

# Perfil epidemiológico de portadores de esquizofrenia internados no Instituto Raul Soares

## *Epidemiologic profile of patients with schizophrenia hospitalized on the Instituto Raul Soares*

Rayce dos Santos Crepalde<sup>1</sup>, André Soares Santos<sup>1</sup>, Laise Sofia de Macedo Rodrigues<sup>1</sup>, Fernando Madalena Volpe<sup>2</sup>, Cristina Mariano Ruas Brandão<sup>1</sup>

### RESUMO

A esquizofrenia é um problema de saúde pública de relevância mundial, tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento. A doença é responsável pela maioria das internações psiquiátricas. Embora atualmente a política de saúde mental vise a redução de leitos e ampliação de serviços substitutivos de assistência ao portador de sofrimento mental, ainda coexistem serviços de atendimento hospitalar, reservado aos casos graves. O objetivo desse estudo foi conhecer e delinear o perfil da população que ainda utilizada e necessita do atendimento hospitalar em um hospital público psiquiátrico. Foi realizado um estudo observacional em prontuários médico no Instituto Raul Soares (IRS) no período de 2010 a 2013. Foram coletadas informações de 691 prontuários de pacientes com diagnóstico de alta de esquizofrenia internados. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (60,6%), solteiro (82,8%), não exercia atividade laborativa (52,2%), cursou o ensino fundamental incompleto (29,8%), residia em Belo Horizonte (BH) ou região metropolitana (64,4%). No período pós-reforma psiquiátrica, as características dos pacientes internados indicam a necessidade de uma mudança de postura em relação à educação, socialização e cuidado à saúde desses pacientes. Ações de caráter político, social e econômico devem ser direcionadas a esse grupo populacional.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia; Saúde Mental; Internação Compulsória de Doente Mental.

### ABSTRACT

*Schizophrenia is a worldwide public health issue, including both developed and undeveloped countries. The disease is the major reason of psychiatric admissions. Although nowadays mental health policies aim to decrease stay hospitalization and increase community treatment and support to people with mental health conditions, hospital admission are still required due to serious cases. Therefore, this study aims to describe the profile of the population that demand hospital treatment. An observational study was conducted by analysing medical records from Raul Soares Institute (IRS) between 2010 and 2013. Data was collected from 691 records from in-patients with final diagnostic schizophrenia. The majority of the patients were male (60.6%), single (82.8%), did not have an occupational activity (52.2%), unfinished elementary school (29.8%), lived in Belo Horizonte (BH) or metropolitan area (64.4%). The study has described the profile of patients diagnosed with schizophrenia treated at the teaching hospital Raul Soares Institute in order to lead to a high quality care and also the promotion of public policies which aim to optimize schizophrenia treatment and the fees related. In psychiatric post-reform period, the characteristics of hospitalized patients indicate the need for a change of attitude to education, socialization and health care of these patients. Political, social and economic actions should be directed to this population group.*

**Key words:** Schizophrenia; Mental Health; Commitment of Mentally Ill.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Farmácia, Departamento de Farmácia Social, Belo Horizonte, MG – Brasil.

<sup>2</sup> Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG  
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG  
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:

Cristina Mariano Ruas Brandão  
E-mail: crisruasbrandao@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma doença crônica e debilitante que representa um peso econômico e clínico para as sociedades. Os portadores do transtorno têm dificuldade em manter relações interpessoais normais e vínculo trabalhista, bem como atingir metas educacionais e ocupacionais. Não está diretamente relacionada à inteligência, porém problemas cognitivos podem se desenvolver com a evolução da doença.<sup>1,5</sup> É um distúrbio caracterizado por sintomas como: alucinações, delírios, comunicação desorganizada, motivação reduzida e afeto embotado.<sup>6</sup> O objetivo principal da hospitalização psiquiátrica é intervir nas crises e controlar os pacientes gravemente acometidos garantindo sua segurança e a de terceiros.<sup>7</sup>

