graduanda em Medicina - Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: laisbressan@unesc.net.

<sup>3</sup>Médica. Mestre em Ciências da Saúde – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: ledabrgarcia@gmail.com.



of this population, still being submitted to polemic aspects about the diagnostics and therapeutic decisions, thus collaborating to the elaboration of more effective public mental health policies.

**Keywords:** Involuntary Admission. Psychiatric. Mental Disorders.

## INTRODUÇÃO

A internação psiquiátrica é uma modalidade de tratamento recomendada para episódios graves, quando se exaurem os recursos médicos extra-hospitalares. Definem-se como graves situações, aquelas em que há algum transtorno mental, acrescido de no mínimo uma das seguintes situações: risco de autoagressão, heteroagressão, agressão à ordem pública, exposição social ou grave incapacidade de autocuidado. O objetivo é, inicialmente, estabilizar o paciente e possibilitar sua reinserção social<sup>(1)</sup>.

No Brasil existem as seguintes categorias de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória, conforme estabelecido pela lei 10.216, de 2001, que visa assegurar os direitos básicos do paciente psiquiátrico, incluindo garantia de soluções diagnósticas e terapêuticas, artifícios de desospitalização e internação hospitalar de qualidade adequada<sup>(2)</sup>.

Entende-se por voluntária a internação realizada mediante consentimento do paciente, cuja alta hospitalar pode ser indicada pelo médico ou solicitada pelo mesmo. A involuntária, a qual será dada ênfase neste trabalho, diz respeito àquela que ocorre sem consentimento do paciente e a pedido de outrem, sendo a este permitido solicitar a alta, além da possibilidade de ser concedida pelo especialista que responde pelo caso. Já a compulsória sucede-se por ordem judicial, podendo o término da internação ser definido pelo médico *responsável*<sup>(3,4)</sup>.

Cabe ao profissional médico individualizar cada caso, a fim de que a indicação de internação psiquiátrica seja apropriada, uma vez que o assunto envolve o paradoxo entre a autonomia do paciente *versus* beneficência do tratamento. Apropriar-se da liberdade de um indivíduo a fim de restaurar-lhe, torna-se justificável à medida que objetiva, posteriormente, restituir essa liberdade<sup>(5)</sup>.

Este trabalho objetiva conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes psiquiátricos internados involuntariamente em um hospital psiquiátrico do sul catarinense de 2012 a 2016 e representa continuidade do estudo realizado no mesmo local no período de 2001 a 2011.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense sob o parecer 2.399.838.

A população estudada foi composta por prontuários de pacientes internados involuntariamente



no local de estudo anteriormente citado, no período de 2012 a 2016, totalizando uma amostra de 350 prontuários, sendo os dados de interesse para o estudo colhidos em um roteiro elaborado pelos autores para essa finalidade.

A variável dependente voltou-se exclusivamente para as internações involuntárias realizadas no local de estudo. As variáveis independentes consideradas neste estudo foram sexo, idade, estado civil, com quem o paciente reside, escolaridade, situação socioeconômica, acompanhante responsável na admissão, critérios de alta, número de internações, uso de drogas e distúrbio que motivou a internação.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do software *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 24.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão quando apresentaram distribuição normal e por mediana e amplitude interquartil (com correção de Tukey) quando não seguiram esse tipo de distribuição. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem.

Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância  $\alpha = 0,05$  e, portanto, confiança de 95%. A distribuição dos dados quanto à normalidade foi avaliada por meio da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov.

## RESULTADOS

A amostra foi constituída de 350 prontuários, sendo 206 deles masculinos (58,9%) e 144 femininos (41,8%), conforme tabela 1, referente à caracterização da amostra pesquisada. Os extremos de faixa etária foram de 16 a 82 anos, sendo que a média de idade foi de  $38,77 \pm 13,81$  anos. Com relação ao estado civil, a maioria era solteira (52%;  $n=182$ ), seguido de união estável (29,7%;  $n=104$ ), separada (14,6%;  $n=51$ ) e viúva (3,7%;  $n=13$ ).

Dos prontuários analisados, 161 pacientes moravam com pais ou irmãos (53,3%), 78 com o cônjuge (25,8%) e 63 com outras pessoas (20,9%). O número de pacientes com ensino fundamental incompleto totalizou 224 (66,1%), correspondendo à maioria. Apenas 11 (3,2%) possuíam ensino superior completo. Com relação ao nível socioeconômico, o valor de empregados/autônomos foi semelhante ao daqueles sem renda própria, correspondendo a 138 (40%) e 132 (38,3%), respectivamente. 56 (16,2%) deles estavam aposentados e 19 (5,5%) recebiam benefício previdenciário temporário.