A esquizofrenia acomete entre 0,3 a 3% da população dependendo dos critérios utilizados para a avaliação<sup>1,2,5,8-10</sup> ocorrendo em todos os países do mundo com valores de prevalência comparáveis. O diagnóstico é realizado clinicamente, com base em critérios estabelecidos por protocolos internacionais definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), através da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID)<sup>11</sup>, ou pela *American Psychiatric Association* (APA), através do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM).<sup>4,8</sup> Dados da OMS sugerem que a doença atinge mais de 26,3 milhões de pessoas em todo mundo.<sup>12</sup> A incidência, segundo revisão sistemática recente, indicou uma mediana de 18,5 por 100.000 pessoas.<sup>13</sup>

Lieberman *et al.*<sup>14</sup>, em um ensaio clínico pragmático de antipsicóticos, observaram que entre 11 e 20% dos pacientes foram hospitalizados por exacerbação da esquizofrenia durante os 18 meses de acompanhamento. Lay *et al.*<sup>15</sup> observaram, em uma coorte na Suíça, que o número de admissões relacionadas à esquizofrenia dobrou entre 1977 e 2004 e que o tempo de internação diminuiu pela metade (de 47 a 23 dias). Os pacientes com esquizofrenia foram associados à maior queda no uso de serviços hospitalares entre todos os grupos de diagnóstico psiquiátricos. A explicação para essa observação está na mudança do paradigma do tratamento hospitalocêntrico segregativo para um modelo de tratamento baseado na comunidade e apoio familiar, levando a responsabilidade do tratamento dos pacientes para as famílias em vez do Estado e promovendo um cuidado mais humanizado. Entre 2006 e 2010, houve uma redução de 6.832 leitos

hospitalares no Brasil, grande parte relacionados ao Sistema Único de Saúde.<sup>16-20</sup>

McEvoy<sup>21</sup> descreveu que, entre 1991 e 2002, os custos relacionados ao tratamento hospitalar caiu nos EUA após mudanças nas políticas públicas e disponibilidade de medicamentos para o tratamento da esquizofrenia. De fato, essa mudança ocorreu em todo o mundo como resultado de reformas em conceitos e práticas em saúde mental.<sup>15,22</sup> Independentemente, as internações recorrentes continuam sendo os principais direcionadores de custos do tratamento da esquizofrenia. Conhecer o perfil dos pacientes internados pode ser relevante para a redução do tempo de internação e recorrência de recaídas, conduzindo à redução dos custos de internação e melhoria da qualidade de vida dos pacientes.<sup>23-25</sup> O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil dos portadores de esquizofrenia que utilizaram os serviços hospitalares psiquiátricos do Instituto Raul Soares (IRS) no período de 2010 a 2013.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo no IRS, de pacientes internados no período de 2010 a 2013, a partir de dados coletados dos prontuários físicos. O IRS é um hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte, Minas Gerais, com 108 leitos operacionais agudos e uma taxa de ocupação média mensal de 84,6%.<sup>26</sup> O IRS é reconhecido como hospital escola, exerce atividades de ensino e pesquisa na assistência secundária e terciária aos portadores de sofrimento mental inseridos no SUS, contribuindo com o fomento de políticas públicas que visam atender a saúde mental.<sup>27</sup>

Para seleção dos pacientes a serem incluídos, os seguintes critérios foram considerados: (1) idade igual ou superior a 18 anos; (2) diagnóstico de alta de esquizofrenia (CID-10: F20.0 a 20.9); (3) tempo de permanência igual ou superior a 24 horas; e (4) registro inicial e final do tratamento farmacológico utilizado pelo paciente. Foram excluídos pacientes que não tinham prontuário físico disponível para consulta.

A coleta de dados foi realizada, entre abril de 2014 e abril de 2015, por meio de formulário criado pelo grupo de pesquisa. A coleta foi realizada por pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais e servidores do IRS localmente. Como estratégia para reduzir o viés de coleta foi elaborado um Procedimento Operacional Padrão. Foram abordados três grupos de variáveis: per-

fil sóciodemográfico, incluindo sexo, estado civil, escolaridade, ocupação social e local de residência; perfil clínico, como diagnóstico, uso de drogas e comorbidades; e perfil terapêutico, considerando número de internações na instituição no período estudado. A variável referente ao local de moradia foi categorizada em: moradia dentro ou fora da cidade de Belo Horizonte. As variáveis contínuas foram descritas em suas medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio-padrão). As variáveis categóricas foram descritas em números absolutos e proporções. Os dados foram apresentados em tabelas.