Dos acompanhantes responsáveis pelo paciente no momento da admissão (tabela 2), 130 (37,6%) eram mães ou pais. Irmãos corresponderam a 24,3% (84) e cônjuges 15% (52). Sobre a alta



hospitalar, 221 (63,3%) dos pacientes receberam alta por melhora. O segundo critério de alta mais frequente foi fuga ou saída sem autorização médica, com valor de 87 (25%).

Para o número de internações psiquiátricas entre os anos de 2012 e 2016, obteve-se uma mediana de 1,00 (1,00-3,00), sendo que o número variou de 1 até 10 internações. Além disso, 47,3% (n=165) dos pacientes tinham internações psiquiátricas prévias antes de 2012.

A respeito do consumo de drogas de uso não médico, apenas 263 prontuários continham a informação. Destes, a maioria não fazia uso de drogas não médicas (51,3%; n=135).

Os principais diagnósticos observados (tabela 3) foram esquizofrenia (23,4%; n=81), transtorno afetivo bipolar (18,5%; n=64), transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas (12,4%; n=43) e transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e doença física (9%; n=31).

## DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou que a média de idade dos pacientes foi de  $38,77 \pm 13,81$  anos e mais da metade da amostra foi composta por indivíduos do sexo masculino (58,9%). Esses dados estão de acordo com o estudo realizado em hospitais psiquiátricos de Fortaleza (CE), em 2007, no qual a média de idade foi de 36,7 anos e 58% eram do sexo masculino<sup>(4)</sup>. Em um estudo realizado anteriormente no mesmo local da presente pesquisa, também com pacientes internados involuntariamente, a média de idade foi semelhante com 36,6 anos e sexo predominantemente masculino (62,4%; n=189)<sup>(5)</sup>. Assim, percebe-se que os homens possuem maior número de internações psiquiátricas<sup>(4)</sup>, bem como menor adesão às medidas preventivas e a procura por serviços primários<sup>(6)</sup>.

A população estudada foi composta majoritariamente por solteiros (52%). Na sequência obteve-se: união estável (29,7%), separados (14,6%) e viúvos (3,7%). Em estudo semelhante, realizado neste hospital, (2001 a 2011), a maioria (67%) não tinha companheiro(a)<sup>(5)</sup>. Um perfil semelhante foi encontrado ao se analisar os atendimentos feitos no ano 1997, nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro (n=1494), que constatou que 81,6% dos pacientes era solteiro, 9,2% era casado, 6% separado ou divorciado e 3,2% viúvo<sup>(7)</sup>. A presença do transtorno psiquiátrico pode dificultar as relações sociais dos portadores, propiciando a solidão e o isolamento, sendo que a ausência de uma pessoa que supervisione o tratamento pode contribuir com a não aderência ao mesmo, favorecendo maior ocorrência de crises e de internações<sup>(4,5)</sup>.

No presente estudo a maioria dos pacientes residia com os pais ou irmãos (53,3%). Os demais moravam com o cônjuge (25,8%) ou viviam na rua/sozinhos/com pessoas sem vínculo familiar (20,9%). Houve então discrepância em relação ao estudo desenvolvido no Rio de Janeiro, que



encontrou a maioria dos pacientes (42%) sem residência<sup>(7)</sup>. Os dados podem ser explicados pelo fato de que o estudo carioca foi realizado em uma cidade de grande porte com maior probabilidade de haver um grupo definido como população em situação de rua e que apresenta uma estabelecida relação entre tal condição e problemas psiquiátricos<sup>(8)</sup>.

Neste estudo, grande parcela dos internos (66,1%) não concluiu o ensino fundamental e 2,6% não foram alfabetizados. Com ensino médio incompleto foram encontrados 18%, com ensino superior incompleto 10% e apenas 3,2% receberam diploma de graduação. Valores semelhantes foram encontrados no estudo entre 2001 e 2011, nesta mesma instituição<sup>(5)</sup>, o que reforça a ideia que sintomas psiquiátricos interferem negativamente no aprendizado e interesse pelas atividades escolares, desencadeando a desistência escolar<sup>(9)</sup>. Outro dado é o de que transtornos mentais são mais prevalentes em pessoas com baixa escolaridade<sup>(10)</sup>.