Esse trabalho é parte integrante do projeto intitulado “Avaliação farmacoeconômica e farmacoepidemiológica de neurolépticos atípicos no Sistema Único de Saúde”. O projeto foi submetido e aprovado pela Gerência de Ensino e Pesquisa e Comitê de Ética em Pesquisa da Fhemig sob o registro 491.925/2012.

## RESULTADOS

Foram coletados dados de 691 prontuários. A média de idade dos pacientes foi de 37±12 anos, va-

riando de 18 a 82 anos. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (60,6%), solteiro ou não possuía companheiro estável (82,8%), estudou até ensino fundamental (43,2%) e não exercia atividade laborativa (52,2%). Quanto ao tipo de internação, 43,3% foram voluntárias, 51,7% involuntárias e 3,0% compulsórias. A maioria dos pacientes (64,5%) residia em Belo Horizonte ou na região metropolitana. A estratificação por tipo de internação demonstrou que a maioria dos pacientes internados por decisão judicial advinha de cidades do interior de Minas Gerais (Tabela 1).

A maioria dos pacientes tinha diagnóstico de esquizofrenia paranoide (55,1%), seguido de somente esquizofrenia sem classificar o subtipo (27,5%). 30,6% possuía comorbidades clínicas, principalmente diabetes e hipertensão arterial. Um grande número de pacientes reportou uso de álcool (24,9%), tabaco (14,6%), maconha (4,6%) e crack (3%). Quanto ao número de internações por paciente, 78,7% foram admitidos no IRS apenas uma vez no período de 2010 a 2013, 18,7% duas ou três vezes e 2,6% quatro ou mais vezes. Essa mesma tendência se manteve quando os pacientes foram estratificados por tipo de internação (Tabela 2).

**Tabela 1** - Características sóciodemográficas dos pacientes internados com diagnóstico de esquizofrenia no Instituto Raul Soares, estratificadas por tipo de internação, no período de 2010 a 2013

Características	Tipo de Internação				
	Voluntária	Involuntária	Compulsória por decisão judicial	Não Informado	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Sexo</b>					
Feminino	113 (37,8)	144 (40,3)	4 (20,0)	8 (53,3)	269 (38,9)
Masculino	185(61,9)	212 (59,4)	15 (75,0)	7 (46,7)	419 (60,6)
NI*	1 (0,3)	1 (0,3)	1 (5)	0 (0,0)	3 (0,4)
<b>Estado Civil</b>					
Sem companheiro	247 (82,6)	298 (83,5)	19 (95)	9 (60,0)	573 (82,8)
Com companheiro	43 (14,4)	44 (12,3)	0 (0,0)	4 (26,7)	91 (13,3)
NI*	9 (3,0)	15 (4,2)	1 (5,0)	2 (13,3)	27 (3,9)
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto	12 (4,0)	13 (3,6)	0 (0,0)	1 (6,7)	26 (3,8)
Fundamental incompleto	95 (31,8)	104 (29,1)	5 (25,0)	3 (20,0)	207(30,0)
Fundamental completo	31 (10,4)	31 (8,7)	2 (10,0)	1 (6,7)	65 (9,4)
Ensino médio incompleto	13 (4,4)	16 (4,5)	2 (10,0)	1 (6,7)	32(4,6)
Ensino médio completo	33 (11,0)	45 (12,6)	0 (0,0)	5 (33,3)	83 (12,0)
Superior incompleto	6 (2,0)	6 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (1,7)
Superior completo	1 (0,3)	5 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (0,9)
NI*	108 (36,1)	137 (38,4)	11 (55,0)	4 (26,6)	260 (37,6)

Continua...

... continuação

**Tabela 1** - Características sociodemográficas dos pacientes internados com diagnóstico de esquizofrenia no Instituto Raul Soares, estratificadas por tipo de internação, no período de 2010 a 2013

Características	Tipo de Internação				
	Voluntária	Involuntária	Compulsória por decisão judicial	Não Informado	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Situação social</b>					
Não trabalha	166 (55,5)	184 (51,5)	11 (55,0)	4 (26,7)	365 (52,8)
Trabalha	44 (14,7)	52 (14,6)	3 (15,0)	4 (26,7)	103 (14,9)
NI*	89 (29,8)	121 (33,9)	6 (30,0)	7 (46,6)	223 (32,3)
<b>Local da residência</b>					
Interior	106 (35,5)	120 (33,6)	12 (60,0)	1 (6,7)	239 (34,6)
BH ou região metropolitana	191 (63,9)	233 (65,3)	8 (40,0)	14 (93,3)	446 (64,5)
NI*	2 (0,6)	4 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (0,9)
<b>Total</b>	<b>299 (100,0)</b>	<b>357 (100,0)</b>	<b>20 (100,0)</b>	<b>15 (100,0)</b>	<b>691 (100,0)</b>

Legenda: NI = Não Informado.

**Tabela 2** - Características clínicas e terapêuticas dos pacientes internados por esquizofrenia no Instituto Raul Soares estratificadas por tipo de internação, no período de 2010 a 2013

Características	Tipo de Internação				
	Voluntária	Involuntária	Compulsória por decisão judicial	Não Informado	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Diagnóstico</b>					
F20 Esquizofrenia	86 (28,8)	96 (26,9)	5 (25,0)	3 (20,0)	190 (27,5%)
F20.0 Esquizofrenia Paranoide	161 (53,8)	200 (56,0)	13 (65,0)	7 (46,7)	381 (55,1%)
F20.1 Esquizofrenia Hebefrênica	18 (6,0)	29 (8,1)	2(10,0)	1 (6,7)	50 (7,3)
F20.2 Esquizofrenia Catatônica	6 (2,0)	8 (2,2)	0 (0,0)	2 (13,2)	16 (2,3)
F20.3 Esquizofrenia Indiferenciada	5 (1,7)	4 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (1,3)
F20.4 Depressão Pós esquizofrênica	0 (0,0)	0(0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
F20.5 Esquizofrenia residual	10 (3,4)	10 (2,8)	0 (0,0)	1 (6,7)	21 (3,1)
F20.6 Esquizofrenia simples	4 (1,3)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (0,7)
F20.8 Outras esquizofrenias	5 (1,7)	2 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (1,0)
F20.9 Esquizofrenia não especificada	4 (1,3)	7 (2,0)	0 (0,0)	1 (6,7)	12 (1,7)
<b>Uso de drogas</b>					
Etilismo	78 (26,1)	84 (23,6)	6 (30,0)	4 (26,6)	172 (24,9)
Tabagismo	44 (14,7)	54 (15,1)	2 (10,0)	1 (6,7)	101 (14,6)
Maconha	15 (5,0)	13 (3,7)	3 (15,0)	1 (6,7)	32 (4,6)
Crack	8 (2,7)	10 (2,8)	2 (10,0)	1 (6,7)	21 (3,0)
Cocaína	1 (0,3)	3 (0,8)	1 (5,0)	0 (0,0)	5 (0,8)
Não usa	105 (35,1)	128 (35,8)	3 (15,0)	4 (26,6)	240 (34,7)
Sem especificação	2 (0,7)	3 (0,8)	0 (0)	0 (0,0)	5 (0,8)
NI*	46 (15,4)	62 (17,4)	3 (15,0)	4 (26,6)	115 (16,6)
<b>Comorbidades</b>					
Diabetes	13 (4,3)	13 (3,7)	2 (10)	0 (0)	28 (4,0)
HAS	26 (8,7)	23 (6,4)	2 (10)	1 (6,7)	52 (7,5)
Outras	60 (20,1)	62 (17,4)	7 (35)	3 (20)	132 (19,1)

Continua...