Sobre a situação socioeconômica, obteve-se que 40% da população estudada era empregada ou autônoma, porcentagem semelhante daqueles sem renda própria (38,3%), sendo o restante aposentado (16,2%) ou sob benefício previdenciário temporário (5,5%). Em uma pesquisa realizada em Fortaleza no ano de 2007, dos 140 pacientes internados involuntariamente nos hospitais psiquiátricos públicos, a minoria não possuía nenhuma ocupação e não tinha renda (39,7%)<sup>(4)</sup>. Ambos os estudos diferem do resultado obtido no Rio de Janeiro em 2002, em que a maioria não possuía renda (56%), e dentre a porcentagem que possuía, mais da metade a fonte era a previdência (63%)<sup>(7)</sup>. Há evidências de que indivíduos com diagnósticos mais graves têm maior dificuldade de serem inseridos no mercado de trabalho, devido dificuldades de aprendizagem técnica ou mesmo pelo prejuízo na socialização acarretado pelo transtorno. Sem deixar de citar o estigma que uma internação psiquiátrica anterior gera perante a sociedade, desvalorizando a capacidade de produção do paciente psiquiátrico. A aposentadoria por invalidez devido ao transtorno parece estar mais relacionada a pacientes com maior idade, com poucos anos de estudo, maior gravidade do transtorno e histórico de internação psiquiátrica<sup>(11)</sup>.

Quando deram entrada na instituição criciunense, a maior parte dos pacientes estava acompanhada por um dos genitores (37,6%), outros chegaram com irmão(a) (24,3%), com o cônjuge (15%), junto do filho(a) (10,7%), e o restante (12,4%) teve a baixa hospitalar assinada por terceiros. Os dados foram concordantes com os encontrados em um estudo paranaense de 2001 e outro realizado em Fortaleza, nos quais a presença de pelo menos um familiar foi bem expressiva (78,4% e 88,6%, respectivamente)<sup>(6,4)</sup>. Para muitas famílias a internação involuntária do ente é necessária, visto que haverá uma rotina e horários programados para medicações, pois há dificuldade, principalmente durante as crises, em manejar o paciente no domicílio, sem um cuidado especializado<sup>(12,13)</sup>.



Em relação ao consumo de substâncias psicoativas, dos prontuários que continham a informação (n=263), a maioria não fazia uso de drogas (51,3%), conclusão semelhante ao do estudo no mesmo hospital entre 2001 e 2011<sup>(5)</sup>. Assim, 87 prontuários pesquisados não continham a informação, dificultando a análise. Pelo fato da internação ter sido realizada, muitas vezes, com o paciente desorientado, sem condições de responder as perguntas da entrevista inicial, as informações registradas ficam sendo as repassadas pelo responsável, como já visto, na maioria das vezes um familiar do paciente. O uso e abuso de substâncias nem sempre é de conhecimento dessas pessoas, o que pode explicar a falta da informação no prontuário e também uma possível subnotificação nas pesquisas, apesar de ser uma das queixas mais citadas quando algum serviço mental é procurado<sup>(6)</sup>. A inferência que uso de substâncias e doença psiquiátrica se relacionam é verdadeira<sup>(14)</sup>, apesar de não ser possível, neste estudo, vincular o uso de drogas com internação involuntária. Estatística brasileira mostra que um a cada cinco usuários preenchem critérios para dependência, no que tange as drogas ilícitas, e 12,3% da população, de acordo com o CID-10 e DSM-IV, é dependente de álcool, tendo maior prevalência no sexo masculino<sup>(14)</sup>.

Em relação aos critérios de alta, a maioria dos pacientes nesse estudo, deixou o hospital por melhora do quadro psiquiátrico (63,3%; n=221), seguindo-se altas por fuga ou saídas sem autorização médica (25%; n=87) e aqueles que receberam alta com o quadro clínico inalterado (8,3%; n=29). Também no estudo realizado por Silva et al<sup>(6)</sup>, o critério de alta predominante dos internados involuntariamente foi por melhora do quadro clínico (64,7%), todavia, apenas 2,3% dos pacientes tiveram alta hospitalar com o quadro clínico mantido. Assim, a melhora do quadro clínico foi responsável pela maioria das altas nos dois estudos, podendo estar relacionado ao fato de que idealmente a internação involuntária deve durar apenas o tempo suficiente para a estabilização e melhora do quadro, para que então o paciente consiga dar continuidade ao tratamento em rede ambulatorial<sup>(15)</sup>. A diferença obtida em relação ao quadro inalterado pode estar relacionada ao fato de os estudos serem de locais diferentes, com populações diferentes e com critérios clínicos diferentes, ou mesmo à refratariedade de alguns quadros.