... continuação

**Tabela 2** - Características clínicas e terapêuticas dos pacientes internados por esquizofrenia no Instituto Raul Soares estratificadas por tipo de internação, no período de 2010 a 2013

Características	Tipo de Internação				Total N (%)
	Voluntária	Involuntária	Compulsória por decisão judicial	Não Informado	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Comorbidades</b>					
Não possui	127 (42,5)	161 (45,1)	7 (35)	6 (40)	301 (43,6)
NI*	73 (24,4)	98 (27,4)	2 (10)	5 (33,3)	178 (25,8)
<b>Nº de internações</b>					
1	236 (78,9)	274 (76,7)	19 (95)	15 (100)	544 (78,7)
2 e 3	57 (19,1)	70 (19,6)	1 (5)	0 (0)	128 (18,7)
≥4	6 (2,0)	13 (3,7)	0 (0)	0 (0)	19 (2,6)
<b>TOTAL</b>	<b>299 (100,0)</b>	<b>357 (100,0)</b>	<b>20 (100,0)</b>	<b>15 (100,0)</b>	<b>691 (100,0)</b>

Legenda: NI = Não Informado.

## DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos demonstraram que a maior parte dos portadores de esquizofrenia internados eram do sexo masculino, não tinham parceiro(a), tinham baixo nível de escolaridade e não exerciam atividades laborais. Como este estudo, outros autores demonstraram um maior número de pacientes do sexo masculino em leitos psiquiátricos,<sup>28-32</sup> característica que pode estar relacionada a um curso mais grave da doença em homens, considerando que a prevalência da doença é semelhante entre os sexos.<sup>2,9</sup> Durbin *et al.*<sup>33</sup> encontraram que homens com esquizofrenia tem uma chance maior de serem hospitalizados (OR=1,42). Desfechos de longo prazo para a esquizofrenia podem ser mais graves em homens, considerando mortalidade, suicídio e o fato de terem vivido nas ruas.<sup>34</sup> Outros estudos também demonstraram que a maior parte dos pacientes eram solteiros ou não tinham parceiros,<sup>29,31</sup> eram aposentados ou desempregados<sup>31</sup>, e tinham baixo nível de escolaridade.<sup>29,31</sup> A esquizofrenia paranoide foi o diagnóstico mais observado entre os pacientes. Outros estudos conduzidos no Brasil reportaram que entre 40 a 43,7% dos pacientes foram diagnosticados com o subtipo paranoide da esquizofrenia.<sup>34,35</sup>

Pacientes com esquizofrenia e doenças mentais de longa duração são susceptíveis aos efeitos negativos do desemprego. Tem dificuldade em conseguir emprego devido ao estigma, preconceito e discriminação.<sup>36</sup> O impacto do desemprego de pessoas com esquizofrenia perpassa também pela esfera econômica e apresenta elevado custo financeiro para a socie-

dade como um todo. Nos anos de 2004 e 2005 na Inglaterra, o custo da esquizofrenia para a sociedade foi estimado em 6,7 bilhões de libras. Metade desses custos, 3,4 bilhões de libras, eram devido ao desemprego, ausência do trabalho e à mortalidade prematura.<sup>37</sup>

Um elevado número de pacientes reportou ser dependente de drogas lícitas e ilícitas. Segundo demonstrado por Volkow<sup>38</sup>, 45,3% dos pacientes com esquizofrenia são dependentes de nicotina, 43,1%–65% de álcool e 50,8% de maconha. Em um Centro de Atenção Psicossocial III na cidade de Divinópolis/MG foi observado frequência de 35,6% dos pacientes com esquizofrenia para o abuso de álcool e 29,5% para o abuso de canabíoides.<sup>39</sup> Existe uma hipótese de que pacientes psiquiátricos possam ter melhora dos sintomas do sofrimento mental ao fumar. Pacientes que desenvolvem a doença mais jovens são mais propensos ao abuso de álcool.<sup>40</sup> O abuso de álcool pode estar relacionado a um alívio dos sintomas de ansiedade relacionados à doença.<sup>41</sup> O uso e abuso de drogas torna o prognóstico dos pacientes pior, associando-se a diminuição da sociabilidade, taxas mais altas de hospitalização, baixa adesão e falha terapêutica. Os sintomas de abstinência mimetizam os sintomas da esquizofrenia, dificultando o diagnóstico. Evidências sugerem que o uso de maconha pode ser um fator precipitante de crises ou um fenômeno de automedicação.<sup>2,42</sup> O tabagismo pode influenciar o tratamento farmacológico através da indução de enzimas microsossomais hepáticas, aumento ou reduzindo seu metabolismo.<sup>1</sup>