Em relação ao número de internações psiquiátricas no período considerado no estudo, os pacientes apresentaram mediana de uma (1,00-3,00), sendo que esse número variou de um até dez internações. Além disso, 44,4% dos pacientes tiveram duas ou mais internações psiquiátricas. O estudo realizado por Zanardo et al em 2015, em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral de Porto Alegre, também obteve mediana um para internações psiquiátricas, com variação de 1 até 17 internações. Ainda, 36,5% dos pacientes tinham duas ou mais internações psiquiátricas<sup>(16)</sup>. Pesquisa realizada na Austrália, em 2011, evidenciou resultado semelhante ao atual estudo, na qual 46% dos pacientes tinham duas ou mais internações<sup>(17)</sup>. O fenômeno da reinternação psiquiátrica pode estar



associado à escassez de serviços substitutivos e a dificuldade de aderência e de acesso ao tratamento ambulatorial, bem como menor vínculo com a família e a comunidade<sup>(16)</sup>.

A respeito do transtorno psiquiátrico que motivou a internação, esquizofrenia foi o principal diagnóstico (23,4%; n=81). Em seguida, observou-se transtorno afetivo bipolar (18,5%; n=64) transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas (12,4%; n=43) e outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e doença física (9%; n=31). No estudo realizado anteriormente no mesmo hospital, esquizofrenia também foi o diagnóstico psiquiátrico predominante (23,4%; n=71)<sup>(5)</sup>. A literatura traz dados parecidos. Em um estudo realizado em três hospitais psiquiátricos de Recife, esquizofrenia representou o diagnóstico mais frequente associado às internações psiquiátricas (51%)<sup>(18)</sup>. Uma pesquisa em Ribeirão Preto, em 2012, evidenciou esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar como principais causas de internações psiquiátricas (36,5% e 22,5%, respectivamente)<sup>(19)</sup>. Dessa forma, esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar são os transtornos psiquiátricos com maiores chances de internação, visto que os sinais e sintomas dessas patologias prejudicam intensamente o desempenho funcional do paciente, com repercussão significativa para o indivíduo e seus familiares. Os sinais e sintomas que podem ser potencialmente perigosos são impulsividade, insônia, prejuízo da capacidade de percepção e julgamento<sup>(20)</sup>.

## CONCLUSÃO

As internações involuntárias no hospital psiquiátrico onde foi realizado o estudo totalizaram 1719 internações no período entre janeiro de 2012 a dezembro de 2016, o que correspondeu a aproximadamente 35% do total de internações psiquiátricas realizadas no local. Esse dado é condizente com o estudo de Silva et al (2014), no qual o número de internações involuntárias representou 36,7% do total de internações psiquiátricas consideradas no estudo<sup>(6)</sup>. Assim sendo, a internação involuntária contribui com parcela importante entre as internações psiquiátricas.

Portanto, o perfil obtido dos pacientes internados involuntariamente é do sexo masculino, com média de 38,77 anos, solteiro, reside com pais e/ou irmãos, ensino fundamental incompleto, empregado e/ou autônomo, não usuário de drogas, com mediana de 1 internação psiquiátrica no período, portador de esquizofrenia, mãe e/ou pai como acompanhante responsável na admissão e critério de alta por melhora clínica. Frente à relevância da saúde mental nas questões de interesse da saúde pública, espera-se que o presente estudo contribua, através do conhecimento gerado, para ampliação e aprimoramento de ações concretas de políticas públicas que ofereçam à população cujo perfil sociodemográfico tem caracteristicamente predominado em internações involuntárias, maior



facilidade de acesso a uma assistência de qualidade contribuindo assim para redução do número de internações psiquiátricas involuntárias.

## REFERÊNCIAS

1. Cardoso L, Galera SAF. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1): 87-94.
2. BRASIL. Lei Federal 10.216 – Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, abril de 2001.
3. Silva HB. Beneficência e paternalismo médico. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010; 10(2): 419-425.
4. Oliveira MSN, Pinto FJM, Aguiar JB, Sampaio RMM, Medeiros CRB. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2011; 24(4): 361-6.
5. Carvalho ALR. Prevalência de internamentos involuntários de pacientes psiquiátricos numa clínica do sul catarinense de 2001 a 2011 [trabalho de conclusão de curso]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense, Curso de Medicina, 2012.
6. Silva TL, Maftum MA, Kalinke LP, Mantovani MF, Mathias TAF, Capristano FC. Perfil de internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral. *Rev Min Enferm*. 2014; 18(3): 644-651.
7. Gomes MPC, Couto MCV, Pepe VLE, Almeida LM, Delgado PGG, Coutinho ESF. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(6): 1803-7.
8. Bottil NCL, Castro CG, Ferreira M, Silva AK, Oliveira LC, Castro ACHO, et al. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. *Cad Bras Saúde Mental*. 2009; 1(2).
9. Fonseca LLk, Araújo LMC, Godoy EFM, Botti NCL. Características sociodemográficas e psiquiátricas de pacientes admitidos no centro de atenção psicossocial. *Rev Baiana Enferm*. 2016; 30(2): 1-10.
10. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, Campos M, Portugal FB, et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. *Ca Saúde Pública*. 2014; 30(3): 623-32.
11. Assunção AA, Lima EP, Guimarães MDC. Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado em 2018 abr 20]; 33(3).
12. Oliveira, GC. Expectativas de familiares sobre uma unidade de internação psiquiátrica. *Texto & Contexto Enferm*. 2015; 24(4): 984-92.
13. Pereira, AR, Joazeiro G. Percepção da internação em hospital psiquiátrico por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Mundo Saúde*. 2015; 39(4): 476-83.