O estudo demonstrou que 38,2% possuía comorbidades clínicas. As comorbidades em maior número

no estudo foram hipertensão arterial sistêmica e diabetes. Sabe-se que a elevada mortalidade associada à esquizofrenia é em grande parte devido à doença cardiovascular e o tratamento com antipsicóticos está associado com o ganho de peso e alterações em outros fatores de risco cardiovascular.<sup>43</sup> Saddichha *et al.*<sup>44</sup> revelaram que pacientes com esquizofrenia, principalmente do sexo masculino, possuem inclinação a ter alterações glicêmicas antes do início de qualquer tratamento com antipsicótico. Acredita-se também que o sedentarismo presente nesse grupo de pacientes, associado ao elevado tempo de permanência em casa sem execução de atividades e a diminuição do autocuidado contribuem para o surgimento dessas comorbidades. Nesse estudo, observou-se baixo número de comorbidades, o que pode estar relacionado ao preenchimento incompleto dos prontuários médicos. Como os pacientes eram atendidos em momentos de crise, dados secundários, como os relacionados à comorbidades podem não terem sido objetos da anamnese. Carney *et al.*<sup>45</sup> relataram que 71,4% dos pacientes apresentavam comorbidades e comumente eram admitidos em serviços médicos gerais. Schoepf *et al.*<sup>46</sup> observaram que esses pacientes tinham condição clínica pior devido à alta prevalência de comorbidades.

No Brasil, dentre os instrumentos de proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, encontra-se a Lei Federal 10.216/2001, proposta pelo deputado Paulo Delgado.<sup>47</sup> Esta Lei também conceitua e regulamenta as internações psiquiátricas, como internação voluntária, que é aquela que acontece com o consentimento do paciente; internação involuntária, como aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros e deve ser comunicada ao Ministério Público no prazo de 72 horas; e internação compulsória, que é aquela determinada pela justiça. A internação psiquiátrica involuntária é um fato complexo na psiquiátrica porque interfere na questão do livre arbítrio do ser humano e ainda por evidenciar a judicialização do ato médico.<sup>48</sup> Pode refletir também a sobrecarga que esses pacientes exercem sobre seus familiares ou cuidadores. Em face da baixa efetividade do tratamento, prognóstico ruim e baixo apoio institucional para lidar com o paciente, acabam solicitando essa via como uma solução a longo prazo para o problema. Em estudo de Pinheiro *et al.*<sup>49</sup> familiares relataram sentir a internação como um período de alívio e talvez por isso eles solicitam a internação involuntária

do paciente. A internação compulsória, por motivo judicial, se destaca por ser em sua maioria de pacientes que não advêm de Belo Horizonte ou da região metropolitana. Foi observado no IRS que esse tipo de internação era composto por pacientes cujos familiares adquiriam a ação judicial para manter internado usuários de drogas. Também é composto por pacientes que cometeram delitos, o que talvez reflita a necessidade de serviços para a saúde mental que possam acolher esses pacientes.

O acesso dos pacientes portadores de esquizofrenia à atenção primária pode ser mais difícil que para o resto da população. Hospitalizações sensíveis ao cuidado ambulatorial, definidas como hospitalizações que poderiam ser prevenidas com um cuidado ambulatorial efetivo, também são comuns na esquizofrenia.<sup>50</sup> Dessa forma, a melhora do tratamento da esquizofrenia, com conseqüente redução das hospitalizações e recaídas também relacionam-se a uma melhora no acesso e qualidade do cuidado ambulatorial. O conhecimento dos fatores associados às recaídas e hospitalizações pode ser usado por formuladores de políticas para melhorar critérios de equidade no sistema e possibilitar redução dos custos de tratamento da doença.

A alta frequência de características não informadas pode ser explicada pelo preenchimento incompleto dos prontuários. A declaração pelo próprio paciente das comorbidades clínicas e uso de drogas pode ter um valor subestimado já que muitos declaram não ter comorbidades e não usar drogas. Uma dificuldade presente foi a leitura de prontuários manuais, por vezes, as grafias eram incompreensíveis.

No período pós-reforma psiquiátrica, as características dos pacientes internados indicam a necessidade de uma mudança de postura em relação à educação, socialização e cuidado à saúde desses pacientes. Ações de caráter político, social e econômico devem ser direcionadas a esse grupo populacional. O resultado do trabalho demonstrou que o perfil de pacientes internados no IRS no período de 2010-2013 com diagnóstico de esquizofrenia era, em sua maioria, homens (60,6%), solteiros (82,8%), não exerciam atividade laborativa (52,2%), cursaram o ensino fundamental incompleto (30,0%), residiam em BH ou região metropolitana (64,5%), possuíam diagnóstico de esquizofrenia paranoide (55,1%). Ainda, considerável parte dos pacientes declarou alguma comorbidade clínica (30,6%) e uso de drogas (48,7%).

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a não existência de conflitos de interesse que possam influenciar os resultados do estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Brunton L, Chabner B, Knollmann B, Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. 12<sup>o</sup> ed. New York: McGraw-Hill Companies; 2011.
2. Weinberger D, Harrison P. Schizophrenia. 3<sup>o</sup> ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 364, de 9 de abril de 2013. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
4. American Psychiatric Association - APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition (DSM-5). 5<sup>o</sup> ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
5. National Institute for Health and Care Excellence - NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. 2014. [Citado em 2016 ago. 25]. Disponível em: [guidance.nice.org.uk/cg178](http://guidance.nice.org.uk/cg178).
6. Saha SA, Chant D, Welham J, McGrath J. Systematic review of the prevalence of Schizophrenia. PLOS Med. 2005; 2(5):413-33.
7. Marcolino J. Psiquiatria e psicoterapia no âmbito institucional. In: Alves L. Ética e psiquiatria. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2007.
8. American Psychiatric Association - APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition (DSM-IV). 4<sup>o</sup> ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
9. Mari J, Leitao R. A epidemiologia da esquizofrenia. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22(s-1):15-7.
10. Messiah E, Chen C, Eaton W. Epidemiology of Schizophrenia: review of findings and myths. Psychiatr Clin North Am. 2007; 30(3):323-38.
11. World Health Organization - WHO. International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems. Genova: World Health Organization; 2008.
12. World Health Organization - WHO. The Global Burden of Disease 2004 Update. Genova: World Health Organization; 2008.
13. Burns JK, Tomita A, Kapadia AS. Income inequality and schizophrenia: increased schizophrenia incidence in countries with high levels of income inequality. Int J Soc Psychiatr. 2014; 2(60):185-96.
14. Lieberman J, Stroup T, McEvoy J, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic Schizophrenia. N Engl J Med. 2005; 353(12):209-23.
15. B, Nordt C, Rössler W. Trends in psychiatric hospitalisation of people with schizophrenia: a register-based investigation over the last three decades. Schizophr Res. 2007; 97:68-78.
16. Amarante P. Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: EAD/ENPS; 2003.
17. Brito RC. A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2004. 214p.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS / MS; 2005.
19. Ministério da Saúde (BR). Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica: Relatório de Gestão 2007/2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
20. Alencar TOS, Cavalcante EAB, Alencar BR. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2012; 33(4):489-95.
21. McEvoy J. The costs of Schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2007; 68(s-14):4-7.
22. Babalola O, Gormez V, Alwan N, Johnstone P, Sampson S. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2014; (1):CD000384.
23. Genduso L, Haley J. Cost of illness studies for schizophrenia: components, benefits, results, and implications. Am J Manag Care. 1997; 3(6):873-7.
24. Jones P, Barnes T, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second - vs first-generation antipsychotic drugs in Schizophrenia: cost utility of the latest antipsychotic drugs in Schizophrenia study (CUtLASS 1). Arch Gen Psychiatry. 2006; 63:1079-87.
25. Daltio C, Mari JJ, Ferraz MB. Overview about pharmaco-economic analysis and burden-of-illness in schizophrenia. Rev Psiquiatr Clín. 2007; 34(s-2):208-12.
26. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG. Diretoria de Desenvolvimento Estratégico Gerência de Gestão da Informação Serviço de Regulação e Avaliação. Boletim Executivo Mensal: Belo Horizonte, janeiro de 2014 a dezembro de 2014. 2014.
27. Fundação Hospitalar de Minas Gerais - FHEMIG. Instituto Raul Soares. [Citado em 2016 ago. 24]. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento-hospitalar/complexo-de-saude-mental/instituto-raul-soares>.
28. Herrera F. Incidência de esquizofrenia en el hospital psiquiátrico Julio Endara, 1995. Rev Facul Cienc Méd (Quito). 1997; 22(1):36-9.
29. 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.
30. Souza JC, Souza N, Magna LA. Tempo médio de hospitalização e categorias diagnósticas em hospital psiquiátrico. J Bras Psiquiatr. 2008; 57(2):112-6.
31. Daltio CS, Mari JJ, Ferraz MB. Direct medical costs associated with schizophrenia relapses in health care services in the city of São Paulo. Rev Saúde Pública. 2011; 45(1):14-23.