14. Claro HG, Oliveira MAF, Titus JC, Fernandes IFAL, Pinho PH, Tarifa RR. Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: estudo transversal. *Ver Latinoam Enferm.* 2015; 23(6): 1173-80.
15. Machado V, Santos MA. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. *Psicol Estud.* 2013; 18(4): 701-712.
16. Zanardo GLP, Silveira LHC, Rocha CMF, Rocha KB. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Rev Bras Epidemiol [Internet].* 2017 [citado em 2018 abr 20]; 20(3): 460-474.
17. Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Aust N Z J Psychiatry.* 2011; 45(7): 578-585.
18. Paixão C, Matias D, Alencar I, Nunes M, Sales P, Veiga PHA. Análise da prevalência dos transtornos psíquicos na região metropolitana do Recife. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(1):261-6.
19. Reis LN, Simplicio JCR, Donato ECSG, Zanetti ACG. Probabilidades de internação Psiquiátrica de Pacientes de um ambulatório de saúde mental. *Rev Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog [Internet].* 2015; 11(2): 61-9.
20. Danzer G, Stone AW. The give and take of freedom: The role of involuntary hospitalization and treatment in recovery from mental illness. *Bull Menn Clin.* 2015; 79(3): 255-280.



## TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos Pacientes Internados Involuntariamente

Variáveis	Média ± DP ou n (%) n = 350
Idade (anos)	38,77 ± 13,81
Sexo	
Masculino	206 (58,9)
Feminino	144 (41,1)
Estado civil	
Solteiro	182 (52,0)
União estável	104 (29,7)
Separado	51 (14,6)
Viúvo	13 (3,7)
Reside com	
Pais/irmãos	161 (53,3)
Cônjuge	78 (25,8)
Outros	63 (20,9)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	224 (66,1)
Ensino fundamental completo/Ensino médio incompleto	61 (18,0)
Ensino médio completo/Ensino superior incompleto	34 (10,0)
Ensino superior completo	11 (3,2)
Analfabeto	9 (2,7)
Socioeconômico	
Empregado/Autônomo	138 (40,0)
Sem renda própria	132 (38,3)
Aposentado	56 (16,2)
Sob-benefício previdenciário	19 (5,5)

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

DP –Desvio Padrão

**Tabela 1** – Caracterização dos Pacientes Internados Involuntariamente (continuação)

<b>Variáveis</b>	<b>Mediana (AIQ) ou n (%)</b> <b>n = 350</b>
Acompanhante responsável na admissão	
Mãe/pai	130 (37,6)
Irmãos	84 (24,3)
Cônjuge	52 (15,0)
Filho/filha	37 (10,7)
Outros	43 (12,4)
Critério de alta	
Melhorado	221 (63,3)
Fuga/saída sem autorização médica	87 (25,0)
Inalterado	29 (8,3)
Experimental	12 (3,4)
Número de internações nesta instituição entre 2012 a 2016	1,00 (1,00-3,00)
Internações psiquiátricas antes de 2012	
Não	184 (52,7)
Sim	165 (47,3)
Consumo de substâncias psicoativas	
Não	135 (51,3)
Sim	128 (48,7)
Não informado	87

AIQ: Amplitude Interquartil

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

**Tabela 2** - Diagnóstico Psiquiátrico

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b> <b>n = 350</b>
Diagnóstico psiquiátrico	
Esquizofrenia	81 (23,4)
Transtorno afetivo bipolar	64 (18,5)
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas	43 (12,4)
Transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e doença física	31 (9,0)
Transtornos psicóticos agudos e transitórios	26 (7,5)
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	25 (7,2)
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína	18 (5,2)
Transtornos esquizoafetivos	15 (4,3)
Transtorno depressivo recorrente	15 (4,3)
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cannabis	1 (0,3)
Outros	27 (7,8)

Fonte: Dados da pesquisa (2018).