32. Gorwood P. Factors associated with hospitalisation of patients with schizophrenia in four European countries. *Eur Psychiatry*. 2011; 26(4):224-30.
33. Durbin A, Rudoler D, Durbin J. Examining patient race and area predictors of inpatient admission for Schizophrenia among hospital users in California. *J Immigr Minor Health*. 2014; 16(6):1025-34.
34. Messias E, Sampaio JJ, Messias NC, Kirkpatrick B. Epidemiology of Schizophrenia in Northeast Brazil. *J Nerv Ment Dis*. 2000; 188(2):118-20.
35. Ferreira AAA, Sena GS, Galvão MVM, Felix RHM, Mendonça RM, Guerra GCB, Rodrigues FC. Tendência temporal da esquizofrenia: um estudo realizado no âmbito hospitalar. *J Bras Psiquiatr*. 2007; 56(3):157-61.
36. Boardman J, Grove B, Perkins R, Shepherd G. Work and employment for people with psychiatric disabilities. *Brit J Psychiatr*. 2003; 182:467-8.
37. Mangalore R, Knapp M. Cost of schizophrenia in England. *J Ment Health Policy Econ*. 2007; 10(1):23-41.
38. Volkow ND. Substance use disorders in Schizophrenia-Clinical implications of comorbidity. *Schizophr Bull*. 2009; 35(3):469-72.
39. Silveira JL, Oliveira RL, Viola BM, Silva TM, Machado RM. Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico. *Rev Rene*. 2014; 15(3):436-46.
40. Mueser KT, Yarnold PR, Bellack AS. Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 1992; 85(1):48-55.
41. Batki SL, Meszaros ZS, Strutyński K, Dimmock J, Leontieva L, Ploutz-Snyder R, *et al*. Medical comorbidity in patients with Schizophrenia and alcohol dependence. *Schizophr Res*. 2009; 107:139-46.
42. Neto AGAA, Bressan RA, Busatto Filho G. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007; 34(s-2):198-203.
43. Emul M, Kalelioglu T. Etiology of cardiovascular disease in patients with schizophrenia: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015; 1(11):2493-503.
44. Saddichha S, Manjunatha N, Ameen S, Akhtar S. Diabetes and schizophrenia - effect of disease or drug? Results from a randomized, double-blind, controlled prospective study in first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2008; 117(5):342-7.
45. Carney CP, Jones L, Woolson R. Medical comorbidity in women and men with Schizophrenia. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(11):1133-7.
46. Schoepf D, Uppal H, Potluri R, Heun R. Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: a naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014; 264(1):3-28.
47. Ministério da Saúde (BR). Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 9 de abril de 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
48. Fortes HM. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10(2):321-30.
49. Pinheiro TLS, Cazola LHO, Sales CM, Andrade ARO. Fatores relacionados com as reinternações de portadores de esquizofrenia. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(2):302-7.
50. Cahoon EK, McGinty EE, Ford DE, Daumit GL. Schizophrenia and potentially preventable hospitalizations in the United States: a retrospective cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:37